

Audizione nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie

Camera dei Deputati - Commissioni riunite II e XII

Onorevoli Presidenti e Componenti delle Commissioni,

desideriamo innanzitutto ringraziare per l'opportunità che viene offerta alla Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) di portare la testimonianza dei medici di continuità assistenziale (CA), di emergenza territoriale e di famiglia che sono coinvolti in questo problema più di quanto normalmente percepito.

In questo momento e quotidianamente in Italia operano in Italia circa 65.000 medici di medicina generale, rappresentati da Medici di Famiglia, presenti quotidianamente in circa 60.000 studi (Fonte FIMMG), da Medici di Continuità Assistenziale in 3063 sedi territoriali (Fonte Annuario Statistico Ministero Salute) e da circa 3000 Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale presenti sulle ambulanze del Sistema di Emergenza Urgenza 118.

Le nostre competenze assistenziali sono state disegnate dal Legislatore per offrire sul Territorio assistenza primaria, continuità di presa in carico, garantendo ai cittadini nel contempo capillarità e prossimità e quindi facile accesso alle cure poiché erogata prevalentemente nei luoghi di vita dei pazienti. Elementi questi ultimi che diventano ancora più significativi se si pensa che il recente ridisegno della rete ospedaliera ha impoverito il Territorio e allontanato dai luoghi di cura dei pazienti che sono sempre più frequentemente anziani o fragili e spesso nella difficoltà oggettiva di accedere a luoghi di cura accentrati in presidi lontani dalla loro residenza.

Anche nell'ambito della Medicina Generale esistono aree di maggiore rischio; affermando questo non ci riferiamo solo a territori in cui esiste un disagio socio-economico maggiore, ma anche agli ambiti assistenziali in cui chi opera deve gestire, spesso da solo, rapporti che sono caratterizzati da una condizione di forte emotività, sia da parte del paziente stesso che dei familiari, come i medici di Emergenza o a tutti quei Medici che offrono assistenza in assenza di un rapporto fiduciario consolidato, come accade ai medici di continuità o ai medici di assistenza primaria da poco inseriti e da cui si cominciano purtroppo a raccogliere diverse segnalazioni di situazioni di rischio.

La storia del Servizio di Continuità Assistenziale in particolare è drammaticamente costellata da un numero impressionante di atti violenti, tra cui 3 omicidi ma anche violenze sessuali, percosse, minacce ed atti intimidatori; il continuo ripetersi di aggressioni, minacce verbali, atteggiamenti intimidatori ha determinato la necessità di studiare in maniera sistematica il problema della sicurezza nell'obiettivo di individuare soluzioni utili a garantire la sicurezza degli operatori.



Alleghiamo a questo contributo alcune delle analisi quantitative e qualitative del fenomeno che abbiamo effettuato negli anni.

Nell'allegato 1 riportiamo l'indagine "Storie di ordinaria follia" che viene tenuta costantemente attiva ed aggiornata sulla base delle informazioni raccolte dai media di episodi a danno dei medici di continuità assistenziale.

Nell'allegato 2 illustriamo il risultato di 2 indagini effettuate in epoche diverse intervistando i Medici di Continuità Assistenziale per monitorare il problema della sicurezza.

• **Analisi generale**

La soluzione di questo complesso problema richiede un approccio sistematico che coinvolga diversi livelli: legislativo/istituzionale, gestionale/organizzativo, culturale (verso cittadini e professionisti).

L'aspetto organizzativo, l'adeguatezza delle strutture, la formazione degli operatori alla relazione con i pazienti ed alla gestione delle situazioni critiche ma anche dei funzionari e dirigenti che devono gestire il tema della sicurezza ed il Risk Management ad esso connesso, sono aspetti sui quali come associazione professionale possiamo direttamente intervenire e su cui stiamo da tempo focalizzando l'impegno per definire strumenti contrattuali efficaci nell'ambito dell'eliggendo Accordo Collettivo Nazionale, attualmente in fase di discussione, ma anche a livello dei Comitati presenti nelle singole Regioni e nelle singole Aziende Sanitarie Territoriali.

Siamo convinti però che il cardine più importante sia quello legislativo ed istituzionale. Quello che oggi manca è una legge che abbia però dei requisiti specifici:

- sia idonea ad agire ex ante in modo efficace e non solo individuando regole e comportamenti ex post;
- protegga tutti i setting e tutti gli operatori;
- dia orientamenti forti, chiari e significativi ai cittadini;
- dia un segnale di attenzione agli operatori e li motivi a non abbandonare queste aree di assistenza a maggiore rischio personale, fenomeno che invece comincia ad emergere in modo significativo.

Abbiamo analizzato con attenzione la documentazione pervenuta e ringraziamo ognuno degli Onorevoli Deputati e Senatori che hanno operato per questo.

Sicuramente il disegno di legge approvato al Senato e ora all'esame di queste Commissioni (AC 2117) raccoglie elementi importanti e necessari, ma lo riteniamo migliorabile per alcune previsioni e carente di almeno 4 elementi a nostro giudizio invece indispensabili:



Riteniamo indispensabile l'inserimento nel ddl dei seguenti elementi:

1. Riconoscimento dello Status di Pubblico Ufficiale al personale medico e al personale sanitario nell'esercizio delle proprie funzioni;
2. Inserimento della sicurezza degli operatori sanitari tra gli obiettivi dei direttori generali fornendo agli stessi gli strumenti necessari a perseguire questo obiettivo, attraverso, ad esempio, la definizione di procedure che rendano più velocemente fruibili in condizioni di emergenza, quali la sicurezza e, per situazioni straordinarie, i fondi ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n 67;
3. Inserimento delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari nell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie di cui al comma 1 del ddl 2117;
4. Introduzione, nell'ambito dell'insegnamento dell'educazione civica nelle scuole, dell'educazione all'accesso ai servizi sanitari

• Inasprimento delle pene/Riconoscimento dello Status di Pubblico Ufficiale

Riteniamo che l'inasprimento delle pene non può essere considerato un deterrente sufficiente.

Ne è prova, ad esempio, quanto sta accadendo in merito alla legge sulla sicurezza stradale: l'inasprimento delle pene non ha portato i risultati sperati in termini di calo del numero di incidenti, che rimane ben al di sotto dell'obiettivo prefissato. Secondo l'Istat i dati relativi a decessi, numero di sinistri e feriti coinvolti dopo l'approvazione della legge ossia negli ultimi 3 anni sono globalmente stazionari. (Allegato 3: Analisi deterrenza della legge sull'omicidio stradale - L. 23 marzo 2016 n° 41 – Mod. Art. 589-bis c.p.)

Limitata nei suoi potenziali effetti ci appare dunque l'introduzione delle circostanze aggravanti per avere commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, attraverso l'integrazione dell'art. 61 del CP previsto dall'art. 3 del Ddl, così come la previsione, introdotta dal comma 4, per i reati di percosse (art. 581 c.p.) e lesioni (art. 582 c.p.) della procedibilità d'ufficio quando ricorre l'aggravante del fatto commesso con violenza o minaccia in danno degli operatori sanitari e socio-sanitari. Peraltro, anche l'articolo 2 che 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, nell'attuale formulazione non includerebbe gli operatori del territorio che possono trovarsi a svolgere le proprie funzioni presso il domicilio del paziente o in luoghi esterni, come succede per i veterinari.



Quello che invece riteniamo una integrazione indispensabile al testo già approvato al Senato, e che rappresenterebbe il più importante elemento di novità, non solo normativa ma soprattutto culturale, è il riconoscimento dello Status di Pubblico Ufficiale al personale medico e al personale sanitario nell'esercizio delle proprie funzioni attraverso una modifica dell'articolo 357 del codice penale.

Il riconoscimento dello status di Pubblico Ufficiale:

- rappresenta un messaggio educativo forte rivolto alla popolazione, un messaggio preventivo, una soluzione ex ante (mentre le soluzioni prospettate dal disegno di legge approvato in Senato sono solo ex post) ad una popolazione che da anni non riceve più elementi di educazione civica nelle scuole;
- permetterà agli operatori sanitari di vedersi così riconosciuta dallo Stato la propria funzione costituzionale, ovvero quella della tutela della salute di cui all'Art. 32 della Costituzione;
- per chi lavora per la salute dei cittadini e sceglie branche della medicina particolarmente "a rischio" rappresenterebbe la certezza di avere al proprio fianco lo Stato. Deve essere motivato a restare;
- permetterà di perseguire anche azioni commesse al di fuori delle strutture del SSN, ad esempio al domicilio dei pazienti
- è da noi considerato una bandiera, una divisa di cui speriamo di poterci presto vestire, un riconoscimento di quanto facciamo per conto dello Stato.

Ribadiamo che questo riconoscimento è un passaggio che ha un altissimo valore, non solo formale ma anche sostanziale, servendo a rafforzare l'autorevolezza sociale che costituisce predicato essenziale dell'esercizio della professione sanitaria e che, purtroppo, le professioni di cura hanno visto scemare negli ultimi anni.

L'autoritatività connessa all'esercizio delle funzioni di pubblico ufficiale, con le peculiarità che la contraddistinguono, difatti, potrebbe costituire un deterrente effettivo contro gli improvvidi tentativi di aggressione posti in essere a danno degli operatori sanitari con sempre maggiore frequenza.

Agli effetti della legge penale vigente sono pubblici ufficiali coloro che esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa con poteri autoritativi o certificativi (articolo 357 del codice penale).

L'art. 357 c.p. qualifica dunque il pubblico ufficiale con riferimento alla attività svolta. Non è il soggetto di appartenenza che ha carattere conclusivo in ordine alla qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio. È l'attività e non la figura giuridica del soggetto a rilevare ai fini della qualificazione.

È giurisprudenza consolidata ritenere per il medico che svolga per il SSN funzioni istituzionali, in quanto investito di inscindibili funzioni di carattere pubblicistico, aventi nel contempo natura sanitaria e amministrativa e nell'espletamento di attività certificativa, la qualifica di pubblico ufficiale.



I Medici convenzionati ad esempio sono pubblici ufficiali perché partecipano delle pubbliche funzioni che il SSN svolge per il tramite della struttura pubblica o privata accreditata. Essi concorrono, infatti, a formare ed a manifestare la volontà della Pubblica Amministrazione in materia di pubblica assistenza sanitaria, esercitando poteri autoritativi e/o certificativi in sua vece. (Schwarz e altri, Cass. Pen., sez. V, 5 aprile 2005, n. 12827, ud. 9 marzo 2005).

Tra le sentenze della Suprema Corte che hanno confermato questo orientamento possiamo citare Cassazione 4 marzo 2003 e Cassazione 13 novembre 2000 secondo cui sono pubblici ufficiali:

- il direttore sanitario di un ospedale pubblico, al quale è riservata, nell'organizzazione dell'istituto per il conseguimento dei fini pubblici, una funzione primaria che si concretizza in una serie di poteri di autorità e di direzione; i medici ospedalieri in quanto, indipendentemente dal ruolo ricoperto (primari o assistenti), cumulano mansioni di carattere strettamente diagnostico e terapeutico con l'esercizio di un'attività autoritaria, che impegna l'ente dal quale dipendono (Cassazione 4 marzo 2003, RP 2005, 1593; Cassazione 13 novembre 2000, RP 2001, 271);
- il medico che presta la sua opera presso una casa di cura privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale, in quanto concorre alla formazione della volontà dello Stato nella tutela della salute dell'assistito, esercitando in sua vece poteri autoritativi e certificativi (Cassazione 13 novembre 2000, RP 2001, 271).

Tra gli altri pronunciamenti della Corte di Cassazione in materia, possiamo a titolo esemplificativo citare i seguenti:

Ai sensi dell'art. 357 cod. pen., la qualifica di pubblico ufficiale deve essere riconosciuta a quei soggetti che, pubblici dipendenti o semplici privati, quale che sia la loro posizione soggettiva, possono e debbono, nell'ambito di una potestà regolata dal diritto pubblico, formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione oppure esercitare, indipendentemente da formali investiture, poteri autoritativi, deliberativi o certificativi, disgiuntamente e non cumulativamente considerati (Sez. U, n. 7958 del 27/03/1992, dep. 11/07/1992, Deigou, Rv. 191171).

Il medico ospedaliero riveste la qualifica di pubblico ufficiale per l'attività compiuta nell'esercizio delle sue funzioni, in quanto concorre a formare la volontà della pubblica amministrazione in materia sanitaria (tra le tante Sez. 5, n. 12213 del 13/02/2014, Amoroso, Rv. 260208).

Riveste poi la qualifica di pubblico ufficiale il medico dipendente di struttura ospedaliera autorizzato allo svolgimento di attività in regime "intra moenia" allargata, all'esterno della azienda sanitaria, trattandosi di attività inserita in una programmazione unitaria regionale e soggetta a controlli volti a consentirne lo svolgimento nel rispetto delle finalità istituzionali dell'ente, con predeterminazione delle tariffe nonché della quota da riscuotere per conto dell'ente stesso (Sez. 6, n. 20264 del 02/04/2019, Scuteri, Rv. 275936, in fattispecie in cui la Corte ha confermato la sentenza di condanna relativa ai reati di corruzione e falso in atto pubblico in relazione alla condotta del medico che aveva percepito indebitamente somme di denaro in cambio del rilascio di falsa documentazione sanitaria), mentre è stata riconosciuta sussistente la qualifica pubblica del medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, in quanto investito di inscindibili funzioni di carattere pubblicistico, aventi



nel contempo natura sanitaria e amministrativa, sia nello svolgimento dell'attività certificativa, sia nell'espletamento di attività a questa prodromiche (Sez. 6, n. 29788 del 11/05/2017, Verdino, Rv. 270603; Sez. 6, n. 51946 del 19/04/2018, Cavazzoli, Rv. 274507).

... La questione della qualità di pubblico ufficiale di un dirigente medico dipendente di un Presidio Ospedaliero, ..., operante in regime di "intra moenia allargata" od extra moenia, è stata affrontata dalla più recente giurisprudenza di legittimità, che, con una pronuncia integralmente condivisibile, in un caso sovrapponibile a quello in esame- di condanna per reati di corruzione e falso in atto pubblico del medico che aveva percepito indebitamente somme di denaro in cambio del rilascio di falsa documentazione sanitaria- ha affermato il principio, secondo cui riveste la qualifica di pubblico ufficiale il medico dipendente di struttura ospedaliera autorizzato allo svolgimento di attività in regime "intra moenia allargata, all'esterno della azienda sanitaria, trattandosi di attività inserita in una programmazione unitaria regionale e soggetta a controlli, volti a consentirne lo svolgimento nel rispetto delle finalità istituzionali dell'ente, con predeterminazione delle tariffe, nonché della quota da riscuotere per conto dell'ente stesso (Sez. 6, n. 20264 del 02/04/2019, Rv. 275936).

- **Strumenti necessari a perseguire l'obiettivo**

Rispetto all'analisi quantitativa e qualitativa del fenomeno, mancano ancora dati certificati sulla entità ma soprattutto sulle dinamiche con cui si realizzano gli episodi di violenza.

Certamente **positiva l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie** introdotta dal comma 1 del ddl 2117, ma considerando che spesso le aggressioni al personale sanitario sono la conseguenza di carenze organizzative o di scarsa tutela nei luoghi di lavoro, riteniamo opportuna, condividendo la posizione di altre Organizzazioni sindacali, la **presenza all'interno dell'Osservatorio dei Sindacati** che altresì sono chiamati ad intervenire, sia nell'analisi che nelle conseguenti fasi operative, alla soluzione delle carenze individuate in virtù del loro ruolo istituzionale di rappresentanza degli operatori sanitari che ad essi fanno riferimento.

Auspichiamo che vengano rapidamente autorizzate e stanziare le risorse per la sua realizzazione per l'opportuno monitoraggio del fenomeno ma al contempo è necessario garantire che in modo sistematico in ogni Azienda sanitarie siano applicate le indicazioni contenute nelle Raccomandazioni ministeriali già emanate.

Conoscere l'entità e le caratteristiche del problema rappresenta prerequisito indispensabile all'individuazione degli interventi correttivi che non necessariamente sono interventi strutturali o strumenti attivi e passivi di difesa, ma sono rappresentati anche dalla modifica di comportamenti o procedure, dalla formazione del personale sanitario alla gestione efficace delle relazioni con i pazienti anche in condizioni critiche o di rischio, dalla formazione dei funzionari e dirigenti delle Aziende Sanitarie che quella sicurezza degli operatori devono garantirla.

Riteniamo opportuno che venga inserita la sicurezza degli operatori sanitari tra gli obiettivi dei direttori generali fornendo agli stessi gli strumenti necessari a perseguire questo obiettivo per poter rispondere efficacemente a situazioni straordinarie e a condizioni di emergenza quali la sicurezza.



Per questo motivo sarebbe auspicabile rendere più velocemente fruibili, anche da parte delle direzioni generali, gli strumenti di finanziamento e in particolare il fondo ex art. 20 legge n 67/ 11 marzo 1988 oggi definito per l'edilizia sanitaria.

Ci troviamo di fronte a strumenti concepiti in origine prevalentemente per la parte d'investimento strutturale, poi evoluti sulla dotazione tecnologica, che necessitano di un provvedimento di legge che individui un fondo specifico territoriale con nuove modalità di utilizzo, non tanto per la fase di metodologia relativa a programmazione, progettazione e autorizzazione, quanto nel metodo di affidamento dei fondi che dovrebbero evolvere, se non in toto almeno in parte, per quanto riguarda la forma di "fondi in conto capitale" versus "fondi in conto corrente", nella modalità di affidamento che ne consenta ai Direttori Generali un più rapido ed efficace utilizzo in condizioni straordinarie o di emergenza legate alla gestione della sicurezza.