



"Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari"

Documento di inquadramento tecnico

Febbraio 2020



RAZIONALE

Gli operatori dei servizi sanitari presentano un rischio significativo di subire atti di violenza durante la propria attività lavorativa. Si tratta di un fenomeno così importante che già nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento e ha inserito gli "atti di violenza a danno di operatore" fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). In una prospettiva più ampia, questa tipologia di eventi deve essere considerata sia come un problema di sicurezza delle cure e di gestione del rischio clinico che di sicurezza degli operatori, in una visione integrata del rischio nelle attività clinico assistenziali e nelle strutture sanitarie. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano infatti anche un problema di sicurezza del lavoro che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i, "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro". In questi anni il tema ha assunto una grande rilevanza, anche mediatica, e soprattutto vi è una maggiore percezione del rischio da parte degli operatori dei servizi sanitari collegato alla propria attività professionale. Sul tema si è registrata anche l'attività del livello politico con varie iniziative di livello governativo e parlamentare, quale ad esempio la recente approvazione da parte del Senato della Repubblica di uno specifico disegno di legge (ddl), recante disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Il ddl prevede l'istituzione di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie ed è previsto anche che l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmetta, tramite l'Agenas, al nuovo osservatorio i dati in materia acquisiti dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente. Si pone quindi la questione delle fonti informative e degli strumenti da utilizzare per la rilevazione degli accadimenti e ne scaturisce la necessità di un lavoro di analisi e sintesi, che possa contribuire all'inquadramento di queste, al fine di garantire una raccolta di informazioni quanto più omogenea su tutto il territorio nazionale e quindi una migliore qualità del dato.

DEFINIZIONI E PREVALENZA DEL FENOMENO

Non è facile definire le esatte dimensioni del fenomeno e per diversi motivi. Innanzitutto è opportuno sottolineare che il termine "violenza sul posto di lavoro" è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno dai comportamenti incivili alla mancanza di rispetto nei confronti degli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all'aggressione fisica degli operatori con esiti anche mortali. Una delle definizioni più accreditate è quella proposta dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) che definisce la violenza sul posto di lavoro come: "atti violenti (compresa l'aggressione fisica o la tentata aggressione) diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio".



Per gli scopi del presente documento sono considerati atti di violenza a danno degli operatori sanitari: insulti, minacce e qualsiasi forma di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da parte di soggetti esterni all'organizzazione, compresi i pazienti, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di un individuo.

Il documento non analizza gli episodi di violenza fisica e psicologica legati a soggetti interni alle organizzazioni sanitarie (colleghi, supervisori, manager) come il *bullying* o il *mobbing*.

La mancanza di un accordo sulla definizione del fenomeno si riflette sul fatto che spesso le evidenze disponibili utilizzano modalità di raccolta dei dati molto diverse fra loro, rendendone così difficile la confrontabilità. Abbiamo così con tassi annuali di aggressioni che vanno, per quelle fisiche, dal 3.1 al 71 % e, per quelle non fisiche, dal 38 al 90 %. Dati americani segnalano che, fra il 2011 e il 2013, circa il 70 % delle aggressioni sul posto di lavoro si è verificata in servizi sanitari o sociali e che il 10 % degli operatori del settore sanitario ha subito aggressioni con conseguenze che hanno comportato assenze dal lavoro, rispetto al 3 % di tutti gli altri operatori del settore privato. I dati forniti dal Ministero della Salute nel quinto rapporto sul "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella" indicano che nel periodo che va dal 2005 al 2012 sono stati segnalati 165 "atti di violenza a danno di operatore" su tutto il territorio nazionale, pari a circa il 9 % del totale delle segnalazioni. Purtroppo le caratteristiche del flusso e della elaborazione dei dati non consentono valutazioni più approfondite del fenomeno.

Un altro motivo che rende difficile una corretta quantificazione del fenomeno è poi legato alla scarsa propensione a segnalare e denunciare gli episodi di violenza da parte degli operatori che li subiscono. I motivi di questa difficoltà sono in parte intrinseci a tutti i sistemi di *reporting*, che sono su base volontaria, ma probabilmente riconoscono anche fattori di tipo sociale e culturale che possono condurre, in molti casi, gli operatori a considerare la violenza subita come una componente "normale" del proprio lavoro.

Relativamente alle figure professionali e ai *setting* assistenziali maggiormente interessati dal fenomeno sembra esservi una maggiore uniformità dei dati di letteratura. Qualsiasi operatore sanitario può essere vittima di violenza, tuttavia le figure più a rischio sono rappresentate da infermieri, operatori sociosanitari e medici. Si tratta di figure che, oltre ad essere a contatto diretto con il paziente, sono chiamate a gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte di soggetti che vivono uno stato di vulnerabilità e frustrazione. Il dolore, prognosi infauste, ambienti non familiari, alterazioni mentali e dell'umore legate a farmaci e alla progressione della malattia possono essere all'origine di comportamenti agitati e violenti.



Per gli scopi del presente documento sono considerati operatori tutti coloro coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (come, ad esempio: medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, assistenti sociali, tecnici sanitari, personale dei servizi di trasporto d'emergenza, studenti e specializzandi, volontari, ecc.), il personale di *front office* e dei servizi di vigilanza, e qualunque lavoratore di una organizzazione che eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie che subisca un atto di violenza sul posto di lavoro.

Le evidenze disponibili sembrano indicare che il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sia maggiormente rilevante nei seguenti *setting* lavorativi:

1. Servizi di emergenza-urgenza;
2. Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
3. Luoghi di attesa;
4. Servizi di geriatria;
5. Continuità assistenziale.

STRUMENTI, FONTI E FLUSSI INFORMATIVI DISPONIBILI

A) Incident Reporting e segnalazione di Eventi Sentinella

La principale fonte informativa disponibile per la rilevazione degli episodi di violenza, è rappresentata dal sistema di ***incident reporting*** disponibile a livello regionale o aziendale. Nonostante tutti i limiti dello strumento, infatti, la disponibilità di un sistema di segnalazione è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi e, se del caso, di alimentazione del flusso ministeriale SIMES.

Le regioni dovrebbero dare indicazioni alle strutture di sottolineare che la segnalazione andrebbe fatta sempre, indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso. La segnalazione andrebbe inoltre effettuata appena possibile dall'operatore direttamente coinvolto dall'evento o, in caso di sua impossibilità, da un operatore diretto testimone.

Si suggerisce di adottare una **specifico scheda di incident reporting** per la segnalazione di aggressioni (di seguito denominata SSA), adattandola alle specifiche esigenze aziendali. **È importante sottolineare che la SSA non sostituisce né la denuncia di infortunio, né la denuncia/querela all'autorità giudiziaria**, ove ricorrano i presupposti. Nel rispetto dell'autonomia regionale e aziendale, i contenuti minimi della SSA, anche per garantire la raccolta delle informazioni necessarie all'eventuale corretta alimentazione del flusso SIMES, dovrebbero essere i seguenti:

1. Anno di nascita, sesso e qualifica dell'operatore vittima dell'atto di violenza (l'anno di nascita è un dato necessario nel caso in cui l'episodio venga classificato come Evento Sentinella - ES);
2. Data e ora dell'evento;



3. Luogo dell'evento;
4. Tipo di aggressione;
5. Breve descrizione dell'episodio;
6. Fattori contribuenti all'evento;
7. Esito dell'evento;
8. Sezione specifica per consentire una unica segnalazione per gli atti di violenza a danno di più operatori, al fine di evitare la duplicazione degli eventi.

Al fine di evitare ambiguità che compromettano la qualità dei flussi informativi, è opportuno chiarire quanto segue (Figura 1):

1. **Tutti gli atti di violenza (verbale o fisica) dovrebbero essere segnalati utilizzando una SSA**, anche quelli per i quali vi sia il dubbio che l'evento sia legato a particolari caratteristiche del paziente che ne compromettano la capacità di giudizio. Si ritiene infatti di dover privilegiare la sensibilità dello strumento di *reporting* rispetto alla sua specificità. In altri termini è più importante ridurre al minimo i falsi negativi (cioè aggressioni non segnalate) anche se questo significa avere di qualche falso positivo in più (cioè non aggressioni segnalate);
2. Nel caso in cui gli esiti di un atto di violenza determino un infortunio sul lavoro (vedi successivo paragrafo B), **oltre** alla segnalazione con SSA, l'evento si configura come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL;
3. Se l'atto di violenza si configura come reato (vedi successivo paragrafo C), **oltre** alla segnalazione con SSA occorre procedere alla querela o denuncia all'Autorità Giudiziaria. Nel caso in cui dal reato derivino le conseguenze descritte nel punto 2.2, l'evento si configura **anche** come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL.

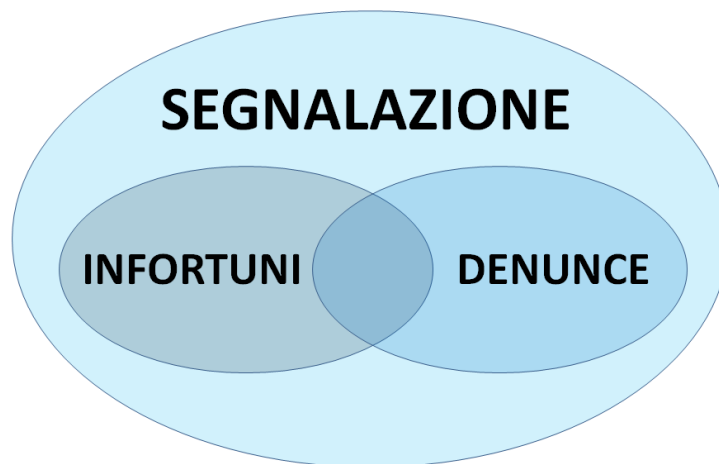


Figura 1 – Rappresentazione grafica dei tre possibili processi da attivare successivamente a un atto di violenza a danno degli operatori sanitari.

Come è stato già detto, l'accadimento "Atto di violenza a danno di operatore" rappresenta anche un **Evento Sentinella** previsto dal SIMES. Da definizione, l'evento sentinella è un "evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti".



Per tale motivo la Sub Area Rischio Clinico, nel tentativo di favorire comportamenti omogenei in tutti i contesti locali rispetto alla segnalazione di alcuni Eventi Sentinella, riguardo all' ES n. 12 "Atti di violenza a danno di operatore", ha espresso i seguenti orientamenti sui criteri di inclusione:

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 di 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 lesa;
 - 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.

B) Infortuni sul lavoro

Un'altra fonte informativa importante per quantificare il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari è rappresentata dalle denunce e dalle comunicazioni di infortunio.

Per "infortunio sul lavoro" s'intende ogni incidente avvenuto per "causa violenta in occasione di lavoro" dal quale sia derivata una inabilità assoluta temporanea della durata di almeno un giorno, escluso quello dell'evento; dall'evento può altresì derivare l'inabilità permanente e/o la morte. L'infortunio sul lavoro si caratterizza pertanto per l'evento che lo determina, che è improvviso e violento; si differenzia quindi dalla malattia professionale la cui causa è diluita nel tempo.

La causa violenta è un fattore che opera dall'esterno nell'ambiente di lavoro, con azione intensa e concentrata nel tempo, e presenta le seguenti caratteristiche: efficienza, rapidità ed esterioresità. L'occasione di lavoro è un concetto ampio, non unicamente riferito alle comuni categorie di spazio/luogo e di tempo. Pertanto, per poter classificare l'evento come "infortunio sul lavoro" non è sufficiente che esso occorra durante il lavoro e sul luogo di lavoro, ma è necessario che esso si determini per finalità di lavoro. Deve esistere, in sostanza, un rapporto causale, anche indiretto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che causa l'infortunio. Sono pertanto esclusi dalla tutela gli eventi che conseguono a un comportamento agito non per finalità di lavoro, quelli simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso. Vengono invece tutelati gli infortuni occorsi per "colpa" del lavoratore.

L'assicurazione dell'Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) cui ogni datore di lavoro deve trasferire obbligatoriamente il rischio risarcisce gli effetti di ogni infortunio sul lavoro: inabilità assoluta temporanea (ad eccezione dei primi tre giorni di assenza dal lavoro, che sono a carico del datore di lavoro), inabilità permanente e morte.



L'assicurato è obbligato a dare immediata notizia al proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio che gli accada, anche di lieve entità. In caso contrario, se il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non procede con la denuncia all'INAIL, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio¹.

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni, escluso quello dell'evento, il datore di lavoro ha l'obbligo di inoltrare la denuncia di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio², indipendentemente da ogni valutazione rispetto alla ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia nei termini e con le modalità di legge³.

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico.

Per gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno escluso quello dell'evento, tutti i datori di lavoro hanno comunque l'obbligo di inoltrare, a fini statistici e informativi, la "Comunicazione di infortunio"⁴.

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di mancata oppure inesatta indicazione, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa⁵. In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa⁶.

I problemi principali rappresentati dal flusso informativo legato agli infortuni sono essenzialmente di due tipi:

1. Scarsa digitalizzazione e frammentazione del flusso. Spesso le informazioni sono raccolte in registri cartacei che, soprattutto in aziende territoriali, possono essere distribuiti in più uffici. Anche le comunicazioni all'INAIL spesso avvengono utilizzando moduli cartacei. Questo crea difficoltà nell'aggregazione del dato e, soprattutto, nella sua analisi.

¹ Art. 52 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

² Art 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

³ Art. 53, comma 1 e 2 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

⁴ Combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

⁵ Art. 16 della Legge 10 maggio 1982, n. 251. Recante "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".

⁶ Art. 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).



2. Difficoltà nell'associazione con il flusso di *incident reporting*. In altri termini, in assenza di *link* specifici fra i due flussi che consentano di individuare gli episodi segnalati sia nel sistema di *incident reporting* che in quello INAIL, non è possibile escludere una quota di sovrapposizione di eventi e, quindi, una sovrastima del dato.

A tal proposito, si suggerisce di promuovere la collaborazione tra Regioni/PA e Direzioni regionali INAIL, al fine di stabilire modalità di costruzione di un report integrato che consenta di valutare il fenomeno delle aggressioni anche da un punto di vista infortunistico.

C) Segnalazioni all'Autorità Giudiziaria

L'ultima fonte informativa, escludendo gli eventi di cui si viene a conoscenza tramite i mezzi di comunicazione, è rappresentata dalle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria.

Tutti gli esercenti una professione sanitaria che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in una organizzazione sanitaria ricoprono sempre almeno la qualifica di incaricato di pubblico servizio, ed in taluni casi acquisiscono, in modo permanente o transitorio, la qualifica di pubblico ufficiale. Comprendere quando il personale sanitario riveste codeste particolari qualifiche è determinante per capire quali siano le tutele e gli obblighi ad esse correlate. I caratteri definitori di ciascuna qualifica sono contenuti all'interno del codice penale agli articoli 357 e seguenti. Va ricordato che la commissione di un reato contro incaricati di pubblico servizio o pubblici ufficiali integra un'aggravante, ex art. 61 del codice penale, con conseguente inasprimento della pena⁷.

Art. 357 c.p. Nozione del pubblico ufficiale

Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

Art. 358 c.p. Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio

Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Per gli scopi di questo documento è opportuno evidenziare tre importanti fattispecie previste dal codice penale che riguardano o possono riguardare gli esercenti le professioni sanitarie operanti sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie pubbliche o private. Il codice penale, infatti, impone agli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di informare tempestivamente l'Autorità

⁷ Il disegno di legge in discussione al momento della stesura del documento, aggiunge all'art. 61 primo comma del c.p. il numero 11-octies che introduce una nuova circostanza aggravante per i "delitti commessi con violenza o minacci, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".



Giudiziaria di qualsiasi notizia di reato relativa a delitti procedibili d'ufficio, la cui violazione è punita con una sanzione.

Per Autorità Giudiziaria si intende il Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica o qualsiasi Ufficiale di Polizia giudiziaria (presso i commissariati di polizia, presidi dei carabinieri, della guardia di finanza o della polizia penitenziaria) ed in mancanza il Sindaco.

Sono procedibili d'ufficio quei reati che, per la particolare gravità, sono obbligatoriamente perseguiti dall'Autorità Giudiziaria anche contro la volontà della persona offesa. Relativamente alle professioni sanitarie possono essere di seguito sintetizzati:

1. **Delitti contro la vita**: omicidio volontario, preterintenzionale e colposo;
2. **Delitti contro l'incolumità individuale**: lesioni personali dolose gravissime (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, per manette gravi difficoltà della favella; deformazione o sfregio permanente del viso, aborto della persona offesa, mutilazioni di organi genitali femminili, come la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione); lesioni personali dolose, da cui sia derivata una malattia di durata superiore a 20 gg; lesioni personali dolose aggravate (pericolo per la vita, malattia superiore ai 40 giorni, permanente di un senso di un organo, su donna incinta e se dal fatto deriva l'acceleramento del parto); lesioni personali colpose aggravate. Sono escluse le lesioni lievissime e le percosse.
3. **Delitti contro la libertà personale**: sequestro di persona; violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata (vedi 14.1.3); l'incapacità procurata mediante violenza.

Pertanto tutti gli esercenti le professioni sanitarie che operano all'interno dell'organizzazione sanitaria, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale, in quanto pubblici ufficiali (ex art. 361 c.p.) o incaricati di pubblico servizio (ex art. 362 c.p.), sono obbligati a notificare l'Autorità Giudiziaria di qualsiasi reato procedibile d'ufficio che si verifichi durante l'attività lavorativa.

Anche per quel che riguarda il flusso informativo legato alle segnalazioni all'AG, possono identificarsi almeno due tipi di problemi:

1. Le informazioni relative alle segnalazioni, soprattutto per quel che riguarda i reati non perseguibili d'ufficio, non è detto che siano note alla struttura. L'unica informazione disponibile presso gli uffici affari legali, potrebbero essere connesse ai reati per i quali la struttura si sia costituita parte civile⁸ o abbia a sua volta sporto denuncia per interruzione di pubblico servizio.
2. Difficoltà nell'associazione con il flusso di *incident reporting*. In altri termini, in assenza di *link* specifici fra i due flussi che consentano di individuare gli episodi segnalati sia nel sistema di

⁸ Il citato disegno di legge introduce l'obbligo per le aziende sanitarie, le pubbliche amministrazioni e le "strutture e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici, privati o del privato sociale, di costituirsi parte civile nei processi di aggressione nei confronti dei propri esercenti le professioni sanitarie, socio-sanitarie o sociali nell'esercizio delle loro funzioni". Inoltre, "salvo che il fatto costituisca reato", viene introdotta una sanzione amministrativa per "chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive, ovvero moleste nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" nella misura di una "somma da euro 500 a euro 5.000".



incident reporting che in quello giudiziario, non è possibile escludere una quota di sovrapposizione di eventi e, quindi, una sovrastima del dato.

A tal proposito, si suggerisce di promuovere il confronto tra Regioni/PA e Procure competenti per ambito territoriale, al fine di stabilire modalità di costruzione di un report integrato che consenta di valutare il fenomeno delle aggressioni anche da un punto di vista giudiziario.

Il presente documento di consenso elaborato dalla Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PA contiene indicazioni di natura tecnica, esclusivamente orientative per una eventuale applicazione nelle realtà locali, finalizzate alla promozione di omogeneità di approccio su tematiche di comune interesse per i diversi sistemi regionali/provinciali.