

COMMENTARIO

Commento al DDL 867 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”

Commentary to DDL 867 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”

■ NICOLA RAMACCIATI¹

¹ Infermiere PhD. Responsabile Attività Didattiche e Professionalizzanti CdS in Infermieristica - Sede di Perugia, Università degli Studi di Perugia

COMMENTARIO

PERVENUTO IL 05/03/2020
ACCETTATO IL 19/03/2020

Corrispondenza per richieste:

Dott. Nicola Ramacciati,
nicola.ramacciati@unipg.it

Conflitti d’interesse:

L’autore dichiara di non avere conflitti d’interesse.

Quando non tanto tempo fa, la società Scientifica Aniarti, mi ha chiesto di scrivere un commento tecnico al DDL n. 867 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni” licenziato il 25 settembre 2019 dal Senato^[1] alla luce delle recenti modifiche apportate dalle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) lo scorso 13 febbraio^[2], non pensavamo che ci saremmo trovati a vivere un’emergenza sanitaria di dimensioni mondiali.

Il clamore mediatico della violenza verso gli operatori sanitari, non ultimo quello legato ai fatti gravissimi accaduti al Pronto Soccorso del presidio ospedaliero Pellegrini di Napoli, devastato dai parenti di un quindicenne morto per una rapina^[3], è ora sostituito dai bollettini a cadenza giornaliera della Protezione Civile sull’emergenza COVID-19.

Lo scenario che tutti noi stiamo vivendo - descritto come “surreale” da tanti colleghi impegnati in prima linea (112/118, Pronto Soccorso, Rianimazione, Malattie infettive,...) - in cui ogni giorno rimbalzano sui media gli innumerevoli messaggi di gratitudine verso medici e infermieri, i video dei flash mob quotidiani per ringraziare gli operatori sanitari e le in-

cessanti attestazioni di riconoscenza verso il lavoro di quanti sono impegnati nel curare e assistere i malati negli ospedali ormai al collasso, sembra stridere con la *ratio* di questo provvedimento legislativo nato per “la 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” (pag.8)^[4]. Una vera e propria “emergenza sociale” in cui “l’elemento peculiare e ricorrente” - riconosciuto dai firmatari il DDL “tra i numerosi fattori di rischio responsabili degli atti di violenza diretti contro gli esercenti le professioni sanitarie” - è “rapresentato dal rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura tra il paziente stesso, o i familiari, e il sanitario durante l’erogazione della prestazione sanitaria” (pag.8)^[4].

La letteratura internazionale ci ricorda che il problema della violenza sui luoghi di lavoro (in inglese *Workplace Violence*, WPV) è ai primi posti dell’agenda di sanità pubblica a livello mondiale da diversi lustri^[5]. In particolare, in ambito sanitario - dove è stata associata ad una “epidemia”^[6] (sic!) - ha una frequenza 4-5 volte superiore rispetto a tutti gli

altri settori lavorativi^[7]. Il fenomeno WPV verso gli operatori sanitari è estremamente complesso^[8] e nonostante i numerosi studi a livello nazionale^[9,10] e internazionale^[11], resta di difficile soluzione. Per questo il DDL 867, indipendentemente dalle diverse opinioni espresse sull’iter parlamentare^[2,4] e le posizioni assunte dalle forze politiche e dai diversi portatori d’interesse in merito ai contenuti^[12,13], deve essere salutato positivamente come un intervento nella direzione del contrasto del fenomeno. Il legislatore, con l’intento di rispondere alle istanze espresse dagli operatori sanitari tramite i loro organi di rappresentanza professionale (ordini), associativa (società scientifiche) e sindacale, ha valutato che “le misure di prevenzione e contrasto rispetto agli atti violenti perpetrati a danno dei professionisti sanitari nell’esercizio delle loro funzioni (...) risultano insoddisfatte a legislazione vigente” (pag.9)^[4] e che pertanto è necessario perseguire “un rafforzamento delle politiche di sicurezza e di deterrenza penale” (pag.9)^[4]. Ma andiamo nello specifico. L’intervento normativo in esame consta di cinque articoli.

L’articolo 1, rubricato “Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie”, istituisce - 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 – il predetto Osservatorio presso il Ministero della salute. I compiti attribuitigli sono:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- b) 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;
- c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti;
- d) 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.

Vale qui sottolineare come il legislatore intenda promuovere non solo il monitoraggio del fenomeno per arrivare a conoscere puntualmente la magnitudine e la dimensione del problema, ma soprattutto sollecitare l'adozione di proposte e misure concrete di contrasto alla violenza sui luoghi di lavoro per ridurre il rischio e soprattutto di verificarne l'attuazione ai sensi del testo unico sulla sicurezza sul lavoro del 2008. Il combinato disposto della presente legge con le norme espressamente previste dal T.U. appena richiamato pone in capo al datore di lavoro una rilevante responsabilità su questo aspetto fino ad oggi spesso ignorato.

Tornando all'articolo 1, questo prevede che l'Osservatorio sia composto da rappresentanti delle regioni, da un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalità di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 1, da 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.

I richiamati commi 2 e 3 dell'articolo 1 riguardano la necessità di acquisire, con il supporto degli ordini professionali e dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenas, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza della violenza, nonché alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. In questo l'osservatorio istituito presso l'Agenas dovrà avvalersi dei Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente istituiti in base alla Legge n. 24 del 2017 (Legge Gelli-Bianco). I due Osservatori

dovranno anche rapportarsi per le tematiche di comune interesse.

Il secondo articolo del disegno di legge, rubricato "Modifiche all'articolo 583-quarter del codice penale", interviene, invece, inserendo alla fine dell'articolo del codice penale riguardante le aggravanti del reato della lesione personale, il seguente comma: «Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime 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 e socio-sanitarie pubbliche o private». Questa norma intende estendere le stesse pene previste in caso di lesioni personali gravi o gravissime a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive. La violenza verso gli operatori acquisirebbe, quindi, una nuova rilevanza penale punita con la reclusione da quattro a dieci anni, se le lesioni sono gravi (quindi, se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; oppure se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo) o con la reclusione da otto a sedici anni se le lesioni risultano gravissime (se dal fatto deriva: 1. una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2. la perdita di un senso; 3. la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4. la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso).

La rilevanza penale della violenza verso gli operatori sanitari anche nella forma di violenza verbale o minaccia verrebbe rinforzata dall'aggiunta alle attuali undici circostanze aggravanti comuni in materia di reati penali dell' "avere commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" (Art 61, 11-octies) così novellato dall'articolo 3 del DDL 867. Il legislatore italiano si pone in questo modo in linea con l'orientamento internazionale che considera gli atti violenti non solo quando sfocianti in aggressioni fisiche, ma anche nella forma di violenza verbale o di minaccia.

Il successivo e penultimo articolo 4, rubricato "Modifiche al codice penale in materia di procedibilità" dà la misura piena della portata dell'intervento normativo, laddove prevede la procedibilità di ufficio in caso di presenza delle aggravanti appena richiamate. In tal senso interverrebbero le modifiche introdotte da questo articolo del disegno di legge agli articoli 582 (Lesione personale) e 583 (Circostanze aggravanti) del codice pe-

nale. Questo punto è fortemente sentito dai lavoratori, che spesso rinunciano ad adire le vie legali a fronte di episodi di violenza anche gravi, perché lasciati soli dalle proprie amministrazioni nell'affrontare un contenzioso legale. L'intento dei proponenti è quello che le Aziende sanitarie si costituiscano parte civile e che non abbandonino a loro stessi i propri dipendenti, come spesso evidenziato dai risultati di ricerche sulla violenza verso gli infermieri^[14,15].

Il disegno di legge N. 867 prossimo all'approdo in Parlamento prima della fine del mese di febbraio, è ora fermato da un virus che ha sconvolto la nostra vita sociale e fatto passare in secondo piano il fatto di essere "in presenza di una grande questione sociale in quanto si è rotto una sorta di patto tra operatori sanitari e pazienti" (pag. 17)^[4]. L'auspicio è che questo patto, oggi a parole riconsolidatosi, possa suggellare una nuova alleanza tra cittadini e operatori sanitari che renda inutile questa legge. Certo è che l'ultimo articolo di questo DDL, il numero 5, presente nella maggior parte delle Leggi promulgate dal nostro Parlamento e rubricato "Clausola di invarianza finanziaria" per la quale "dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica" solleva una amara constatazione sul perché in un S.S.N. indebolito da anni di defianziamento e razionamento, i suoi operatori sanitari debbano essere monitorati per gli episodi di violenza da parte delle persone che a loro si rivolgono per essere assistite e curate o che la legge debba inasprire le pene ai fini di deterrenza penale.

Tecnicamente si potrebbero annotare diversi aspetti non trattati da questo Disegno di Legge, considerati potenzialmente (ad oggi non ci sono ancora evidenze scientifiche sull'efficacia degli interventi di contenimento e gestione del fenomeno della violenza su lavoro^[16]) utili. Gli stessi estensori del DDL come anche i membri delle commissioni parlamentari che hanno emendato il testo del Governo in più occasioni, anche nelle audizioni con i rappresentanti del mondo del lavoro, degli ordini professionali e delle società scientifiche, hanno sottolineato l'importanza di interventi ulteriori e ad ampio raggio. Il problema della violenza, per la sua particolare complessità richiede, infatti, un approccio a 360°^[17]. Insieme i cittadini, gli operatori sanitari, gli amministratori, i politici dovranno trovare il modo per capire che "se non ricreiamo questi collegamenti di fiducia, abbiamo perso tutti: pazienti, medici e infermieri!"

BIBLIOGRAFIA

1. DDL n. 867 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" [Online]. Available: <https://>

- www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/340417.pdf [Consultato il giorno 15 marzo 2020]
- Commissioni II (Giustizia) e XII (Affari Sociali). Commissioni Riunite. [Online]. Available: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5759633.pdf> [Consultato il giorno 15 marzo 2020]
 - Chiapparino M, Mautone E. Napoli, conflitto a fuoco nella notte: morto 16enne colpito da proiettile in testa. I parenti devastano il Vecchio Pellegrini Il Mattino di Napoli [Online]. Available: https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli_morto_15enne_colpito_testa_parenti_devastano_vecchio_pellegrini-5084251.html [Consultato il giorno 19 marzo 2020]
 - Senato della Repubblica XVIII Legislatura. Fascicolo Iter DDL S. 867. [Online]. Available: <http://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/50764.pdf> [Consultato il giorno 15 marzo 2020]
 - KRUG, E.G., WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Report on Violence and Health: Summary. Geneva: World Health Organization, 2002.
 - CHAPMAN R, STYLES, I. An Epidemic of Abuse and Violence: Nurse on the Front Line. *Accid Emerg Nurs* 2006, 14 (4), 245-249.
 - OSHA. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers (OSHA, 3148-04R). Washington, DC: OSHA, 2015.
 - RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B, LUMINI E, RASERO, L. Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks. *Int Emerg Nurs* 2018, 39, 2-12.
 - RAMACCIATI N, RASERO, L. La violenza nel settore sanitario: il contributo della ricerca infermieristica italiana. *Prof Inferm*, (accettato per la pubblicazione).
 - Ramacciati N, Rasero L. La violenza verso gli infermieri di area critica, un problema (non) recente che attende soluzioni: il contributo di Aniarfi. *Scenario* 2018, 35(3)42-43.
 - PALMA A, ANSOLEAGA E, AHUMADA M. Workplace Violence Among Health Care Workers. *Rev Med Chil* 2018, 146 (2), 213-222.
 - REDAZIONE NURSE24. Aggressioni, approvato il Ddl in Commissione Sanità. [Online]. Available: <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/ddl-antiviolenza-approvato-senato.html> [Consultato il giorno 15 marzo 2020]
 - MARAGÒ E, RODRIGUEZ G. Violenza sugli operatori sanitari e sociosanitari. Ddl approvato dalle Commissioni Affari Sociali e Giustizia della Camera. Riconosciute le tutele ma non lo status di pubblico ufficiale. Aziende avranno l'obbligo di costituirsi parte civile. [Online]. Available: http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=81316 [Consultato il giorno 15 marzo 2020]
 - RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. Violence Against Nurses in the Triage Area: An Italian Qualitative Study. *Int Emerg Nurs* 2015, 23 (4), 274-280.
 - RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B, RASERO L. Violence Towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A Qualitative Study. *Int J Nurs Stud* 2018, 81, 21-29.
 - MARTINEZ AJ. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2016, 54 (9), 31-36.
 - RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B, LUMINI E, RASERO, L. Interventions to Reduce the Risk of Violence Toward Emergency Department Staff: Current Approaches. *Open Access Emerg Med* 2016, 8, 17-27.



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

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 Ministri 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.