



DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della salute (GRILLO)

di concerto con il Ministro dell'interno (SALVINI)

con il Ministro della giustizia (BONAFEDE)

e con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie (STEFANI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 16 OTTOBRE 2018

Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Relazione tecnica	»	5
Analisi tecnico-normativa	»	7
Analisi dell’impatto della regolamentazione (AIR)	»	12
Disegno di legge	»	17

ONOREVOLI SENATORI. - Le disposizioni contenute nel presente disegno di legge muovono dalla necessità di individuare misure di prevenzione e contrasto per gli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie, che ormai con frequenza costante mettono a serio pregiudizio l'incolumità fisica e professionale della menzionata categoria.

Il verificarsi di atti di violenza in ambito sanitario è un fenomeno ben noto, seppure manchino statistiche certe sulla sua diffusione.

Gli esercenti le professioni sanitarie nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza, con una frequenza più elevata rispetto ad altri settori lavorativi. L'esperienza di violenza nel posto di lavoro può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso che può determinare lesioni personali importanti.

I fattori di rischio responsabili di atti di violenza diretti contro gli esercenti le professioni sanitarie sono numerosi, ma l'elemento peculiare e ricorrente è rappresentato dal rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura tra il paziente e il sanitario durante l'erogazione della prestazione sanitaria e che vede spesso coinvolti soggetti, quali il paziente stesso o i familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Ecco perché si ritiene che il Servizio sanitario nazionale, a differenza di altri ambiti, abbia una doppia responsabilità, ovvero quella di prendersi cura e tutelare i soggetti che necessitano di cure nonché di tutelare la sicurezza ed il benessere fisico del personale sanitario che vi opera.

La proposta normativa in esame consta di tre articoli.

L'articolo 1, rubricato «Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie», istituisce presso il Ministero della salute il predetto Osservatorio, a cui attribuisce il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e di proporre al Ministro della salute l'adozione di idonee misure per ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, nonché di monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalle vigenti disposizioni a garanzia dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro. La norma rinvia la costituzione dell'Osservatorio ad un successivo decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed è prevista inoltre la possibilità che l'Agenas supporti le attività dell'Osservatorio. Inoltre si precisa che, in accoglimento della richiesta formalizzata, in sede di formulazione di parere, da parte della Conferenza Stato-regioni, è stato previsto che per le tematiche di comune interesse l'Osservatorio in questione si rapporti con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, previsto dall'articolo 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Con il medesimo decreto sono altresì stabilite le modalità con le quali l'Osservatorio debba riferire ai Ministri interessati circa l'esito delle proprie attività, anche al fine di consentire al Ministro della salute di adempiere all'obbligo dell'invio annuale al Parla-

mento della relazione sull'attività svolta, di cui al comma 3.

L'articolo 2, rubricato «Circostanze aggravanti», atteso il susseguirsi di atti di violenza in ambito sanitario, che ormai con frequenza costante mettono a serio pregiudizio l'incolumità fisica e professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine di contrastare detti fenomeni, prevede un'integrazione dell'articolo 61 del codice penale, nel senso che aggiunge il numero 11-*septies*).

Nel merito, come noto, l'articolo 61 del codice penale disciplina le circostanze che aggravano il reato. Il medesimo articolo, già dalla recente legge n. 3 del 2018 è stato integrato da una specifica norma volta ad aggravare il reato quando lo stesso è commesso a danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie; si è pertanto ritenuto opportuno prevedere l'inserimento di un'ulteriore fattispecie, descritta al numero 11-*septies*), finalizzato ad un'aggravante per chi commette il fatto con violenza o minaccia a danno degli esercenti le professioni sanitarie.

Quanto ai rapporti fra la circostanza aggravante proposta – 11-*septies*), l'avere commesso il fatto con violenza in danno degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni – e quella di cui all'articolo 61, numero 10), del codice penale, secondo cui: il reato è aggravato quando il fatto è commesso «contro un pubblico ufficiale o una persona incaricata di pubblico servizio», non sembra ipotizzabile un rapporto di continenza assoluta: la possibile sovrapposizione fra i rispettivi ambiti applicativi è solo parziale, sia sul versante oggettivo sia su quello soggettivo, giacché quella proposta si applicherebbe solo ai fatti commessi «con violenza» e verrebbe a tutelare l'esercizio della professione sanitaria

tout court, ossia in ogni circostanza e contesto (compreso quello strettamente privatistico), a prescindere dalla configurabilità di un soggetto incaricato di pubblico servizio (che presuppone comunque l'esercizio della funzione presso una struttura in qualche modo riconducibile al Servizio sanitario nazionale).

Quanto al profilo di ipotizzabile «ingiustificata disparità» di trattamento rispetto alla posizione di «altri professionisti non sanitari», occorre riflettere sul tipo di rapporto non solo personale, ma anche necessariamente «interattivo», che si instaura fra medico e paziente, nei termini già esposti, che costituisce invero una specificità assoluta, oltre che il *proprium*, di tale professione rispetto a qualunque altra figura professionale; specificità che, anche per i beni e i valori coinvolti (bene della salute), espone il professionista sanitario ad un grado di coinvolgimento e a un conseguente livello di rischio molto più elevato rispetto ad altre figure professionali, tanto è vero che soprattutto in tale ambito si registrano atti di violenza in danno soprattutto degli esercenti le professioni sanitarie, oramai, purtroppo, con costanza e da un certo tempo; conseguentemente il trattamento sanzionatorio più grave proposto – per i soli casi in cui ricorra un episodio connotato da violenza alla persona – non sembra introdurre un'«irragionevole» disparità di trattamento, bensì un trattamento sanzionatorio diverso in relazione ad una fattispecie non omogenea e quindi non comparabile alle altre, potendosi quindi escludere una disparità di trattamento rilevante ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione.

Da ultimo l'articolo 3, «Disposizioni finali», reca la norma di invarianza finanziaria.

RELAZIONE TECNICA

Le disposizioni contenute nel disegno di legge in esame sono volte a disciplinare misure di prevenzione e contrasto per gli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie, che ormai con frequenza costante mettono a serio pregiudizio l'incolumità fisica e professionale della menzionata categoria.

L'articolo 1 dispone l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, in particolare è previsto che entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, venga istituito presso il Ministero della salute il menzionato Osservatorio, per assolvere a prescritti compiti senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La norma è neutra dal punto di vista finanziario, in considerazione del fatto che è espressamente previsto che si provvede all'attuazione della medesima ricorrendo alle risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente, nel rispetto di quanto disposto al comma 1, che espressamente prevede che l'istituzione dell'Osservatorio non deve determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La struttura amministrativa di supporto all'attività dell'Osservatorio è individuata nel centro di responsabilità del Gabinetto del Ministro, al quale già afferiscono i compiti di supporto strategico all'attività di indirizzo politico del Ministro. Viene, inoltre, espressamente specificato che ai partecipanti all'Osservatorio non sono riconosciuti alcuna indennità, gettone di presenza, rimborso spese o altri emolumenti comunque denominati. Anche il supporto fornito da AGENAS ai lavori dell'Osservatorio - che deve ritenersi riferito alla raccolta, presso le Regioni, di dati e informazioni connessi al fenomeno delle aggressioni agli operatori sanitari - non determinerà oneri ulteriori per la finanza pubblica, atteso che le attività indicate nel disegno di legge afferiscono ai compiti istituzionali dell'Agenzia. A tale ultimo riguardo si rammenta che per effetto delle disposizioni introdotte dalla legge n. 27 dicembre 2017, n. 205 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020", la dotazione organica dell'Agenzia è stata sensibilmente potenziata, proprio in relazione ai nuovi compiti nel frattempo affidati. Da ultimo, infine, si fa presente che con D.M. del 18 maggio 2018 è stato definitivamente approvato il nuovo statuto dell'Agenzia, nel quale è ribadito che il principale compito dell'Agenzia è quello di fornire un supporto tecnico-operativo alle politiche statali e regionali di governo del sistema sanitario. Tale supporto, come si evince dallo statuto medesimo, si sostanzia, in particolare e già nell'ordinario, nell'analisi dei flussi di dati relativi ai fenomeni connessi alle politiche sanitari e nella messa a disposizione di tali flussi informativi a beneficio sia del livello di governo statale che di quello regionale.

L'articolo 2 reca l'integrazione dell'art. 61 del c.p. nel senso che aggiunge il comma 11-*septies* al medesimo articolo, al fine di prevederne le circostanze aggravanti per chi commette il fatto con violenza o minaccia a danno degli esercenti le professioni sanitarie; anche tale specifica disposizione è neutra dal punto di vista finanziario.

Da ultimo, in coerenza con le indicazioni di neutralità finanziaria che caratterizzano i contenuti degli articoli sopra sintetizzati, l'articolo 3 ribadisce che dall'attuazione della legge in



esame non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, nel senso che vi si provvede mediante le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente.

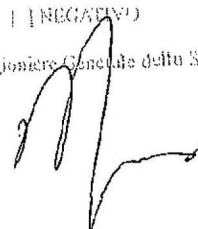
La verifica della proposta relazione tecnica, effettuata ai sensi 2° comma art. 16, comma 1 della legge 30 dicembre 2000 n. 488, è stata
avuta esito

+

☒ POSITIVO

☐ NEGATIVO

Il Ragioniere Generale dello Stato



29 Jun. 2018



ANALISI TECNICO-NORMATIVA

PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo

Il disegno di legge in esame mira a soddisfare la necessità d'individuare misure di prevenzione e contrasto rispetto agli atti violenti perpetrati a danno dei professionisti sanitari nell'esercizio delle loro funzioni.

Si tratta di esigenza che si è dimostrato, sulla base dei dati disponibili, risultare insoddisfatta a legislazione vigente.

L'intervento è coerente con il programma di Governo, così come illustrato al Parlamento, e coerente in particolare col cosiddetto contratto di governo delle forze politiche di maggioranza, specialmente nella parte in cui è contenuto l'impegno ad un rafforzamento delle politiche di sicurezza e di deterrenza penale.

2) Analisi del quadro normativo nazionale

La normativa nazionale attualmente non prevede l'istituzione di un organo amministrativo appositamente deputato al monitoraggio specifico dei fenomeni delittuosi commessi in danno di esercenti le professioni sanitarie, che pur risultano frequenti dalle cronache giornalistiche.

La normativa penale, in particolare, pur prevedendo un'aggravante comune (art. 61 n. 10 c.p.) per i reati commessi contro incaricati di pubblico servizio non risulta idonea a costituire sufficiente deterrenza penale, in quanto non può concernere coloro che, pure esercitando una professione sanitaria, non siano incaricati di un servizio pubblico, così come definito nell'art. 359 c.p.

3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e i regolamenti vigenti

Il fulcro dell'intervento normativo consiste nella modifica dell'art. 61 del codice penale, mediante la tecnica dell'integrazione per aggiunta di un numero nell'elencazione delle circostanze aggravanti comuni ivi elencate. E' così introdotta un'ulteriore circostanza aggravante comune per avere commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

L'intervento normativo s'inserisce coerentemente poi nel quadro sistematico penalistico, perché, come noto, l'articolo 61 del c.p. disciplina le circostanze che aggravano il reato. Il medesimo articolo, già dalla recente legge n. 3 del 2018 è stato integrato da una specifica norma volta ad aggravare il reato quando lo stesso è commesso a danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie; si è, pertanto, ritenuto opportuno prevedere l'inserimento di un successivo comma, per l'appunto il comma 11-septies, finalizzato ad un aggravante per chi commette il fatto con violenza o minaccia a danno degli esercenti le professioni sanitarie e, pertanto, in analogo ambito sanitario a quello previsto nel numero 11-sexies.

Infine, va rimarcato il rispetto delle competenze delle regioni e delle autonomie territoriali, laddove, nell'art. 1 del disegno di legge, è previsto non soltanto che l'istituzione dell'Osservatorio è effettuata previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ma anche che all'Osservatorio sia prevista la presenza di un rappresentante delle Regioni.

E' istituito inoltre per legge un osservatorio, incardinato presso il Ministero della salute, per monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, per promuovere studi ed analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti nonché per monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

4) Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali

Quanto alla conformità alla Costituzione del disegno di legge, si mette in rilievo che non può sussistere alcuna "ingiustificata disparità" di trattamento rispetto alla posizione di "altri professionisti non sanitari", perché occorre riflettere sul tipo di rapporto non solo personale, ma anche necessariamente dinamico, che si instaura fra medico e paziente, che costituisce invero una specificità assoluta, oltre che il *proprium*, di tale professione rispetto a qualunque altra figura professionale; specificità che, anche per i beni e i valori coinvolti (bene della salute), espone il professionista sanitario ad un grado di coinvolgimento ed a un conseguente livello di rischio molto più elevato rispetto ad altre figure professionali, tanto è vero che soprattutto in tale ambito si registrano atti di violenza in danno soprattutto degli esercenti le professioni sanitarie, oramai, purtroppo, con costanza e da un certo tempo; conseguentemente il trattamento sanzionatorio più grave proposto - per i soli casi in cui ricorra un episodio connotato da violenza alla persona - non sembra introdurre un' "irragionevole" disparità di trattamento, bensì un trattamento sanzionatorio diverso in relazione ad una fattispecie non omogenea e, quindi, non comparabile alle altre, potendosi quindi escludere una disparità di trattamento rilevante ex art. 3 Cost.). Del resto, una limitazione al settore sanitario dell'intervento normativo è conforme al principio di proporzionalità a cui particolarmente ci si deve attenere in materia penale.

5) Analisi delle compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.

Va rimarcato il rispetto delle competenze delle regioni e delle autonomie territoriali, laddove, nell'art. 1 del disegno di legge, è previsto non soltanto che l'istituzione dell'Osservatorio è effettuata previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ma anche che all'Osservatorio sia prevista la presenza di un rappresentante delle Regioni.

6) Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione

Il disegno di legge è conforme ai principi dell'art. 118 Costituzione, in quanto si tratta di un intervento in ambito penalistico, riservato alla competenza esclusiva dello Stato, adeguato rispetto all'obiettivo dell'intervento di aumentare la deterrenza penale per ridurre fenomeni di aggressione nei confronti di esercenti la professione sanitaria.

Anche per quanto riguarda l'istituzione dell'Osservatorio si sottolinea l'esigenza che il monitoraggio del fenomeno avvenga a livello nazionale, data la competenza esclusiva statale sull'ordinamento penale, a cui comunque non restano estranee le regioni, sia in fase istitutiva sia partecipativa.

7) Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa

Data la riserva assoluta di legge in materia penale, è necessaria una fonte normativa primaria per l'intervento.

Anche per quanto riguarda l'Osservatorio, la necessità che vi partecipino plurimi soggetti, a livello statale e regionale, ne impone la costituzione con fonte normativa primaria.

8) Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter

Non risultano analoghe iniziative legislative parlamentari.

9) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza, ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.

Non risultano giudizi di costituzionalità pendenti e non appare rilevante la giurisprudenza in materia, trattandosi dell'introduzione di una nuova circostanza aggravante comune.

PARTE II. CONTESTO NORMATIVO COMUNITARIO E INTERNAZIONALE

10) Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario

Trattandosi di materia penale, riservata agli Stati membri, non appaiono problemi di compatibilità con il diritto dell'Unione europea.

11) Verifica dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione Europea sul medesimo o analogo progetto.

Non risulta alcuna procedura d'infrazione al riguardo.

12) Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali

L'intervento non sembra incompatibile con obblighi internazionali a cui sia vincolato lo Stato italiano.

13) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia delle Comunità europee sul medesimo o analogo oggetto.

Non risulta giurisprudenza rilevante in materia.

14) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.

Non risulta giurisprudenza rilevante in materia.

15) Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea

La materia penale specificamente oggetto dell'intervento normativo non rientra nella competenza dell'Unione europea.

PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO

1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso

Non è impiegata alcuna nuova definizione normativa. Anzi, si evidenzia l'impiego del linguaggio corrente nell'art. 2 del disegno di legge, in cui è compare la tipica terminologia penalistica nella relativa disciplina giuridica per la descrizione di una circostanza aggravante ("con violenza o minaccia"), sottolineando in particolare come l'espressione "esercenti le professioni sanitarie" è già presente sì nell'ordinamento giuridico (v. L. 11.1.2018, n. 3) sia nel codice penale, parte speciale, così come modificato per effetto di recentissimi interventi normativi in materia di trapianti d'organo.

2) Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi

Il disegno di legge fa riferimento correttamente all'art. 61 del codice penale attualmente vigente.

3) Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti

L'intervento normativo principale consiste nella modifica dell'art. 61 del codice penale, mediante la tecnica dell'integrazione per aggiunta di un numero nell'elencazione delle circostanze aggravanti comuni ivi elencate.

4) Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo

Non emerge alcun effetto abrogativo dall'intervento normativo progettato.

5) Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente

Non si prospetta alcuna ipotesi di atto normativo avente effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatoria rispetto alla normativa vigente.

6) Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo

Non risulta aperta alcuna delega sul medesimo oggetto.

7) Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruenza dei termini previsti per la loro adozione

Per l'attuazione dell'art. 1 occorre un decreto ministeriale del Ministro della salute, di concerto coi Ministeri dell'Interno e dell'Economia e delle Finanze, per l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, il cui termine per l'adozione risulta congruo, in quanto presuppone soltanto un concerto coi predetti Ministeri nonché la configurazione del numero di componenti e il raccordo con l'Agenas per la condivisione di dati utili allo svolgimento dell'attività dell'Osservatorio medesimo.

8) Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con correlata indicazione nella relazione economico-finanziaria della sostenibilità dei relativi costi

Per quanto non vi siano statistiche ufficiali circa il numero di aggressioni compiute in danno degli operatori sanitari, in relazione al fenomeno vi è una diffusa, generale consapevolezza di costante crescita, con contestuale aumento della percezione d'insicurezza degli operatori medesimi.

Particolarmente significativa risulta, al riguardo, l'indagine condotta nel 2017 da NURSIND, uno dei principali sindacati della professione infermieristica (che a sua volta rappresenta una quota rilevante degli operatori sanitari che prestano servizio presso le strutture ospedaliere), da cui si desume che per la maggior parte degli iscritti a tale sigla la percezione del fenomeno è in aumento (per il 60,9%) o addirittura in forte aumento (per il 16,4%). La percentuale dei rispondenti che ha dichiarato di essere stata aggredita è addirittura del 60% di cui: 1827 prima del 2013, 997 nel 2014, 1404 nel 2015, 1999 nel 2016, 1163 nel solo primo quadrimestre del 2017. Il numero di aggressioni, secondo tale analisi, registrerebbe un incremento del 41% tra il 2014 ed il 2015 e del 42% tra il 2015 ed il 2016.

Questi dati attendibili appaiono sufficienti a supportare l'intervento normativo e ad evitare che vi sia necessità del ricorso di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche.

ANALISI DELL'IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

SINTESI DELL'AIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI

Le disposizioni contenute nel disegno di legge muovono dalla necessità d'individuare misure di prevenzione e contrasto rispetto agli atti violenti perpetrati a danno dei professionisti sanitari, che ormai con frequenza costante mettono in serio pregiudizio l'incolumità fisica e professionale della categoria.

L'esigenza di un intervento normativo muove da unanimi sollecitazioni, provenienti soprattutto dal mondo delle professioni sanitarie, espresse in numerose sedi pubbliche, nonché nell'ambito del confronto attivato con i soggetti esponentziali delle menzionate categorie.

Nell'ambito del confronto svolto è emersa, infatti, l'insufficienza degli strumenti di natura amministrativa teoricamente attivabili per contrastare il fenomeno in parola.

Con questo provvedimento si attende, dunque, una riduzione dei fenomeni lesivi in danno degli operatori sanitari, per l'effetto di un insieme di misure che si pongono l'obiettivo di accrescere la prevenzione penale generale dei reati in parola.

1. CONTESTO E PROBLEMI DA AFFRONTARE

Per quanto non vi siano statistiche ufficiali circa il numero di aggressioni compiute in danno degli operatori sanitari, in relazione al fenomeno vi è una diffusa, generale consapevolezza di costante crescita, con contestuale aumento della percezione d'insicurezza degli operatori medesimi.

Particolarmente significativa risulta, al riguardo, l'indagine condotta nel 2017 da NURSIND, uno dei principali sindacati della professione infermieristica (che a sua volta rappresenta una quota rilevante degli operatori sanitari che prestano servizio presso le strutture ospedaliere), da cui si desume che per la maggior parte degli iscritti a tale sigla la percezione del fenomeno è in aumento (per il 60,9%) o addirittura in forte aumento (per il 16,4%). La percentuale dei rispondenti che ha dichiarato di essere stata aggredita è addirittura del 60% di cui: 1827 prima del 2013, 997 nel 2014, 1404 nel 2015, 1999 nel 2016, 1163 nel solo primo quadrimestre del 2017. Il numero di aggressioni, secondo tale analisi, registrerebbe un incremento del 41% tra il 2014 ed il 2015 e del 42% tra il 2015 ed il 2016.

Il fenomeno delle aggressioni sugli operatori sanitari è, comunque, ben noto anche nella letteratura specialistica, a livello nazionale e internazionale.

La violenza nei luoghi di lavoro della sanità è un fenomeno critico e in aumento (Bureau of labor statistics 2009; Hegney et al, 2010), sul quale vi è una crescente consapevolezza sia da parte degli operatori sanitari che degli organi istituzionali. Il Ministero della salute (2008) e alcune Regioni (Emilia-Romagna) (Assr Emilia-Romagna, 2010) hanno prodotto raccomandazioni per la prevenzione e il trattamento della violenza nei luoghi di cura. Numerose ricerche, anche nel nostro paese, hanno indicato che gli episodi di violenza riguardano in modo esteso gli ospedali e i servizi sanitari territoriali (Ministero della salute, 2008; ASSR Emilia-Romagna, 2010; Cerri et al, 2010), anche se le dimensioni più critiche si ritrovano in aree specifiche, quali i

servizi di emergenza (Martini et al, 2012; Kowalenko et al, 2013; Gillespie et al, 2014), le attività domiciliari (Camerino et al, 2008), le geriatriche, i servizi di salute mentale (Kay et al, 1988).

I determinanti del fenomeno individuati dal National Institute for occupational safety and health (2002) e dalle stesse raccomandazioni ministeriali italiane sono stati confermati da recenti studi (Gilchrist et al, 2011; Edward et al, 2014). Tra i molteplici fattori individuati vi sono l'insufficienza della formazione degli operatori sulla gestione delle situazioni di emergenza comportamentale (Allen, 2014; American association of occupational health nurses, 2014; Edward et al, 2014), il sovraffollamento (Becattini et al, 2007), l'abuso di alcol e droghe da parte dei pazienti (Crilly et al, 2004) e l'inadeguatezza delle strutture.

Gli episodi di violenza comportano effetti sullo stato di salute degli operatori che a loro volta determinano conseguenze organizzative, sociali ed economiche quali decremento della produttività del personale, assenteismo, congedi per motivi di salute ed elevato turnover (Parkinson, 1997; Jackson et al, 2002; Schmidtke, 2011).

Accanto agli esiti fisici occorre, inoltre, considerare anche le sequele di carattere psicologico che possono esprimersi con sintomi e disturbi, come il disturbo post-traumatico da stress (Gates et al, 2011), il disturbo d'ansia generalizzata e la depressione nelle sue diverse forme categoriali (disturbo distimico, episodio depressivo maggiore) (Steffgen, 2008).

2. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO E RELATIVI INDICATORI

2.1 Obiettivi generali e specifici

Dal contesto sopra menzionato è emersa, dunque, la necessità ineludibile di apprestare un quadro organico di tutele a beneficio di una categoria, quella degli operatori sanitari, obiettivamente caratterizzata da peculiari modalità di esercizio della propria attività lavorativa: ciò nell'intento di un'auspicata riduzione del numero di aggressioni ai danni di tali soggetti.

Più in particolare, il summenzionato obiettivo generale impone la necessità, da un lato, che i decisori pubblici istituiscano uno specifico luogo di analisi del fenomeno che – come si è visto dianzi – è connotato da una particolare complessità nonché da numerosi riflessi incidenti su più ambiti dell'organizzazione pubblica e dello stesso servizio sanitario nazionale; dall'altro, che siano adottate misure specifiche in grado di determinare, già in una proiezione di breve periodo, un effetto deterrente per la commissione di siffatti reati.

2.2 Indicatori e valori di riferimento

L'assenza di statistiche ufficiali in relazione ai reati commessi in danno degli operatori sanitari non consente di stabilire in questa sede un riferimento oggettivo sul quale parametrare la "riuscita" dell'intervento normativo.

Tale impossibilità deve, peraltro, ritenersi giustificata in questa sede atteso che le misure essenziali indicate nel disegno di legge afferiscono ad ambiti strettamente connessi agli *"interessi fondamentali in materia di sicurezza interna"* i quali, come noto, sono espressamente esclusi dall'ambito di applicazione della disciplina in tema di A/R, ai sensi del punto 4.2.1 della Guida all'analisi ed alla verifica dell'impatto della regolamentazione adottata con DPCM 16 febbraio 2018.

3. OPZIONI DI INTERVENTO E VALUTAZIONE PRELIMINARE

Alla luce del contesto delineato, le opzioni offerte alla disponibilità del decisore politico sono risultate sostanzialmente tre:

- opzione 0 – nessun intervento normativo
- opzione 1 – adozione di iniziative di natura amministrativa
- opzione 2 – opzione legislativa

L'opzione 0 corrisponde alla conservazione del quadro normativo vigente, nel cui ambito, invero, non vi sono specifici strumenti attivabili dal Ministero della Salute al fine di porre rimedio al fenomeno in esame.

L'opzione 1 prevede l'adozione di iniziative, di natura amministrativa, da parte del Ministero della salute, riconducibili esclusivamente ad una parte degli obiettivi prefissi dal provvedimento in esame: ci si riferisce, in ipotesi, alla sola possibilità di istituire un Osservatorio presso il Ministero finalizzato all'analisi del fenomeno e delle possibili iniziative per porvi rimedio (facoltà, peraltro, già esercitata in passato).

L'opzione 3 prevede l'introduzione di una disciplina normativa finalizzata sia a istituire, con legge, l'Osservatorio a cui attribuire il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e di proporre l'adozione d'idonee misure per ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, sia ad individuare misure specifiche orientate a definire un quadro complessivo di maggior tutela, in termini di prevenzione penale generale, per gli operatori sanitari.

4. COMPARAZIONE DELLE OPZIONI E MOTIVAZIONE DELL'OPZIONE PREFERITA

4.1 Impatti economici, sociali ed ambientali per categoria di destinatari

Con riferimento agli operatori sanitari:

In termini di capacità di contributo al raggiungimento degli obiettivi prefissi, l'opzione 0 presenterebbe, per i soggetti coinvolti nel fenomeno, un impatto non semplicemente nullo, ma che, anzi, deve ritenersi prevedibile in termini addirittura negativi. Il protrarsi di una sostanziale inattività da parte dei decisori pubblici, pur a fronte delle segnalate e condivisibili esigenze rappresentate, peraltro già da lungo tempo, dagli *stakeholders*, potrebbe solo accrescere il senso di frustrazione e la percezione d'insicurezza che si è avuto modo di registrare, in modo tangibile, nelle categorie interessate dal fenomeno in parola.

L'opzione 1 avrebbe il merito di fornire comunque una risposta tempestiva – per quanto solo in termini di analisi del fenomeno – anche se d'incerta utilità ed efficacia nel lungo periodo: ne è prova la circostanza che in passato, iniziative simili (ci si riferisce alla costituzione, presso il Ministero della salute, di un Osservatorio permanente di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari) non abbiano contribuito alla riduzione del fenomeno in parola. L'insufficienza della istituzione di simili organismi per iniziativa amministrativa – e, dunque, senza adeguata copertura normativa – è ulteriormente suffragata anche dalla circostanza che, senza la forza cogente di una disposizione di legge, l'Osservatorio potrebbe non vedere la partecipazione di soggetti istituzionali essenziali per il funzionamento del tavolo. A tal riguardo si deve rimarcare che la problematica segnalata coinvolge importanti profili di competenza non solo di altre amministrazioni statali (quali il Ministero dell'Interno, il Ministero della Giustizia e il Ministero del Lavoro) ma anche delle amministrazioni regionali, alle quali, come è noto, compete in via esclusiva l'organizzazione del SSN nel territorio di competenza. Pur potendo acquisire, a titolo di mera collaborazione interistituzionale, la partecipazione di tali soggetti ai lavori di un siffatto Osservatorio, mancherebbe, in ogni caso, una qualsiasi forma di vincolatività delle misure che, pur se ridotte alla natura di indirizzo o di direttiva, l'Osservatorio è chiamato ad adottare e le diverse realtà regionali – oltre che, come visto, in ipotesi, altri Ministeri – sarebbero invitate a realizzare o ulteriormente sviluppare.

L'opzione 3 rappresenta, dunque, l'unica opzione possibile per conseguire, allo stesso tempo, risultati efficaci sia nel breve che nel lungo periodo.

Con riferimento agli Enti del Servizio sanitario nazionale:

Le opzioni 0 e 1 non avrebbero alcun impatto, né positivo né negativo, sulla funzionalità e sulla tutela delle strutture sanitarie afferenti agli Enti del Servizio sanitario nazionale.

L'opzione 3 potrà avere solo effetti benefici in termini di efficienza organizzativa, nonché di minori costi di funzionamento, per effetto della riduzione delle cause di assenza del personale connesse alla auspicata riduzione degli effetti lesivi a loro carico, nonché per un complessivo accrescimento del benessere organizzativo, in ragione della maggiore tutela determinata sia dalla specifica tutela penale riservata agli operatori sanitari sia dalle misure di protezione delle strutture sanitarie rese possibili dal loro inserimento nel novero dei luoghi suscettibili di un rafforzato controllo da parte delle forze dell'ordine.

4.2 Impatti specifici

L'opzione preferita dovrebbe avere in generale un impatto positivo innanzitutto sugli operatori del settore, che, in questo modo, si vedrebbero come i destinatari di una tutela qualificata, con un immediato riflesso sulla percezione della loro sicurezza.

Non va trascurato, inoltre, che – come evidenziato nell'analisi di contesto – l'attesa riduzione dei fenomeni lesivi in danno degli operatori sanitari potrà far conseguire, in considerazione della riduzione degli ulteriori costi "scaricati" sulla funzionalità delle strutture sanitarie - un recupero di efficienza in capo allo stesso SSN e, dunque, un positivo beneficio per l'utente finale.

4.3 Motivazione dell'opzione preferita

L'opzione 3 risulta viepiù preferibile laddove si osservino le specifiche misure proposte, la cui incidenza – come si è già avuto modo di evidenziare – impattano in gran parte su ambiti esclusi dal campo di applicazione della disciplina in tema di AIR, nonché su settori di intervento già presidiati da una disciplina normativa.

In aggiunta a quanto riferito in relazione all'istituzione di uno specifico Osservatorio, le misure fondamentali del provvedimento proposto sono orientate, in estrema sintesi, alla realizzazione di un quadro organico di tutele, differenziate e qualificate, riservate agli operatori sanitari ed alle strutture sanitarie: un quadro che necessita, senza alcun dubbio, di una lieve declinazione della disciplina vigente, in grado di far conseguire, da subito, un effetto, non solo percettivo, di maggiore sicurezza per i predetti operatori, nonché un messaggio di maggiore attenzione al fenomeno nei confronti della generalità dei consociati.

5. MODALITÀ DI ATTUAZIONE E MONITORAGGIO

5.1 Attuazione

La normativa proposta richiederà adempimenti non particolarmente complessi – o, comunque, di natura non innovativa rispetto a fattispecie consimili - ai fini della relativa attuazione.

Da una parte, infatti, l'istituzione dell'Osservatorio richiederà un processo di confronto (l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano) non dissimile da quello attivato in plurime occasioni per la costituzione di altri luoghi di analisi su tematiche in cui vi siano rilevanti competenze regionali.

Dall'altra, con riferimento alle misure in materia di sicurezza dei presidi ospedalieri, l'inclusione di questi nell'ambito del novero dei luoghi destinatari delle vigenti disposizioni in tema di sicurezza urbana, richiederà l'aggiornamento dei provvedimenti applicativi previsti dal c.d. Decreto Minniti, peraltro già sottoposti a revisione periodica.

5.2 Monitoraggio

Il provvedimento proposto individua espressamente misure specifiche destinate al monitoraggio delle disposizioni ivi introdotte: compete, infatti, all'istituendo Osservatorio il ruolo di monitoraggio "dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalle vigenti disposizioni a garanzia dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro". A tal fine viene anche previsto che l'Osservatorio presenterà, con cadenza semestrale, una relazione al Ministro sugli esiti del monitoraggio effettuato.

CONSULTAZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'AIR

Sul tema oggetto del provvedimento normativo proposto sono pressoché ininterrotte, da anni, le consultazioni tra il Ministero della salute ed i rappresentanti delle organizzazioni esponenti delle professioni sanitarie.

Tale argomento, infatti, ha formato oggetto di numerose, specifiche sessioni di lavoro, nell'ambito sia di incontri di natura sindacale che di altre occasioni di confronto attivate dal Ministero, in taluni casi, anche su sollecitazione delle categorie medesime.

Inoltre, deve rammentarsi che il tema in parola ha costituito l'argomento specifico dell'«Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza» insediato presso il Ministero della salute il 13 marzo 2018. Proprio in questa sede si è reso possibile raccogliere le sollecitazioni dei principali *stakeholders* con specifico riferimento al tema oggetto del proposto intervento normativo; si segnala, infatti, che a detto tavolo hanno partecipato - oltre al comandante dei Carabinieri del Nas, al coordinatore degli assessori alla sanità regionali ed al direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali - il presidente della Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il presidente della Federazione degli infermieri, il presidente della Federazione nazionale ordini dei veterinari, il presidente della Federazione dei farmacisti,

PERCORSO DI VALUTAZIONE

Come detto dianzi, la pluralità di sollecitazioni acquisite nel corso del tempo è stata incanalata in una sede formale – il cennato “Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza” – al quale, in rappresentanza del Ministero della salute, hanno partecipato i direttori delle quattro Direzioni generali a vario titolo coinvolte (Direzioni della Prevenzione, della Programmazione, della Sanità animale e dei Farmaci veterinari e delle Professioni sanitarie).

Gli esiti dell'analisi effettuata presso il summenzionato consesso sono state successivamente poste all'attenzione dell'Ufficio di Gabinetto e dell'Ufficio Legislativo i quali hanno ulteriormente approfondito, rispettivamente, la percorribilità di iniziative di natura non normativa (in questo caso rapportandosi con il Ministero dell'Interno, cui afferiscono, come noto, le primarie competenze nell'ambito della tutela della sicurezza pubblica) e l'analisi dell'impatto di una nuova regolazione normativa, dalla quale, conclusivamente, è originata la presente iniziativa.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie)

1. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito presso il Ministero della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, di seguito denominato «Osservatorio». Col medesimo decreto si provvede a definire la durata e la composizione dell'Osservatorio, prevedendo la presenza di rappresentanti delle regioni, dei Ministeri dell'interno, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, nonché le modalità con le quali l'organismo riferisce sugli esiti della propria attività ai Ministeri interessati. La partecipazione all'Osservatorio non dà diritto alla corresponsione di alcuna indennità, rimborso spesa, gettone di presenza o altri emolumenti comunque denominati. In particolare, all'Osservatorio sono attribuiti i seguenti compiti:

a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;

b) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti;

c) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

2. L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno di cui al comma 1, lettera a), anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. Per le tematiche di comune interesse, l'Osservatorio si rapporta con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, previsto dall'articolo 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente al Parlamento, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

Art. 2.

(Circostanze aggravanti)

1. All'articolo 61 del codice penale, dopo il numero 11-*sexies*) è aggiunto il seguente:

«11-*septies*) l'aver commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni».

Art. 3.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

