

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117 (n. 157)

*Analisi per la Commissione XII Sanità del Senato a cura di
Michele Stasi*

Presidente Associazione Italiana di Fisica Medica (AIFM)

Direttore Struttura Complessa Fisica Sanitaria – A.O. Ordine Mauriziano di Torino

1. Introduzione

Lo schema di recepimento proposto declina nello specifico competenze e responsabilità su tematiche di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, con impatto non trascurabile sia in merito al funzionamento delle strutture sanitarie, sia in merito ai costi di gestione per i servizi sanitari resi all'utenza, sia in merito alla protezione dei pazienti, dei lavoratori e della popolazione. Dall'analisi dell'articolato emergono molti punti di forza ma anche alcuni di debolezza, che vanno necessariamente risolti.

Tra i punti di forza va sicuramente evidenziato il deciso miglioramento dell'assetto normativo finalizzato alle **Esposizioni Mediche (Titolo XIII)** che riguarda la protezione e la sicurezza del paziente sottoposto a trattamenti medici comportanti l'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Si apprezza in particolare lo sforzo fatto per conservare ciò che ha funzionato, superando al contempo molte delle criticità connesse all'applicazione della normativa vigente (D.Lgs. 187/2000), in una logica di efficacia ed efficiente allocazione di risorse.

2. Aspetti positivi

2.1 Titolo XIII – Esposizioni mediche

In particolare, nel campo delle esposizioni mediche, si valutano molto positivamente:

- l'importanza attribuita alla formazione specifica, non solo degli operatori sanitari coinvolti direttamente nelle attività che comportano esposizioni di pazienti (inserita nel programma ECM), ma anche alla formazione dei prescrittori (art. 162);
- l'importanza attribuita ai programmi di garanzia e controllo della qualità, individuati (artt. 163 e 164) come metodi elettivi per garantire che i pazienti siano sottoposti alle dosi più basse possibili per ottenere il miglior risultato diagnostico possibile;
- la tecnica normativa che è stata utilizzata e che risulta sempre basata sull'individuazione di linee di indirizzo da perseguirsi attraverso le best practices;
- il miglioramento nella definizione delle responsabilità connesse alle esposizioni mediche in cui viene mantenuto, giustamente, quanto previsto dal 187/00 in merito alla responsabilità clinica e alla giustificazione, con l'aggiunta di responsabilità nella valutazione della dose (art. 160), nelle procedure e nell'ottimizzazione (art. 159);
- lo stimolo all'aggiornamento tecnologico anche come strumento per migliorare qualità e sicurezza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche con impiego di radiazioni ionizzanti (artt. 158 e 163);

- l'obbligo di sistemi con consentono la misura (art. 163) e la registrazione (art. 168) della dose al paziente;
- l'obbligo di inserire all'interno del referto l'informazione dell'esposizione radiologica (art. 161), seguendo, nelle more di linee guida delle società scientifiche di riferimento, le indicazioni delle linee guida del 2004. Sotto questo aspetto il legislatore poteva usare più coraggio, anche solo utilizzando le raccomandazioni delle società scientifiche di area radiologica del 2018 (allegato 1) e dando, all'interno dell'articolato, un tempo certo per l'adozione di nuove linee guida di riferimento.

Ma la vera novità, come evidenziato nella scheda di presentazione "Schedone" del SDLGS 157, è il riconoscimento dello Specialista in Fisica Medica (SFM) come una delle figure centrali nelle esposizioni mediche.

Il fisico Specialista in Fisica medica, cioè il "laureato in fisica in possesso del diploma di specializzazione in fisica medica o fisica sanitaria e, conseguentemente, delle cognizioni, formazione ed esperienza necessarie a operare o a esprimere pareri su questioni riguardanti la fisica delle radiazioni applicata alle esposizioni mediche" (art. 7 definizione 148), istituito all'interno del SSN dal DPR 128 del 27-3-69 e come professione sanitaria regolamentata di tipo ordinistico nel D.Lgs. 3/18 (in allegato 2 materiale che descrive lo Specialista in Fisica Medica nel SSN), trova all'interno della SDLGS, in conformità alla DE 59/13/EURATOM, un riconoscimento molto importante in termini di rafforzamento di ruoli e responsabilità.

L'Art. 159 stabilisce la necessità di garantire il coinvolgimento di uno SFM in misura proporzionale al rischio radiologico associato alla pratica e che gli siano fornite le risorse necessarie allo svolgimento dell'attività di competenza. Tale coinvolgimento è previsto per tutte le attività medico-radiologiche, sia terapeutiche sia di diagnostica.

I compiti dello SFM sono elencati nell' Art. 160, interamente dedicato a questa figura, che riprende fedelmente l'articolo corrispondente della direttiva Euratom originale. L'articolo è del tutto innovativo e non ha corrispondenze nel D.Lgs. 187/2000.

In particolare, lo Specialista in Fisica Medica ha in via esclusiva la **responsabilità della misura e della valutazione delle dosi assorbite dai pazienti** nell'ambito delle esposizioni mediche, essendo responsabile tra l'altro anche della scelta della strumentazione da impiegarsi nell'ambito della dosimetria e dei controlli di qualità (*Art. 160, c.1*).

Risulta inoltre innovativa l'introduzione della collaborazione dello Specialista in Fisica Medica (SFM) con l'Esperto di Radioprotezione (ERP) incaricato della protezione di lavoratori e popolazione (*Art. 160, c.3*).

2.2. Titolo XI – Esposizioni professionali

Ulteriore elemento da valutarsi positivamente nella proposta di articolato è l'attenzione dedicata alla sicurezza radioprotezionistica degli operatori (**Titolo XI**) e quindi anche degli operatori sanitari che costituiscono la più estesa platea di soggetti esposti ai rischi derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Pur insistendo su una situazione di sicurezza estremamente consolidata, va valutato molto positivamente:

- il recepimento del nuovo limite di dose per il cristallino di 20 mSv (art. 146), rispetto ai 150 mSv nella 230/95, che adegua la normativa nazionale non solo alle raccomandazioni comunitarie ma anche alle più recenti raccomandazioni fornite dalle istituzioni scientifiche internazionali;
- l'istituzione dell'archivio nazionale degli esposti (art. 126) che si ritiene un utile strumento sia per eventuali studi epidemiologici sia per orientare in maniera efficace l'attività di vigilanza: a tale proposito è auspicabile che il decreto previsto dall'art. 155 (che si aspetta da

decenni), venga emanato quanto prima o che in subordine nell'art. 127 vengano inseriti dei requisiti minimi per i servizi di dosimetria quanto meno per garantire che i dati dell'archivio siano popolati da informazioni caratterizzate da un adeguato livello di affidabilità.

3. Ambiguità e Criticità

A fronte di molti aspetti positivi si segnalano aspetti ambigui da chiarire, uno al Titolo XIII e l'altro al Titolo XI e due criticità, presenti nell'articolato al Titolo VII "Regime autorizzatorio e disposizioni per i rifiuti radioattivi" e a che hanno un forte impatto nel sistema salute.

3.1 Ambiguità

3.1.1 Ambiguità N. 1, Art. 163 – comma 11

L'esercente, il responsabile dell'impianto radiologico e lo specialista in fisica medica tengono conto delle raccomandazioni e delle indicazioni europee e internazionali riguardanti i programmi di garanzia della qualità e i criteri di accettabilità delle attrezzature radiologiche utilizzate nelle esposizioni di cui all'articolo 156, commi 2 e 3.

Ai fini dell'applicazione di detti programmi e della verifica di detti criteri, limitatamente all'impiego di apparecchiature di radiodiagnostica endorale in ambito odontoiatrico con tensione non superiore a 70 kV, caratterizzate da basso rischio radiologico, l'esercente può avvalersi dell'esperto di radioprotezione già incaricato della sorveglianza fisica dei lavoratori nella stessa struttura, previa comunicazione all'organo di vigilanza. Tale soggetto documenta all'organo di vigilanza medesimo il periodico aggiornamento professionale in materia di protezione del paziente.

In pratica, nella seconda parte del comma evidenziata in neretto, viene concesso agli Esperti di Radioprotezione di effettuare l'attività propria degli Specialisti in Fisica Medica (art. 160, art. 159, e molti altri...).

Si segnalano vari disallineamenti in merito a questa seconda parte del comma.

Il primo importante disallineamento è sia con la DE 230/95/EURATOM e sia con legislazione italiana vigente (D. Lgs. 187/00 e D.Lgs. 230/95), dove tale possibilità non è prevista. Si tratterebbe quindi di una nuova introduzione normativa.

La relazione illustrativa di accompagnamento motiva tale scelta con la seguente motivazione: " tale previsione è funzionale a gestire con efficienza ed efficacia l'elevatissimo numero di attrezzature radiologiche endorali presenti sul territorio in ogni studio odontoiatrico, confrontato con l'esiguo numero di specialisti in fisica medica (poco più di un migliaio), già sotto numero nel SSN per la gestione delle pratiche a rischio elevato, senza alcuna riduzione del livello di tutela, considerati i livelli di dose al paziente molto bassi prodotti da dette apparecchiature".

Pur tuttavia, le esposizioni radiologiche endorali nelle pratiche odontoiatriche, pur erogando basse dosi da radiazioni, hanno un impatto epidemiologico sulla dose collettiva significativo (50.000 odontoiatri presenti in Italia, da 25 a 50 milioni radiografie endorali per anno), poiché sono molti i pazienti che vengono sottoposti a radiografie endorali, anche in età pediatrica e dunque nella fase di maggiore radiosensibilità rispetto ai possibili effetti nocivi delle radiazioni ionizzanti e di conseguenza in contraddizione con il principio radioprotezionistico e la ratio che ispira la medesima Direttiva. A dimostrazione dell'importanza della radiologia odontoiatrica in età pediatrica, si segnalano le Linee Guida emanate dal Ministero della Salute nel 2017 "Linee guida nazionali per la diagnostica radiologica odontoiatrica in età evolutiva", di cui il testo del SDLGS sembra non abbia tenuto conto.

Le pratiche di radiologia endorale sono esposizione mediche a tutte gli effetti. In questo contesto, il Titolo XIII individua due professionisti sanitari come responsabili: il medico specialista, per la responsabilità clinica e lo specialista in Fisica Medica, per la responsabilità della valutazione della do-

se, entrambi responsabili, per quanto di competenza, nel processo di ottimizzazione (che va oltre il semplice controllo di qualità delle apparecchiature radiologiche). Quindi la norma prevede professionisti sanitari con il massimo livello di qualificazione, livello formativo EQF8 (L5 + SS3), come responsabili della radioprotezione del paziente. L'Esperto di Radioprotezione di I grado non è necessariamente un professionista sanitario (tra l'altro quindi in contrasto con il regime ordinistico introdotto dal D.Lgs. 3/18) e il grado formativo richiesto è una laurea di primo livello, livello EQF6 (L3). Quindi, il vero problema è perché in questo contesto, **la tutela della salute** della popolazione italiana, molto estesa, tra cui molti bambini, possa essere delegata a professionisti anche non sanitari o con un livello di formazione e qualificazione inferiore a quanto previsto dalla Direttiva e dallo SDLGS 157 per le esposizioni mediche.

In definitiva, la seconda parte dell'art. comma 11), di cui sarebbe opportuno si chieda la derubricazione, secondo il sottoscritto, è sicuramente in violazione degli standard minimi di sicurezza Basic Safety Standards definiti dalla Direttiva e, sembrerebbe, anche della Legge di Delegazione Europea **del 4 ottobre 2019, n. 117**, art. 20 lettera e) : "se già previste dalla normativa nazionale vigente, il mantenimento delle misure di protezione dei lavoratori e della popolazione più rigorose rispetto alle norme minime presenti nella direttiva 2013/59/Euratom" poiché questo comma è meno rigoroso rispetto alla legislazione precedente italiana e dalla DE 59/13/Euratom per quel che riguarda la protezione del paziente.

3.2 Ambiguità N. 2, Art. 128 – comma 4

Il datore di lavoro, i dirigenti, i preposti e gli addetti alla vigilanza di cui all'articolo 106, comma 2, non possono svolgere, per le attività di rispettiva competenza, le funzioni di esperto di radioprotezione.

La formulazione proposta, nel caso di interpretazione restrittiva, sembra impedire ai dirigenti del profilo fisico del SSN in possesso del titolo di Esperto di Radioprotezione, proprio in quanto dirigenti, di svolgere le funzioni di Esperto di Radioprotezione come accade nella stragrande maggioranza delle strutture del SSN. Ciò comporterebbe per gli esercenti del SSN la necessità di avvalersi di consulenti esterni con un inutile aggravio di spese e perdita di efficacia e sicurezza dei lavoratori. Per altro ciò non si applicherebbe ai fisici non inquadrati come dirigenti presso strutture sanitarie private, siano esse accreditate o convenzionate.

I **Servizi** di Fisica Sanitaria sono stati istituiti nel DPR 128/69 per la "risoluzione di problemi di fisica nelle applicazioni dell'elettronica e nell'impiego di isotopi radioattivi e di sorgenti di radiazioni per la terapia, la diagnostica e la ricerca e nella sorveglianza fisica per la protezione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti". Il DM 70/15 inserisce le Strutture di Fisica Sanitaria tra quelle indispensabili all'interno del SSN. Attualmente circa il 95% delle Strutture di Fisica sanitaria svolge l'attività di radioprotezione dei lavoratori al proprio interno con consolidati e evidenti vantaggi di economicità e efficienza, nonché garanzia di sicurezza e continuità di presenza.

Il D. Lgs. 81/08, rispetto alla nomina dei responsabili della sicurezza, si esprime in modo chiaro, rispetto all'esigenza di avere personale proprio dipendente.

Si propone quindi di sostituire il testo dell'art. 128 comma 4 con quello attualmente presente nel D. Lgs. 230/95 e smi:

Le funzioni di esperto di radioprotezione non possono essere assolte dalla persona fisica del datore di lavoro né dai dirigenti che esercitano e dirigono l'attività disciplinata, né dai preposti che ad essa sovrintendono, né dagli addetti alla vigilanza di cui all'articolo 106, comma 2

3.3 Criticità

La declinazione del sistema regolatorio non sembra tenere in dovuta considerazione la specificità delle strutture del SSN, nonostante queste ultime risultino i destinatari principali a livello nazionale dei processi di notifica e autorizzazione nonché dei flussi informativi indicati nella proposta di articolato. L'applicazione di molti adempimenti, certamente giustificati per attività di decommissioning degli impianti, in maniera indistinta anche alle Strutture Sanitarie, oltre a non rispettare il principio di gradualità più volte richiamato dalla Direttiva 59, risulta ingiustificatamente rigido, oneroso e non bilanciato da alcun beneficio in termini di tutela né per la popolazione né per i lavoratori.

3.3.1. Criticità n. 1 – Art. 48 comma 1

I detentori delle sorgenti di radiazioni ionizzanti soggette a notifica o a specifico provvedimento autorizzativo ai sensi della legge 31 dicembre 1962, n.1860 o ai sensi del presente decreto, sono tenuti a registrarsi sul sito istituzionale dell'ISIN e trasmettere allo stesso le informazioni sul tipo, le caratteristiche dei generatori di radiazioni e la quantità delle materie radioattive, entro i dieci giorni successivi alla data di inizio della detenzione o dalla data di cessazione della detenzione delle sorgenti stesse.

Viene definito un nuovo un flusso informativo totalmente indifferenziato che risulta invece previsto dalla direttiva **solo per le sorgenti sigillate ad alta attività** (art.86 comma 3 della Direttiva 59). Tale flusso:

- risulta estremamente oneroso per gli organi del SSN;
- non tiene conto che informazioni oggetto del flusso informativo in questione sono già nella disponibilità degli organi della pubblica amministrazione a seguito dell'attuazione dei flussi (già informatizzati) previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 11 Giugno 2010 che prevede la "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale", e dalla denuncia obbligatoria delle apparecchiature radiologiche e delle sostanze radioattive sia in forma sigillata che non sigillata ai sensi del D.P.R. 4 agosto 1960, n. 1055.

Si ritiene che le condivisibili esigenze di disporre di un archivio nazionale delle sorgenti di radiazioni ionizzanti non si risolvono introducendo un terzo flusso informativo molto oneroso per il SSN, ma ottimizzando la base dati già esistente e consentendone l'accesso a tutti i soggetti interessati. **Si ritiene pertanto necessario e urgente escludere le attività sanitarie dal campo di applicazione del comma 1 dell'art. 48.**

3.3.2. Criticità n. 2 – Art. 54 con combinato allegato I

Si rileva preliminarmente che l'ambiguità e il presumibile errore materiale contenuto al comma 7 lettera a) dell'attuale formulazione, ove sembra richiamarsi direttamente alla tabella I-1B e non gli specifici e articolati criteri di cui all'allegato I paragrafo 8, porrebbero nei fatti al di fuori della legalità tutte le attività di medicina nucleare e le renderebbero assurdamente impossibili in futuro ¹.

Pure apprezzando e valutando positivamente la necessità di disporre di una autorizzazione per l'eventuale scarico di effluenti radioattivi liquidi (che nel caso in esame sono costituiti dagli escreti dei pazienti sottoposti a trattamenti con radiofarmaci immessi nel sistema fognario) non c'è motivazione per cui non sia stata conservata l'opzione dello smaltimento in esenzione per **i soli rifiuti solidi** contenenti tracce di sostanze radioattive di nessuna rilevanza radio protezionistica, come attualmente previsto dal D.lgs. 230/95. Tale opzione:

¹ Nessuno sarebbe infatti mai in grado di garantire il rispetto delle attività contenute nella Tabella I-1B (irragionevolmente e inutilmente più restrittive rispetto a quanto stabilito dalla direttiva) per gli escreti (effluenti liquidi) di un solo paziente normalmente e legittimamente ricoverato in una degenza ordinaria dopo un esame scintigrafico

- è da sempre utilizzata in Italia e nel mondo dalle strutture sanitarie senza che sia stata mai evidenziata alcuna evidenza di pericolosità, o qualche riferimento tecnico o scientifico ne abbia contestato la validità, e costituisce l'opzione elettiva e ottimizzata per la gestione di tale tipologia di rifiuto;
- **risulta del tutto conforme all'art. 30 della direttiva 59** che per tale tipologia di materiale (e in concentrazioni anche superiori a quelle previste dall'attuale proposta di recepimento) prevede l'esonero da qualunque controllo regolamentare²
- è presente nell'attuale ordinamento nazionale ed ha dimostrato di costituire il modo più efficace ed efficiente di gestione di tale tipologia di rifiuto (art. 154 del D.Lgs 230/95 e s.m.i.).

Viceversa, quanto proposto nello schema di recepimento in materia di allontanamento:

- risulta illogico e di applicazione inappropriata alle attività sanitarie dal momento che l'autorizzazione verrebbe rilasciata da una attività regionale, quando è noto che il destino del rifiuto sanitario solido in oggetto è la termodistruzione che molto spesso avviene al di fuori della Regione in cui verrebbe rilasciata l'autorizzazione;
- può comportare oneri per gli esercenti attività sanitarie **centinaia di volte superiori a quelli attuali**, non bilanciati da alcun beneficio in termini di sicurezza e salute pubblica, e oneri per la Pubblica Amministrazione titolare del procedimento autorizzativo;
- non risulta in linea con la legge di delegazione 117/2019 introducendo un nuovo adempimento oneroso **non derivante dall'attuazione della direttiva**.

Ai fini della continuità della missione del SSN e del mantenimento dei livelli di assistenza, si ritiene quindi **irrinunciabile** una modifica dell'attuale formulazione dell'art. 54 e dell'allegato I in modo che:

- entrambi risultino conformi alle indicazioni della Direttiva 59 e alle raccomandazioni IAEA³ cui la Direttiva 59 fa esplicito riferimento;
- entrambi facciano esplicito riferimento ai criteri di allontanamento indicati dalla Direttiva 59 e quindi differenzino in maniera chiara le condizioni di allontanamento dei rifiuti solidi (basate su concentrazioni di sostanze radioattive) da quelle per l'allontanamento degli effluenti liquidi e gassosi che, se basati sui valori di attività contenuti nella tabella I-1B dell'allegato I dello schema, impedirebbero in maniera totalmente immotivata e priva di un qualunque razionale tecnico/scientifico lo svolgimento di qualsiasi attività di medicina nucleare, essendo detti valori (che sono meccanicamente mutuati dall'allegato I del D.Lgs. 230/95 ove però non rivestono di fatto alcuna valenza operativa), risultano manifestamente errati e privi, allo stato dell'arte, di un qualunque razionale tecnico e scientifico;
- limitino l'applicazione del flusso informativo (art. 54, comma 8), che nello schema di recepimento è esteso a rifiuti totalmente indistinguibili dai normali rifiuti ospedalieri, ai soli rifiuti solidi effettivamente radioattivi ed in quanto tali soggetti ad una autorizzazione allo smaltimento o al conferimento ad un Operatore del Sistema Integrato, dal momento che quanto proposto nello schema risulta del tutto inutile, contrario al principio di gradualità più volte richiamato dalla Direttiva 59 e fonte di oneri per il SSN non giustificati da alcun beneficio.

² Art. 30 comma 2 lettera a) della direttiva 59/2013

³ Serie Norme di sicurezza RS-G-1.7, IAEA 2004, "Application of the Concepts of Exclusion, Exemption and Clearance").

4. Proposta di Miglioramento

Per concludere, una proposta di miglioramento del sistema radioprotezionistico, il cui inizio del percorso è accennato all'interno dell'articolato, con l'introduzione di un "terzo grado junior sanitario" di abilitazione dell'ERP, che costituisce un passo avanti apprezzabile rispetto all'attuale situazione, ma che necessita di essere sviluppato in modo organico e completo.

In Italia il maggior numero di lavoratori esposti a sorgenti artificiali si trova nel settore sanitario. Lo SDLGS, come previsto dalla Direttiva 59/2013/Euratom, affida la radioprotezione del paziente nelle esposizioni mediche al fisico Specialista in Fisica Medica, un professionista sanitario con livello formativo EQF8 (L5 + SS3). Nell'allegato XXI, C.9, si prevede per l'esperto di radioprotezione un livello EQF6 (L3) per le abilitazioni di primo e secondo grado e EQF7 (L5) per quelle di terzo grado.

L'introduzione nella norma di **abilitazioni per ambiti lavorativi** (p.e. sanitario, industriale, ricerca e nucleare), e non solo per gradi (veramente obsoleto e non più in linea con la realtà storica attuale), è la corretta direzione in cui andare.

Tale impostazione risponde pienamente al **best practice approach** indicato dalla pubblicazione **European Guidance on the Implementation of the Requirements of the Euratom BSS with respect to the Radiation Protection Expert and the Radiation Protection Officer (marzo 2016, Progetto ENE-TRAP III)** per l'implementazione della Direttiva 59/2013 da parte degli Stati membri.

L'introduzione, in particolare, di un ambito sanitario dotato di specifica abilitazione per il fisico Specialista in Fisica medica, rappresenterebbe per il sistema paese e per il SSN un vantaggio rispondendo a criteri di :

- maggior tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori del comparto sanità (maggior livello di competenze richiesto per la funzione di esperto di radioprotezione in ambito sanitario);
- efficacia ed efficienza: gli SFM sono presenti ed operano nelle strutture sanitarie, ciò permette di assicurare la sorveglianza fisica di ambienti e lavoratori con continuità e non con accessi estemporanei;
- invarianza di costi per i SSR (attualmente nel 95% delle Strutture Sanitarie Pubbliche questa attività viene già svolta da un dirigente fisico specialista in fisica medica in possesso di specifica abilitazione da Esperto Qualificato-ERP).

Si propone pertanto che, con Decreto Ministeriale da emanarsi entro 18 mesi dalla pubblicazione del Decreto Legislativo, venga introdotta l'abilitazione dell'Esperto di Radioprotezione per la sorveglianza fisica per Ambiti, o in alternativa, almeno quella in Ambito Sanitario, e la relativa definizione dei requisiti di cui al C4 dell'art. 129.

Conclusioni

Il recepimento della DE 59/13/EURATOM arriva con due anni di ritardo rispetto ai termini previsti dalla direttiva stessa, ma il giudizio sul SDLGS 157 è globalmente positivo, e si sollecita a procedere rapidamente nella conversione definitiva in legge.

Si invitano comunque le Commissioni permanenti di competenza a proporre emendamenti che risolvano le importanti criticità e che chiariscano le ambiguità, segnalate in questa relazione.

Si stimola altresì questa Commissione Sanità ad avere il coraggio di proporre nuovi commi al SDLGS 157, che vanno verso una gestione della radioprotezione in chiave più moderna e più utile per il sistema sanitario del paese.

Roma, 26 Febbraio 2020

Michele Stasi
Presidente AIFM