

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2004

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PAOLO RUSSO, CARFAGNA, MULÈ, BAGNASCO, BATTILOCCHIO, BOND, CASCIELLO, D'ATTIS, FATUZZO, GAGLIARDI, GIACOMETTO, MARIN, MAZZETTI, MILANATO, MINARDO, MUGNAI, ORSINI, PELLA, PETTARIN, PITTALIS, ROTONDI, RUFFINO, SACCANI JOTTI, SARRO, TARTAGLIONE, MARIA TRIPODI

Disposizioni per la tutela della sicurezza degli operatori sanitari e modifica all'articolo 61 del codice penale, concernente l'introduzione di una circostanza aggravante per i reati commessi con violenza o minaccia in danno di essi

Presentata il 18 luglio 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — Come testimoniato dai numerosi episodi di cronaca, dal nord al sud d'Italia, il fenomeno delle aggressioni al personale medico e infermieristico nei reparti ospedalieri e nelle unità di pronto soccorso sta assumendo i tratti di una vera e propria emergenza. I dati, riportati da un'indagine della Società italiana di medicina di emergenza-urgenza effettuata su un campione di 218 pronto soccorso, pari al 33 per cento di quelli presenti in Italia (667), evidenziano una situazione allarmante: dal 1° marzo al 30 aprile 2017, in due pronto soccorso su tre

(63 per cento) si è infatti verificata almeno un'aggressione fisica e la situazione, nel 2018, è « sensibilmente peggiorata in tutte le regioni ».

Molto spesso i medici, gli infermieri e gli operatori sanitari sono esposti a un alto rischio di atti di violenza in quanto entrano in contatto diretto con il paziente e sono chiamati a gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte del paziente stesso che si trova, il più delle volte, in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo. Gli episodi di violenza contro gli operatori sani-

tari sono considerati eventi « sentinella » in quanto segnali della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e di protezione dei lavoratori. Le conseguenze di ogni episodio di aggressione si ripercuotono sugli operatori sanitari che, per tutelarsi, sono obbligati a stipulare un'idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, poiché l'azienda ospedaliera non copre la colpa grave. Inoltre le conseguenze di questi episodi si ripercuotono, inevitabilmente, sul senso di sicurezza dei cittadini, che proprio presso le strutture ospedaliere chiedono di essere protetti e al sicuro. Ci si trova, dunque, di fronte a una progressione di violenze, difficilmente arrestabile in forma autonoma.

La violenza contro i medici sul loro posto di lavoro non è un fenomeno nuovo, come ricorda l'« *Indian Journal of Psychiatry* ». Infatti, negli ultimi anni questo fenomeno sembra essere cresciuto in diversi Paesi come Cina, Israele, Pakistan o Bangladesh, dove le statistiche in materia mostrano percentuali di aggressioni maggiori rispetto ai Paesi occidentali. In occidente, alcuni studi che risalgono agli anni ottanta mostrano che « il 57 per cento degli addetti alle unità di pronto soccorso in USA era già stato minacciato con un'arma », mentre « il 52 per cento dei medici del Regno Unito » aveva segnalato di aver dovuto fare fronte a « una qualche forma di violenza ».

Le professioni mediche erano « trattate con rispetto » nelle società tradizionali, ma l'arrivo della medicina moderna ha prodotto un aumento generale dei costi sanitari tendente a degradare l'immagine del medico, probabilmente sospettato di essere meno disinteressato di prima. Oltre a un probabile aumento reale della violenza contro coloro che prestano cure, c'è da aggiungere che i *social network* e la stampa hanno anche contribuito a focalizzare l'attenzione dell'opinione pubblica e delle professioni mediche sul fenomeno, diffondendo ampiamente informazioni a riguardo. Se quasi tutti i medici si preoccupano di questa violenza che può colpirli sul loro posto di

lavoro, indipendentemente dal Paese o dal modo in cui esercitano la professione, va notato che pochissimi medici sono addestrati a evitare o gestire tali situazioni. Secondo un recente studio, in India su 151 medici, sei di loro (meno del 4 per cento) avevano « ricevuto una formazione ufficiale in comunicazione efficace » e solo « cinque di questi medici appartenevano a un reparto psichiatrico dove questo tipo di formazione faceva parte del loro *curriculum* ».

È paradossale che siano proprio le persone che si prendono a cuore la salute dei cittadini a dover correre il rischio quotidiano di subire danni fisici e morali. È dunque necessario adottare tutti gli opportuni provvedimenti normativi al fine di garantire la sicurezza del lavoro svolto dagli operatori sanitari nel territorio nazionale, che quotidianamente operano con dedizione, competenza e senso del dovere.

A tale proposito, la presente proposta di legge stabilisce che nell'ambito delle funzioni di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) sia prevista, tra i vari compiti in capo a tutte le strutture pubbliche e private che erogano le prestazioni sanitarie, anche la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sulla gestione del rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (articolo 1).

Conseguentemente, si prevede che la mancata approvazione nonché il mancato aggiornamento del programma di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari sono rilevanti ai fini della misurazione e della valutazione della *performance* individuale dei direttori generali responsabili e comportano responsabilità dirigenziale e disciplinare ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Al contempo, il conseguimento degli obiettivi relativi al programma di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari è valutato ai fini del miglioramento della *performance* organizzativa e individuale at-

traverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera (articolo 2).

In stretto collegamento con la valutazione della *performance* individuale dei direttori generali responsabili si prevede che con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, di concerto con il 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, sono stabilite forme sanzionatorie e premiali in merito ai risultati raggiunti sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (articolo 3).

Inoltre, per fare fronte a tale fenomeno è senz'altro necessario prevedere, in sede di definizione del Piano nazionale della prevenzione, l'istituzione di un fondo, da ripartire sulla base dei fabbisogni reali, destinato ai presidi ospedalieri, ai servizi di pronto soccorso, alle postazioni fisse di pronto soccorso territoriale, ai servizi di guardia medica, ai servizi per le tossicodipendenze e ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (articolo 4).

Nel più ampio quadro di assistenza nei pronto soccorso è necessario prevedere, altresì, che il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, provveda all'aggiornamento delle Linee-guida sul « *triage* » intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso, di cui all'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome 25 ottobre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 7

dicembre 2001, al fine di prevedere la chiusura immediata dei presidi ospedalieri che non adottano il sistema del *triage* intraospedaliero garantendo un'adeguata informazione del paziente e dei suoi parenti entro il secondo grado (articolo 5).

Al fine di evitare il perpetrarsi di episodi di violenza nelle strutture ospedaliere, è senz'altro opportuno prevedere anche un piano nazionale di assunzione di medici e di personale sanitario dando priorità alle strutture di pronto soccorso, nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale (articolo 6).

Atteso il susseguirsi di atti di violenza in ambito sanitario, al fine di contrastare tali fenomeni, si prevede un'integrazione dell'articolo 61 del codice penale, che, come noto, disciplina le circostanze che aggravano il reato. Il medesimo articolo è stato recentemente integrato dalla legge n. 3 del 2018, con una specifica norma volta ad aggravare il reato quando lo stesso è commesso a danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie. A tale proposito si ritiene necessario prevedere l'inserimento di un'ulteriore fattispecie, descritta al numero 11-*septies*), recante un'ulteriore aggravante per chi commette il fatto con violenza o minaccia a danno degli esercenti le professioni sanitarie (articoli 7 e 8).

Per assicurare la sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere è prevista la possibilità di installare sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, le cui immagini sono cifrate, al momento dell'acquisizione da parte delle telecamere, con modalità atte a garantire la sicurezza dei dati trattati e la loro protezione da accessi abusivi (articolo 9).

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. Al comma 539 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

« *d-ter*) predisposizione di una relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. La relazione è pubblicata nel sito *internet* della struttura sanitaria ».

Art. 2.

1. La mancata predisposizione della relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, di cui all'articolo 1, comma 539, lettera *d-ter*), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è rilevante ai fini della misurazione e della valutazione della *performance* individuale dei direttori generali responsabili e comporta responsabilità dirigenziale e disciplinare ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

2. Il conseguimento degli obiettivi attraverso l'esercizio dei compiti di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è valutato ai fini del miglioramento della *performance* organizzativa e individuale attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

Art. 3.

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è inserito il seguente:

« *5-bis*. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in

vigore della presente disposizione, di concerto con il 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, sono stabilite forme sanzionatorie e premiali, a valere sulle risorse di cui al presente articolo, in merito ai risultati raggiunti sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle predette forme premiali o sanzionatorie è effettuato nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005 ».

Art. 4.

1. Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo con una dotazione di 1.900 milioni di euro per l'anno 2020, di 3.150 milioni di euro per l'anno 2021, di 3.500 milioni di euro per l'anno 2022 e di 3.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2023 al 2035, da ripartire con assegnazione sulla base dei fabbisogni reali in sede di definizione del Piano nazionale per la prevenzione, ai presidi ospedalieri, ai servizi di pronto soccorso, alle postazioni fisse di primo soccorso territoriale, ai servizi di guardia medica, ai servizi per le tossicodipendenze e ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Art. 5.

1. Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni

dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede all'aggiornamento delle linee-guida sul « *triage* » intraospedaliero per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso, di cui all'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome 25 ottobre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 285 del 7 dicembre 2001, al fine di prevedere la chiusura immediata dei presidi ospedalieri che non adottano il sistema del *triage* intraospedaliero garantendo un'adeguata informazione del paziente e dei suoi parenti entro il secondo grado.

Art. 6.

1. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, nonché di avviare un rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali, nelle more del completamento delle procedure per la predisposizione e la verifica dei piani di cui all'articolo 1, comma 541, lettera *b*), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale sono autorizzati a bandire, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, da destinare prioritariamente all'adeguamento del personale dipendente operante nei servizi di emergenza-urgenza. Le assunzioni sono attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, degli obiettivi previsti in tali piani.

Art. 7.

1. All'articolo 61 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente numero:

« 11-*octies*) l'aver commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni ».

Art. 8.

1. Per i reati commessi in danno degli operatori sanitari si applica la procedibilità d'ufficio quando concorra alcuna delle circostanze aggravanti di cui al numero 11-*octies*) dell'articolo 61 del codice penale.

Art. 9.

1. Per assicurare la sicurezza degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere possono essere installati sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, le cui immagini sono cifrate, al momento dell'acquisizione da parte delle telecamere, con modalità atte a garantire la sicurezza dei dati trattati e la loro protezione da accessi abusivi. Il Garante per la protezione dei dati personali è competente, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, alla verifica preliminare dell'idoneità tecnica dei dispositivi adottati. L'esito della verifica preliminare è comunicato al richiedente entro novanta giorni dalla richiesta. Trascorso tale termine senza che sia stata effettuata la verifica o ne sia stato comunicato l'esito, la verifica s'intende aver avuto esito positivo.

2. L'accesso alle registrazioni dei sistemi di cui al comma 1 è vietato, fatto salvo quanto previsto dal comma 3.

3. In caso di notizia di reato, l'accesso alle registrazioni dei sistemi di cui al comma 1 è disciplinato dal libro quinto, titoli IV e V, del codice di procedura penale.

4. I sistemi di cui al comma 1 possono essere installati previo accordo collettivo stipulato dalla rappresentanza sindacale unitaria o dalle rappresentanze sindacali aziendali ovvero, laddove queste non siano costituite, dalle rappresentanze sindacali territoriali. In alternativa, nel caso di strutture con sedi ubicate in diverse province della stessa regione ovvero in più regioni, tale accordo può essere stipulato dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale. In mancanza di accordo, i sistemi di cui al comma 1 possono essere installati previa autoriz-

zazione della sede territoriale dell'Ispettorato nazionale del lavoro o, in alternativa, della sede centrale dell'Ispettorato nazionale del lavoro. I provvedimenti di cui al terzo periodo sono definitivi.

5. La presenza dei sistemi di cui al comma 1 è adeguatamente segnalata a tutti i soggetti che accedono all'area videosorvegliata. Gli utenti e il personale delle strutture di cui all'articolo 1 hanno diritto a un'informativa sulla raccolta delle registrazioni dei sistemi di cui al comma 1, sulla loro conservazione nonché sulle modalità e sulle condizioni per accedervi.

6. Il Garante per la protezione dei dati personali, con proprio provvedimento, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce gli adempimenti e le prescrizioni da applicare in relazione all'installazione dei sistemi di cui al comma 1 e al trattamento dei dati personali effettuato mediante i medesimi sistemi.

7. Nelle strutture di cui all'articolo 1 è vietato l'utilizzo di *webcam*.

8. In caso di violazione delle disposizioni del presente articolo o del provvedimento adottato ai sensi del comma 8, si applicano le sanzioni di cui al regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.

