



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Direttore Generale

Disegno di legge “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”.

Senato della Repubblica

Commissione Igiene e Sanità

Intervento – Dott. Francesco Bevere

Il tema della sicurezza è stato centrale negli ultimi anni e ha visto l’impegno corale di Governo e Regioni.

In particolare, il tema della sicurezza delle cure, che è stato oggetto prima di tutto di interventi da parte degli organi legislativi e governativi di Paesi *common law* quali USA e UK, è stato attenzionato anche dalle Istituzioni dell’Unione Europea. La Corte Europea dei diritti umani ha ribadito l’obbligo per gli Stati membri di mettere in atto un quadro regolamentare che imponga agli ospedali, sia pubblici che privati, l’adozione di misure adeguate per assicurare la protezione della salute e la vita dei pazienti.

Come noto, la risposta italiana è stata la legge n. 24/2017 che ha rappresentato l’esito di un lungo processo volto alla sistematizzazione della materia della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e della sicurezza delle cure. Essa, frutto di un vivace dibattito in seno al Parlamento e nel mondo professionale sanitario, ha posto il nostro Paese tra i pochi in Europa che hanno affrontato, in maniera organica, la questione della sicurezza delle cure con specifici interventi normativi, laddove il precedente vuoto legislativo, aveva fortemente contribuito all’emergere del fenomeno della medicina difensiva quale diretta conseguenza del progressivo deterioramento del rapporto fiduciario tra medico e paziente. Con la legge 24/2017 il profilo della sicurezza delle cure viene collocato nell’ambito della garanzia costituzionale del diritto alla salute. Il legislatore del 2017 ha, infatti, inglobato nell’ambito dell’articolo 32 della Costituzione anche tale ulteriore contenuto – il profilo della sicurezza diventa elemento essenziale di ogni prestazione sanitaria -, sancendo il passaggio dalla “cultura” della sicurezza al “diritto” alla sicurezza. E’ stato, pertanto, introdotto un sistema di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio clinico, a livello aziendale, regionale e nazionale – quest’ultimo con l’istituzione presso l’AGENAS dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità -, finalizzato a ridurre i rischi e gli eventi avversi con conseguente diminuzione dei danni ai pazienti e contenimento del fenomeno della medicina difensiva.

Tuttavia, la dimensione di sicurezza non può essere limitata alla sola accezione della “sicurezza delle cure e dei pazienti”, ma deve necessariamente riferirsi anche alla sicurezza degli esercenti le professioni



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

sanitarie, i quali, soprattutto di recente, sono stati oggetto di numerosi atti di violenza. Tali eventi, in gran parte, sono da correlarsi anche al predetto deterioramento del rapporto fiduciario tra gli operatori del SSN e i pazienti e i relativi familiari.

Per tale ragione, le disposizioni contenute nel disegno di legge di cui in oggetto hanno il pregio, in un'ottica di prevenzione e contrasto agli atti di violenza in danno degli esercenti le professioni sanitarie, di inglobare nel profilo della sicurezza tale ulteriore ambito, nonché di approntare oltre ad una serie di misure *ad hoc*, uno specifico sistema di monitoraggio, attraverso l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Osservatorio con il compito di monitorare gli episodi di violenza, promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio e di monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro.

Tenuto conto che i compiti attribuiti all'istituendo Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie sono strettamente collegati alle funzioni direttamente attribuite dalla legge 24 del 2017 all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, come declinate nel decreto ministeriale istitutivo del 29 settembre 2017 (GU Serie Generale n.248 del 23-10-2017), è stato previsto che l'istituendo Osservatorio acquisisca, con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), i dati regionali relativi agli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. Certamente l'interrelazione tra i due Osservatori determinerà le condizioni per condurre ad unitarietà le varie fonti informative e, di fatto, i sistemi di monitoraggio implementati nel tempo, anche a livello regionale, in tema di rischio clinico e di sicurezza.

A questo riguardo, si rappresenta innanzitutto l'esigenza di prevedere, al fine di facilitare l'interrelazione tra il richiamato Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso AGENAS e l'istituendo Osservatorio, che nella composizione di quest'ultimo sia ricompreso un rappresentante di AGENAS tenuto conto che, a mente del decreto istitutivo, la stessa è chiamata a fornire supporto tecnico – scientifico alle complessive attività dell'Osservatorio di cui alla legge n.24/2017.

Ed infatti, nell'ambito delle proprie attribuzioni istituzionali, l'AGENAS, ai sensi del comma 3, dell'art.1 del predetto decreto del Ministro della salute del 29 settembre 2017, svolge *funzioni di supporto tecnico-scientifico delle attività dell'Osservatorio* di cui alla citata legge 24/2017.

Per tale ragione al comma 1, dell'articolo 1, dopo le parole “rappresentanti delle regioni” si propone di inserire “di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) per le finalità di cui ai commi 2 e 3.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La suddetta previsione è strettamente correlata a quanto previsto ai successivi commi 2 e 3 ed è strumentale a favorire le interrelazioni, nonché l'integrazione, tra i due Osservatori.

D'altra parte, l'acquisizione dei dati regionali di cui al comma 2, dell'art.1 del presente disegno di legge relativi alla entità e frequenza del fenomeno degli atti di violenza in danno degli esercenti le professioni sanitarie da parte dell'istituendo Osservatorio, non può intendersi attività disgiunta da quella già attribuita all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza istituito presso AGENAS.

Coerentemente quindi all'intendimento della nuova iniziativa legislativa, ovvero quello di incentrare il focus su tale tipologia di eventi (*rectius*: eventi sentinella), *“anche con riguardo alle situazioni di rischio e di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro”*, si propone che l'istituendo Osservatorio acquisisca i suddetti dati avvalendosi direttamente dell'Osservatorio ex legge 24/2017, rendendo in tal modo esplicita l'interrelazione tra i due Osservatori al fine della condivisione della conoscenza dei dati in specie ed evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni di attività.

Pertanto, al comma 2, dell'articolo 1 dopo la parola “acquisisce” si propone di sostituire la frase “con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali” con “avvalendosi dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)”.

A questo riguardo preme, inoltre, rappresentare la necessità che venga precisato dopo il comma 2, dell'articolo 1 del disegno di legge che l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità *trasmette* attraverso l'AGENAS *i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n.24*. Tale precisazione, infatti, si pone in coerenza con quanto previsto al comma 2 e con le ormai sperimentate modalità di funzionamento dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, ma, soprattutto, risponde all'esigenza che venga identificata, anche a livello regionale, la funzione preposta alla raccolta e al monitoraggio dei dati di cui trattasi, attribuendo ai suddetti Centri tale funzione, tra l'altro riconducibile ai compiti ad essi già attribuiti e concorrendo, anche per tale aspetto, al rispetto della clausola di invarianza finanziaria di cui al successivo articolo 3.

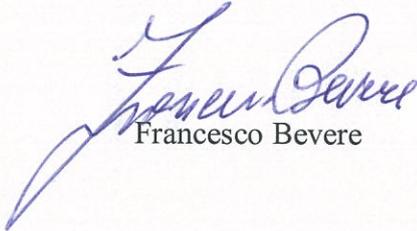
Pertanto, dopo il comma 2 dell'articolo 1 del disegno di legge si propone di aggiungere il seguente comma: “3. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n.24



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Infine, si rappresenta che nell'ambito della riunione del 14 giugno dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, è già emersa l'opportunità, data la rilevanza e l'attinenza con i temi trattati dall'Osservatorio, di costituire un ulteriore gruppo di lavoro dedicato alla violenza contro gli operatori sanitari.

Ciò premesso, è indubbio che con il presente disegno di legge la dimensione della "sicurezza delle cure", intesa quindi, nella duplice accezione riferita agli operatori ed ai cittadini, entra di diritto, insieme all'efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, volumi ed esiti dei servizi erogati, nell'ambito delle componenti che costituiscono la complessiva performance dell'azienda sanitaria oggetto di misurazione, monitoraggio, analisi e controllo da parte di AGENAS, anche alla luce di quanto previsto di recente dall'articolo 1, comma 513 della l. n. 145/2018.


Francesco Bevere