

**“DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI
SANITARIE NELL’ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI”**

***Audizione Anaa Assomed su aggressioni al personale sanitario presso
Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) della Camera dei Deputati:
Storia, epidemiologia e proposte***

Storia

I primi casi di cronaca in merito alle aggressioni al personale sanitario risalgono, come fenomeno occasionale, verso gli inizi degli anni 70’.

È però nel 1989, quando sia ha il primo vero caso violenza fisica che degenera con un omicidio di un medico anestesista a Potenza.

Verso la fine degli anni 90’ il fenomeno da occasionale diventa relativamente frequente e si comincia a perdere quella magia che si chiamava «alleanza terapeutica» tra medico e paziente. La prestazione soprattutto se negata, perché ritenuta non indispensabile, è una delle chiavi di lettura insieme al fattore tempo che riesce almeno in parte a spiegare, non certo giustificare, le aggressioni in particolare in ambienti come il pronto soccorso, dove è più frequente il fenomeno.

La prestazione negata ed il fattore tempo sono la diretta conseguenza di:

- *Overcrowding*: ossia il sovraffollamento, che dilata inevitabilmente i tempi di attesa per i codici a bassa priorità di accesso al pronto soccorso (codici verdi e bianchi).
- *Boarding*: ossia lo stazionamento in pronto soccorso per mancanza di posti letto, oppure per consulenze non effettuate in tempi celeri per definire un percorso di cura, a causa delle politiche dei tagli sul personale fatte negli anni passati.

Si giunge, quindi, ai nostri giorni ed il fenomeno diventa dilagante con una escalation inarrestabile su tutto il territorio nazionale, con un picco di incidenza nelle regioni meridionali ed in particolare in Campania e a Napoli.

Epidemiologia

Secondo un sondaggio AnaaO Assomed le aggressioni riguardano circa il 66% dei sanitari, di queste le aggressioni fisiche avvengono per circa il 34% nelle aree psichiatriche ed il 20% riguarda gli operatori del Pronto Soccorso/118.

La percentuale di aggressioni sia fisiche che verbali sale al 72,1 % nel Sud e nelle Isole.

Inoltre, il 70% del campione ha riferito di essere stato testimone di aggressioni verso il personale sanitario, il che fa presupporre che il fenomeno è sottostimato.

Proposte

- Riconoscimento al personale medico, sanitario e delle professioni sanitario nell'esercizio delle loro funzioni della qualifica di pubblico ufficiale (art. 357 del c.p), ricordando che figure come notai, capotreni delle ferrovie dello stato, dipendenti dell'anagrafe dello stato civile, insegnanti, tanto per citare alcuni esempi, sono tutti pubblici ufficiali, motivo per cui si potrebbe riconoscere questo istituto di tutela anche per il personale medico e sanitario, tra l'altro come già sancito in alcune sentenze di Cassazione – 13 Novembre 2000; 4 Marzo 2003.
- Maggiori poteri alle guardie giurate: di fermo, disarmo ed identificazione (ricordando che i servizi di guardia negli ospedali italiani sono nella maggior parte dei casi a protezione delle cose e non delle persone).
- Utilizzare i militari di «operazioni strade sicure» all'interno dei punti sensibili come il pronto soccorso, dotandoli di poteri straordinari disposti con intesa di Prefettura, Ministero della Difesa e degli Interni, operazione possibile senza ulteriori oneri a carico della fiscalità generale.
- Obbligo da parte della azienda sanitaria, tra l'altro unica responsabile della sicurezza del proprio personale di costituirsi parte civile nei processi di aggressione agli operatori sanitari.
- Obbligo di applicazione della «Raccomandazione 8» di Novembre 2007 del Ministero della Salute (prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari), dove si indentificano misure di sicurezza per la protezione degli operatori sanitari, come ad esempio la limitazione dell'accesso ai visitatori con l'utilizzo di pass di riconoscimento e l'utilizzo di impianti video a circuito chiuso, meglio se collegati con le forze dell'ordine.

- creare un *triage di ascolto* del paziente costituito da un assistente sociale ed uno psicologo, con uno spazio dedicato, figure già in dotazione in alcune aziende ospedaliere.

Osservazioni

In merito all'art. 1 del Ddl 867, che disciplina entro 3 mesi dalla entrata in vigore della legge di un Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, sarebbe opportuno anche il supporto delle OO.SS. più rappresentative anche perché molto spesso tali aggressioni, trovano spiegazione in deficit organizzativi nonché di mancata o scarsa tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro, così come specificato nel D.lgs n. 81 del 2008 – Testo Unico per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

Sull' art.2 del DdL 867: Modifiche dell'art. 583 quarter del c.p. (lesioni personali gravi o gravissime a un pubblico ufficiale in occasione di manifestazioni sportive a cui si aggiunge *“nonchè al personale esercente una professione sanitaria o socio- sanitaria o incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie pubbliche e private”*, in tal caso la norma fa riferimento alla pena in caso di condanna, ma non orienta alla certezza della pena.

Sull'art. 3 del DdL 867: integrazione Art. 61 del c.p. comma 11 – *octies*, che disciplina le circostanze aggravanti nei confronti di chi commette reati con violenza o minacce in danno degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni.

La funzione deterrente di una normativa antiviolenza contro gli operatori sanitari non deve avere solo l'inasprimento della pena, ma soprattutto la certezza della pena!

Sulla Art.4 del Ddl 867 che richiama l'art. 581 del c.p (chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo e nella mente è punito a querela della persona offesa salvo ricorra la circostanza aggravante prevista dall'art. 61 comma 11 – *octies*) e l'art.582 del c.p. (chiunque percuote taluno, se dal fatto deriva una malattia nel corpo e nella mente è punito a querela della persona offesa salvo ricorra la circostanza aggravante prevista dall'art. 61 comma 11 – *octies*)

In questo articolo l'interpretazione della modifica normativa fa esplicito riferimento all'aggravamento della pena ed alla procedibilità d'ufficio.

Anche in questo caso manca la certezza della pena.

Modifica dell'art. 336 del c.p.: proposte di legge - diverse iniziative: (chiunque usa violenza o minaccia ad un pubblico ufficiale o ad un incaricato di pubblico servizio per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri, o ad omettere un atto dell'ufficio o del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni) a cui viene inserito " compreso il personale medico e sanitario del Servizio Sanitario Nazionale.

Questo articolo non corrisponde alle reali necessità del professionista sanitario, perché il giudice andrebbe ad escludere tutte quelle circostanze dove non vi è stata costrizione.

In conclusione ciò che viene a mancare, in una parte della popolazione, è la percezione proprio della punibilità ed è su questo aspetto che bisogna assolutamente lavorare anche attraverso il riconoscimento dello status di pubblico ufficiale agli esercenti le professioni sanitarie.

Anaa Assomed