



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 45/13

di iniziativa del Consigliere E. BARBUTO recante:

"Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

relatore: A. BRUTTO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	20/2/2026
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	20/2/2026
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	24/02/2026
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 45/XIII pag. 3
"Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Normativa citata

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (art. 2) pag. 10
"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"

Normativa nazionale

Decreto legge 1 ottobre 2024, n. 137 pag. 15
"Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, sociosanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria"

Legge 14 agosto 2020, n. 113 pag. 19
"Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"

Giurisprudenza di legittimità

Sentenza della Corte Costituzionale n.161/2021 pag. 26
"GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE"

Normativa comparata

Legge regionale 20 maggio 2025, n. 13 - Abruzzo pag. 36
"Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Legge regionale 8 luglio 2020, n. 15 (agg. 2025) - Lombardia pag. 38
"Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Deliberazione N° XII/3672 del 16.12.2024 - Lombardia pag. 40
"APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI DI CUI ALL'ART. 3 DELLA L.R. N.15 DELL'8 LUGLIO 2020 "SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO""

Deliberazione N° XII/3672 del 16.12.2024 (allegato) - Lombardia pag. 46
"DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI"



Consiglio regionale della Calabria

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: “Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario”

f.to Consigliere Elisabetta Maria Barbuto

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Relazione illustrativa

In un contesto socio-sanitario segnato da profonde criticità strutturali, gli operatori rappresentano la risorsa cardine per garantire il diritto alla salute, ma oggi operano in un clima di crescente ostilità che ne compromette l'incolumità. Il rischio di affrontare esperienze di violenza — che spaziano dalle aggressioni verbali a eventi criminosi con esiti mortali — è diventato una realtà drammatica:

A livello nazionale, i dati relativi all'anno 2024 confermano una crescita esponenziale degli episodi di violenza. L'Osservatorio Nazionale (ONSEPS) ha registrato oltre 18.000 aggressioni, segnalando un incremento generale del 15% rispetto all'anno precedente: il numero di operatori coinvolti è stimato in circa 22.000, poiché un singolo episodio può colpire più persone contemporaneamente. Anche il Rapporto Censis fornisce una stima negativa, attestando 22.049 casi di aggressione in un solo anno nelle regioni italiane. Dalle indagini emerge che il 71,8% dei medici si sente un "capro espiatorio" delle inefficienze del Servizio Sanitario Nazionale, mentre il 41,2% dichiara di non sentirsi sicuro durante lo svolgimento della propria professione.

La situazione in Calabria appare particolarmente critica e in linea con il trend di peggioramento evidenziato dai dati INAIL, che per la regione mostrano un aumento costante degli infortuni per violenza nel triennio: 36 casi nel 2021, 43 nel 2022 e 57 nel 2023. Nel corso del 2024, le segnalazioni regionali hanno registrato 49 episodi di violenza (tutti nel settore pubblico) che hanno coinvolto complessivamente 63 operatori. La distribuzione professionale dei colpiti in Calabria vede in prima linea gli infermieri (54%), seguiti dai medici (30%) e dagli operatori socio-sanitari (9,6%).

La violenza si manifesta prevalentemente in forma verbale (70% dei casi nazionali), ma le aggressioni fisiche rappresentano comunque il 24% del totale. In Calabria, l'86% degli eventi avviene nei giorni feriali, con un picco nella fascia pomeridiana. Per contrastare tale deriva, resta fondamentale la piena attuazione della Raccomandazione ministeriale n. 8, volta a promuovere la cultura della segnalazione e l'implementazione di misure di prevenzione come i posti fissi di Polizia e sistemi di videosorveglianza.

Negli ultimi anni, il legislatore italiano ha manifestato una spiccata sensibilità verso la tutela del personale sanitario, intervenendo con un progressivo inasprimento delle pene per contrastare un fenomeno sempre più violento.

L'integrazione del quadro sanzionatorio penale, per quanto necessaria, ha dimostrato di non essere da sola sufficiente ad arginare la deriva violenta nei presidi sanitari. È dunque fondamentale che la Regione, nell'esercizio delle proprie competenze, intervenga con una propria iniziativa legislativa.

Con la presente legge si vuole favorire attraverso lo sviluppo di indicazioni omogenee su tutto il territorio calabrese, l'adozione di opportune misure di formazione, prevenzione e protezione dei lavoratori, anche al fine di gestire le conseguenze emotive negative di questi episodi, evitando che questi disagi possano evolvere verso condizioni di sofferenza cronica, di disturbi postraumatici da stress o di demotivazione lavorativa. Si promuove inoltre l'adozione di protocolli d'intesa tra le ASP calabresi e le Forze di polizia del territorio anche al fine di attivare procedure di allarme ed intervento rapido. (Si precisa che la presente proposta di legge, particolarmente per i protocolli di intesa di cui all'articolo 4, non configura ipotesi di illegittimità costituzionale, anche alla luce della

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: “Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario”

sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2021. <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2021&numero=161>).

La presente proposta di legge è composta da 7 articoli, in particolare:

- articolo 1: indica le finalità della norma, il contrasto ad ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario;
- articolo 2: presenta le definizioni di interesse per “violenza” e “operatore sanitario e sociosanitario”;
- articolo 3: indica i principi secondo cui strutturare le linee guida;
- articolo 4: prevede la promozione di protocolli di intesa con le forze dell’ordine;
- articolo 5: stabilisce i compiti del Dipartimento regionale in materia di sanità;
- articolo 6: riporta la clausola di neutralità finanziaria;
- articolo 7: disciplina l’entrata in vigore della legge.

Relazione tecnico-finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo: “Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario”

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Articolo	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere Temporale A o P	Importo
Art. 1	Norma a carattere ordinamentale che indica oggetto e finalità della proposta	//	//	0
Art. 2	Norma che presenta le definizioni di interesse per “violenza” e “operatore sanitario e sociosanitario”	//	//	0
Art. 3	Norma che indica i principi secondo cui strutturare le linee guida	//	//	0
Art. 4	Norma che prevede la promozione di protocolli di intesa con le forze dell’ordine	//	//	0
Art. 5	Norma che stabilisce i compiti del Dipartimento regionale in materia di sanità	//	//	0
Art. 6	Norma che reca la clausola di invarianza finanziaria	//	//	0
Art. 7	Norma che stabilisce l’entrata in vigore	//	//	0

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Criteria di quantificazione degli oneri finanziari

Agli adempimenti disposti dalla presente legge si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie già previste a legislazione vigente, assicurando l'invarianza della spesa per il bilancio della Regione.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella 1.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si individuano come possibili coperture:

- l'utilizzo di accantonamenti a fondi speciali di parte corrente e/o di parte capitale
- riduzione di precedenti autorizzazioni legislative di spesa;
- nuove o maggiori entrate;
- imputazione esatta al Programma inerente e coerente con la spesa prevista;
- altre forme di copertura.

Tab. 2

Programma / capitolo	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Totale
Missione	//	//	//	//
Totale	//	//	//	0

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Proposta di legge di iniziativa del Consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge reca disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
2. Le disposizioni della presente legge si applicano alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e, su base volontaria, anche a quelle private. Le strutture private che adottano le misure previste dalle linee guida di cui all'articolo 3 possono accedere a possibili incentivi regionali, definiti con apposito regolamento.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:
 - a) violenza: qualsiasi atto di aggressione fisica, verbale, psicologica, minaccia o intimidazione che possa compromettere l'integrità psico-fisica degli operatori sanitari e sociosanitari, sia all'interno delle strutture di lavoro che in contesti correlati all'attività professionale;
 - b) operatori del settore sanitario e sociosanitario: i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), che svolgono attività lavorativa in ambito sanitario e sociosanitario, indipendentemente dal tipo di contratto.

Art. 3

(Linee guida)

1. La Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, approva linee guida vincolanti per le strutture pubbliche e di riferimento per quelle private, per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza.
2. Le linee guida sono predisposte dal Dipartimento regionale competente in materia di sanità e stabiliscono indirizzi comuni sul territorio regionale per:
 - a) formazione e sensibilizzazione: prevedendo l'obbligo di corsi di formazione periodici per il personale sanitario su tecniche di "de-escalation", gestione del rischio e autodifesa, e campagne di sensibilizzazione rivolte a pazienti e familiari sull'importanza del rispetto del personale sanitario;
 - b) monitoraggio e segnalazione: attivando sistemi di "incident reporting" obbligatori per le strutture pubbliche e incentivati per le private, con raccolta dati finalizzata all'analisi del rischio e alla adozione di misure preventive e relazioni periodiche sugli episodi di violenza nei contesti sanitari, da trasmettere alla Giunta e al Consiglio regionale;
 - c) pianificazione: prevedendo l'obbligo per le aziende sanitarie pubbliche di adottare un "Piano per la Prevenzione degli Atti di Violenza sugli Operatori Sanitari" integrato nei

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

- documenti di valutazione dei rischi e linee di indirizzo per le strutture private che intendano adottare misure analoghe;
- d) misure di prevenzione: prevedendo l'obbligo per le strutture pubbliche di installare, ove tecnicamente possibile, pulsanti antipánico, sistemi di videosorveglianza e altre misure di sicurezza, ed incentivi per quelle private che adottino tali misure;
 - e) supporto psicologico e legale: attraverso l'istituzione di un servizio regionale di supporto psicologico per il personale vittima di violenza e la stipula di convenzioni con enti pubblici e privati per garantire assistenza legale gratuita agli operatori sanitari coinvolti in episodi di violenza.
3. Presso il Dipartimento regionale competente è istituito un Tavolo tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione e l'aggiornamento delle linee guida.
 4. Il Tavolo tecnico è costituito con atto dirigenziale ed è composto da:
 - a) due rappresentanti del Dipartimento regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
 - b) un rappresentante designato da ciascuna delle Aziende sanitarie provinciali (ASP);
 - c) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
 - d) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario.

Art. 4

(Protocolli d'intesa con le Forze di polizia)

1. La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo e le Forze di polizia territorialmente competenti per garantire maggiore sicurezza nelle strutture sanitarie, prevedendo:
 - a) presidi fissi o pattugliamenti periodici nei pronto soccorso e nelle aree sanitarie a più alto rischio;
 - b) installazione di dispositivi di telesoccorso rapido per il collegamento diretto con le Forze di polizia;
 - c) definizione di procedure per il tempestivo intervento delle Forze dell'ordine in caso di aggressioni al personale sanitario.

Art. 5

(Compiti di controllo del Dipartimento regionale competente in materia di sanità)

1. Il controllo sull'applicazione delle linee guida è svolto dalla Dipartimento regionale competente in materia di sanità, con i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio degli episodi di violenza ai danni del personale sanitario e sociosanitario;
 - b) attività consultiva per l'applicazione delle linee guida;
 - c) verifica dell'attuazione delle misure previste.
2. Il Dipartimento regionale competente, a decorrere dal 30 giugno dell'anno successivo all'approvazione della presente legge, presenta alla Commissione consiliare competente una relazione annuale contenente informazioni sulle modalità di attuazione della legge, sulle

Proposta di legge di iniziativa del consigliere Elisabetta Maria Barbuto recante: "Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario"

attività svolte e sui risultati conseguiti in relazione alle attività previste dall'articolo 3, comma 2, con particolare riferimento alle azioni di informazione e sensibilizzazione, ai dati di incident reporting per la misurazione del rischio, le misure preventive, il "Piano per la prevenzione degli atti di violenza sugli operatori sanitari", i servizi di supporto psicologico e legale per il personale sanitario svolti. I soggetti coinvolti nell'attuazione della presente legge, pubblici e privati, forniscono le informazioni necessarie all'espletamento delle attività previste dal presente articolo. La relazione è pubblicata sul sito istituzionale del Consiglio regionale.

3. In caso di mancata attuazione delle linee guida da parte delle Strutture sanitarie pubbliche, la Regione può disporre misure correttive e, nei casi più gravi, applicare sanzioni amministrative nei confronti dei dirigenti responsabili.

Art. 6

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Agli adempimenti disposti dalla presente legge si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie già previste a legislazione vigente, assicurando l'invarianza della spesa per il bilancio della Regione.
2. La Regione può destinare specifiche risorse per il finanziamento delle misure previste, comprese le dotazioni di sicurezza, il supporto psicologico e legale, e gli incentivi per le strutture private.
3. La Giunta regionale ed il Dipartimento regionale competente in materia di sanità provvedono ad adottare tutti gli atti necessari a dare attuazione al presente articolo.

Art. 7 (Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria (BURC).

DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008 , n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Vigente al : 23-2-2026

Titolo I

PRINCIPI COMUNI

Capo I

Disposizioni generali

Art. 2

Definizioni

1. Ai fini ed agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto legislativo si intende per:

a) "lavoratore": persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente

stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; il volontario, come definito dalla legge 1° agosto 1991, n. 266; **((nei limiti di quanto previsto dall'articolo 3-bis, i volontari del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile))**; il lavoratore di cui al decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468, e successive modificazioni; (6)

b) "datore di lavoro": il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo;

c) "azienda": il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato;

d) "dirigente": persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa;

e) "preposto": persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce

l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa;

f) "responsabile del servizio di prevenzione e protezione": persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'articolo 32 designata dal datore di lavoro, a cui risponde, per coordinare il servizio di prevenzione e protezione dai rischi;

g) "addetto al servizio di prevenzione e protezione": persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'articolo 32, facente parte del servizio di cui alla lettera l);

h) "medico competente": medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, che collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto;

i) "rappresentante dei lavoratori per la sicurezza": persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro;

l) "servizio di prevenzione e protezione dai rischi": insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori;

m) "sorveglianza sanitaria": insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa;

n) "prevenzione": il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno;

o) "salute": stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità;

p) "sistema di promozione della salute e sicurezza": complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;

q) "valutazione dei rischi": valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata

ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza;

r) "pericolo": proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni;

s) "rischio": probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione;

t) "unità produttiva": stabilimento o struttura finalizzati alla produzione di beni o all'erogazione di servizi, dotati di autonomia finanziaria e tecnico funzionale;

u) "norma tecnica": specifica tecnica, approvata e pubblicata da un'organizzazione internazionale, da un organismo europeo o da un organismo nazionale di normalizzazione, la cui osservanza non sia obbligatoria;

v) "buone prassi": soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all'articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, previa istruttoria tecnica dell'ISPESL, che provvede a assicurarne la più ampia diffusione;

z) "linee guida": atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle regioni, dall'ISPESL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

aa) "formazione": processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;

bb) "informazione": complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro;

cc) "addestramento": complesso delle attività dirette a fare apprendere ai lavoratori l'uso corretto di

attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro;

dd) "modello di organizzazione e di gestione": modello organizzativo e gestionale per la definizione e l'attuazione di una politica aziendale per la salute e sicurezza, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, idoneo a prevenire i reati di cui agli articoli 589 e 590, terzo comma, del codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela della salute sul lavoro;

ee) "organismi paritetici": organismi costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, quali sedi privilegiate per: la programmazione di attività formative e l'elaborazione e la raccolta di buone prassi a fini prevenzionistici;

lo sviluppo di azioni inerenti alla salute e alla sicurezza sul lavoro; l'assistenza alle imprese finalizzata all'attuazione degli adempimenti in materia; ogni altra attività o funzione assegnata loro dalla legge o dai contratti collettivi di riferimento;

ff) "responsabilità sociale delle imprese": integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle aziende e organizzazioni nelle loro attività commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate.

AGGIORNAMENTO (6)

Il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 ha disposto (con l'art. 2, comma 1) che all'articolo 2, comma 1, lettera a), del presente decreto, le parole: "il volontario, come definito dalla legge 11 agosto 1991, n. 266" sono soppresse".

DECRETO-LEGGE 1 ottobre 2024 , n. 137

Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria. (24G00158)

Vigente al : 23-2-2026

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri» e, in particolare, l'articolo 15;

Vista la legge 14 agosto 2020, n. 113, recante «Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni»;

Visto il decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, recante «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali» e, in particolare, l'articolo 16, che prevede disposizioni in materia di contrasto degli atti di violenza nei confronti del personale sanitario;

Visto il decreto legislativo 19 marzo 2024, n. 31, recante «Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150, di attuazione della legge 27 settembre 2021, n. 134, recante delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari»;

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza, attesa la recrudescenza di gravi episodi di violenza in danno dei professionisti e delle strutture sanitarie pubbliche, in particolare nei pronto soccorso, di adottare misure idonee a costituire un valido ed effettivo apparato di deterrenza e contrasto a tali episodi che colpiscono e mortificano il personale addetto a tali delicate funzioni e rischiano di depauperare il patrimonio sanitario pubblico;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 27 settembre 2024;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, dei Ministri della salute e della giustizia, di concerto con il Ministro dell'interno;

Emana

il seguente decreto-legge:

Art. 1

((Modifiche agli articoli 583-quater e 635 del codice penale))

01. ((All'articolo 583-quater, secondo comma, del codice penale, dopo le parole: "dette professioni" sono inserite le seguenti: "e servizi di sicurezza complementare in conformità alla legislazione vigente"))).

1. All'articolo 635 del codice penale, dopo il **((terzo comma))** è inserito il seguente:

«Chiunque, all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero in occasione **((delle condotte previste nell'articolo 583-quater, secondo comma))**, distrugge, disperde, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose **((mobili o immobili altrui))** ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario o socio-sanitario **((...))** è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa fino a 10.000 euro. Se il fatto è commesso da più persone riunite, la pena è aumentata.».

Art. 2

Modifiche agli articoli 380 **((, 382-bis e 550))** del codice di procedura penale

1. Al codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 380, comma 2, dopo la lettera a-bis) sono inserite le seguenti:

«a-ter) delitto di lesioni personali a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali previsto dall'articolo 583-quater, secondo comma, del codice penale;

a-quater) delitto di danneggiamento previsto dall'articolo **((635, quarto comma))**, del codice penale;»;

b) all'articolo 382-bis, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

«1-bis. **((Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano altresì nei))** casi di delitti non colposi per i quali è previsto l'arresto in flagranza, commessi all'interno o nelle pertinenze delle strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, in danno di persone esercenti una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, ovvero commessi su cose ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario o socio-sanitario, quando non è possibile procedere immediatamente all'arresto per ragioni di sicurezza o incolumità pubblica o individuale ovvero per ragioni inerenti alla regolare erogazione del servizio**((...))**»;

((b-bis) all'articolo 550, comma 2, alinea, dopo le parole: "635, terzo" sono inserite le seguenti: "e quarto")).

Art. 3

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni e le autorità interessate provvedono alle attività ivi previste nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 4

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 1° ottobre 2024

MATTARELLA

Meloni, Presidente del Consiglio dei ministri

Schillaci, Ministro della salute

Nordio, Ministro della giustizia

Piantedosi, Ministro dell'interno

Visto, il Guardasigilli: Nordio

LEGGE 14 agosto 2020 , n. 113

Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. (20G00131)

Vigente al : 23-2-2026

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**Promulga**

la seguente legge:

Art. 1

Ambito di applicazione

1. Ai fini della presente legge si intendono quali professioni sanitarie quelle individuate dagli articoli 4 e da 6 a 9 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, e quali professioni socio-sanitarie quelle individuate dall'articolo 5 della medesima legge n. 3 del 2018.

Art. 2

Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti
le professioni sanitarie e socio-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 e socio-sanitarie, di seguito denominato «Osservatorio». Col medesimo decreto si provvede a definire la durata e la composizione dell'Osservatorio costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne, prevedendo la presenza di rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, delle regioni, di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalità di cui ai commi 2 e 3, di rappresentanti dei Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore, delle associazioni di pazienti e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonché le modalità con le quali l'organismo riferisce, di regola annualmente, sugli esiti della propria attività ai Ministeri interessati. La partecipazione all'Osservatorio non dà diritto alla corresponsione di alcuna indennità, rimborso delle spese, 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 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, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;
- e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe;
- f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati

alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

2. L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenas e degli ordini professionali, 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 il predetto Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

3. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette tramite l'Agenas i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

4. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

Art. 3

Promozione dell'informazione

1. Il Ministro della salute promuove iniziative di informazione sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria, utilizzando le risorse disponibili a legislazione vigente per la realizzazione di progetti di comunicazione istituzionale.

Art. 4

Modifiche all'articolo 583-quater del codice penale

1. All'articolo 583-quater del codice penale è aggiunto, in fine, 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 nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività».

2. All'articolo 583-quater del codice penale, alla rubrica, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, nonché a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali».

Art. 5

Circostanze aggravanti

1. All'articolo 61 del codice penale, dopo il numero 11-septies) è aggiunto il seguente:

«11-octies) l'aver agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività».

Art. 6

Modifiche al codice penale in materia di procedibilità

1. All'articolo 581, primo comma, del codice penale, dopo le parole: «a querela della persona offesa,»

sono inserite le seguenti: «salvo che ricorra la circostanza aggravante prevista dall'articolo 61, numero 11-octies),».

2. All'articolo 582, secondo comma, del codice penale, dopo le parole: «previste negli articoli» sono inserite le seguenti: «61, numero 11-octies),».

Art. 7

Misure di prevenzione

1. Al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale di cui all'articolo 1 della presente legge prevedono, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.

Art. 8

Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

1. È istituita la «Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari», volta a sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza. La giornata è celebrata annualmente in una data stabilita con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'istruzione e dell'università e della ricerca.

2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti connessi all'attuazione del presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

3. La Giornata nazionale di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla legge 27 maggio 1949, n. 260.

Art. 9

Sanzione amministrativa

1. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 5.000.

Art. 10

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.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 14 agosto 2020

MATTARELLA

Conte, Presidente del Consiglio dei ministri

Speranza, Ministro della salute

Visto, il Guardasigilli: Bonafede

CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza **161/2021** (ECLI:IT:COST:2021:161)

Giudizio: **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE**

Presidente: **CORAGGIO** - Redattrice: **SAN GIORGIO**

Udienza Pubblica del **08/06/2021**; Decisione del **09/06/2021**

Deposito del **22/07/2021**; Pubblicazione in G. U. **28/07/2021**

Norme impugnate: Art. 4 della legge della Regione Lombardia 08/07/2020, n. 15.

Massime: **44116**

Atti decisi: **ric. 77/2020**

SENTENZA N. 161

ANNO 2021

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giancarlo CORAGGIO; Giudici : Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI, Stefano PETITTI, Angelo BUSCEMA, Emanuela NAVARRETTA, Maria Rosaria SAN GIORGIO,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 4 della legge della Regione Lombardia 8 luglio 2020, n. 15 (Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario), promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 7-9 settembre 2020, depositato in cancelleria l'8 settembre 2020, iscritto al n. 77 del registro ricorsi 2020 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 43, prima serie speciale, dell'anno 2020.

Giorgio;

udito l'avvocato dello Stato Enrico De Giovanni per il Presidente del Consiglio dei ministri, in collegamento da remoto, ai sensi del punto 1) del decreto del Presidente della Corte del 18 maggio 2021, e l'avvocato Piera Pujatti per la Regione Lombardia;

deliberato nella camera di consiglio del 9 giugno 2021.

Ritenuto in fatto

1.- Con ricorso iscritto al n. 77 del reg. ric. 2020, il Presidente del Consiglio dei ministri ha promosso questione di legittimità costituzionale dell'art. 4 della legge della Regione Lombardia 8 luglio 2020, n. 15 (Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario), in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettere g) e h), della Costituzione.

La disposizione impugnata stabilisce quanto segue: «La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco».

Secondo il ricorrente, il legislatore regionale sarebbe incorso nella violazione della competenza legislativa esclusiva dello Stato nelle materie dell'ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e dell'ordine pubblico e sicurezza.

Lo strumento del «protocollo d'intesa», pur avendo natura convenzionale, non è compatibile - afferma il ricorrente - con «i processi di pianificazione e razionalizzazione dei presidi di polizia che l'ordinamento rimette alla competenza esclusiva statale», ai sensi di quanto prevede la legge 1° aprile 1981, n. 121 (Nuovo ordinamento dell'Amministrazione della pubblica sicurezza). L'art. 6, primo comma, lettera e), di tale legge affida al dipartimento della pubblica sicurezza il compito di «pianificazione generale e coordinamento delle pianificazioni operative della dislocazione delle forze di polizia e dei relativi servizi tecnici». Inoltre l'art. 13 della stessa legge prevede (al comma quinto) che il Prefetto «dispone della forza pubblica», mentre il successivo art. 14 (al comma secondo) attribuisce al Questore «la direzione, la responsabilità e il coordinamento, a livello tecnico operativo, dei servizi di ordine e di sicurezza pubblica e dell'impiego a tal fine della forza pubblica». Di conseguenza, a parere del ricorrente, un eventuale potenziamento delle risorse e dei presidi territoriali non potrebbe formare oggetto di intese da raggiungersi tra Regione e Prefettura. L'eventuale incremento del personale sarebbe, infatti, rimesso a un provvedimento del Questore, mentre l'istituzione dei posti di polizia - ai sensi di quanto prevedono sia gli artt. 2 e 9 del decreto del Presidente della Repubblica 22 marzo 2001, n. 208 (Regolamento per il riordino della struttura organizzativa delle articolazioni centrali e periferiche dell'Amministrazione della pubblica sicurezza, a norma dell'articolo 6 della legge 31 marzo 2000, n. 78), sia i decreti del Ministro dell'interno in data 16 marzo 1989 e 18 aprile 1989 - richiederebbe, comunque, un provvedimento del Capo della polizia - direttore generale della Pubblica sicurezza.

Osserva ancora il ricorrente che i presidi di polizia presso gli ospedali risulterebbero «operanti solo presso le strutture sanitarie situate in alcune realtà territoriali» e costituirebbero «unità distaccate» poste alle «dipendenze delle Questure o dei Commissariati sezionali di pubblica sicurezza». Di conseguenza, tali presidi sarebbero chiamati a svolgere gli «ordinari compiti istituzionalmente attribuiti alle citate articolazioni periferiche del Dipartimento di Pubblica sicurezza», in conformità all'art. 2 del d.P.R. n. 208 del 2001, e non potrebbero pertanto svolgere le funzioni di tutela dell'integrità psico-fisica degli operatori sanitari e socio-sanitari presenti nei pronto soccorso e nelle strutture assimilate, secondo la

Quest'ultima inoltre - pur se «con formulazione generica e poco chiara» - introdurrebbe a carico delle forze di polizia «compiti o funzioni ulteriori» rispetto a quelle previste dalla legislazione dello Stato. Ciò, laddove la norma prevede che, in base ai protocolli d'intesa, la presenza e la collaborazione delle forze di polizia venga potenziata «nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza» e che venga assicurato «un rapido intervento in loco».

Il ricorrente richiama la giurisprudenza di questa Corte in materia di ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato, di cui all'art. 117, secondo comma, lettera g), Cost., secondo la quale le attribuzioni degli organi dello Stato non possono essere disciplinate unilateralmente e autoritativamente dalle Regioni, dovendo piuttosto trovare il proprio fondamento o il loro presupposto in leggi statali che le prevedano o le consentano, ovvero in accordi tra gli enti interessati. Vengono in proposito citate le sentenze di questa Corte n. 322 del 2006 e n. 429 del 2004.

L'attribuzione alla Regione del compito di promuovere e potenziare «la presenza e la collaborazione con le forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco», pertanto, inciderebbe «unilateralmente sull'organizzazione e sull'impiego delle Forze dell'ordine e di pubblica sicurezza, senza trovare alcun fondamento o presupposto in leggi statali». Peraltro, una conferma della violazione degli indicati ambiti di competenza statale esclusiva emergerebbe anche, secondo il ricorrente, dalla formulazione dell'art. 1 della legge regionale in esame, il cui testo - pur richiamando il «rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro», laddove viene indicata la finalità della legge regionale di «prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario» - omette qualsiasi cenno al rispetto della normativa statale nelle materie dell'«ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato» e dell'«ordine pubblico e sicurezza».

2.- Si è costituita in giudizio la Regione Lombardia, chiedendo che il ricorso sia dichiarato inammissibile o infondato.

In punto di fatto, la resistente riferisce che l'allarme sociale per le frequenti aggressioni al personale sanitario delle strutture lombarde è notevolmente aumentato negli ultimi tempi. Solo nei primi sei mesi del 2019 «si sono verificate 4887 aggressioni a personale sanitario e non» presso gli ospedali, pubblici e privati accreditati, ubicati nel territorio regionale. Gli ambiti più esposti sarebbero il pronto soccorso e i reparti di psichiatria. La stessa Questura di Milano, al riguardo, avrebbe condotto «un importante studio, frutto di un approfondito esame delle casistiche emergenti». La legge regionale impugnata è quindi intervenuta proprio con l'intento di aumentare la sicurezza dei reparti ospedalieri, prevedendo una serie di misure tra le quali anche quella oggetto della norma contestata dal Governo.

Secondo la resistente, quest'ultima si limiterebbe a porre le basi per la collaborazione tra le strutture sanitarie e gli Uffici territoriali del Governo, senza porre a carico di organi e amministrazioni dello Stato alcun compito o attribuzione ulteriore rispetto a quelli individuati dalla legge statale. Il legislatore regionale si sarebbe, anzi, avvalso della possibilità, auspicata dalla giurisprudenza costituzionale, di instaurare forme di collaborazione tra apparati statali, regionali e degli enti locali, al fine di migliorare le condizioni di sicurezza dei cittadini e del territorio.

Il coinvolgimento delle Prefetture e delle Questure auspicato dalla norma regionale avverrebbe, pertanto, solo in via consensuale, condizionatamente alla stipula di appositi protocolli d'intesa, rimanendo ben fermo che solo tali organi statali «potranno decidere se e quali forze di polizia impiegare per il contrasto alle forme di violenza a danno degli operatori sanitari, e relative condizioni e modalità». Tanto, peraltro, risulterebbe in coerenza con le

previsioni della legge statale, e in particolare con l'art. 11, comma 2, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 (Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59), a norma del quale la Prefettura garantisce la leale collaborazione degli uffici periferici dello Stato con gli enti locali, nonché con gli artt. 3 e 5 del decreto-legge 20 febbraio 2017, n. 14 (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città), convertito, con modificazioni, nella legge 18 aprile 2017, n. 48, che - rispettivamente - consentono alle Regioni di concludere specifici accordi con lo Stato per la promozione della sicurezza integrata e prevedono i patti per l'attuazione della sicurezza urbana. Anche lo stesso art. 6, primo comma, lettera e), della legge n. 121 del 1981, invocato nel ricorso, sarebbe coerente con la norma regionale impugnata.

La Regione resistente richiama la giurisprudenza di questa Corte che, pur escludendo che le Regioni possano disciplinare unilateralmente forme di collaborazione e di coordinamento con organi statali, ha comunque ammesso la possibilità di realizzare simili forme di raccordo nella materia dell'«ordine pubblico e sicurezza» (sono citate le sentenze n. 9 del 2016 e n. 88 del 2020), specialmente alla luce delle novità introdotte con il d.l. n. 14 del 2017, come convertito (sentenza n. 177 del 2020). In tale quadro, le Regioni ben potrebbero svolgere, comunque nell'ambito delle proprie competenze, attività di stimolo e di impulso presso i competenti organi statali, al fine del perseguimento della tutela della sicurezza (è richiamata la sentenza n. 167 del 2010, in quanto citata dalla sentenza n. 285 del 2019).

La resistente, inoltre, riferisce che lo stesso Ministero dell'interno aveva «contraddittoriamente» suggerito di integrare la formulazione dell'art. 5, comma 2, della legge reg. Lombardia n. 15 del 2020, inserendovi una previsione secondo la quale la relazione annuale sugli esiti dell'applicazione della legge regionale dovesse essere inviata anche al Prefetto «ai fini di un eventuale approfondimento in sede di Comitato provinciale per l'ordine e la sicurezza pubblica». La circostanza starebbe «a riprova di quanto sia importante la collaborazione fra istituzioni nel migliorare le condizioni di sicurezza dei cittadini».

Infine, la Regione precisa che l'art. 1 della legge regionale de qua, laddove non richiama l'obbligo di osservare la normativa statale in materia di ordine pubblico e ordinamento dello Stato, non potrebbe essere interpretato nel senso di poter disattendere quella normativa. A sostegno di quanto sostenuto, la resistente richiama alcuni precedenti di questa Corte (sentenze n. 43 del 2011 e n. 45 del 2010).

3.- Con successiva memoria, la Regione Lombardia ha insistito per il rigetto della questione, richiamando, ad ulteriore sostegno, le considerazioni da ultimo espresse nella sentenza n. 236 del 2020 di questa Corte, in materia di protocolli di legalità promossi dalla normativa regionale.

In proposito, la Regione osserva che se possono considerarsi legittime - come stabilito dal precedente richiamato - normative regionali che promuovono protocolli di legalità ovvero azioni integrate di professionisti e polizia locale per prevenire fenomeni di radicalizzazione, «non si comprende perché sarebbe illegittimo promuovere protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la sicurezza nelle strutture sanitarie». Nel caso di specie, aggiunge la resistente, la norma regionale impugnata «mira a creare e ribadire le precondizioni affinché si realizzi un'azione di sicurezza integrata anche presso le strutture sanitarie».

4.- Alle difese della Regione ha successivamente replicato una memoria depositata dall'Avvocatura dello Stato, con la quale sono state ribadite - nella sostanza - le censure già sollevate con il ricorso.

1.- Con il ricorso indicato in epigrafe (reg. ric. n. 77 del 2020), il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questione di legittimità costituzionale dell'art. 4 della legge della Regione Lombardia 8 luglio 2020, n. 15 (Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario), per violazione dell'art. 117, secondo comma, lettere g) e h), della Costituzione.

La disposizione impugnata - nello stabilire che «[l]a Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco» - realizzerebbe, secondo il ricorrente, un'indebita ingerenza in materie riservate alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, quali l'ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato (art. 117, secondo comma, lettera g, Cost.) e l'ordine pubblico e sicurezza (art. 117, secondo comma, lettera h, Cost.). Essa sarebbe incompatibile con «i processi di pianificazione e razionalizzazione dei presidi di polizia», oggetto di specifica disciplina a opera della legge 1° aprile 1981, n. 121 (Nuovo ordinamento dell'Amministrazione della pubblica sicurezza), mentre non potrebbe costituire oggetto di intese tra Regione e Prefettura neanche l'eventuale potenziamento delle risorse e dei presidi territoriali. La tutela dell'integrità psico-fisica degli operatori del settore sanitario e socio-sanitario, che svolgono la propria attività nei pronto soccorso e nelle strutture assimilate, del resto, non rientrerebbe tra i compiti istituzionali ordinariamente attribuiti alle strutture periferiche del Dipartimento di pubblica sicurezza, ai sensi dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 22 marzo 2001, n. 208 (Regolamento per il riordino della struttura organizzativa delle articolazioni centrali e periferiche dell'Amministrazione della pubblica sicurezza, a norma dell'articolo 6 della L. 31 marzo 2000, n. 78).

In definitiva, secondo il ricorrente, l'art. 4 della legge reg. Lombardia n. 15 del 2020 introdurrebbe in modo unilaterale, e «con formulazione generica e poco chiara», nuovi e ulteriori «compiti o funzioni [...] alle Forze di polizia che la Costituzione attribuisce esclusivamente allo Stato», con riferimento sia alla funzione di organizzazione e di gestione del personale, sia a quella di tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza.

2.- La questione - che coinvolge inscindibilmente i due parametri di competenza sollevati, attinenti entrambi alla disciplina delle forze di polizia dello Stato, dal lato organizzativo e dal lato funzionale (sentenza n. 170 del 2019) - non è fondata.

2.1.- La disposizione impugnata, pur nella sua formulazione letterale non del tutto perspicua, si riferisce alla presenza delle forze di polizia dello Stato presso i luoghi considerati maggiormente sensibili per la sicurezza degli operatori sanitari e socio-sanitari, ed è volta a rafforzare la collaborazione tra la Regione e le medesime Forze di polizia, al fine di salvaguardare la sicurezza del personale sanitario e socio-sanitario, presso le strutture ove tale personale opera, in un contesto di particolare allarme sociale, come testimoniato da frequenti fatti di cronaca. Essa prefigura attività e forme di impiego del personale della Polizia di Stato sul territorio, al fine di potenziarle, sulla base di necessari e prodromici accordi tra la Regione e gli Uffici territoriali del Governo.

2.2.- Forme di accordo o di intesa tra Stato, Regioni ed enti locali nella materia della sicurezza sono ben presenti nel panorama normativo nazionale. Basti pensare alla legge 7 marzo 1986, n. 65 (Legge-quadro sull'ordinamento della polizia municipale), che prevede la collaborazione tra le forze di polizia locale e quelle della Polizia di Stato «previa disposizione del sindaco, quando ne venga fatta, per specifiche operazioni, motivata richiesta dalle competenti autorità» (art. 3); o al decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152 (Provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata e di trasparenza e buon andamento dell'attività amministrativa), convertito, con modificazioni, in legge 12 luglio 1991, n. 203, che,

all'art. 12, ha demandato al Ministro dell'interno la emanazione di direttive per la realizzazione, a livello provinciale, di «piani coordinati di controllo del territorio», da attuarsi a cura dei competenti uffici della Polizia di Stato e dei comandi provinciali dell'Arma dei carabinieri e della Guardia di finanza, con l'espressa previsione che ad essi possano partecipare, previa richiesta al sindaco, contingenti dei corpi o servizi di polizia municipale.

A seguito del trasferimento alle Regioni delle funzioni di polizia amministrativa, stabilito dall'art. 161 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), l'art. 7 del d.P.C.m. 12 settembre 2000 (Individuazione delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative da trasferire alle regioni ed agli enti locali per l'esercizio delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di polizia amministrativa) ha introdotto apposite forme di collaborazione fra Stato, Regioni ed enti locali per il «perseguimento di condizioni ottimali di sicurezza delle città e del territorio extraurbano e di tutela dei diritti di sicurezza dei cittadini», e per il «potenziamento tecnico-logistico delle strutture e dei servizi di polizia amministrativa regionale e locale, nonché dei servizi integrativi di sicurezza e di tutela sociale», prevedendo specifici accordi per lo «svolgimento in forma coordinata» delle attività di rispettiva competenza, ed onerando il Ministro dell'interno di promuovere «protocolli d'intesa» volti a «conseguire specifici obiettivi di rafforzamento delle condizioni di sicurezza delle città e del territorio extraurbano».

Analogamente, l'art. 1, comma 439, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)», consente al Ministro dell'interno di «stipulare convenzioni con le regioni e gli enti locali che prevedano la contribuzione logistica, strumentale o finanziaria delle stesse regioni e degli enti locali», al fine di realizzare «programmi straordinari di incremento dei servizi di polizia, di soccorso tecnico urgente e per la sicurezza dei cittadini». Previsione, codesta, che ha trovato una specificazione normativa nell'art. 6-bis del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93 (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province), convertito, con modificazioni, in legge 15 ottobre 2013, n. 119, recante nella rubrica «Accordi territoriali di sicurezza integrata per lo sviluppo», il quale ha previsto il raggiungimento di detti accordi tra Ministro, Regioni ed enti locali con riguardo alle «aree interessate da insediamenti produttivi o da infrastrutture logistiche ovvero da progetti di riqualificazione e riconversione di siti industriali o commerciali dismessi o da progetti di valorizzazione dei beni di proprietà pubblica o da altre iniziative di sviluppo territoriale» (comma 1).

Con il decreto-legge 20 febbraio 2017, n. 14 (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città), convertito, con modificazioni, in legge 18 aprile 2017, n. 48, il legislatore nazionale ha, poi, introdotto una disciplina organica della cosiddetta sicurezza integrata, da intendersi come «l'insieme degli interventi assicurati dallo Stato, dalle Regioni, dalle Province autonome di Trento e Bolzano e dagli enti locali», nonché da altri soggetti istituzionali, «al fine di concorrere, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità, alla promozione e all'attuazione di un sistema unitario e integrato di sicurezza per il benessere delle comunità territoriali» (art. 1, comma 2). L'art. 2 del citato decreto-legge ha affidato ad apposite linee generali, da adottare con accordo sancito in sede di Conferenza unificata (su proposta del Ministro dell'interno), il compito di «coordinare, per lo svolgimento di attività di interesse comune, l'esercizio delle competenze dei soggetti istituzionali coinvolti, anche con riferimento alla collaborazione tra le forze di polizia e la polizia locale», nei settori di intervento ivi indicati, tenendo conto della «necessità di migliorare la qualità della vita e del territorio e di favorire l'inclusione sociale e la riqualificazione socio-culturale delle aree interessate».

Il d.l. n. 14 del 2017 ha così contribuito a dare attuazione all'art. 118, terzo comma, Cost., prevedendo che, in attuazione delle summenzionate linee generali, Stato, Regioni e Province autonome possano concludere «specifici accordi per la promozione della sicurezza integrata,

anche diretta a disciplinare gli interventi a sostegno della formazione e dell'aggiornamento professionale del personale della polizia locale» (art. 3, comma 1). Le Regioni e le Province autonome possono altresì sostenere, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, iniziative e progetti volti ad attuare interventi di promozione della sicurezza integrata nel territorio di riferimento, «ivi inclusa l'adozione di misure di sostegno finanziario a favore dei comuni maggiormente interessati da fenomeni di criminalità diffusa» (art. 3, comma 2).

In tal senso, il menzionato decreto-legge ha disciplinato, in modo ampio e trasversale, le «forme di coordinamento» previste dall'art. 118, terzo comma, Cost., coinvolgendo gli enti regionali non solo quali terminali delle scelte compiute dallo Stato in materia di ordine pubblico e sicurezza, ma anche come portatori di interessi che, ancorché non direttamente afferenti alla materia di cui all'art. 117, secondo comma, lettera h), Cost., sono teleologicamente connessi alla competenza esclusiva dello Stato.

Il quadro normativo statale si arricchisce ulteriormente, con specifico riguardo alla materia di cui oggi si tratta, con la legge 14 agosto 2020, n. 113 (Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni), che detta disposizioni per la sicurezza di coloro che esercitano le professioni sanitarie e socio-sanitarie, stabilendo, tra l'altro, all'art. 7, al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, che le strutture presso le quali opera il personale di cui si tratta adottino, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento.

2.3.- È alla luce di tale rinnovata declinazione legislativa del concetto di sicurezza che la giurisprudenza costituzionale ha esaminato il tema della portata dell'intervento consentito all'autonomia regionale nella materia de qua.

Questa Corte ha chiarito che «le Regioni non possono porre a carico di organi e amministrazioni dello Stato compiti ulteriori rispetto a quelli individuati dalla legge statale» (sentenza n. 88 del 2020; nello stesso senso, ex plurimis, sentenze n. 2 del 2013, n. 167 e n. 104 del 2010, n. 10 del 2008, n. 322 del 2006). Tale preclusione opera anche con riguardo alla previsione di «forme di collaborazione e di coordinamento», le quali, ove coinvolgano compiti e attribuzioni di organi dello Stato, «non possono essere disciplinate unilateralmente e autoritativamente dalle Regioni, nemmeno nell'esercizio della loro potestà legislativa», dovendo trovare il loro fondamento o il loro presupposto in leggi statali che le prevedano o le consentano, o in accordi tra gli enti interessati (sentenze n. 170 del 2019, n. 183 del 2018 e n. 9 del 2016; nello stesso senso, sentenze n. 30 del 2006, n. 429 e n. 134 del 2004).

E proprio sulla base delle indicazioni e del perimetro degli interventi delle autonomie locali disegnato dalla illustrata cornice normativa statutale, la sentenza n. 285 del 2019 ha giudicato non fondata la questione di legittimità costituzionale, promossa dallo Stato in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera h), Cost., della normativa di cui alla legge della Regione Basilicata 30 novembre 2018, n. 45 (Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto della criminalità e per la promozione della cultura e della legalità e di un sistema integrato di sicurezza nell'ambito del territorio regionale), che attribuiva alla Regione il compito di promuovere iniziative formative, informative e culturali, nonché interventi, realizzati anche in collaborazione con le forze dell'ordine, a seguito di apposita stipula d'intesa, di assistenza di tipo materiale e psicologico, utili a prevenire e contrastare i reati che colpiscono la popolazione anziana, con particolare riferimento ai delitti contro il patrimonio mediante frode. In quella occasione, la Corte ha affermato che la semplice previsione della possibilità di una intesa con le forze di polizia non comporta alcuna interferenza con la competenza esclusiva dello Stato in materia di sicurezza, una volta esclusa la pretesa di un coinvolgimento necessario delle stesse. In proposito è stato richiamato il precedente della Corte in materia di bullismo e cyberbullismo (sentenza n. 116 del 2019), in cui la non fondatezza della questione allora sollevata era stata motivata, tra l'altro, con riferimento alla natura meramente facoltativa della

partecipazione dei rappresentanti statali all'apposito tavolo di coordinamento, partecipazione comunque subordinata alla previa intesa con gli enti di appartenenza.

Con la stessa sentenza n. 285 del 2019, è stata dichiarata non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale di altra disposizione della medesima legge reg. Basilicata n. 45 del 2018, che prevede che la Regione, al fine di assicurare un adeguato controllo del territorio mediante un più efficiente svolgimento delle funzioni di polizia locale, promuove, previa intesa con gli enti locali interessati, il potenziamento delle attività di vigilanza nelle aree più soggette a rischio di esposizione ad attività criminose. Al riguardo, questa Corte, dopo aver sottolineato che l'eventuale assegnazione di compiti attinenti alla pubblica sicurezza non può essere decisa unilateralmente dalla Regione, pena l'invasione della competenza esclusiva dello Stato a norma dell'art. 117, secondo comma, lettera h), Cost., ha ritenuto facoltizzata la Regione a promuovere il potenziamento delle attività di vigilanza purché nell'ambito dei piani predisposti dal Ministro dell'interno.

Nella medesima direzione la sentenza n. 177 del 2020 ha giudicato conforme a Costituzione una norma della legge della Regione Puglia 28 marzo 2019, n. 14 (Testo unico in materia di legalità, regolarità amministrativa e sicurezza), che dispone che nell'attuazione delle politiche di prevenzione e contrasto dei fenomeni di illegalità in materia di tutela dell'ambiente, connessi o derivanti da attività criminose di tipo organizzato o mafioso, la Regione promuove la conclusione di accordi e la stipula di convenzioni con le autorità statali operanti sul territorio regionale nel settore ambientale, le associazioni di imprese, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato e le associazioni ambientaliste individuate secondo le procedure di legge. Anche in tale occasione questa Corte ha chiarito che la Regione ha inteso limitarsi all'affiancamento agli organi statali nel perseguimento del fine di combattere la criminalità nei settori ambientale e sanitario, e che le disposizioni che prevedono la promozione di accordi tra Regione ed autorità statali hanno valore programmatico.

Non si discosta da tali precedenti la sentenza n. 236 del 2020, nella quale la declaratoria di illegittimità costituzionale della legge della Regione Veneto 8 agosto 2019, n. 34 (Norme per il riconoscimento ed il sostegno della funzione sociale del controllo di vicinato nell'ambito di un sistema di cooperazione interistituzionale integrata per la promozione della sicurezza e della legalità), è fondata piuttosto sulla sostanziale rivendicazione, operata da quella legge, di una specifica competenza regionale all'attività istituzionale di prevenzione generale dei reati e controllo del territorio, che costituisce il nucleo centrale della funzione di pubblica sicurezza, riconducibile a materia di esclusiva competenza statale ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera h), Cost.; nonché sulla pretesa della Regione di disciplinare forme di coordinamento fra Stato ed enti locali in materia di ordine pubblico e sicurezza, con il sostegno della stessa Regione, in una materia in cui l'intervento del legislatore regionale è ammissibile solo nel rispetto delle procedure e dei limiti sostanziali stabiliti dal legislatore statale ai sensi dell'art. 118, terzo comma, Cost.

2.4.- Nel caso all'attuale esame, la disposizione impugnata non disciplina, in modo unilaterale, le forme di collaborazione e di coordinamento con le forze di polizia dello Stato - che pure mira a instaurare - ma, al contrario, le inquadra entro una cornice pattizia che mantiene salvi e integri i compiti e le attribuzioni dell'amministrazione di pubblica sicurezza.

2.5.- Come anche di recente ribadito da questa Corte, del resto, la Regione ben può «sollecitare lo Stato», «affinché questo ricalibri la distribuzione della forza pubblica sul territorio», e ciò a maggior ragione «[n]ell'ambito della rinnovata strategia istituzionale volta a garantire la sicurezza integrata» (sentenza n. 285 del 2019, punto 9.3. del Considerato in diritto), quale definita e disciplinata dal decreto-legge n. 14 del 2007.

In particolare, va ricordato che i protocolli d'intesa previsti dalla disposizione regionale

impugnata si collocano nel quadro generale degli specifici accordi per la promozione della sicurezza integrata - che lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono concludere, a norma del richiamato art. 3 del d.l. n. 14 del 2017, in attuazione delle linee generali fissate, ai sensi dell'art. 2 dello stesso decreto-legge, su proposta del Ministro dell'interno, con accordo sancito in sede di Conferenza unificata - nella misura in cui consentono, proprio secondo le indicazioni provenienti dalla fonte statale, di individuare «specifici obiettivi per l'incremento dei servizi di controllo del territorio e per la sua valorizzazione» (art. 7, comma 1, del d.l. n. 14 del 2017), anche mediante, eventualmente, l'impiego di «software di analisi video per il monitoraggio attivo con invio di allarmi automatici a centrali delle forze di polizia» (art. 7, comma 1-bis, del d.l. n. 14 del 2017), ossia di strumenti in grado di garantire, come precisa la norma regionale, un rapido intervento in loco delle forze di polizia.

Conformemente alla giurisprudenza di questa Corte, anche nella presente fattispecie può dunque affermarsi che i previsti protocolli d'intesa tra la Regione e gli Uffici territoriali di Governo «trovano fondamento nella legge statale» (sentenza n. 104 del 2010, punto 5 del Considerato in diritto; analogamente, anche sentenza n. 454 del 2007, punto 2.2. del Considerato in diritto).

2.6.- Del resto, l'adesione a detti protocolli aventi ad oggetto la presenza e la collaborazione delle forze di polizia si pone per l'amministrazione dello Stato come mera facoltà, e non certo come obbligo. Fintanto che quei protocolli non saranno sottoscritti, nessun comportamento o prestazione sono imposti alle Prefetture e alle Questure, rimanendo esse libere di addivenire alla conclusione degli accordi con la Regione, nell'esercizio delle proprie prerogative di organizzazione e di dislocazione sul territorio delle forze di polizia, in conformità alle previsioni della legge n. 121 del 1981 e del regolamento di cui al d.P.R. n. 208 del 2001.

2.7.- Né alcun argomento in contrario può desumersi dalla formulazione dell'art. 1 della legge regionale in esame, il quale - come pure evidenziato dal ricorrente - assicura il «rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro» (laddove indica la finalità della legge regionale di «prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario»), ma omette di richiamare espressamente la normativa statale in materia di ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e di ordine pubblico e sicurezza. Non è infatti possibile desumere, da tale mancato richiamo, la volontà del legislatore regionale di non rispettare le prerogative dello Stato in tali ambiti, soprattutto in una fattispecie come quella in esame, in relazione alla quale la Regione non dispone di alcuna competenza legislativa (sentenza n. 278 del 2012, punto 5 del Considerato in diritto).

3.- Deve pertanto concludersi che l'art. 4 della legge reg. Lombardia n. 15 del 2020 non invade indebitamente le prerogative dello Stato in ordine alla disciplina delle forze di polizia, né dal punto di vista dell'organizzazione amministrativa e del personale, né sotto il profilo funzionale della tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza. Le forme facoltative di collaborazione con la Regione discendono direttamente dalle previsioni generali della legge statale sulla sicurezza integrata, prima richiamate, e si mantengono nell'ambito delle «precondizioni per un più efficace esercizio delle classiche funzioni di ordine pubblico, per migliorare il contesto sociale e territoriale di riferimento» (sentenza n. 285 del 2019, punto 2.5. del Considerato in diritto).

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 4 della legge della Regione Lombardia 8 luglio 2020, n. 15 (Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario), promossa, in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettere g) e h), della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri con il ricorso indicato in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 9 giugno 2021.

F.to:

Giancarlo CORAGGIO, Presidente

Maria Rosaria SAN GIORGIO, Redattore

Filomena PERRONE, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 22 luglio 2021.

Il Cancelliere

F.to: Filomena PERRONE

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.

L.R. 20 maggio 2025, n. 13**Norme in materia di sicurezza del personale sanitario e sociosanitario.**

(Approvata dal Consiglio regionale con [verbale n. 22/4 del 6 maggio 2025](#), pubblicata nel [BURA 21 maggio 2025, n. 20 Ordinario](#) ed entrata in vigore il 22 maggio 2025)

Testo vigente

(in vigore dal 02/08/2025)

Art. 1

(Finalita' e ambito di applicazione)

1. La presente legge reca disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
2. Le disposizioni della presente legge si applicano alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e, su base volontaria, anche a quelle private. Le strutture private che adottano le misure previste dalle linee guida di cui all'articolo 3 possono accedere a possibili incentivi regionali, definiti con apposito regolamento.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:
 - a) violenza: qualsiasi atto di aggressione fisica, verbale, psicologica, minaccia o intimidazione che possa compromettere l'integrita' psico-fisica degli operatori sanitari e sociosanitari, sia all'interno delle strutture di lavoro che in contesti correlati all'attivita' professionale;
 - b) operatori del settore sanitario e sociosanitario: i soggetti di cui all'[articolo 2, comma 1, lettera a\) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#) (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), che svolgono attivita' lavorativa in ambito sanitario e sociosanitario, indipendentemente dal tipo di contratto.

Art. 3

(Linee guida)

1. La Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, approva linee guida vincolanti per le strutture pubbliche e di riferimento per quelle private, per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza.
2. Le linee guida sono predisposte dalla Direzione regionale competente in materia di sanita' e stabiliscono indirizzi comuni sul territorio regionale per:
 - a) formazione e sensibilizzazione: prevedendo l'obbligo di corsi di formazione periodici per il personale sanitario su tecniche di "de-escalation", gestione del rischio e autodifesa, e campagne di sensibilizzazione rivolte a pazienti e familiari sull'importanza del rispetto del personale sanitario;
 - b) monitoraggio e segnalazione: attivando sistemi di "incident reporting" obbligatori per le strutture pubbliche e incentivati per le private, con raccolta dati finalizzata all'analisi del rischio e alla adozione di misure preventive e relazioni periodiche sugli episodi di violenza nei contesti sanitari, da trasmettere alla Giunta e al Consiglio regionale;
 - c) pianificazione: prevedendo l'obbligo per le aziende sanitarie pubbliche di adottare un "Piano per la Prevenzione degli Atti di Violenza sugli Operatori Sanitari" integrato nei documenti di valutazione dei rischi e linee di indirizzo per le strutture private che intendano adottare misure analoghe;
 - d) misure di prevenzione: prevedendo l'obbligo per le strutture pubbliche di installare, ove tecnicamente possibile, pulsanti antipanico, sistemi di videosorveglianza e altre misure di sicurezza, ed incentivi per quelle private che adottino tali misure;
 - e) supporto psicologico e legale: attraverso l'istituzione di un servizio regionale di supporto psicologico per il personale vittima di violenza e la stipula di convenzioni con enti pubblici e privati per garantire assistenza legale gratuita agli operatori sanitari coinvolti in episodi di violenza.
3. Presso la Direzione regionale competente e' istituito un Tavolo tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione e l'aggiornamento delle linee guida.
4. Il Tavolo tecnico e' costituito con atto dirigenziale ed e' composto da:
 - a) due rappresentanti della Direzione regionale competente in materia di sanita', di cui uno con funzioni di coordinatore;
 - b) un rappresentante designato dalle Aziende sociosanitarie locali (ASL);
 - c) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
 - d) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;

e) un rappresentante della Agenzia sanitaria regionale.

Art. 4

(Protocolli d'intesa con le Forze di polizia)

1. La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di polizia nei pronto soccorso e nelle strutture ritenute a piu' elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco.

Note all'art. 4:

Il comma 1 e' stato sostituito dall'[art. 9, comma 1, lettera a\)](#), [L.R. 1 agosto 2025, n. 22](#). Vedi il [testo originale](#).

Art. 5

(Compiti di controllo della Direzione regionale competente in materia di sanita')

1. Il controllo sull'applicazione delle linee guida e' svolto dalla Direzione regionale competente in materia di sanita', con i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio degli episodi di violenza ai danni del personale sanitario e sociosanitario;
 - b) attivita' consultiva per l'applicazione delle linee guida;
 - c) verifica dell'attuazione delle misure previste.
2. La Direzione regionale competente, a decorrere dal 30 giugno dell'anno successivo all'approvazione della presente legge, presenta alla Commissione consiliare competente e al Comitato per la legislazione una relazione annuale contenente informazioni sulle modalita' di attuazione della legge, sulle attivita' svolte e sui risultati conseguiti in relazione alle attivita' previste dall'articolo 3, comma 2, con particolare riferimento alle azioni di informazione e sensibilizzazione, ai dati di incident reporting per la misurazione del rischio, le misure preventive, il "Piano per la prevenzione degli atti di violenza sugli operatori sanitari", i servizi di supporto psicologico e legale per il personale sanitario svolti. I soggetti coinvolti nell'attuazione della presente legge, pubblici e privati, forniscono le informazioni necessarie all'espletamento delle attivita' previste dal presente articolo. La relazione e' pubblicata sul sito istituzionale del Consiglio regionale.
3. In caso di mancata attuazione delle linee guida da parte delle Strutture sanitarie pubbliche, la Regione puo' disporre misure correttive e, nei casi piu' gravi, applicare sanzioni amministrative nei confronti dei dirigenti responsabili.

Art. 6

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Agli adempimenti disposti dalla presente legge si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie gia' previste a legislazione vigente, assicurando l'invarianza della spesa per il bilancio della Regione.
- [2. La Regione puo' destinare specifiche risorse per il finanziamento delle misure previste, comprese le dotazioni di sicurezza, il supporto psicologico e legale, e gli incentivi per le strutture private.
3. La Giunta regionale ed il Dipartimento regionale competente in materia di sanita' provvedono ad adottare tutti gli atti necessari a dare attuazione al presente articolo.]

Note all'art. 6:

I commi 2 e 3 sono stati abrogati dall'[art. 9, comma 1, lettera b\)](#), [L.R. 1 agosto 2025, n. 22](#).

Art. 7

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo in versione Telematica (BURAT).



Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15
Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario

(BURL n. 28 suppl del 10 Luglio 2020)

urn:nir:regione.lombardia:legge:2020-07-08;15

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge reca disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
2. L'ambito di applicazione comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, le Agenzie di tutela della salute (ATS) e l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU).
3. Le strutture sanitarie e sociosanitarie private adottano, su base volontaria, proprie determinazioni che tengono conto delle linee guida di cui all'articolo 3.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:
 - a) violenza: ogni forma di aggressione all'integrità psico-fisica della persona;
 - b) operatori dei settori sanitario e sociosanitario: i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) che svolgono attività lavorativa in ambito sanitario e sociosanitario.

Art. 3

(Linee guida)

1. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, approva linee guida rivolte ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza.
2. Le linee guida sono predisposte dalla direzione regionale competente in materia di sanità al fine di assicurare l'integrazione tra prevenzione e gestione del rischio in ambito lavorativo, prevedendo indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali comuni.
3. Presso la direzione regionale di cui al comma 2 è istituito un Tavolo tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle stesse linee guida.
4. Il Tavolo tecnico di cui al comma 3 è costituito con decreto dirigenziale ed è composto da:
 - a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
 - b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;

- c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
- d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale veterinario;**(1)**
- e) quattro rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;**(2)**
- f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Art. 4

(Protocolli d'intesa)

1. La Regione promuove protocolli d'intesa con gli Uffici territoriali del Governo finalizzati a potenziare la presenza e la collaborazione con le Forze di polizia nel pronto soccorso e nelle strutture ritenute a più elevato rischio di violenza e assicurare un rapido intervento in loco.**(3)**

Art. 5

(Compiti dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo)

1. Il controllo sull'applicazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, secondo le regole di sistema, è svolto dall'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo a cui spetta:
 - a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
 - c) monitorare l'attuazione delle linee guida.
2. L'Agenzia predispone una relazione annuale sugli esiti dell'applicazione delle linee guida e delle attività di monitoraggio. La relazione è trasmessa alla Giunta regionale e al Consiglio regionale.

NOTE:

1. La lettera è stata sostituita dall'art. 12, comma 1, lett. a) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
2. La lettera è stata modificata dall'art. 12, comma 1, lett. b) della l.r. 30 maggio 2025, n. 7.
3. Vedi sentenza della Corte costituzionale 161/2021.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che è dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 3672

Seduta del 16/12/2024

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
BARBARA MAZZALI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso di concerto con l'Assessore Romano Maria La Russa

Oggetto

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI DI CUI ALL'ART. 3 DELLA L.R. N.15 DELL'8 LUGLIO 2020 «SICUREZZA DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO» - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE LA RUSSA)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Mario Giovanni Melazzini Alberto Cigliano

I Dirigenti Danilo Cereda Nicoletta Cornaggia



Regione Lombardia

LA GIUNTA

PREMESSO che:

- l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) definisce la violenza sul luogo di lavoro come "ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, spaziando da minacce, abuso verbale all'aggressione fisica fino all'omicidio. Può coinvolgere lavoratori, clienti, utenti e visitatori";
- l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro nel valutare il rischio aggressione e la violenza "esterna" specifica che essa comprende generalmente "gli insulti, le minacce o le forme di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da soggetti esterni all'organizzazione, ivi compresa la clientela, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di un individuo e da avere inoltre ripercussioni sull'insieme dell'organizzazione in quanto è difficile per chi lavora dare il meglio in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento";
- sono definiti "eventi sentinella" quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario;
- il Ministero della Salute nell'affermare che "gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari, nell'ambito delle politiche di gestione del rischio clinico e per la sicurezza delle cure, sono considerati eventi sentinella in quanto segnali nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio e di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione", ha inserito nella lista degli eventi sentinella gli atti di violenza a danno di operatore (Evento Sentinella n. 12);

RICHIAMATI:

- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 detta Gelli-Bianco "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", che istituisce i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, che hanno il compito di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi-compresi gli agiti violenti a danno degli operatori;
- il DM del 29 settembre 2017, con il quale è istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità con il compito di acquisire dai Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario i dati relativi ai



Regione Lombardia

LA GIUNTA

rischi, agli eventi avversi, agli eventi sentinella e agli eventi senza danno, e di individuare misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie;

VISTE:

- la Legge 113 del 14 agosto 2020 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni” che definisce le diverse forme di violenza;
- la Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 - “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” con la quale il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio, intende prevenire i comportamenti aggressivi e la violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'adozione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono;
- la Deliberazione del 15 marzo 2018 della Commissione nazionale per la Formazione istituita presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), che indica la “gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario” come tematica di interesse nazionale;

VISTO il D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 e ss.mm.ii. e in particolare gli articoli 17 e 28 che richiamano l'obbligo da parte del datore di lavoro alla valutazione di tutti i rischi dell'attività lavorativa, con la conseguente elaborazione del documento di valutazione dei rischi, che deve tenere conto, nello specifico, anche dei rischi connessi allo stress lavoro correlato;

PRESO ATTO che dalle rilevazioni l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), istituito con DM 13 gennaio 2022 integrato dal DM 7 dicembre 2023), emerge che gli episodi di aggressione e di violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari sono notevolmente aumentati negli ultimi anni e che tra i fattori che influiscono sulla probabilità di un loro accadimento vanno inclusi sia quelli interni sia quelli esterni all'ambito lavorativo, come l'organizzazione e modalità di erogazione dei servizi, i tempi di attesa, il contesto sociale, culturale ed economico, la tipologia di utenza,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

l'ubicazione e le dimensioni della struttura sanitaria e il lavoro in solitaria;

VISTA la Legge Regionale del 8 luglio 2020, n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" che al

- ✓ comma 2 dell'art. 3 prevede che la direzione regionale competente in materia di sanità predisponga le linee guida volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario;
- ✓ comma 3 dell'art. 3 prevede che presso la Direzione Regionale Welfare sia istituito un Tavolo Tecnico con funzioni di supporto nella predisposizione delle linee guida, nonché con funzioni propositive rispetto all'aggiornamento delle linee guida stesse;

RAVVISATA l'esigenza da parte del Sistema Sanitario Regionale di rispondere in modo sistematico al crescente fenomeno degli atti di violenza all'interno del settore Sanità e Servizi Sociali;

DATO ATTO che l'approccio multidisciplinare che sottende la metodologia di analisi e la gestione del rischio di aggressione e/o atti di violenza contro gli operatori sanitari individua amministratori, dirigenti, soggetti preposti alla tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, professionisti e lavoratori quali attori delle azioni di prevenzione all'interno dei luoghi di esercizio professionale;

RICHIAMATO il comma 4 dell'articolo 3 della l.r. n. 15/2020 che prevede l'istituzione di detto Tavolo Tecnico con Decreto Dirigenziale;

DATO ATTO che la nomina del suddetto tavolo tecnico è scaduta al termine della precedente legislatura e che è stato rinnovato con DDG n. 16622 del 5/11/2024;

RICHIAMATE:

- la DGR XI/1986 del 23/07/2019 (Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio") con cui si definisce la modalità di valutazione e gestione del rischio;
- la DGR XI/6902 del 05/09/2022 "Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso" che approva le azioni preventive



Regione Lombardia

LA GIUNTA

e correttive (misure strutturali e tecnologiche e misure organizzative) specifiche per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso delle strutture di ricovero e cura pubblici;

VISTE le analisi (esiti delle survey indirizzate alle ATS, ASST, AREU, IRCCS pubblici, Strutture private accreditate e strutture sociosanitarie/Unità di Offerta; nonché a Medici di Assistenza Primaria (Medicini di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) condotte dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) cui l'art. 5 della l.r. 15/2022 pone in capo compiti di monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni del personale del SSR, confrontate sia nell'ambito del Tavolo Tecnico che direttamente con la DG Welfare;

VISTO il "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" predisposto dal Tavolo Tecnico di cui al comma 4 dell'art. 3 della l.r. n. 15/2020, redatto con il contributo delle Unità operative di medicina del lavoro (UOOML) individuate all'interno delle ASST a norma della DGR X/6472 del 10/04/2017, nonché dell'ACSS cui la l.r. 15/2020 assegna funzione consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;

VISTA la l.r. 20/2008 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale" nonché i provvedimenti organizzativi della XII legislatura;

DATO ATTO altresì che la presente deliberazione non comporta oneri per il Bilancio regionale;

ALL'UNANIMITA' dei voti, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia (B.U.R.L.);
3. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di



Regione Lombardia
LA GIUNTA

pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

REGIONE LOMBARDIA REGIONE LOMBARDIA - TAVOLO
TECNICO VIOLENZE IN SANITA' AI SENSI DELL' ART. 3,
COMMA 3

SOMMARIO

PREMESSA	2
DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLA VIOLENZA	3
MONITORAGGIO DEGLI EVENTI DA AGITO VIOLENTO	4
METODOLOGIA DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO	5
AZIONI PREVENTIVE E GESTIONE DEI COMPORAMENTI AGGRESSIVI	6
<i>Misure strutturali e tecnologiche per prevenire e affrontare la violenza negli ospedali</i>	<i>7</i>
<i>Misure organizzative per prevenire e affrontare la violenza negli ospedali.....</i>	<i>8</i>
<i>Azioni preventive specifiche per i pronto soccorso</i>	<i>8</i>
<i>Programmi di formazione per il personale sanitario.....</i>	<i>9</i>
INDICAZIONI PER IL RICONOSCIMENTO E LA GESTIONE DEI COMPORAMENTI VIOLENTI	10
RUOLO E COMPITI DELLE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALI: VADEMECUM PER L'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA.....	15
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE.....	18
BIBLIOGRAFIA	20
ALLEGATI	21

PREMESSA

Il presente documento nasce dall'esigenza di rispondere in modo sistematico al crescente fenomeno degli atti di violenza all'interno del settore Sanità e Servizi Sociali. L'approccio multidisciplinare che sottende la metodologia di analisi e la gestione del rischio di aggressione e/o atti di violenza contro gli operatori sanitari individua amministratori, dirigenti, soggetti preposti alla tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, professionisti e lavoratori quali attori delle azioni di prevenzione all'interno dei luoghi di esercizio professionale.

Le linee guida sono predisposte ai sensi dell'art. 3, comma 2 della Legge Regionale (L.R.) n.15 dell'8 luglio 2020 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario", dalla direzione regionale competente in materia di sanità e ricomprende indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali.

Regione Lombardia ha nel corso degli anni attuato alcuni dei passaggi chiave che compongono la struttura del processo di definizione delle linee guida e, in particolare:

- la modalità di valutazione e gestione del rischio con delibera XI/1986 del 23/07/2019 (Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio");
- azioni preventive e correttive (misure strutturali e tecnologiche e misure organizzative) con delibera XI/6902 del 05/09/2022;
- indicazioni in tema di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione.

Stesura ed aggiornamento delle linee guida sono, altresì, affidate al tavolo regionale costituito ai sensi della L.R. 15/2020 (art. 3, comma 3) e composto da:

- a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
- b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;
- c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
- d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;
- f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Infine, la redazione del documento ha tenuto conto:

- delle specifiche competenze che l'art. 5 della L.R. 15/2020 affida all'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario (ACSS) lombardo:
 - a) monitorare gli episodi di violenza commessi a danno del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
 - c) monitorare l'attuazione delle linee guida.
- di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 detta Gelli-Bianco "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", che istituisce i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, che hanno il compito di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi- compresi gli agiti violenti a danno degli operatori.

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLA VIOLENZA

L'OMS definisce violenza "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione".

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: "Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro".

L'International Labour Organization (ILO) nella Convenzione n.190 definisce la violenza e le molestie nel mondo del lavoro "un insieme di pratiche e di comportamenti inaccettabili o la minaccia di porli in essere, sia in un'unica occasione, sia ripetutamente, che si prefiggono, causino o possono comportare un danno fisico, psicologico, sessuale o economico, e include la violenza e le molestie di genere".

Ai fini delle presenti linee guida le diverse forme di violenza sono classificate secondo quanto previsto dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS - istituito con la Legge 113 del 14 agosto 2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni") in:

- Fisica
- Verbale
- Contro la proprietà

Tutte le organizzazioni sanitarie (strutture pubbliche e private sanitarie e sociosanitarie accreditate e convenzionate) hanno l'obbligo di segnalare i cosiddetti "eventi sentinella"¹ definiti dal Ministero della Salute che alimentano il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), flusso informativo formalizzato a livello nazionale con decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009 ed aggiornato con il nuovo protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella di luglio 2024.

Come previsto dalla Raccomandazione n. 8, gli atti di violenza a danno di operatori costituiscono eventi sentinella. Si elencano di seguito i criteri d'inclusione proposti dal Coordinamento delle Regioni per il Rischio Clinico della Commissione Salute:

1. mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi;
2. esito dell'aggressione/entità del danno:
 - a) ferita profonda
 - b) trauma maggiore
 - c) necessità d'intervento chirurgico
 - d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
 - e) disabilità permanente
 - f) coma
 - g) morte
 - h) diagnosi che ha determinato una prognosi superiore ai 40 giorni
3. indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che hanno:
 - a) messo in pericolo di vita il soggetto lesso;
 - b) provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - c) provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo.

¹ Evento sentinella, "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"

Ogni struttura sanitaria, inoltre, registra gli eventi da agito violento nell'ambito dell'”*Incident Reporting*”, che contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori indipendentemente dall'effetto procurato.

In tabella 1 sono sinteticamente rappresentati i principali flussi informativi che raccolgono le segnalazioni di violenza di cui gli operatori possono essere vittima, con i relativi limiti e vantaggi. A questi possono aggiungersi sistemi di ricognizione interna o regionale.

Tabella 1 – I sistemi informativi

SISTEMA INFORMATIVO	SOGGETTO SEGNALATORE	LIMITI	VANTAGGI
SIMES	Operatore sanitario (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale)	Segnalazione solo se danno grave o morte	Dato corredato delle misure correttive attuate o previste dalla organizzazione sanitaria – flusso nazionale
INCIDENT REPORTING	Operatore in sanità (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale e dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo)	Risente del livello di sensibilizzazione attuato dalla struttura sanitaria	Dato potenzialmente completo di dettagli
INAIL	Lavoratore in sanità (indipendentemente dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo MA riconducibile a definizione di lavoratore ai sensi dell'art. 2 D. Lgs 81/08)	Segnalazione solo se danno	Flusso informativo nazionale e strutturato su tutti i settori di impiego

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI DA AGITO VIOLENTO

L'ACSS ha il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie (art. 5, comma 1, lett. a) L.R. 15/2020) e di predisporre una relazione annuale sugli esiti della suddetta attività (art. 5, comma 2 L.R. 15/2020).

Il monitoraggio comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate e convenzionate, le Agenzie di tutela della salute (ATS), l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), i Medici di Medicina Generale (MMG) (in forma singola ed associata) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (in forma singola ed associata).

L'ACSS rileva e monitora il fenomeno di atti di violenza verso gli operatori tramite i sistemi informativi regionali ed eventualmente, attraverso somministrazione di una survey, ai soggetti non abilitati alle piattaforme informatiche regionali.

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente ha il compito di trasmettere annualmente all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche, attraverso un flusso aggregato di dati, il numero degli episodi di violenza a danno degli operatori, raccolti dalle Strutture pubbliche tramite un sistema di incident reporting.

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO

Ciascuna Azienda sanitaria deve formalizzare l'impegno della Direzione per la prevenzione degli episodi di violenza sugli operatori e adoperarsi per effettuare interventi di riduzione/controllo del rischio, individuati in base ai sistemi di segnalazione attivi ed esplicitati nel DVR e nel Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS) anche in considerazione delle disposizioni espresse annualmente nelle Linee Operative di Risk Management emesse dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente; tale impegno dovrà essere esplicito e comunicato con gli opportuni strumenti, sia all'interno dell'organizzazione che ai cittadini/utenti che frequentano le strutture di riferimento.

La Direzione deve esplicitare il proprio impegno programmatico orientato a:

- promuovere l'implementazione e verifica della funzionalità del flusso informativo sugli eventi di violenza con l'adozione della scheda unica regionale di segnalazione;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- individuare le aree a maggior rischio e le scelte organizzative strutturali e tecnologiche per la riduzione del fenomeno;
- dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative effettuate dalla Direzione per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati;
- delineare modalità di supporto legale per gli operatori vittime di aggressioni;
- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti;
- definire un piano di comunicazione mirato alla prevenzione delle aggressioni per gli utenti e visitatori;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili.

La stesura del PREVIOS sarà compito del gruppo di lavoro aziendale che, per la natura dei rischi affrontati, dovrà essere coordinato da una figura competente quale il Risk Manager o il RSPP. Il contenuto dovrà essere coerente con il Documento di valutazione dei rischi aziendale o parte specifica di questo. Ovviamente per le misure di prevenzione e controllo individuate andrà implementato un opportuno piano di monitoraggio sullo stato di attuazione nel tempo.

Il PREVIOS costituirà anche parte integrante del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio considerando anche quanto definito nelle Linee Operative di Risk Management.

Il modello di valutazione e gestione del rischio da violenza sul luogo di lavoro per essere efficace deve prevedere un approccio a "ciclo di controllo" analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. Azione preliminare alla valutazione del rischio: istituzione del gruppo aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione, inclusivo di: Direzione strategica aziendale, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione ovvero RSPP e ASPP, RLS, Medico competente e di altre fondamentali competenze quali quelle rinvenibili in Affari Legali, Gestione risorse umane, Area Tecnica, Psicologia/Psichiatria Clinica, CUG, URP. Al team di lavoro inoltre partecipano, come previsto dalla raccomandazione ministeriale 8/2007, anche lavoratori rappresentanti delle c.d. aree di front line, maggiormente interessate da questa categoria di rischio, quali: rappresentante/i delle figure infermieristiche, rappresentante/i delle figure mediche e rappresentante/i del personale di vigilanza.

2. Sensibilizzazione dell'organizzazione: favorire la formazione e l'informazione del top management aziendale affinché dal top management derivi l'attestazione della volontà di presidiare il rischio mediante

l'elaborazione di un documento di Policy che contenga, tra gli altri, utili riferimenti per mantenere adeguato nel tempo il livello di sensibilizzazione degli operatori.

3. Definizione della procedura di segnalazione e gestione dei singoli episodi di violenza sugli operatori: definizione delle modalità di segnalazione degli eventi tramite il percorso di "Incident reporting" e modalità immediate di intervento che seguono alla richiesta di aiuto dell'operatore che subisce violenza o alla rilevazione di situazioni di violenza, prevedendo l'accesso a servizi di ascolto e di supporto anche di natura giuridica.

4. Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio: analisi degli eventi violenti (avvalendosi di tutte le fonti informative, compreso l'incident reporting, considerando anche gli infortuni e i casi che hanno determinato il coinvolgimento dall'autorità giudiziaria) e studio della dinamica degli episodi per l'individuazione dei fattori di maggiore complessità e specifiche criticità organizzative.

5. Analisi dei risultati: validazione dei risultati con la Direzione aziendale e condivisione con il management per una restituzione ai lavoratori.

6. Definizione delle azioni preventive/correttive: per l'individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione occorre integrare le criticità emerse dallo studio della dinamica degli eventi con le evidenze emerse nell'ambito dei sopralluoghi. Se ritenuto necessario avvalersi di indagini ad hoc presso il personale con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste (eventualmente da ripetersi in futuro nella fase di monitoraggio).

7. Attuazione del programma di intervento: attuazione delle misure, compreso l'iter formativo e di addestramento, prevedendo di assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.

8. Monitoraggio: verifica dell'efficacia delle misure adottate.

9. Riesame: aggiornamento e rivalutazione del rischio in funzione di:

- ✓ andamento complessivo degli eventi (compresi i near miss);
- ✓ rivalutazione in caso di eventi significativi;
- ✓ verifica di risultato derivante dall'attuazione delle misure preventive/correttive attuate;
- ✓ individuazione di ulteriori misure.

Può essere un utile supporto per la Valutazione del rischio, l'utilizzo della check list allegata al presente documento (Allegato 1). Tale check list deve essere compilata per ogni realtà dove si presumono o si evidenzino criticità in relazione al fenomeno con la fattiva collaborazione dei Direttori/Coordinatori di riferimento. Potranno altresì essere utilizzati strumenti proattivi per la gestione del rischio come FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) e FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis).

AZIONI PREVENTIVE E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

Come per i rischi classici, si distinguono tre diversi livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria (o protezione).

- La **prevenzione primaria** mira ad ostacolare l'insorgenza della violenza, combattendo le cause, i fattori predisponenti e i comportamenti scorretti. Riguarda tutte le attività volte al cambiamento culturale, di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini con lo scopo di istruirli sull'offerta dei servizi territoriali, sulle modalità di accesso e sulla appropriatezza dello stesso e con l'intento di

enfaticamente il rispetto per la professionalità degli operatori sanitari. Comprende anche l'adozione di politiche di tolleranza zero contro la violenza, supportate da normative che riformino la responsabilità professionale e inaspriscano le pene previste per i reati di interruzione di pubblico servizio (tutti gli esercenti una professione sanitaria che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in un'organizzazione sanitaria ricoprono sempre almeno la qualifica di incaricato di pubblico servizio) aggressione e danneggiamento, per colmare lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente (minato da eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari). Ma soprattutto, è in capo alle istituzioni la responsabilità di fronteggiare l'emorragia in atto, di professionisti della sanità pubblica dovuta a carenza di personale, reclutamento e mantenimento insufficienti, migrazione di personale qualificato, condizioni di lavoro poco attraenti. La mancanza di risorse economiche e umane, a sua volta, determina un carico di lavoro insostenibile e condizioni disagiate e ciò non fa che alimentare ulteriormente la fuga del personale medico ed infermieristico.

- La **prevenzione secondaria** riguarda tutti gli interventi indirizzati a coloro che sono a rischio di subire violenze e si concentra sull'emersione e individuazione dei casi di violenza, riconoscendone precocemente i prodromi prima che la violenza si aggravi. Si tratta di interventi per migliorare le risorse individuali o interrompere l'aggravarsi del fenomeno tramite corsi di formazione.
- La **prevenzione terziaria** o protezione, consiste nelle azioni e negli interventi che seguono alla richiesta di aiuto dell'operatore che subisce violenza o alla rilevazione di situazioni di violenza. Prevede l'accesso a servizi di ascolto e in generale di supporto anche di natura giuridica.

Diverse sono le strategie migliorative, distinte per macrocategorie, che si intersecano contribuendo all'attenuazione del rischio di violenza contro gli operatori sanitari esercitata da terzi, tra cui appaiono prioritarie quanto riassunto qui di seguito.

MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE PER PREVENIRE E AFFRONTARE LA VIOLENZA NEGLI OSPEDALI

- *installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari, collegamenti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato, in particolare si consiglia l'uso di sistemi silenziosi per evitare la reazione dell'aggressore;*
- *installare, con adeguata cartellonistica, un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio;*
- *aree di parcheggio del personale devono essere situate nelle immediate vicinanze del posto di lavoro;*
- *istituire servizio di vigilanza con presidio fisso nelle aree critiche;*
- *installare barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili), anche al fine di isolare gli ambienti;*
- *le stanze devono avere due uscite in modo da consentire agevoli vie di uscita;*
- *evitare, particolarmente nei reparti a maggior rischio, arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e/o arredi disposti in modo da intralciare la via di fuga del lavoratore;*
- *prevedere un luogo adeguato al ristoro psico fisico per il personale sanitario;*
- *garantire ai pazienti un ambiente confortevole tramite l'utilizzo, per mura e arredi, di colori rilassanti e attraenti e attraverso l'eliminazione di cattivi odori e, inoltre, predisporre misure atte a fornire un'adeguata temperatura/ umidità/ ventilazione specialmente in aree affollate;*
- *mantenere una buona illuminazione per migliorare la visibilità in tutte le aree, in particolare ingresso, aree di parcheggio e deposito, soprattutto di notte;*
- *servizi igienici, aree ristoro/bar e telefoni pubblici devono essere segnalati e facilmente accessibili e adeguatamente mantenuti.*

MISURE ORGANIZZATIVE PER PREVENIRE E AFFRONTARE LA VIOLENZA NEGLI OSPEDALI

- stabilire un raccordo con le Forze di Polizia e in caso di evento fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);
- scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni (es. orecchini);
- fornire al personale un cartellino di identificazione;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
- esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;
- ridurre i tempi di attesa al minimo implementando il numero di operatori sanitari e garantendo che il personale sia commisurato ai momenti di maggiore attività;
- evitare per gli operatori turni prolungati e il sovraccarico lavorativo;
- prevedere un sistema per stimare il tempo di attesa e mantenere informati gli accompagnatori sull'avanzamento del processo di diagnosi e cura del paziente;
- stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini. (frase ripetuta)

Fatte salve queste misure di carattere generale, nonché le azioni preventive specifiche per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso delle strutture di ricovero e cura pubblici contenute nella DGR XI/6902 del 05/09/2022 di seguito riportate, i successivi aggiornamenti delle presenti linee guida terranno conto delle esigenze di ulteriori misure specifiche anche in esito ai monitoraggi effettuati.

AZIONI PREVENTIVE SPECIFICHE PER I PRONTO SOCCORSO

Per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso delle strutture di ricovero e cura pubblici, la DGR XI/6902 del 05/09/2022 prevede l'adozione di misure specifiche, quali:

- l'installazione di sistemi di videosorveglianza ad uso interno alla struttura sanitaria con adeguata cartellonistica e di sistemi di allerta rapida delle Forze dell'Ordine (pulsanti di chiamata, ecc...);
- l'attivazione di un servizio di sicurezza interno che garantisca adeguata presenza in rapporto alle aree individuate e considerate a maggior rischio e dalla tipologia e dalla numerosità di accessi, con una copertura che non potrà essere inferiore alle 12 ore;
- il periodico aggiornamento, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, agli accompagnatori dei pazienti circa lo stato di avanzamento del percorso di diagnosi e cura;
- la creazione di ambienti accoglienti per utenti e accompagnatori nelle sale di attesa anche attraverso la realizzazione di "colonne di ricarica" per tutte le principali marche di smartphone e tablet, l'installazione di schermi televisivi con collegamento ai principali canali nazionali e la presenza di distributori automatici di bevande e snack curando, in particolare modo e per quanto riguarda l'offerta di vending, la qualità nutrizionale delle bevande e degli alimenti forniti.

Oltre a quanto sancito formalmente, si evidenzia l'esistenza di misure sperimentali aggiuntive. Partendo dall'evidenza in letteratura che la tensione in PS agisce da innesco per le aggressioni verso il personale sanitario, in alcune realtà lombarde è stata sperimentata la figura del caring nurse, ovvero un infermiere specializzato a cui è affidato il compito di occuparsi delle comunicazioni con i pazienti in attesa e con i loro accompagnatori: una sorta di mediatore tra i medici del reparto e l'utente. Fornire un riscontro costante ed intercettare situazioni di fragilità emotiva tra i familiari in sala d'attesa o nei pazienti rappresentano gli obiettivi da perseguire per il caring nurse. Oltre a competenze relazionali specifiche, deve quindi avere anche capacità di problem solving, formazione sul rischio aggressioni e competenze tecniche (sistema di triage, programmi

operativi). Negli ospedali italiani spesso il ruolo di intermediario è affidato a volontari o studenti, che devono rivolgersi al personale infermieristico e medico di PS per ricevere le informazioni da riferire, con evidente perdita di efficacia nello sgravio dei colleghi. Il caring nurse, invece, è indipendente perché conosce il triage, il percorso di cura che ne segue ed è in grado di consultare i software ospedalieri per rispondere alle richieste di pazienti e accompagnatori. In questo contesto è fondamentale la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di persone straniere, la mediazione culturale. Da una prima analisi, l'introduzione del caring nurse, oltre ad essere stata accolta con soddisfazione dal personale, ha comportato una riduzione delle segnalazioni all'URP e delle aggressioni.

PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE SANITARIO

La formazione deve essere rivolta a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale, ovviamente con contenuti diversificati. Tutti i lavoratori devono essere edotti in materia di sicurezza e salute, anche in relazione al tema della violenza, possedere gli strumenti necessari per identificare i pericoli e soprattutto gli operatori maggiormente a rischio, devono conoscere le metodologie per gestire i pazienti aggressivi e per disinnescare le situazioni conflittuali. Dall'altra parte il management (dirigenti e coordinatori) deve essere formato a riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti facilitando la comunicazione e il dialogo, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.

In generale, la formazione deve riguardare le politiche e le procedure di una struttura, nonché le tecniche di de-escalation e di autodifesa. Di seguito è riportato un elenco di possibili argomenti:

- informare tutti i lavoratori sui diversi tipi di violenza, fisica e psicologica;
- informare tutti i lavoratori delle modalità di segnalazione degli agiti violenti e sensibilizzarli alla stessa;
- informare tutti i lavoratori delle procedure di gestione degli agiti violenti e dell'ubicazione, il funzionamento e la copertura dei dispositivi di sicurezza come i sistemi di allarme;
- formare tutti i lavoratori ad identificare situazioni potenzialmente violente e riconoscere la progressione della violenza. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. Dunque, la conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi;



- fornire abilità interpersonali e comunicative che potrebbero prevenire e disinnescare una situazione di potenziale violenza sul posto di lavoro;
- organizzare corsi di autodifesa;
- mettere a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza.

Per essere efficace le linee guida OSHA propongono che la formazione venga ripetuta da tutti i lavoratori ogni anno. In ambienti e istituzioni ad alto rischio, è suggerita invece una maggiore frequenza di aggiornamento con cadenza addirittura trimestrale.

La formazione genera maggior consapevolezza tra gli operatori e diventa strumento utile a mitigare il rischio stesso quando inclusivo delle seguenti classi di contenuto:

- ✓ conoscenza degli aspetti generali e specifici del fenomeno;
- ✓ riconoscimento della progressione della violenza;
- ✓ acquisizione delle tecniche di contenimento della violenza;
- ✓ conoscenza degli attuabili interventi di gestione post-evento.

Per la progettazione della formazione, tenendo conto dei fattori sopra elencati, si raccomanda di accostare l'analisi dello specifico fabbisogno formativo e il coinvolgimento, nelle attività di docenza, di componenti del gruppo di lavoro aziendale e di professionisti con competenza in psicologia e tecniche di comunicazione.

Si riporta a puro titolo indicativo uno schema tipo di progetto formativo in Allegato 2.

INDICAZIONI PER IL RICONOSCIMENTO E LA GESTIONE DEI COMPORAMENTI VIOLENTI

Gli episodi di violenza sono ascrivibili a due tipologie prevalenti di agiti:

- aggressività del paziente correlata al quadro clinico specifico
- comportamento aggressivo generico messo in atto da un paziente o da un accompagnatore.

È molto importante che il comportamento violento sia considerato e affrontato senza attenderne l'escalation e l'esplosione "fisica", riconoscendolo fin dai suoi esordi verbali e meno eclatanti, che non devono mai e in nessun caso essere trascurati o sottovalutati. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi. La persona che assume un atteggiamento aggressivo è un soggetto che non si sente compreso e attraverso il suo comportamento violento vuole esprimere questo disagio, ogni operatore deve essere in grado di riconoscere queste particolari esigenze al fine di evitare episodi di rabbia incontrollata e comprendere il suo stato d'animo e le sue emozioni.

La de-escalation consiste in una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale.

Nello schema di seguito sono sintetizzati i principali comportamenti consigliati nei diversi contesti (ATTO VIOLENTO – DESCRIZIONE - GESTIONE - AZIONI CONSIGLIATE/ SCONSIGLIATE):

INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI				
INDICATORE	LEGENDA	INTERVENTO DA ADOTTARE	COMPORAMENTI DA ADOTTARE	COMPORAMENTI DA EVITARE
CONFUSIONE	Evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo luogo o spazio	Gestione dell'evento con il personale medico e infermieristico, e se necessario, chiedere supporto del pronto soccorso	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Nessuno in particolare
IRRITABILITA'	Paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse	Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza
	Comportamento apparentemente chiassoso e rumoroso es: sbattere la porta o	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico ed	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza

CLAMOROSITA'	alza la voce improvvisamente	eventualmente se oggetto di minacce verbali o fisiche allertare le forze dell'ordine	<p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Fornire scelte alternative</p> <p>Se possibile accompagnare l'utente in un luogo tranquillo ma non isolato</p>	<p>Interrompere o criticare l'utente che sta parlando</p> <p>Dare spiegazioni tecniche razionali (non si verrebbe ascoltati), argomentare per provare a fare cambiare idea</p> <p>Toccare l'utente</p>
MINACCE VERBALI	Esplosione verbale, espressioni di intimidazione o minacce verso un'altra persona, attacchi, abusi verbali e insulti	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	<p>Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi)</p> <p>Mantenere un contatto visivo aperto</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Rispondere alle domande con richieste di informazioni</p> <p>Fare domande aperte</p> <p>Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi</p> <p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere in controllo della postura nonché del linguaggio</p>	<p>Sovrastare l'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza</p> <p>Rispondere a domande tendenziose</p> <p>Interrompere o criticare l'utente che sta parlando</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Toccare l'utente</p> <p>Difendere il proprio operato</p> <p>Dare spiegazioni tecniche razionali</p>

			(verbale e non verbale)	
MINACCE FISICHE	Chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo verso l'operatore	Cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico attivare le forze dell'ordine	<p>Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi)</p> <p>Mantenere un contatto visivo aperto</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale)</p> <p>Mantenere un'adeguata distanza fisica e una posizione naturale di difesa</p> <p>Avvicinarsi alla via d'uscita</p>	<p>Girare le spalle all'utente</p> <p>Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Toccare l'utente</p> <p>Difendere il proprio operato</p> <p>Dare spiegazioni tecniche e razionali</p>
AGGRESSIONE FISICA (CRISI PANTOCLASTICA)	Attacco diretto all'operatore o ad altri individui presenti; manifesta volontà di fare del male utilizzando oggetti o lanciandoli	Attivare tempestivamente le forze dell'ordine e cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico fino al loro arrivo	Con il supporto degli altri operatori presenti allontanarsi in attesa delle forze dell'ordine	<p>Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Dare le spalle</p> <p>Toccare l'utente</p>

Di seguito si riportano le azioni da intraprendere nelle fasi successive all'evento violento, utili per l'elaborazione della procedura aziendale interna da parte del Gruppo di lavoro aziendale:

1. Gestione dell'aggressore

Il primo controllo/contenzione e/o cura dell'aggressore sarà attuato da parte del personale presente nella struttura con comportamenti di conciliazione e/o successivamente dalle Forze dell'Ordine, qualora siano intervenute, ristabilendo un clima collaborativo.

Qualora l'aggressore sia un paziente, l'episodio dovrà essere registrato nella documentazione sanitaria del paziente/utente coinvolto.

2. Gestione dell'agredito

Qualora l'agredito sia un paziente/utente, il personale della struttura si prenderà cura dello stesso, l'episodio dovrà essere registrato nella documentazione sanitaria del paziente/utente coinvolto.

Qualora l'agredito sia un operatore, il responsabile e/o in sua assenza i colleghi e/o il medico di guardia valuta, in particolare in caso di aggressione fisica, la necessità dell'invio al PS per le cure del caso e per certificare l'infortunio sul lavoro.

La Legge 113/2020 ha introdotto la procedibilità di ufficio per il reato di lesioni, anche lievi, ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, pertanto, oltre alla comunicazione all'INAIL, occorre procedere anche con la tempestiva informazione all'Autorità Giudiziaria della notizia di reato relativa a delitti procedibili d'ufficio, redatta dal medico di PS che certifica l'infortunio INAIL.

3. Danni a beni dell'azienda

In caso di danneggiamento di beni dell'azienda sarà coinvolto il servizio tecnico di riferimento aziendale per il ripristino e/o la messa in sicurezza dei beni danneggiati, oltre ad informare dell'accaduto il proprio responsabile per la segnalazione dell'accaduto agli Affari Generali e Legali secondo le procedure aziendali.

4. Compilazione della scheda di rilevazione degli eventi aggressivi

A prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di violenza (oppure un collega diretto testimone dell'evento) segnala l'accaduto attraverso la scheda di "Incident Reporting" al Risk Management (Allegato 3).

5. Gestione dei seguiti degli episodi di violenza

Dirigenti e preposti si adoperano per creare un clima organizzativo favorente l'emersione degli episodi di violenza e le situazioni relazionali critiche con pazienti e famigliari. Collaborano nella fase di valutazione dei singoli eventi e della gestione delle misure correttive adottabili (vedasi a titolo di esempio la scheda in Allegato 4). In caso di episodi di violenza dirigenti e preposti favoriscono gli incontri di defusing tra gli operatori coinvolti ed eventualmente in collaborazione con il Medico competente, organizzano interventi strutturati di gruppo condotti dal professionista psicologo (debriefing). Si rimanda agli Allegati 6 e 7 per l'approfondimento degli interventi di de-escalation e delle tecniche di pronto soccorso emotivo.

Si ricorda che quando l'agito violento si verifica in occasione di lavoro, deve essere attivata la *denuncia di infortunio sul lavoro* ai sensi del D.P.R. 1124/65 con compilazione del primo certificato di infortunio.

6. Indicazioni relative alla tutela dei lavoratori in conseguenza alle aggressioni

In conformità con le normative vigenti in materia di contrasto e prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e socio sanitari, si richiama l'attenzione sulla Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario", quale disposizione fondamentale a livello regionale, nonché alla DGR n. XI/6902 del 5 settembre 2022 con oggetto "Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto soccorso".

Ai sensi della Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni", che ha introdotto modifiche all'art. 583-quater c.p., e con il D.L. n. 34/2023, c.d. Decreto bollette, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, con l'art. 16 rubricato "Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario" è prevista l'applicazione della procedibilità d'ufficio per i reati di violenza o minaccia e l'inasprimento delle pene in caso di "lesioni cagionate al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie

di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività [...]” (art. 583-quater comma 2 c.p.)”.

Si ricorda, inoltre, che la Legge n. 113 del 14 agosto 2020 inserisce con l'aggiunta del comma 11-octies all'art. 61 c.p., tra le circostanze aggravanti comuni del reato la nuova circostanza aggravante comune dell'“*avere agito, nei delitti commessi con violenza e minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie o socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni ovvero in danno di chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o di soccorso, nell'esercizio o a causa di tali attività”* (art. 5), in presenza della quale, per effetto di quanto previsto dall'art. 582, comma 2 c.p., i reati di lesioni e percosse a danno dei predetti soggetti sono sempre procedibili d'ufficio. La presente normativa prevede, inoltre, che i reati di percosse (art. 581 c.p.) e lesioni (art. 582 c.p.) siano procedibili d'ufficio quando ricorre la nuova aggravante di cui all'art. 61 c.p. comma 11-octies (art. 6).

Si suggerisce altresì di valutare (oltre ai rischi di cui al D.lgs. del 9 aprile 2008, n. 81, e in attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, nonché ai sensi dell'art. 6 e all'art. 9 della Legge 113 del 14 agosto 2020, nonché dell'art. 16 del Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito in Legge n. 56 del 26 maggio 2023) anche la **tutela dei dipendenti nel periodo successivo alle aggressioni nei confronti del personale sanitario, socio sanitario e di chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o soccorso**, anche redigendo una procedura aziendale avente ad oggetto il sostegno sociosanitario (assistenza psicologica) ed amministrativo (accompagnamento legale) ai lavoratori che hanno subito aggressioni fisiche o verbali.

Alla luce di quanto sopra esposto, si chiede agli Enti in indirizzo di supportare e tutelare il proprio personale sanitario, sociosanitario e chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o soccorso, anche ponendo in essere, di norma, le seguenti azioni:

- a) a seguito delle sopra descritte intervenute modifiche in tema di procedibilità d'ufficio per i reati di percosse e lesione personale nei confronti del personale, **l'Ente dovrà tutelare i professionisti operanti nelle proprie Strutture con la presentazione dell'atto di denuncia presso le Forze dell'Ordine o avanti alla Procura della Repubblica competente per territorio**, degli episodi aggressivi aventi rilevanza penale (tra cui le fattispecie previste dagli artt. 581, 582 e 583-quater c.p.);
- b) **qualora l'episodio di aggressione non risulti riconducibile ad una delle fattispecie penali di cui ai sopra citati articoli, ma sia un reato procedibile a querela della persona offesa, l'Ente provvederà a supportare l'operatore sanitario nella presentazione della querela all' Autorità Giudiziaria competente e nell'eventuale fase riconciliativa pre-processuale anche ai fini di risarcimento del danno ed eventuale ritiro della querela;**
- c) a seguito di notifica di avviso conclusione indagini penali ex art. 415 bis c.p.p., **l'Ente dovrà valutare la costituzione di parte civile;**
- d) qualora siano stati provocati danni a beni aziendali, a seguito di aggressioni nei confronti del personale, **l'Ente dovrà provvedere a inoltrare idonea richiesta di risarcimento danni al danneggiante, qualora non si provveda alla denuncia alla compagnia assicuratrice aziendale dell'avvenuto sinistro, nel caso di stipula di polizza assicurativa “All risks”.**

Resta inteso che nel caso in cui le aggressioni siano state operate da parte di pazienti e/o assistiti dei servizi di salute mentale o dipendenze, le sopra citate azioni devono essere valutate caso per caso congiuntamente con il Responsabile dei Servizi stessi.

7. Risk management

La prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità deve essere affrontata con un approccio multidisciplinare secondo i principi del Risk Assessment e del Risk Management, al fine di attivare le migliori misure a vantaggio dei lavoratori, dei pazienti/utenti e delle aziende sociosanitarie stesse. Tale obiettivo condiviso potrà essere raggiunto tramite la partecipazione attiva oltre che delle Direzioni strategiche anche dei lavoratori e della cittadinanza: i lavoratori, infatti, dovranno conoscere ed essere formati al rischio e

segnalare gli eventi secondo le procedure aziendali, mentre i cittadini dovranno essere sensibilizzati sul fenomeno ed edotti sulle possibili conseguenze degli atti violenti nei confronti degli operatori socio-sanitari tramite campagne informative nazionali (quali la giornata del 12 Marzo promossa dall'Osservatorio nazionale), ovvero iniziative promosse localmente.

L'attività di risk management deve essere implementata con la seguente procedura:

- Fase 1: Segnalazione dell'evento:
il lavoratore vittima dell'aggressione o un collega diretto testimone segnala l'evento mediante il sistema di Incident-Reporting;
- Fase 2: Indagine:
Risk Management e SPP, ricevuta la segnalazione, contattano il/i lavoratore/i coinvolto/i, nell'evento per l'indagine di approfondimento tramite l'utilizzo della griglia di indagine (vedasi a titolo di esempio l'Allegato 4).
A seguito dell'approfondimento potranno essere intraprese le seguenti azioni:
 - o implementare possibili azioni di contenimento dell'evento violento accaduto in collaborazione con il responsabile del Servizio interessato;
 - o episodi di violenza particolarmente critici per intensità e/o numerosità e/o per le caratteristiche del luogo di lavoro sono approfonditi tramite apposita scheda: Scheda di Valutazione/Report (Allegato 5) utile all'analisi dell'evento e alla individuazione delle possibili misure correttive da intraprendere;
 - o attivare un supporto psicologico del lavoratore vittima tramite un apposito percorso definito in collaborazione con la Psicologia Clinica.
 Periodicamente i Report di sintesi dei casi trattati sono trasmessi al "Gruppo di lavoro aziendale".
- Fase 3: Monitoraggio:
il Gruppo di lavoro aziendale periodicamente, sulla base dei Report di sintesi degli eventi accaduti, procede alla:
 - o analisi delle tipologie degli eventi e dei fattori scatenanti;
 - o analisi delle misure correttive adottate dalla singola UO/Servizio e valutazione dell'efficacia;
 - o in caso di eventi reiterati nella stessa UO/servizio o scarsa efficacia delle misure correttive attuate procede alla verifica delle condizioni organizzative, ambientali e delle dotazioni impiantistiche tecnologiche del luogo di lavoro in cui è avvenuto l'evento (Allegato 5);
 - o attivazione di eventuali interventi correttivi collettivi;
 - o attivazione di percorsi di formazione specifici per la prevenzione e gestione delle aggressioni;
 - o redazione di un Report annuale di analisi degli episodi di violenza ed aggressione a danno degli operatori, comprensivo di numero di casi segnalati, numero di casi per i quali è stato effettuato un intervento psicologico (follow-up), numero di persone formate, misure organizzative, interventi strutturali-tecnologici e comportamentali adottati, esito degli eventi trattati;
 - o aggiornamento periodico del DVR e del PREVIOS
 - o comunicazione degli esiti delle attività svolte.

RUOLO E COMPITI DELLE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALI: VADEMECUM PER L'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Si delineano in sintesi le azioni da intraprendere all'interno di ciascuna azienda sociosanitaria per l'applicazione delle presenti linee guida, individuando ruoli e compiti delle diverse figure della prevenzione coinvolte nella prevenzione e gestione degli episodi di violenza:

- I) **Formalizzazione dell'impegno della Direzione dell'Azienda sanitaria** per la prevenzione degli episodi di violenza sugli operatori e per adoperarsi per effettuare interventi di riduzione/controllo

del rischio; tale impegno dovrà essere esplicito e comunicato tramite la definizione di una Policy aziendale, sia all'interno dell'organizzazione che ai cittadini/utenti che frequentano le strutture di riferimento.

- II) **Individuazione del Gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale** composto dai ruoli aziendali e/o da referenti delle Strutture Complesse che sono coinvolti nella gestione del tema in oggetto o che sono maggiormente esposti ad episodi di aggressione, quali: Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione, RLS, Medico competente, Direzioni Mediche di Presidio, Servizi infermieristici, Affari Legali, Gestione risorse umane, Area Tecnica, Formazione e rappresentante/i delle figure dirigenziali, infermieristiche e amministrative di aree quali psichiatria, pronto soccorso, vigilanza. Il gruppo di lavoro è coordinato da figura competente quale il Risk manager o il RSPP.
- III) **Attuazione e monitoraggio degli obiettivi** delineati nella Policy aziendale a cura del gruppo di lavoro, ovvero:
- a) **elaborazione del Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari: PREVIOS**, il cui contenuto:
 - dovrà essere coerente con il Documento di Valutazione dei Rischi Aziendale o parte specifica di questo, prevedendo anche uno specifico piano di monitoraggio sullo stato di attuazione nel tempo;
 - dovrà riportare le misure di prevenzione di carattere organizzativo, strutturale/tecnologico e formativo attuate/implementate;
 - dovrà riportare le misure di gestione degli eventi violenti con ricadute sull'individuo, la collettività lavorativa e/o l'azienda;
 - Il PREVIOS costituirà anche parte integrante del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.
 - b) elaborazione della procedura aziendale per la segnalazione e gestione degli eventi violenti relativamente al singolo/collettività e degli aspetti medico/legali del caso;
 - c) elaborazione dei report periodici di monitoraggio del fenomeno e dell'efficacia delle misure di prevenzione attuate.

IV) **Attività congiunte tra Area Risk Management e del Servizio di Prevenzione e Protezione**

Le Strutture di Rischio Clinico e il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale analizzano la scheda di segnalazione dell'episodio violenza a danno dell'operatore ed esprimono un giudizio sulla completezza e congruità degli elementi indicati; effettuano quindi una valutazione riguardo alla presenza dei criteri per considerare l'episodio un "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES verso la Regione e il Ministero della Salute.

Qualora l'episodio di violenza sia rispondente ai criteri di cui sopra il Risk Manager lo comunica alla Direzione Sanitaria Aziendale e provvede a compilare la scheda A del flusso SIMES e a inviarla verso la Regione e il Ministero della Salute. Qualora venisse riconosciuto l'evento sentinella, sarà necessario istituire un AUDIT da parte del Risk Manager congiuntamente al RSPP e agli altri componenti del Gruppo di Lavoro che verrà ritenuto opportuno convocare, ad es. Medico competente, al fine di analizzare nel dettaglio l'episodio di violenza con l'obiettivo di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito a determinarlo e di gestire la comunicazione con operatori ed utenti coinvolti, definire le azioni per il miglioramento, monitorare queste ultime e formalizzarle nel progetto di intervento.

Se l'evento non fosse rispondente ai criteri per la classificazione dell'evento sentinella, indipendentemente dal tipo/modalità di accadimento e dalla gravità del danno occorso, la segnalazione deve comunque essere registrata nel sistema informativo aziendale dedicato alla raccolta degli episodi di violenza.

Le informazioni disponibili attraverso i data base aziendali sugli episodi di violenza a danno degli operatori saranno inoltre utilizzabili come elemento di conoscenza preliminare alla predisposizione del DVR e del PREVIOS.

Il Risk Manager, in collaborazione con il RSPP e Medico competente, dovrà analizzare i dati relativi agli episodi di violenza, utilizzando le relative fonti informative del sistema locale di raccolta delle segnalazioni, eventi sentinella SIMES, le denunce o le comunicazioni di infortunio e qualunque altra documentazione relativa e dovranno sottoporre l'analisi dei dati aggregati al Gruppo di Lavoro, al fine di valutare gli interventi effettuati, le misure di prevenzione da implementare e favorire il miglioramento e l'efficacia delle misure proposte.

Il RSPP, inoltre, nelle aree individuate a maggior rischio effettua periodicamente sopralluoghi per verificare l'implementazione e il mantenimento delle misure di prevenzione e sicurezza discusse con il Gruppo di Lavoro.

V) Ruolo del Medico competente

Il Medico Competente collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione del rischio da atti violenti, valorizzando gli esiti della sorveglianza sanitaria anche ai fini della predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute, dell'integrità psico-fisica dei lavoratori e dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori. Con particolare riferimento alla tipologia di rischio, si sottolinea la connessione del medesimo con i rischi connessi all'organizzazione del lavoro, ricompresi nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato.

Il medico competente svolge un ruolo fondamentale in termini di:

- prevenzione primaria, collaborando sia nella fase di valutazione, sia nella successiva gestione del rischio, promuovendo presso il datore di lavoro le migliori pratiche valutative e gestionali;
- definizione di un percorso di supporto psicologico del lavoratore vittima in collaborazione con le strutture specialistiche di area psicologica/psichiatrica;
- prevenzione secondaria nell'applicazione dell'attività di sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. b, D.Lgs. 81/2008) in termini di rilevamento del disagio lavorativo e di diagnosi precoce dei disturbi e delle patologie stress lavoro-correlato.

La Commissione Europea definisce lo Stress: "Insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente del lavoro". I sintomi e i segni che precedono la strutturazione di quadri morbosi stabili, (per es. "disturbo dell'adattamento", "disturbo post traumatico da stress", "burn-out") sono numerosi, aspecifici e possono coinvolgere diversi apparati e funzioni: cardiovascolare (es. tachicardia, ipertensione arteriosa), gastroenterico (es. irregolarità dell'alvo, inappetenza, ecc.), muscolo-scheletrico (es. accentuazione di sintomatologia algica soprattutto dorso-lombare), sfera sessuale e apparato genitale, disturbi del sonno, ecc.. Tali sintomi debbono essere attentamente ricercati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica svolta dal Medico Competente.

Il lavoratore vittima sia di infortunio da atto violento sia di condizioni traumatiche acute e/o croniche conseguenti ad atti violenti, deve essere informato della possibilità di:

- attivare il percorso di supporto psicologico offerto in collaborazione con le strutture specialistiche di area psicologica/psichiatrica;
- richiedere la visita medica al Medico Competente prevista dall'art. 41, comma 1, lettera c) per riferire in particolare del percorso psicologico cui si è sottoposto a seguito dell'evento violento;
- eseguire visita a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore a 60 giorni continuativi (ex art.41, comma 1,lett.e.ter del D.lgs.81/08).

In occasione di tali visite, se del caso, verranno richiesti opportuni percorsi di approfondimento specialistico e/o di supporto.

La comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e le indicazioni sul loro significato concludono da una parte il processo di valutazione e gestione del rischio, adempiendo all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori e dall'altra, rappresenta una opportunità per promuovere il benessere dei lavoratori nell'ambito dei più ampi progetti di Total Worker Health. In relazione all'attuazione delle misure di tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori, il Medico Competente fornirà utili elementi di collaborazione per l'individuazione delle migliori tecniche di contenimento del danno da attuare, insieme ai servizi aziendali coinvolti (es. Risk Management, Servizio Prevenzione e Protezione, UO Psichiatria e Psicologia) in un'ottica di approccio multidisciplinare.

VI) Ruolo del Rappresentante del Lavoratore per la Sicurezza

Il ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) è svolto nell'ambito delle proprie funzioni previste all'art. 50 del D.Lgs.81/08 e in considerazione della tipologia di rischio, si riprendono le indicazioni della DGR N.6298 del 04/07/2016 - *Linea di Indirizzo: "La consultazione del RLS nella Valutazione e Gestione del rischio stress in ambiente di lavoro: come e perché – Informazioni e consigli per una buona partecipazione alla valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato"* che descrivono il ruolo del RLS sottolineando i seguenti aspetti:

- possedere conoscenza ed abilità nel campo della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, quale preconditione peculiare affidata dal Testo Unico 81/08 al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza è importante per operare in stretta connessione e collaborazione con le altre figure dell'assetto organizzativo aziendale preposte alla salute e sicurezza riconoscendo al RLS un ruolo rilevante nel sistema di prevenzione interno aziendale.
- a differenza di altre forme di rappresentanza dei lavoratori, questo ruolo si configura attraverso il suo carattere di collaborazione attiva, responsabile, non negoziale o conflittuale al processo aziendale di progettazione e innovazione dei sistemi di produzione centrati sulle persone, sul lavoro qualificato e di qualità, il tutto orientato alla difesa della salute e sicurezza dei lavoratori ed alla attenzione alla sfera di vita psicosociale; tale compito va distinto dalle altre finalità ed obiettivi di carattere negoziale, estranei al tema della salute e sicurezza dei lavoratori.

Nella fattispecie del rischio da atti violenti, la partecipazione del RSL nel Gruppo multidisciplinare aziendale può costituire un valore aggiunto nelle diverse fasi del processo di valutazione e gestione del rischio in particolare:

- integrando il punto di vista dei lavoratori e delle lavoratrici nella individuazione dei principali fattori determinati specifici per le diverse realtà aziendali;
- promuovendo le azioni di sensibilizzazione e informazione all'utilizzo delle procedure di segnalazione degli eventi;
- collaborando nell'individuazione di misure di prevenzione specifiche per le diverse realtà aziendali e relative tempistiche di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia;
- promuovendo azioni di informazione ai lavoratori relativamente alle fasi di supporto successive all'agito aggressivo: certificato di infortunio, supporto psicologico e/o legale.

La figura del RLS svolgerebbe da una parte un ruolo di "facilitatore" delle azioni poste in campo dal Datore di Lavoro a tutela dei lavoratori, e dall'altra di "monitoraggio" dei processi di prevenzione e riduzione del rischio da atti violenti a vantaggio sia del Datore di Lavoro che dei lavoratori.

ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Risulta essenziale che ciascuna Azienda Sanitaria si adoperi per informare i lavoratori delle politiche e delle procedure vigenti in struttura, ovvero:

- informare tutti i lavoratori delle procedure di gestione degli agiti violenti e dell'ubicazione, il funzionamento e la copertura dei dispositivi di sicurezza come i sistemi di allarme;
- informare della possibilità di fruire di corsi di formazione specifica sul tema delle aggressioni, inclusi corsi in tecniche di comunicazione col paziente e de-escalation;
- informare tutti i lavoratori delle modalità di segnalazione degli agiti violenti;
- anche la sorveglianza sanitaria può rivelarsi un momento utile al Medico Competente per verificare che il lavoratore sia adeguatamente informato sulla tematica e per rispondere ad eventuali dubbi del lavoratore;
- contestualmente è utile che l'azienda istruisca i cittadini tramite l'affissione di materiale informativo sulle modalità di assegnazione dei codici colore e il corrispettivo tempo medio di attesa, sugli orari visita e il numero di accompagnatori consentiti per paziente. Al fine di scoraggiare la violenza a danno degli operatori, l'Azienda Sanitaria realizza campagne pubbliche di sensibilizzazione che diffondono un messaggio di "tolleranza zero" e appone adeguata segnaletica nelle aree videosorvegliate.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ *Fact Sheet – OSHA n. 24 Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro “la violenza sul lavoro” 2002;*
- ✓ *Accordo tra le parti sociali europee del 26 aprile 2007;*
- ✓ *Accordo quadro sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro tra Confindustria e CGIL, CISL e UIL 2016;*
- ✓ *Raccomandazione n. 8 del 2007- Ministero della Salute Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori sanitari;*
- ✓ *Linee di indirizzo per prevenire o ridurre i danni fisici e psichici dei lavoratori bancari correlati alle rapine” - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Coordinamento tecnico interregionale – 2010;*
- ✓ *Consiglio Nazionale delle Assistenti Sociali Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto – 2012;*
- ✓ *Violence – Occupational Hazard in Hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH- April 2002;*
- ✓ *Guideline for preventing workplace violence for Healthcare and Social service workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration - OSHA 3148 2016;*
- ✓ *CDC Violence Occupational hazard in hospital; Guide Line for preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers – 2015;*
- ✓ *Workplace Violence Prevention Guidelines and Model Program For State of California Administrative Units – 2001;*
- ✓ *Victorian WorkCover Authority Prevention and management of aggression in health services- Australia 2008.*
- ✓ *DGR N.6298 del 04/07/2016 Linea di Indirizzo: “La consultazione del RLS nella Valutazione e Gestione del rischio stress in ambiente di lavoro: come e perché – Informazioni e consigli per una buona partecipazione alla valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato”*

ALLEGATI

Di seguito si riportano gli allegati:

ALLEGATO 1 – CHECK LIST VALUTAZIONE DEI RISCHI

ALLEGATO 2 – SCHEMA TIPO PROGETTO FORMATIVO

ALLEGATO 3 – ESEMPIO DI SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI ATTI E/O COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

ALLEGATO 4 – ESEMPIO DI SCHEDA DI VALUTAZIONE/REPORT EVENTI

ALLEGATO 5 – INTERVENTI DI DE-ESCALATION

ALLEGATO 6 – TECNICHE DI PRONTO SOCCORSO EMOTIVO

ALLEGATO 1 – CHECK LIST VALUTAZIONE DEI RISCHI

Si fornisce di seguito una elencazione, indicativa e non esaustiva, di “domande guida” utili alla valutazione del rischio al fine di attivare specifiche misure di contenimento e procedure di gestione del rischio ad integrazione del Documento di Valutazione del Rischio.

Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro

<i>Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es. pasti, orari di visita)</i>
<i>Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)</i>
<i>Alto turn-over</i>
<i>Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)</i>
<i>Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)</i>
<i>Disponibilità di personale con funzione di addetto alla sicurezza</i>
<i>Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessari per garantire la sicurezza dei lavoratori</i>
<i>Lunghe attese di pazienti /accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste</i>
<i>Altro</i>

Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza

<i>Pazienti affetti da patologie psichiatriche</i>
<i>Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool</i>
<i>Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza</i>
<i>Altro</i>

Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali

<i>Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi o oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti</i>
<i>Gli ambulatori, particolarmente dei reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, ecc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)</i>
<i>La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale degli ambienti</i>
<i>Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto</i>
<i>Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, limitazione dell'affollamento) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori</i>
<i>Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza</i>
<i>Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)</i>
<i>Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)</i>
<i>Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)</i>
<i>Altro</i>

Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali

<i>La struttura ha definito programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato</i>
<i>La struttura ha previsto e definito per i reparti a maggior rischio appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di de-escalation, tecniche di divincolo e di contenimento)</i>
<i>Sono state attuate azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica</i>
<i>Sono state intraprese azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno</i>
<i>Sono state adottate misure atte a migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)</i>
<i>La struttura ha messo a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza</i>
<i>La struttura ha messo a punto adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)</i>
<i>Sono previste modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno</i>
<i>Altre misure adottate o previste non descritte sopra</i>

Interventi a valle dell'agito violento

<i>La struttura dispone di un protocollo/procedura che, in caso di aggressione, dia luogo all'analisi dell'evento: ruolo dell'operatore coinvolto, attività che stava svolgendo nell'UO/Servizi anche S.C. o, momento della giornata in cui è avvenuto l'evento, tipologia di utente aggressivo (paziente noto, paziente non noto, parente), etc.</i>
<i>La struttura la struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sul "gruppo" (es. debriefing)</i>
<i>La struttura in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sull'individuo, quali:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>applicazione delle procedure di soccorso in caso di infortunio e relative cure</i> ✓ <i>sostegno psicologico per prevenire effetti di demotivazione, svilimento del lavoro, stress e sintomi post-traumatici (paure, fobie, disturbi del sonno)</i>
<i>Altri interventi adottati o previsti non descritti sopra</i>

ALLEGATO 2 - SCHEMA TIPO PROGETTO FORMATIVO**Obiettivi generali**

<i>Acquisire conoscenze sul fenomeno degli agiti aggressivi in generale e nella propria azienda</i>
<i>Contribuire a ridurre gli incidenti/infortuni</i>
<i>Contribuire a prevenire la violenza sul posto di lavoro</i>
<i>Contribuire a promuovere la cura, il benessere, la sicurezza sul lavoro</i>

Obiettivi specifici

<i>Contribuire all'emersione del fenomeno e individuare le misure appropriate per fronteggiarlo</i>
<i>Acquisire competenze in tema di analisi del fenomeno utilizzando gli strumenti a disposizione 8es. incident reporting, registro degli infortuni e dei near miss, flussi eventi sentinella)</i>
<i>Acquisire competenze in tema di gestione del fenomeno impiegando tecniche di contenimento degli eventi violenti (es. tecniche di de-escalation, comunicazione assertiva)</i>
<i>Acquisire competenze di gestione post-evento (es. de-briefing/de-fusing e counseling)</i>

Si sottolinea inoltre l'opportunità offerta dai momenti di formazione per la verifica delle misure adottate e l'eventuale indicazione di aggiornamenti del rischio.

Si ritiene utile in questo contesto richiamare quanto precisato dalla Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 in ordine alla precisa tematica:

La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore.

Formazione rivolta a tutti gli operatori

Ciascun operatore deve conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio devono ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti.

E' utile che siano coinvolti nei corsi di formazione i RLS ai fini dell'aggiornamento delle competenze in materia di salute e sicurezza dei rischi in ambito lavorativo.

Formazione per il management

I dirigenti e i coordinatori devono essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.

Formazione per il personale di sicurezza

Il personale di sicurezza richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.

ALLEGATO 3 – ESEMPIO DI SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI ATTI E/O COMPORTAMENTI AGGRESSIVI - INCIDENT REPORTING

SEDE _____ UO/SERVIZIO _____

DATA EVENTO ____ / ____ / ____ . ORA _____ LUOGO _____

INFORMAZIONI SULL'AGGRESSORE

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età _____

Utente/paziente Parente/caregiver/accompagnatore/visitatore Estraneo Altro operatore

Altro, specificare _____

ELEMENTO SCATENANTE SI NO

in caso di risposta affermativa specificare l'elemento scatenante:

patologia di base abuso droghe/alcool contestazione codice di triage tempo di attesa

la comunicazione altro, specificare _____

BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE

aggressione fisica

aggressione verbale

contro la proprietà

BERSAGLIO DELL'AGGRESSIONE

operatore paziente utente familiari guardia giurata oggetti

altro, specificare : _____

INFORMAZIONI SULL'AGGREDITO/I

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

CONSEGUENZE

nessuna danno a oggetti trauma emotivo

lesione fisica guaribile in n. _____giorni – cure prestate _____

lesione fisica con invio in PS guaribile in n. _____giorni – cure ricevute _____

altro, specificare _____

INTERVENTO EFFETTUATO SULL'AGGRESSORE

nessuno

paziente/utente lasciato tranquillo

colloquio

- allontanamento dell'aggressore terapia farmacologica contenzione
 intervento della vigilanza intervento forze dell'ordine intervento di più operatori sanitari
 altro, specificare:

L'OPERATORE SI È ACCORTO DELLA PROGRESSIONE DELL' AGGRESSIVITÀ? SI NO

SE SI QUALI INTERVENTI HA MESSO IN ATTO PER INTERROMPERE LA PROGRESSIONE DELL'AGGRESSIVITÀ?

- rispettato lo spazio personale mantenuto la calma e la voce bassa
 cercato di stabile il contatto verbale fornito alternative
 creata distanza di sicurezza accolto il malessere espresso dall'aggressore
 chiesto aiuto ai colleghi altro _____

QUALI DIFFICOLTÀ HA RISCONTRATO?

E' STATO EFFETTUATO IL DEBRIEFING? SI NO

Data ____ / ____ / ____

Cognome e nome di chi segnala _____

Riferimenti/contatti: _____

ALLEGATO 4 – ESEMPIO DI SCHEDE DI VALUTAZIONE/REPORT EVENTI

Data dell'evento: _____

N° pratica "Incidente reporting": _____

UO/Servizio coinvolto: _____

Convocati all'indagine:

- Lavoratore/i
- Direttore UO/Servizio
- Coordinatore UO/Servizio
- Risk Management
- Servizio di Prevenzione e Protezione
- Medico Competente
- Psicologia clinica
- Altre figure aziendali: _____

Presenti all'indagine:

(Nome Cognome / Qualifica e servizio)

QUANTIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DEGLI EPISODI (descrizione):

A) FATTORI DETERMINANTI

1) Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza	SI	NO
Pazienti affetti da patologie psichiatriche		
Pazienti affetti da deficit cognitivo		
Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool		
Barriere linguistiche/culturali		
Vittima di trauma o violenza		
Tipologia dell'utente/cliente particolarmente collerico		
Mancata adesione al progetto terapeutico		
Paziente non soddisfatto dell'assistenza		
Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza		
Altro:		

2) Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro	SI	NO
Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es: pasti, orari di visita)		
Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)		
Elevato turn-over		
Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)		
Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		
Insufficiente addestramento/inserimento		
Gruppo nuovo /inesperto		
Scarsa continuità assistenziale		
Mancata /inadeguata comunicazione		
Mancata supervisione		
Mancato coordinamento		

Scarso lavoro di gruppo		
Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)		
Presenza di un solo operatore in servizio		
La struttura dispone di personale con funzione di addetto alla sicurezza		
Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessarie per garantire la sicurezza dei lavoratori		
Lunghe attese di pazienti/accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste		
Altro:		

3) Requisiti strutturali e dotazioni tecnologiche	SI	NO
Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti		
Gli ambulatori particolarmente dei reparti a maggior rischio sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)		
La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale delle aree		
Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto		
Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, distributori cibo e bevande, postazioni di ricarica per cellulare) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori		
Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza		
Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)		
Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)		

Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)		
Altri aspetti strutturali specifici:		

4) Informazione/addestramento/sensibilizzazione	SI	NO
Insufficiente formazione degli operatori		
Inadeguata/mancata formazione su tecniche di gestione della aggressività		
Precedenti episodi di violenza verificatisi all'interno dello stesso servizio Se sì di che tipo: - Verbale, n. episodi nell'ultimo anno (stima): - Fisica, n. episodi nell'ultimo anno (stima):		
Altro:		

B) MISURE DI CONTENIMENTO SUGGERITE

ORGANIZZATIVE - PROCEDURALI	✓	MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito:positivo-negativo
Utilizzare correttamente il cartellino identificativo			
Incoraggiare gli operatori affinché utilizzino la comunicazione assertiva			
Incoraggiare gli operatori a ricorrere all'ascolto attivo			
Predisporre la turnistica degli operatori tenendo in considerazione i maggiori flussi di accesso dell'utenza/pubblico			
Assicurarsi che il pubblico e gli utenti in attesa di un servizio o di una prestazione ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa			
Valutare la presenza di più operatori in contemporanea, per evitare il sovraffollamento dell'utenza/pubblico.			

All'ingresso degli accessi prevedere l'affissione di materiale esplicativo dell'attività svolta assicurandosi che non sia a ridosso delle postazioni			
Migliorare il servizio di accoglienza, offrendo informazioni brevi, concise e complete sul servizio erogato			
Verificare la formazione del personale rispetto alle capacità comunicative			
Prevedere un periodo di affiancamento per il personale neo assunto e neo inserito con personale strutturato			
Esporre chiaramente al pubblico, agli utenti dei servizi e loro accompagnatori, che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati			
Incoraggiare il personale affinché siano sempre segnalate gli eventi aggressivi o le minacce, compresi gli eventi sentinella			
Prevedere momenti di diffusione del protocollo anti-violenza aziendale agli operatori			
Altro:			

STRUTTURALI - TECNOLOGICHE		MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito: positivo-negativo
Rendere i luoghi di attesa confortevoli e dotarli di sistemi per favorire l'accoglienza degli utenti minimizzando i fattori stressogeni			
Predisporre adeguata cartellonistica informativa rispetto ai servizi erogati			
Assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti			
Apportare modifiche alle strutture dei luoghi di lavoro in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi all'aggressività			
Valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, dispositivi di sicurezza			

(allarmi portatili, telefoni cellulari) nei luoghi dove il rischio è elevato, assicurando la disponibilità di un sistema di supporto nel caso in cui l'allarme venga innescato			
Altro:			

FORMATIVE - COMPORTAMENTALI		MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito: positivo-negativo
Programmare momenti di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato			
Programmare per i reparti a maggior rischio, appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di divincolo e di contenimento)			
Programmare azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica			
Programmare azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno			
Programmare misure atte migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)			
Prevedere l'utilizzo di documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza			
Prevedere adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)			
Prevedere modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno			
Altro:			

ALLEGATO 5 – INTERVENTI DI DE-ESCALATION

Per intervenire prontamente e disinnescare eventi violenti è importante che l'operatore riconosca il linguaggio del corpo (sia proprio che altrui) associato a un'imminente azione violenta, al fine di affrontare e gestire la situazione (da solo, allertando i colleghi, oppure disimpegnandosi e chiamando le forze dell'ordine).

Elementi da considerare in associazione allo specifico contesto sono:

- lo sguardo del soggetto: appare perso nel vuoto, le palpebre si abbassano come a restringere l'obiettivo, fissa in maniera ostile;
- la postura del soggetto: pugni serrati, braccia incrociate, testa protesa in avanti, mascelle contratte, eccessivo gesticolare;
- altri segnali: sudorazione eccessiva, atteggiamento polemico, tremori e ipervigilanza.

Ci sono due concetti importanti da tenere sempre presenti:

1. Ragionare con una persona furiosa non è possibile; obiettivo della de-escalation è ridurre il livello di eccitazione perché il dialogo diventi possibile.

2. Le modalità di comunicazione nella de-escalation non sono quelle "normali" (istintive) in caso di paura.

Quando si è spaventati si è portati a lottare, fuggire o restare bloccati. Tuttavia, nella de-escalation questi comportamenti non possono essere adottati. Serve apparire concentrati e calmi anche quando la paura sembra prendere il sopravvento.

L'operatore deve essere in grado di avere il controllo emotivo di se stesso:

- Apparire calmo, sicuro di sé (anche se non sente di esserlo) e mostrarsi fiducioso nei confronti dell'altro.
- Cercare di rilassare muscoli del volto mostrandosi tranquillo. La sua ansia, infatti, può di riflesso far sentire l'utente ansioso ed insicuro e scatenare l'aggressione.
- Usare un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume); non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando; aspettare che l'utente riprenda fiato e solo allora parlare.
- Depersonalizzare l'aggressione. Non stare sulla difensiva: i commenti o gli insulti non sono personali.
- Mantenere un atteggiamento non giudicante: un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto; l'obiettivo è che l'utente sappia che non è necessario mostrarsi aggressivo per essere rispettato. Essere quindi molto rispettoso, anche quando si mettono con fermezza dei limiti o si chiama aiuto.
- Avere sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo (essere consapevole che si ha sempre la possibilità di andarsene, chiedere all'utente di andarsene, contare sul supporto degli altri colleghi o allertare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace).

Che cosa fare sul piano verbale:

- Usare frasi brevi dal contenuto chiaro: semplificare anche a scapito della completezza e della coerenza logica.
- Non argomentare per provare a far cambiare idea all'utente; piuttosto è opportuno consentirgli possibilità diverse.
- Non difendere sé stessi o qualcun altro da insulti, accuse o idee sbagliate sul proprio ruolo, non polemizzare o contrastare apertamente.
- Non fare false dichiarazioni o promesse che non si possono mantenere.
- Non dire alla persona di rilassarsi o calmarsi; usare il silenzio come strumento calmante.
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliere le parole dell'interlocutore e riutilizzarle (es. Lei mi vuole dire che...), non sminuire i suoi sentimenti.
- Formulare domande che prevedano una risposta aperta; prospettare, quando possibile, scelte alternative che consentano ad entrambi di uscire dalla situazione in modo sicuro. Ad esempio:

"Che ne pensa di continuare il nostro incontro in modo più tranquillo? Oppure preferisce che chiami un collega, così può rivolgersi a lui/lei?".

- Rivolgersi all'interlocutore usando il suo cognome (o nome se si è abbastanza in confidenza).
- Ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo e disponibile alla ricerca di una soluzione comune, ma rimanere neutrali (es.: mi aiuti a capire perché è arrabbiato?).
- Rispondere a tutte le domande con un contenuto di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste.
- Non rispondere mai a domande tendenziose.
- Scomporre il problema che pone l'utente e offrire soluzioni passo dopo passo in modo che la persona non sia sopraffatta dal problema.
- Conoscere la procedura di reclamo dell'organizzazione.

Cosa fare sul piano non verbale: l'operatore deve essere in grado di avere il controllo sulla propria postura, gestualità ed espressione:

- Non dare le spalle per nessun motivo.
- Accompagnare la comunicazione con lo sguardo, evitando di fissare in modo continuo l'interlocutore (leggibile come minaccioso) ma permettendo di interrompere il contatto visivo e guardare altrove.
- Incoraggiare l'utente a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi anche l'operatore è opportuno stia in piedi.
- Mantenere tra l'operatore e l'utente una distanza maggiore del solito, circa 1.5 mt.
- Non stare faccia a faccia di fronte all'utente, ma mantenere una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario.
- Non puntare con il dito.
- Non sorridere: farlo può sembrare che ci si prenda gioco dell'utente ovvero sia una dimostrazione di ansia.
- Non toccare l'utente, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico sia culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso; spiegare cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio.
- Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi.
- Non stare sulla difensiva.

ALLEGATO 6 – TECNICHE DI PRONTO SOCCORSO EMOTIVO

Il defusing e il debriefing sono due tecniche utilizzate in psicologia dell'emergenza, ovvero una disciplina che si occupa di prevenzione, monitoraggio ed intervento psico-sociale su gruppi di persone che hanno in comune l'aver vissuto una situazione traumatica/emergenziale.

Defusing

Defusing letteralmente significa disinnescare, è un intervento che si svolge subito dopo la situazione di emergenza, è anche chiamato "intervento emotivo a caldo". Si svolge coinvolgendo un piccolo gruppo (10 persone) e ha una durata di circa 20-40 minuti. Non richiede la conduzione di un esperto, in genere viene condotto dal capo-team del gruppo (il medico o l'infermiere). Gli obiettivi di questo tipo di intervento sono quelli di fornire rassicurazione, sostegno e informazione, attraverso il rafforzamento dei legami del gruppo e la normalizzazione del carico emotivo. Infatti, i partecipanti vengono avviati ad un percorso di comprensione delle proprie sensazioni e sentimenti legandoli all'aspetto temporale dell'esperienza in questione.

Il defusing si articola in tre fasi:

1. fase dell'introduzione: in questa fase i conduttori si presentano, spiegano il motivo dell'incontro, evidenziano come possono essere di aiuto e di supporto al gruppo e concordano le regole base dell'incontro, ovvero rispetto reciproco, riservatezza;
2. fase dell'esplorazione: in questa fase viene chiesto alle persone coinvolte nell'evento di parlare dell'esperienza e condividere le reazioni e le emozioni vissute;
3. fase dell'informazione: in questa fase si tende a normalizzare le reazioni e i vissuti, rassicurare in ordine alle angosce causate dall'evento ed agli "sfoghi" più intensi che alcuni hanno manifestato, valorizzare gli atteggiamenti positivi manifestati durante l'evento, orientare alla ripresa della buona funzionalità dei singoli e del gruppo.

Tramite il defusing, possono essere individuate persone destabilizzate che necessitano di ulteriori interventi come il debriefing.

Debriefing

Il debriefing è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo e/o psicoterapeuta, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze psichiche tramite integrazione tra le componenti cognitiva, emotiva e spaziotemporale dell'evento. Il debriefing è un "intervento emotivo a freddo", viene organizzato dopo circa 24-76 ore dall'esposizione all'evento, può coinvolgere fino a 15-20 persone, ha una durata di non più di 12 settimane e si articola come segue:

1. Fase introduttiva: i conduttori spiegano le regole basilari del gruppo, c'è un momento di presentazione reciproca e di chiarificazione dello scopo dell'incontro.
2. Fase dei fatti: i partecipanti descrivono l'evento accaduto a livello strettamente fattuale, escludendo gli aspetti emotivi.
3. Fase dei pensieri: i partecipanti rievocano i pensieri, i ragionamenti rispetto a quel che è stato vissuto.
4. Fase delle reazioni: solo a questo punto le persone possono esprimere le sensazioni e i sentimenti provati durante e dopo l'evento. Vengono identificate la parte peggiore dell'evento e le reazioni emotive (rabbia, paura, tristezza ecc ...), ma le emozioni non vengono indagate approfonditamente.
5. Fase dei sintomi: il conduttore chiede di descrivere i sintomi (emotivi, cognitivi e fisici) che i partecipanti hanno sperimentato in vari momenti dell'accaduto: durante il verificarsi dell'evento, alla sua conclusione, quando hanno fatto ritorno a casa, durante i giorni successivi all'evento stesso e nel momento attuale.
6. Fase della formazione: la psicoeducazione nella quale il conduttore illustra le strategie di coping adattive. Ci si confronta e si riflette su modalità alternative di fronteggiamento allo stimolo stressante.
7. Fase del reinserimento: viene fornita una breve conclusione, sottolineando le risorse personali e sociali dei partecipanti.

Se al termine dell'intervento dovessero esserci ancora segni di sofferenza emotiva, potrebbe essere fatto un rinvio a percorsi professionali individuali.