CAMERA DEI DEPUTATI N. 2918

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CECCHETTI, BRUZZONE, CATTOI, GIGLIO VIGNA, GUSMEROLI, LOIZZO, ZOFFILI

Modifiche all'articolo 1 del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67, concernenti l'accesso anticipato al pensionamento per il personale sanitario e sociosanitario operante presso i servizi psichiatrici e di salute mentale

Presentata il 5 maggio 2026

ONOREVOLI COLLEGHI ! – La presente proposta di legge muove dalla constatazione di un'asimmetria strutturale tra la reale gravosità del lavoro svolto presso i servizi psichiatrici e di salute mentale e il mancato riconoscimento previdenziale di tale attività lavorativa che non risulta inserita nell'elenco delle attività gravose rilevanti ai fini dell'accesso anticipato al pensionamento.

Tale asimmetria emerge con particolare evidenza se si considerano, in modo integrato, i rischi fisici, psichici, organizzativi e sociali che caratterizzano in modo continuativo l'attività degli operatori sanitari e sociosanitari del settore della salute mentale nel contesto sia ospedaliero sia territoriale.

La letteratura scientifica e i documenti di settore evidenziano come i servizi psichiatrici rappresentino uno dei contesti sanitari a più elevata esposizione a comportamenti aggressivi e violenti. Alcuni studi documentano che le aggressioni agli operatori sanitari sono frequenti, prevedibili e strutturalmente connesse all'attività lavorativa, con una concentrazione particolarmente significativa proprio nelle strutture psichiatriche, dove la violenza assume più spesso una forma fisica o fisico-verbale.

In dottrina si sottolinea come tali eventi, anche quando non producono lesioni fisiche, costituiscano eventi psico-stressanti cronici, in grado di favorire l'insorgenza di stati di esaurimento *(burnout)*, disturbi *post*-traumatici e altre patologie psichiche lavoro-

correlate. Questa esposizione è confermata anche dall'analisi di alcuni dati recenti raccolti in ambito professionale e istituzionale che evidenziano che oltre la metà degli operatori sanitari e sociosanitari nel settore della salute mentale riferisce di aver subìto aggressioni, con percentuali elevate di violenza fisica e minacce, e di avere una diffusa percezione di insicurezza sul lavoro.

Un elemento centrale della *ratio* della presente proposta di legge è rappresentato dalla sottostima strutturale di tale fenomeno. Gli episodi di aggressione e violenza nei servizi psichiatrici sono ampiamente sotto denunciati per ragioni culturali, organizzative e professionali, quali il senso di colpa, l'atteggiamento protettivo verso il paziente, l'assenza di sistemi omogenei di segnalazione, e tale sottostima produce un duplice effetto distorsivo, in quanto impedisce una corretta valutazione del rischio lavorativo e ostacola il riconoscimento formale della gravosità intrinseca dell'attività lavorativa, anche sotto il profilo previdenziale.

Il lavoro nei servizi psichiatrici e di salute mentale non è caratterizzato da un rischio occasionale, ma da una esposizione continuativa a fattori di *stress* ad alta intensità emotiva. « La Metodologia per la valutazione e gestione del rischio *stress* lavoro-correlato », modulo contestualizzato al settore sanitario, pubblicato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro nel 2022, nell'ambito del progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della salute, individua tra i principali fattori di rischio: l'elevato carico emotivo legato al contatto continuo con sofferenza psichica grave, la gestione di emergenze comportamentali, il lavoro su turni, compresa la turnazione notturna e festiva e il rischio di aggressione fisica e verbale.

La psichiatria è esplicitamente indicata tra i contesti a maggiore esposizione cumulativa a tali fattori, con effetti che si manifestano nel medio-lungo periodo sotto forma di logoramento psico-fisico, riduzione delle capacità di adottare strategie cognitive e comportamentali per tollerare le situazioni stressanti (*coping)* e aumento del rischio di patologie professionali. Un ulteriore elemento di usura deriva dalla trasformazione del ruolo degli operatori del settore della salute mentale, i quali sono sempre più spesso chiamati a svolgere funzioni di contenimento e custodia dei soggetti che hanno comportamenti socialmente pericolosi, in un contesto segnato dalla carenza di risorse, personale e posti disponibili nonché dall'estensione impropria dell'area della « psichiatrizzazione » della devianza. Questa evoluzione, non accompagnata da adeguati strumenti e tutele, incrementa il carico di responsabilità e il rischio individuale dai professionisti sanitari, accentuando la natura usurante e gravosa del lavoro svolto.

Le fonti sopra richiamate convergono nel delineare un quadro nel quale il lavoro in ambito psichiatrico presenta tutti gli elementi tipici delle attività già riconosciute come gravose, quali il rischio elevato, lo *stress* cronico, le turnazioni disagevoli e l'impatto diretto sulla salute psicofisica. Tuttavia, tale condizione non trova oggi un adeguato riconoscimento previdenziale, nonostante l'ordinamento abbia già riconosciuto la specificità del rischio attraverso l'introduzione di circostanze aggravanti nei casi di aggressione agli operatori sanitari e l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie.

La presente proposta di legge mira quindi a ricomporre un'incoerenza del sistema, estendendo anche al piano previdenziale un riconoscimento già presente sul piano della tutela penale e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Alla luce degli elementi documentati, la presente proposta di legge è volta a riconoscere l'usura professionale strutturale e specifica, non episodica, a colmare un vuoto nella tutela previdenziale rispetto a rischi già ampiamente accertati e a garantire la coerenza tra la disciplina in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, tutela penale e sistema previdenziale. L'inserimento dell'attività svolta dal personale sanitario e sociosanitario operante presso i servizi psichiatrici e di salute mentale tra le attività particolarmente faticose e pesanti

si configura pertanto come una misura di equità, proporzionalità e razionalità del sistema, fondata sulle evidenze scientifiche e su dati consolidati.

Nel dettaglio, la presente proposta di legge modifica l'articolo 1 del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67, concernente l'accesso anticipato al pensionamento per gli addetti a lavorazioni particolarmente faticose e pesanti, al fine di comprendere nelle tipologie di lavoratori dipendenti beneficiari di tale disciplina il personale delle professioni sanitarie infermieristiche, gli operatori socio-sanitari (OSS), gli educatori professionali e i tecnici della riabilitazione psichiatrica operanti nei servizi psichiatrici e di salute mentale. Secondo il Rapporto sulla salute mentale riferito al 2024, pubblicato dal Ministero della salute nel 2026, i dati relativi al personale che opera nei servizi di salute mentale sono rilevati attraverso due tabelle del conto annuale previsto dal titolo V del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165: la tabella 1D, che rileva la consistenza del personale dipendente e convenzionato del Dipartimento di salute mentale (DSM), e la tabella 1D*bis*, che rileva il personale dipendente e convenzionato delle strutture sanitarie convenzionate con il DSM. Le citate tabelle indicano che nel 2024 il numero degli operatori impegnati nei servizi di salute mentale risulta pari a 43.874 unità, di cui il 75,5 per cento nei servizi pubblici. La dotazione complessiva del personale all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche, sempre nel 2024, risulta pari a 33.142 unità. Di queste ultime il 14,5 per cento è rappresentato da medici (psichiatri e con altra specializzazione)e il 7 per cento da psicologi; il personale infermieristico rappresenta la figura professionale maggiormente rappresentata con il 37 per cento, seguita dagli operatori tecnici addetti all'assistenza e dagli OSS, pari all'11,4 per cento, dagli educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica pari all'8,2 per cento e dagli assistenti sociali pari al 3,5 per cento.

La *ratio* della presente proposta di legge si fonda sulla peculiare gravosità, anche psico-relazionale, dell'attività svolta nei contesti dei servizi psichiatrici e di salute mentale dovuta alla gestione continuativa di situazioni a elevata complessità clinico-assistenziale, alla frequente esposizione a comportamenti aggressivi e violenti, al carico emotivo elevato e allo *stress* cronico, in un'organizzazione spesso connotata da turnazioni e condizioni di servizio particolarmente impegnative. Tali elementi, come sopra descritti e documentati, giustificano un riconoscimento previdenziale coerente con la *ratio* del citato decreto legislativo n. 67 del 2011.

Sotto il profilo tecnico-normativo, la presente proposta di legge, all'articolo 1, modifica il citato decreto legislativo n. 67 del 2011, disponendo l'inserimento del personale sanitario e sociosanitario nella nuova lettera *d-bis)* dell'articolo 1 del medesimo decreto legislativo e prevedendo altresì il coordinamento dei riferimenti interni previsti nei commi 2, 3 e 7 del medesimo articolo 1. Ai fini della certezza definitoria dell'ambito soggettivo di applicazione, la novella richiama la figura dell'operatore socio-sanitario di cui all'Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto in data 22 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 91 del 19 aprile 2001, dell'educatore professionale individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520, e del tecnico della riabilitazione psichiatrica individuato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, n. 182.

L'ambito oggettivo di applicazione è circoscritto ai servizi di psichiatria e salute mentale e alle relative strutture, quali i dipartimenti di salute mentale e le relative articolazioni, compresi i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDCI), i centri di salute mentale e le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche, « comunque denominati », al fine di comprendere tutte le strutture indipendentemente dalle eventuali denominazioni diverse assunte nelle regioni.

Per quanto concerne il requisito della non occasionalità dell'attività svolta, esso è già previsto nel testo vigente dell'articolo 1, comma 2, del citato decreto legislativo n. 67 del 2011, in cui si richiede lo svolgimento delle attività tipizzate al comma 1 per un periodo minimo, pari ad almeno sette anni negli ultimi dieci anni di attività lavorativa ovvero ad almeno la metà della vita lavorativa complessiva. Pertanto, al fine di evitare incertezze nell'applicazione, la novella non introduce ulteriori requisiti né integrazioni lessicali della disciplina vigente (ad esempio, l'espressione « impiego stabile »).

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

(Modifiche all'articolo 1 del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67)

1. All'articolo 1 del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo la lettera *d)* è aggiunta la seguente:

« *d-bis)* personale delle professioni sanitarie infermieristiche, operatori socio-sanitari individuati ai sensi dell'Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, concluso il 22 febbraio 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 91 del 19 aprile 2001, educatori professionali individuati ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520, e tecnici della riabilitazione psichiatrica individuati ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, n. 182, che svolgono attività nei servizi psichiatrici e di salute mentale, in ambito ospedaliero e territoriale, operanti presso i dipartimenti di salute mentale e le relative articolazioni, ivi compresi i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i centri di salute mentale, i centri diurni psichiatrici, le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche, comunque denominati dalla normativa regionale »;

b) al comma 2, alinea, le parole: « di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)* » sono sostituite dalle seguenti: « di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)* e *d-bis)* »;

c) al comma 3, le parole: « indicate alle lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)* » sono sostituite dalle seguenti: « indicate alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)* e *d-bis)* »;

d) al comma 7, secondo periodo, le parole: « lettere *a), b), c)* e *d)* », ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: « lettere *a), b), c), d)* e *d-bis)* ».

Art. 2.

(Disposizioni finanziarie)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a 65 milioni di euro annui, si provvede a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 3, lettera *f)*, della legge 24 dicembre 2007, n. 247.

PAGINA BIANCA



19PDL0195100