



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

**A.C. 2117, A.C. 1067, A.C. 1226, A.C. 1246, A.C. 2004**

Dossier n° 207 - Schede di lettura  
9 ottobre 2019

## Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	2117	1067	1226	1246	2004
Titolo:	Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni	in Modifiche agli articoli 61 e 336 del codice penale e misure per garantire l'ordine e la sicurezza nelle strutture ospedaliere, dei medici, per la tutela del personale sanitario e pubblico, dei medici del personale sanitario e degli operatori sanitari	Modifiche al codice penale e altre disposizioni per il contrasto della violenza nei confronti ufficiali ai medici e all'articolo 61 del codice penale, nell'esercizio delle loro funzioni, nonché l'introduzione di una disposizione sociale per la prevenzione e la gestione del rischio commessi con derivante da atti di violenza o minaccia nelle strutture sanitarie	Modifiche al codice penale in materia di tutela della sicurezza degli operatori pubblici e modifica della qualifica di pubblico ufficiale ai medici e all'articolo 61 del codice penale, nell'esercizio delle loro funzioni, nonché l'introduzione di una disposizione sociale per la prevenzione e la gestione del rischio commessi con derivante da atti di violenza o minaccia nelle strutture sanitarie	Disposizioni per la tutela della sicurezza degli operatori pubblici e modifica della qualifica di pubblico ufficiale ai medici e all'articolo 61 del codice penale, nell'esercizio delle loro funzioni, nonché l'introduzione di una disposizione sociale per la prevenzione e la gestione del rischio commessi con derivante da atti di violenza o minaccia nelle strutture sanitarie
Iniziativa:	Governativa	Parlamentare	Parlamentare	Parlamentare	Parlamentare
Primo firmatario:		Piastra	Carnevali	Bellucci	Paolo Russo
Iter al Senato:	Sì	No	No	No	No
Numero di articoli:	5	5	6	7	9
Date:					
presentazione:		6 agosto 2018	2 ottobre 2018	5 ottobre 2018	18 luglio 2019
trasmissione alla Camera:	25 settembre 2019				
assegnazione:	30 settembre 2019	11 dicembre 2018	30 aprile 2019	27 marzo 2019	30 settembre 2019
Commissioni competenti:	Il Giustizia, XII Affari sociali	Il Giustizia, XII Affari sociali	Il Giustizia, XII Affari sociali	Il Giustizia, XII Affari sociali	Il Giustizia, XII Affari sociali
Sede:	referente	referente	referente	referente	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, XI Lavoro e della Commissione parlamentare per le questioni regionali	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, XI Lavoro e della Commissione parlamentare per le questioni regionali	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, XI Lavoro e della Commissione parlamentare per le questioni regionali	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, VI Finanze, XI Lavoro e della Commissione parlamentare per le questioni regionali	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, XI Lavoro, XIV Politiche UE e della Commissione parlamentare per le questioni regionali

## Contenuto

Le proposte di legge in esame, pur presentando disposizioni dal contenuto non coincidente, sono tutte volte a rafforzare la tutela della sicurezza degli **esercenti le professioni sanitarie**, da un lato tramite l'inaspimento della **repressione penale** di alcuni specifici reati, se commessi in danno di operatori sanitari, dall'altro con specifiche misure di **sensibilizzazione** e disposizioni volte a migliorare la **sicurezza all'interno degli ospedali**.

### A.C. 2117, Governo (approvato dal Senato)

Il disegno di legge C. 2117, di iniziativa governativa, è stato approvato dal Senato lo scorso 25 settembre 2019. Il provvedimento, che si compone di 5 articoli, reca alcune disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.

L'**articolo 1** del disegno di legge prevede l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un *Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie*.

Più in particolare, l'istituzione dell'Osservatorio, la definizione della durata e della composizione, nonché delle modalità con le quali l'organismo riferisce sugli esiti della propria attività ai Dicasteri interessati, sono demandate ad un 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, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge (comma 1). In ogni caso, la composizione dell'organismo deve comprendere la presenza di: rappresentanti delle regioni; un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) (per le finalità di cui ai successivi commi 2 e 3); rappresentanti dei Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali; degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e delle associazioni di pazienti.

L'organismo è istituito senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; la partecipazione al medesimo non dà diritto alla corresponsione di alcun rimborso o emolumento, comunque denominato.

All'Osservatorio sono attribuiti i seguenti compiti:

- monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche acquisendo i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno ed alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro (lettera *a*) del comma 1 e commi 2 e 3). Tali dati sono acquisiti con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità - istituito, presso l'Agenas, ai sensi dell'articolo 3 della [legge n. 24 del 2017](#), e del D.M. 29 settembre 2017 - e degli ordini professionali. In particolare, si prevede (comma 3) che l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmetta tramite l'Agenas al nuovo Osservatorio i dati in materia acquisiti dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (istituiti ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della citata L. n. 24);
- monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (lettera *b*) del comma 1);

Gli atti di violenza ai danni di un operatore sanitario sono già considerati un evento sentinella (evento sentinella n. 12, vedi il [Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella](#)), mentre la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della salute ([Racc. n. 8 del novembre 2007](#)) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

- promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti (lettera *c*) del comma 1);
- monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (ai sensi della successiva lettera *d*));
- promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (lettera *e*)).

Il nuovo Osservatorio si rapporta (comma 2), per le tematiche di comune interesse, con il suddetto Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, avente come ambito di osservazione il rischio sanitario e le buone pratiche per la sicurezza delle cure.

Il Ministro della salute (comma 4) trasmette annualmente al Parlamento, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dal nuovo Osservatorio.

L'**articolo 2** interviene sull'**art. 583-quater del codice penale** per aggravare le pene per il reato di **lesioni personali gravi o gravissime**, quando le stesse siano cagionate a personale esercente una **professione** sanitaria o socio-sanitaria o a **incaricati di pubblico servizio**, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio presso **strutture sanitarie o socio-sanitarie, pubbliche o private**.

Pene aggravate  
per le lesioni  
personali

Il disegno di legge inserisce dunque un comma nell'articolo che attualmente aggrava le pene quando le lesioni sono rivolte a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, per prevedere le medesime pene aggravate - per le lesioni gravi reclusione da 4 a 10 anni e per le lesioni gravissime reclusione da 8 a 16 -

quando le lesioni siano procurate agli operatori sanitari e socio-sanitari o comunque ad incaricati di un pubblico servizio in strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private. Viene conseguentemente modificata anche la rubrica dell'art. 583-quater c.p. (*Lesioni personali gravi o gravissime a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, nonché a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o a incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private*). Si valuti l'opportunità di sintetizzare ulteriormente il contenuto della rubrica.

L'**articolo 3** inserisce, tra le **circostanze aggravanti comuni** del reato, l'aver commesso il **fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie** o socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Tale nuova ipotesi via aggiunta all'elenco delle circostanze aggravanti comuni previsto dall'art. 61 del codice penale, al numero 11-octies).

Pene aggravate per tutti i reati commessi con violenza o minaccia

In tale elencazione trova già collocazione l'aggravante comune dell'aver commesso il fatto contro un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio (n. 10); circostanza che attualmente la giurisprudenza applica anche ai reati contro gli operatori sanitari, ai quali è riconosciuta la qualifica di incaricato di pubblico servizio (quando non anche quella di pubblico ufficiale). La nuova aggravante del n. 11-octies - che presuppone una condotta di violenza o minaccia e che espressamente si applica agli operatori socio sanitari a prescindere dalla natura pubblica o privata della struttura presso la quale operano - è destinata dunque a sovrapporsi parzialmente con quella del numero 10) - che da una parte è più ampia, perché riguarda tutte le fattispecie penali (non solo quelle caratterizzate da violenza o minaccia), e dall'altra ha un campo d'applicazione circoscritto allo svolgimento di un servizio pubblico. Si ricorda che le aggravanti comuni comportano un **aumento di pena fino a un terzo**.

L'**articolo 4** prevede che i reati di **percosse** (art. 581 c.p.) e **lesioni** (art. 582 c.p.) siano **procedibili d'ufficio** quando ricorre l'aggravante del fatto commesso con violenza o minaccia in danno degli operatori sanitari e socio-sanitari. Non sarà dunque necessaria la querela della persona offesa.

Reati procedibili d'ufficio

L'**articolo 5** reca la clausola di invarianza.

### A.C. 1067, Piastra ed altri

La proposta di legge in esame, si compone di 5 articoli attraverso i quali sono modificate alcune disposizioni penali e rafforzate le misure di sicurezza all'interno degli ospedali.

In particolare, l'**articolo 1** esplicitamente prevede l'applicazione della circostanza aggravante comune prevista dall'**art. 61, co. 1, n. 10) c.p.** ai reati commessi contro il **personale medico, infermieristico e ausiliario** delle strutture riconducibili al **Servizio sanitario nazionale** oltre che contro i **farmacisti**. L'aggravante novellata consiste, come visto *sopra*, nell'aver commesso il fatto contro un pubblico ufficiale o una persona incaricata di un pubblico servizio o rivestita della qualità di ministro del culto, ovvero contro un agente diplomatico o consolare di uno Stato estero, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio.

Modifiche al c.p.

L'**articolo 2** modifica l'**art. 336 c.p.**, per esplicitare che la fattispecie di **violenza o minaccia a un pubblico ufficiale** si applica anche quando la condotta è rivolta contro il personale medico, infermieristico e ausiliario delle strutture riconducibili al Servizio sanitario nazionale oltre che contro i farmacisti. La fattispecie penale prevede la reclusione da 6 mesi a 5 anni per chiunque usa violenza o minaccia a un pubblico ufficiale o ad un incaricato di un pubblico servizio, per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri, o ad omettere un atto dell'ufficio o del servizio. Si applica la pena della reclusione fino a 3 anni, se il fatto è commesso per costringere alcuna delle persone anzidette a compiere un atto del proprio ufficio o servizio, o per influire, comunque, su di essa.

Si ricorda che **già attualmente** l'aggravante dell'art. 61, n. 10 e la fattispecie penale di cui all'art. 336 c.p. **sono applicabili al personale medico, infermieristico e ausiliario delle strutture ospedaliere e territoriali del Servizio sanitario nazionale**. La giurisprudenza ha infatti riconosciuto la qualifica di pubblico ufficiale al personale sanitario e parasanitario presso le Aziende sanitarie, gli ospedali ed in generale le strutture sanitarie pubbliche (cfr. Cass., Sez. VI, 25.6.1996; Cass., Sez. VI, 1.4.1980; Cass., Sez. VI, 11.12.1979). Quando non si tratta di pubblici ufficiali, tali soggetti sono comunque incaricati di un pubblico servizio: in relazione al personale delle Aziende sanitarie e del Servizio sanitario nazionale, la qualifica di incaricato di pubblico servizio è stata riconosciuta in termini generali, ritenendo che l'intervenuta privatizzazione del

rapporto d'impiego e della disciplina di alcuni settori di attività delle strutture del servizio sanitario nazionale, non ne abbia comunque eliminata la rilevanza pubblica (Cass., Sez. II, 11.11.2005). In particolare, la qualifica in discorso è stata riconosciuta in capo all'addetto all'ufficio cassa della Usl, il quale non dispone certo di poteri autoritativi, ma svolge comunque un pubblico servizio relativamente alla gestione degli oneri finanziari a carico dei contribuenti che richiedano una prestazione sanitaria (Cass., Sez. VI, 1.2.1994), al coadiutore amministrativo, addetto alla verifica della titolarità degli utenti ad ottenere il rilascio dei referti di analisi (Cass., Sez. VI, 7.10.1994), agli infermieri ed operatori tecnici (Cass., Sez. VI, 4.6.2010; Cass., Sez. VI, 11.12.1995), al capo cuoco che esplica attività di coordinamento e direzione del personale della cucina di un ospedale pubblico (Cass., Sez. VI, 5.4.1995), al medico di fiducia (Cass., Sez. III, 4.5.1994), al medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (Cass., Sez. III, 22.12.1999; alla guardia giurata adibita alla vigilanza all'ingresso di un pubblico ente ospedaliero (Cass., Sez. VI, 18.2.1992), all'operatore obitoriale (Cass., Sez. VI, 9.6.2009; C., Sez. VI, 23.4.2008), all'educatore professionale dipendente di un'azienda ospedaliera (Cass., Sez. VI, 9.11-21.12.2017, n. 57233). Non è invece qualificabile come incaricato di pubblico servizio il portiere di un ospedale, il quale svolge funzioni di mera guardiania, custodia e pulizia dei locali, senza fornire un contributo concreto alle finalità del servizio pubblico (C., Sez. VI, 5.3.2003). Per quanto riguarda i farmacisti la giurisprudenza non è così numerosa ma attribuisce al farmacista titolare di farmacia esercente attività farmaceutica la qualifica di incaricato di pubblico servizio (Cass., Sez. V, sentenza n. 4525 del 1991).

L'**articolo 3** prevede che presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello sia istituito un **posto di polizia** con la presenza di almeno un ufficiale di polizia giudiziaria e 2 agenti. Se ciò non fosse possibile (per ragioni organizzative o economiche - la norma infatti è assistita dalla clausola di invarianza finanziaria), il Ministero dell'Interno dovrà comunque garantire la sorveglianza dei presidi ospedalieri «anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario». *Si valuti la portata normativa di questa disposizione.*

Presidi di polizia  
nei pronto  
soccorso

Il [Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015 n.70](#) di definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, individua diverse tipologie di strutture della rete ospedaliera d'urgenza differenziandole su quattro livelli di operatività:

- **Presidio ospedaliero in zona particolarmente disagiata:** è possibile attivare presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri *hub* o *spoke* di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace, per garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti anche in condizioni orogeografiche svantaggiate.
- **Ospedale D.E.A. di II Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di II livello (*hub*) esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza-urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità).
- **Ospedale sede di D.E.A. di I Livello:** la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello svolge funzioni di presidio ospedaliero territoriale (*spoke*) nella rete dell'emergenza-urgenza; esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello, superiore per livello di cura. La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza di 150.000 - 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.
- **Ospedale sede di Pronto Soccorso:** è la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al Dipartimento di Emergenza e Accettazione – DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo specifici protocolli organizzativo-assistenziali mirati alla gestione delle diverse patologie. La funzione di pronto soccorso è prevista per un bacino di utenza di 80.000 - 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento e un numero di accessi annui appropriati superiore a 20.000 unità.

L'**articolo 4** demanda ad un decreto del Ministro della salute, di concerto del Ministro dell'interno, la definizione delle modalità con cui ricollocare i presidi ambulatoriali di guardia medica in ambienti idonei a garantire un'adeguata protezione dell'incolumità e della sicurezza.

L'**articolo 5** prevede la clausola di invarianza finanziaria.

## A.C. 1226, Carnevali ed altri

La proposta di legge C. 1226 si compone di 6 articoli volti a inasprire la repressione penale di alcuni specifici reati, se commessi in danno di operatori sanitari, ed a tutelare tali operatori con misure di sicurezza e di sensibilizzazione.

In particolare, l'**articolo 1** novella il codice penale al fine di inasprire la repressione delle condotte di violenza in danno degli operatori sanitari. La proposta introduce infatti un'**aggravante**, che comporta l'applicazione di una pena aumentata fino a un terzo, quando i seguenti reati sono commessi nei confronti dei medici, del personale sanitario o del personale dei servizi sociali nell'esercizio delle loro funzioni:

Modifiche al c.p.

- **lesioni personali (art. 582 c.p.).** Si ricorda che il reato di lesioni semplici, previsto dall'art. 582 c.p., è punito con la reclusione da 6 mesi a 3 anni; quando la lesione è grave o gravissima si applica l'art. 583 c.p. che prevede pene aggravate. *Andrebbe valutata l'opportunità di collocare la nuova aggravante in coda all'art. 583 c.p. estendendo così l'aumento di pena non solo all'ipotesi di lesioni semplici ma anche ai casi più gravi o, in alternativa, la modifica dell'art. 583-quater c.p. (v. sopra).*
- **violenza privata (art. 610 c.p.).** Si tratta della condotta di chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa; la pena è la reclusione fino a 4 anni;
- **minaccia (art. 612 c.p.).** Si ricorda che il codice penale prevede la multa fino a 1.032 euro per chiunque minaccia ad altri un ingiusto danno; se la minaccia è grave, o aggravata, si applica la reclusione fino a 4 anni.

L'**articolo 2** reca misure per il contrasto della violenza nei confronti del personale medico, sanitario e dei servizi sociali. Le misure proposte variano a seconda della tipologia della struttura. In particolare:

Misure di sicurezza

- presidio operativo di pubblica sicurezza, aperto H24, nei reparti di pronto soccorso delle strutture ospedaliere di primo e di secondo livello;

In merito alla definizione delle strutture ospedaliere di I e II livello si rinvia all'art. 3 dell'A.C. 1067.

- collegamento diretto e continuo con le forze di polizia al fine di garantire un intervento immediato delle stesse a tutela dell'incolumità pubblica nei presidi ospedalieri di base;
- servizio di portineria per regolamentare l'accesso agli uffici degli operatori e collegamento diretto e continuo con le forze di polizia presso le strutture del sistema territoriale dei servizi sociali alla persona;
- specifiche misure di sicurezza volte a prevenire e gestire gli episodi di violenza; modalità di rilevazione e segnalazione, da parte degli enti di appartenenza, degli eventi sentinella; protocolli operativi con le forze di polizia al fine di garantire interventi tempestivi; attività di presa in carico della vittima di atti violenti negli ambiti sociali e organizzativi nei quali operino assistenti sociali professionisti.

La definizione delle modalità attuative delle disposizioni sopra descritte dovranno essere disciplinate con decreto interministeriale (Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della salute, previo parere della Conferenza Stato-regioni), da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame.

L'**articolo 3** demanda ad un decreto interministeriale (Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, sentita la Conferenza Stato-regioni), da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, le modalità operative per assicurare un collegamento, diretto e continuo, con le forze di polizia, al fine di garantire l'incolumità del personale medico, sanitario e dei servizi sociali nell'esercizio delle rispettive funzioni.

L'**articolo 4** impegna il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, entro un anno dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame e, successivamente, almeno una volta l'anno, a promuovere una o più campagne informative e di sensibilizzazione sul ruolo svolto dai medici e dal personale sanitario nella gestione delle criticità e nella presa in carico dei pazienti presso i reparti di pronto soccorso, nonché dagli assistenti sociali professionisti nei diversi contesti organizzativi nei quali operano.

L'**articolo 5** demanda l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla violenza nelle strutture sanitarie e nei confronti del personale dei servizi sociali ad un decreto del Ministro della

Osservatorio nazionale

salute, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame. L'Osservatorio è istituito presso il Ministero della salute con i seguenti compiti:

- monitorare i fenomeni connessi alla violenza nelle strutture sanitarie, con particolare riferimento agli atti di violenza contro i medici e il personale sanitario, e nei confronti del personale dei servizi sociali, in ogni ambito organizzativo nel quale opera il medesimo personale;
- effettuare il monitoraggio dei risultati delle campagne di informazione e di sensibilizzazione;
- raccogliere i dati e individuare le misure più efficaci per contrastare la diffusione degli atti di violenza nei confronti dei medici, del personale sanitario e del personale dei servizi sociali;
- raccogliere le eventuali segnalazioni di tali atti, provvedendo a trasmetterle alle autorità competenti;
- inviare periodicamente, e comunque con cadenza almeno annuale, al Ministro della salute e al Ministro dell'interno una relazione sui risultati della sua attività, contenente anche proposte per la realizzazione delle campagne informative e di sensibilizzazione di cui all'articolo 4, nonché per la tutela dei medici, del personale sanitario e del personale dei servizi sociali ai fini del provvedimento in esame.

L'Osservatorio è presieduto dal Ministro della salute, il quale, con proprio decreto, ne determina la composizione, d'intesa con il Ministro dell'interno e sentiti la Conferenza Stato-regioni, l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli ordini professionali interessati.

La norma specifica che ai componenti dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni, emolumenti o indennità, comunque definiti, né rimborsi di spese. Al funzionamento dell'Osservatorio si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

L'**articolo 6** reca la clausola di invarianza finanziaria.

### **A.C. 1246, Bellucci ed altri**

La proposta di legge in esame si compone di **7 articoli**.

L'**articolo 1**, intervenendo sull'art. 357 c.p., attribuisce la qualifica di pubblico ufficiale ai medici e al personale sanitario nell'esercizio delle funzioni. [Modifiche al c.p.](#)

Si ricorda che in base all'art. 357 c.p., agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla **formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione** o dal suo svolgersi per mezzo di **poteri autoritativi o certificativi**.

L'art. 358 c.p., invece, individua, sempre agli effetti della legge penale, gli incaricati di un pubblico servizio in coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio, da intendersi come un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

*Si valuti se, alla luce della definizione di funzione amministrativa fornita dall'art. 357 c.p., sia opportuno riconoscere sempre ope legis la qualifica di pubblico ufficiale al personale sanitario o se invece non possa essere valutata anche l'attribuzione della qualifica di incaricato di un pubblico servizio.*

L'**articolo 2** della proposta di legge, intervenendo sull'art. 61 c.p., introduce una nuova circostanza aggravante comune (n. 10-bis), volta a prevedere l'aumento della pena fino a un terzo quando un reato è commesso in danno degli esercenti professioni sanitarie nell'esercizio delle funzioni.

*Al riguardo si osserva che, avendo attribuito agli operatori sanitari la qualifica di pubblico ufficiale ai sensi dell'art. 357 c.p., questa nuova aggravante ha il medesimo campo d'applicazione ed è dunque interamente ricompresa in quella di cui al n. 10 dell'art. 61 (avere commesso il fatto contro un pubblico ufficiale...nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni).*

L'**articolo 3** modifica l'art. 336 del codice penale, relativo al delitto di **violenza o minaccia a un pubblico ufficiale** per aggiungere un comma volto a prevedere la

**procedibilità d'ufficio** se il fatto è commesso in danno di esercenti professioni sanitarie nell'esercizio delle funzioni.

*Si valuti l'opportunità di sopprimere tale disposizione in considerazione del fatto che il delitto previsto dall'art. 336 è sempre procedibile d'ufficio.* Quanto il legislatore non specifica infatti le condizioni di procedibilità, in base all'art. 50, comma 2, del codice di procedura penale, «l'azione penale è esercitata d'ufficio».

**L'articolo 4** rimette alle strutture ospedaliere e territoriali il compito di costituire **gruppi di lavoro multidisciplinari** per la prevenzione, protezione e gestione del rischio di atti di violenza nei confronti del personale medico e sanitario delle stesse strutture.

Ai gruppi di lavoro vengono attribuiti una serie di compiti, vale a dire:

- la definizione di una strategia di prevenzione e gestione degli atti di violenza e la predisposizione di un modello per la loro segnalazione;
- l'individuazione e l'analisi degli atti di violenza e delle situazioni a rischio che richiedono l'intervento delle strutture di vigilanza interna;
- l'individuazione delle misure organizzative e strutturali idonee a prevenire gli atti di violenza, a proteggere il personale medico e sanitario nonché a gestire i rischi derivanti da tali atti;
- la previsione di un'adeguata formazione del personale medico e sanitario in merito alla gestione del rischio derivante da atti di violenza.

Gli **articoli da 5 a 7** della proposta di legge individuano una serie di ulteriori misure da adottare a tutela del personale medico e sanitario e dei pazienti, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della riforma. Si tratta, in particolare:

Ulteriori misure  
di tutela

- dell'installazione presso le strutture ospedaliere e territoriali di strumenti di **videosorveglianza** a circuito chiuso negli spazi comuni; la gestione del sistema di videosorveglianza dovrà essere affidata a personale appartenente alla struttura ospedaliera o territoriale (art. 5);
- dell'istituzione di un **presidio fisso di polizia**, composto da almeno un ufficiale di polizia e da un numero di agenti proporzionato al bacino di utenza e al livello di rischio della struttura interessata (art. 6);
- della stipulazione di una polizza di assicurazione in favore del personale medico e sanitario per la copertura dei danni derivanti da atti di violenza commessi nelle strutture ospedaliere e territoriali (art. 7).

### **A.C. 2004, Paolo Russo ed altri**

La proposta di legge in esame si compone di **9 articoli** diretti a prevedere misure per rafforzare la sicurezza degli operatori sanitari e ad introdurre una circostanza aggravante per i reati commessi in danno di essi.

**L'articolo 1** novella il comma 539, dell'articolo 1, della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) aggiungendo la lett. *d-ter*) che definisce un ulteriore compito per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per le quali regioni e province autonome dispongono l'attivazione di un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*). La citata lettera contempla quindi la predisposizione, da parte delle suddette strutture, di una **relazione annuale**, da pubblicare sul sito *internet* della struttura sanitaria, riguardante la 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.

Il citato comma 539 dell'articolo 1 della legge n. 208/2015, fa riferimento alla realizzazione degli obiettivi definiti all'articolo 538, art. 1, della citata legge di stabilità 2016, che dispone la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario come interesse primario del sistema sanitario nazionale, in quanto consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili, garantendo la tutela del paziente.

La mancata predisposizione della predetta relazione annuale sulla gestione del rischio di aggressioni nei confronti degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, ai sensi del successivo **articolo 2**, comma 1, è da considerarsi rilevante ai fini della misurazione e della valutazione della performance individuale dei direttori generali responsabili e comporta responsabilità dirigenziale e disciplinare ai sensi della normativa vigente in materia di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. In proposito, l'art. 21 del D. lgs. n. 165/2001 dispone che questo tipo di responsabilità ha carattere aggiuntivo ed individuale imputabile solo ai soggetti titolari di funzioni dirigenziali e riferibile al complesso di attività di gestione e di organizzazione.

Il comma 2 precisa peraltro che il conseguimento degli obiettivi attraverso l'esercizio dei compiti elencati al sopra richiamato comma 539 oggetto di novella, viene valutato ai fini del miglioramento della performance organizzativa e individuale attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

Una ulteriore novella è inserita dall'**articolo 3** della proposta in esame volta ad **introdurre forme sanzionatorie e premiali**, a valere sulle risorse già previste dalla normativa vigente, con riferimento ai **risultati raggiunti sulla gestione del rischio di aggressioni** nei confronti di chi opera come professionista sanitario nell'esercizio delle proprie funzioni, nell'ambito dell'articolo 12, comma 5, del D. Lgs. n. 502/1992 che disciplina il Fondo sanitario nazionale. Viene infatti aggiunta una ulteriore disposizione (comma *5-bis*) che in proposito prevede l'adozione di un decreto MEF, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della norma in commento, con il concerto del Ministero della salute e previa intesa con la Conferenza Stato-regioni e province autonome.

Si precisa peraltro che l'**accertamento delle condizioni per l'accesso regionale** alle predette forme premiali o sanzionatorie deve essere 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 (organismi disciplinati, rispettivamente, dagli articoli 9 e 12 dell'[Intesa della Conferenza Stato-regioni del 23 marzo 2005](#)).

Viene inoltre istituito (**articolo 4**) 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, allocato nello stato di previsione del MEF e che dovrà essere ripartito sulla base dei fabbisogni reali in sede di definizione del Piano nazionale per la prevenzione con assegnazione 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.

L'**articolo 5** è volto invece a definire l'**aggiornamento delle linee-guida sul «triage» intraospedaliero** per gli utenti che accedono direttamente in pronto soccorso, vale a dire lo strumento per effettuare una **idonea selezione degli accessi in Pronto Soccorso**, in base alla priorità determinata dalle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo.

In proposito, infatti, il Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-regione e province autonome, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni di legge, deve provvedere a tale aggiornamento delle linee guida, al fine di prevedere la **chiusura immediata dei presidi ospedalieri** nel caso in cui non adottino il sistema del *trriage* intraospedaliero, garantendo un'adeguata informazione del paziente e dei suoi parenti entro il secondo grado.

Si segnala che l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome del 25 ottobre 2001 - che originariamente ha disciplinato **le linee guida sul triage intraospedaliero** definendo, tra l'altro, la valutazione sulla gravità all'ingresso- risulta in corso di aggiornamento in base alla proposta di Accordo tra il Ministro della salute e le regioni e province autonome del 28 maggio 2019 ([qui il link](#)). Tale Accordo riguarda le linee di indirizzo nazionali attinenti, rispettivamente, il triage intraospedaliero, l'osservazione breve intensiva e lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Ai sensi dell'**articolo 6**, infine, si dispone che 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. La norma è prevista nell'ambito della **cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale** ed è volta, mediante una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, ad assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

Inoltre, l'obiettivo della norma è quello 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 al comma 541, art. 1, lettera *b*), della citata legge di stabilità 2016. Si tratta dei piani concernenti il fabbisogno di personale che espongono le **modalità organizzative dello stesso**, in modo da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia.

Al riguardo, si tiene conto delle disposizioni previste dall'articolo 14 della legge n. 161/2014 riferite all'orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario

nazionale approvate a seguito della procedura di infrazione n. 2011/4185 per esclusione del personale medico da alcuni diritti previsti dalla [Direttiva 2003/88/CE](#) in materia di organizzazione dell'orario di lavoro.

Infatti, al fine di evitare tale **procedura di infrazione europea**, con il predetto intervento normativo è stata disposta l'applicazione, anche per la sanità pubblica, delle regole del diritto comunitario già in vigore per tutti gli altri lavoratori. La disciplina europea in materia di orario di lavoro, uniformando gli standard comuni in materia, intende assicurare la tutela minima dei lavoratori, essendo la citata Direttiva 2003/88/CE considerata come testo unico sull'organizzazione dell'orario di lavoro. Per mezzo di tale Direttiva la definizione di salute viene ampliata, includendovi il rispetto della vita familiare, la regolamentazione dei riposi, delle pause, ferie, turni notturni, nel presupposto che periodi lavorativi prolungati producono effetti significativi sulla salute del personale sanitario interessato, aumentando il rischio di errore.

Le assunzioni oggetto dell'articolo in esame, come sopra anticipato, devono essere attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, degli obiettivi previsti in tali piani.

L'**articolo 7** interviene sul codice penale per inserire una nuova **circostanza aggravante comune** nell'art. 61 c.p. La nuova circostanza (inserita al n. 11-octies) prevede un aumento di pena fino a un terzo per tutti i reati commessi con violenza o minaccia in danno degli operatori sanitari nell'esercizio delle funzioni. La formulazione è analoga a quella dell'A.C. 2117, con la sola differenza che quest'ultimo estende l'aggravante anche alle professioni socio-sanitarie.

Circostanza  
aggravante

L'**articolo 8** aggiunge che se ricorre la suddetta aggravante, il reato è sempre **procedibile d'ufficio**.

Infine, l'**articolo 9** disciplina la **videosorveglianza** nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere. In particolare, la disposizione prevede la possibilità di installare sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, con immagini criptate. Spetterà al Garante per la protezione dei dati personali verificare preliminarmente l'idoneità dei dispositivi adottati e definire gli adempimenti e le prescrizioni da applicare in relazione all'installazione delle telecamere. L'accesso alle registrazioni dei sistemi dovrà essere vietato, fatta salva la loro acquisizione, su iniziativa della polizia giudiziaria o del pubblico ministero, come prova documentale nel procedimento penale.

Videosorveglianza

L'installazione dei sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso dovrà essere preceduta:

- dal raggiungimento di un accordo collettivo stipulato dalla rappresentanza sindacale unitaria o dalle rappresentanze sindacali aziendali, o, se non costituite, dalle rappresentanze sindacali territoriali ovvero
- nel caso di strutture con sedi ubicate in diverse province della stessa regione ovvero in più regioni, dal raggiungimento di un accordo con le associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale ovvero
- in mancanza di accordo, i sistemi possono essere installati previa autorizzazione - con provvedimenti definitivi - della sede territoriale dell'Ispettorato nazionale del lavoro o, in alternativa, della sede centrale dell'Ispettorato nazionale del lavoro.

La presenza dei sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso dovrà essere adeguatamente segnalata a tutti i soggetti che accedono alla zona videosorvegliata. In particolare, gli utenti e il personale delle strutture hanno diritto a una informativa sulla raccolta e conservazione delle registrazioni, nonché sulle modalità e condizioni che consentono di accedervi.

La disposizione vieta comunque di utilizzare webcam nei presidi e aziende ospedaliere. In caso di violazione dell'articolo 9 o dei provvedimenti attuativi del Garante, si applicano le sanzioni amministrative pecuniarie previste dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016. *Trattandosi del trattamento di dati personali particolari, che attengono alla salute del singolo, si valuti la possibilità di prevedere anche l'applicazione delle sanzioni penali previste dal Codice della privacy, [d.lgs. n. 196 del 2003](#).*

Si ricorda che l'art. 167 del Codice punisce il reato di trattamento illecito dei dati. In particolare, il comma 2 dell'articolo 167 prevede che salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, al fine di trarre per sé o per altri profitto ovvero di arrecare danno all'interessato, procedendo al trattamento dei dati personali di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento in violazione delle disposizioni di cui agli articoli 2-sexies e 2-octies, o delle misure di garanzia di cui all'articolo 2-septies ovvero operando in violazione delle misure adottate ai sensi dell'articolo 2-quinquiesdecies arreca nocumento all'interessato, è punito con la reclusione da uno a tre anni.

## Relazioni allegare o richieste

Le proposte di legge di iniziativa parlamentare, sono accompagnate dalla sola relazione illustrativa. L'AC 2117, di iniziativa governativa, è stato presentato al Senato (AS 867) corredato di relazione illustrativa, relazione tecnica e AIR.

## Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Le proposte di legge contengono disposizioni che:

- incidono sul codice penale e sono dunque riconducibili alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. l) (**ordinamento penale**), della Costituzione,
- attengono alla sicurezza del personale sanitario e sono dunque riconducibili alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. h) (**ordine pubblico e sicurezza**), della Costituzione
- attengono alla tutela della salute e sono quindi riconducibili alla potestà legislativa concorrente, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione.

AS0122	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	 CD_sociale
	Servizio Studi Dipartimento Giustizia	st_giustizia@camera.it - 066760-9148	 CD_giustizia