

Misure di contrasto alla Violenza nei confronti degli Operatori Sanitari. La Camera approva il DDL all'unanimità e il testo ritorna al Senato in seconda lettura: l'ennesimo esempio di panpenalismo quale unica risposta dell'attuale legislatore ai fenomeni sociali.

di **Francesco P. Modugno**

Sommario. 1. Premessa. – 2. Le misure introdotte dal DDL Violenza Operatori Sanitari. – 2.1. L'ambito di applicazione. – 2.2. Le misure preventive. – organizzative. – 2.3. Gli interventi in ambito penale e amministrativo. – 2.3.1. La nuova fattispecie *sub* art. 583-*quater* c.p. – fattispecie autonoma o circostanza aggravante? – 2.3.2. L'aggravante comune *sub* art. 61, n. 11-*octies*) c.p. – 2.3.3. La procedibilità d'ufficio per percosse e lesioni dolose. – 2.3.4. Il nuovo illecito amministrativo. – 3. Osservazioni *de iure condendo*.

1. Premessa.

Il 21 maggio scorso, nel bel mezzo dell'emergenza Covid-19, la Camera dei deputati ha approvato, all'unanimità, il DDL n. S. 867 – C. 2117¹ relativo a "*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*".

L'iniziativa legislativa assunta in prima battuta dal Governo Conte I, nella persona del Ministro della Salute *pro-tempore* Giulia Grillo², muove dal meritorio proposito, riportato nei lavori parlamentari, di "*individuare misure di prevenzione e contrasto per gli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie, che ormai con frequenza costante mettono a serio pregiudizio l'incolumità fisica e professionale della menzionata categoria*".

Benché in assenza di dati precisi sull'estensione e sulla gravità del fenomeno, è indubbio che da tempo sia presente nell'opinione pubblica la percezione dell'esigenza di maggiori strumenti di tutela nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, per il sensibile ed importante ruolo sociale dalle stesse ricoperto e per il ripetersi sempre più frequente di episodi di violenza che

¹ Qui il testo licenziato dalla Camera e trasmesso al Senato in seconda lettura.

² Ddl S.867, promosso presso il Senato della Repubblica, XVIII Legislatura, di iniziativa governativa, presentato dall'allora Ministro della Sanità Giulia Grillo, di concerto con il Ministro dell'Interno, il Ministro della Giustizia e il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie (cfr. qui l'iter completo di esame in Senato).



ledono la fiducia del pubblico, e soprattutto degli operatori, rispetto alle condizioni di sicurezza essenziali per l'efficace esercizio del proprio lavoro.

L'esplosione della crisi legata al Covid-19, che ha oltremodo evidenziato la necessità di assicurare maggiori risorse, non solo economiche, alla categoria degli operatori sanitari, ha poi fatto il resto, dando una spinta decisiva per la prosecuzione dei lavori e il completamento dell'*iter* alla Camera.

L'esito, ad oggi provvisorio, dell'iniziativa legislativa lascia, tuttavia, numerosi interrogativi sulla reale efficacia dell'intervento, non soltanto per i rilevanti dubbi di carattere interpretativo di cui si dirà *infra*, ma soprattutto perché relegato principalmente – come troppo spesso accade – all'inasprimento generalizzato del regime sanzionatorio penale, sulla falsa riga dell'ideologia oggi assai di moda secondo cui è sufficiente intervenire sulle pene per fornire risposte concrete a istanze sociali e a fenomeni di criminalità (più o meno) diffusa.

Il testo attuale appare, invece, munito solo in minima parte di concrete soluzioni tese a rafforzare i presidi organizzativi e protettivi all'interno degli istituti sanitari, essenziali per una efficace prevenzione (e non soltanto repressione) dei fenomeni di violenza e per innalzare il livello di sicurezza percepito dagli operatori.

2. Le misure introdotte dal DDL Violenza Operatori Sanitari.

Il testo che esce da Montecitorio, e che ha assorbito al proprio interno numerosi altri disegni di legge, alcuni giacenti da tempo alla Camera³, ha subito rilevanti modifiche ed integrazioni rispetto a quello licenziato in origine, nel settembre 2019, da Palazzo Madama.

La (affatto frequente) approvazione all'unanimità del testo, in parte senz'altro favorita dall'emergenza sanitaria, lascia immaginare che l'*iter* di approvazione in Senato, in seconda lettura, possa essere piuttosto snello e che quindi il testo attuale difficilmente subirà ulteriori, rilevanti, modifiche.

Ciò è in parte confermato dalla circostanza che il testo giunto in Senato è stato subito assegnato, il 26 maggio, alla 12a Commissione permanente, competente in materia di Igiene e Sanità, in sede redigente⁴, cosicché l'esame dei singoli articoli potrà svolgersi direttamente in commissione e l'aula sarà chiamata a votare solo il testo complessivo, nella votazione finale.

In attesa, quindi, che il disegno di legge completi il suo *iter*, è già possibile ripercorrere l'oggetto dell'intervento normativo varato da Montecitorio e

³ In particolare, il ddl C. 2117, seguito del medesimo approvato dal Senato il 25 settembre 2019 (S. 867), ha incorporato al proprio interno i ddl C. 704, C. 909, C. 1042, C. 1067, C. 1070, C. 1226, C. 1246, C. 1590, C. 2004, alcuni giacenti da diversi anni alla Camera, presentati da esponenti di pressoché tutti i partiti principali dell'arco parlamentare (FI, LEU, Lega, PD, FDI).

⁴ Cfr. la scheda di analisi del disegno di legge (ora denominato S.867-B) sul sito del Senato della Repubblica, ritrovabile [qui](#).

svolgere alcune, prime, riflessioni sulle misure introdotte dal disegno di legge, con particolare attenzione alle disposizioni in materia penale.

Il testo licenziato dalla Camera dei deputati si compone, nella sua versione finale, di 10 articoli, di cui alcuni volti all'introduzione di strumenti a carattere preventivo/organizzativo e formativo, e altri che intervengono invece in maniera diretta sulla materia penale, introducendo una nuova circostanza aggravante comune all'art. 61 c.p. (n. 11-*octies*) e allargando la sfera di applicazione dell'art. 583-quater c.p. anche nei confronti degli operatori sanitari e loro ausiliari.

2.1. L'ambito di applicazione.

L'ambito di applicazione del ddl è definito all'articolo 1, attraverso un rimando, quanto alle professioni sanitarie, agli articoli 4 e da 6 a 9 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (*"Delega al governo in materia di sperimentazione clinica nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute"*⁵), e quanto alle professioni socio-sanitarie, all'art. 5 della medesima legge n. 3/2018.

La platea dei destinatari è, a ben vedere, estremamente ampia, in quanto ricomprende non soltanto medici-chirurghi e odontoiatri, ma riguarda anche veterinari, infermieri, farmacisti, tecnici sanitari di radiologia, professionisti in ambito ostetrico e in ambito riabilitativo (art. 4, l. 3/2018), e ancora chiropratici, osteopati (art. 7), chimici e fisici (art. 8), biologi e psicologi (art. 9).

Il richiamo all'art. 5 della l. 3/2018 estende l'applicazione della norma anche alle professioni socio-sanitarie, vale a dire operatori socio-sanitari, assistenti sociali, sociologi e educatori professionali.

Infine, il rimando all'art. 6 della l. 3/2018, ove è disciplinata la procedura per l'individuazione e istituzione di nuove professioni sanitarie da parte del Ministero della Salute, dà luogo ad una vera e propria clausola "mobile", che consentirà di estendere l'ambito di applicazione del ddl in esame anche a eventuali nuove professioni sanitarie che in futuro dovessero essere formalmente riconosciute dal Ministero della Salute. Analoga considerazione vale per l'art. 5, comma 2, rispetto a nuovi eventuali profili professionali a carattere socio-sanitario.

L'estrema ampiezza dell'ambito di applicazione della disciplina suscita, da subito, alcune perplessità, atteso che la stessa sembra essere andata ben oltre, nel proprio perimetro di riferimento, rispetto a quelle che erano e sono tutt'ora le ragioni sottese a all'iniziativa legislativa qui in esame.

Come osservato nel corso dei lavori preparatori, infatti, la *ratio* posta a fondamento dell'intervento normativo, tale da giustificare, in astratto, misure più stringenti e un inasprimento degli aspetti sanzionatori, era rinvenuta – in

⁵ Testo rinvenibile [qui](#).



modo condivisibile – nel *"rapporto fortemente interattivo e personale che si instaura tra il paziente e il sanitario durante l'erogazione della prestazione sanitaria e che vede spesso coinvolti soggetti, quali il paziente stesso o i familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga"*.

Rapporto, quello tra professionista e paziente, che assai difficilmente si rinviene in alcune delle categorie coinvolte, quali ad esempio i biologi, i fisici e i chimici, invece richiamati dall'articolo 1.

Da notare, inoltre, che l'ambito di applicazione non sia limitato ai soggetti di cui all'art. 1 del ddl, atteso che le successive disposizioni, che intervengono sulla materia penale, ne estendono ulteriormente la sfera di applicazione anche a *"chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni"*.

Tale rinvio, privo di aggancio normativo specifico, appare riferito principalmente a personale che svolge attività di primo soccorso (ad es. personale della croce-rossa, portantini, autisti di ambulanze, ecc.), benché l'ampio riferimento ad *attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso* appaia piuttosto sfuggente e di non facile definizione da parte dell'interprete. Resta, infatti, dubbia l'estendibilità della norma anche nei confronti di personale non medico che svolga, ad esempio, attività amministrativa all'interno di strutture sanitarie (si pensi agli operatori di cassa all'interno di strutture sanitarie, o al personale di segreteria).

Si tratta, invero, di attività senza alcun dubbio ausiliarie e funzionali allo svolgimento di dette professioni, tuttavia difficilmente riconducibili nell'alveo delle *attività di cura, assistenza sanitaria o soccorso*, come definite all'interno del ddl, caratterizzate nella loro espressione letterale da una valenza medico/sanitaria che mal si attaglia ai connotati delle funzioni più prettamente amministrative presenti nelle singole strutture.

Vista l'estrema ampiezza dei soggetti richiamati dall'articolo 1 nella definizione di professioni sanitarie e socio-sanitarie, tale conclusione appare in parte distonica tanto con le finalità perseguite dal disegno di legge, quanto con l'estensione stessa dei soggetti coinvolti.

2.2. Le misure preventive – organizzative.

Una parte delle disposizioni del ddl licenziato dalla Camera riguarda, come detto, l'introduzione di misure a carattere preventivo, organizzativo e formativo, nell'ottica del rafforzamento delle misure di controllo e di contenimento degli episodi di violenza nei confronti di operatori sanitari e socio-sanitari.



In particolare, all'articolo 2 si dispone l'istituzione presso il Ministero della Sanità dell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie⁶.

Tale organo⁷ avrà il compito di monitorare, a livello nazionale, sia la diffusione di episodi di violenza nei confronti di operatori sanitari o socio-sanitari (lett. a), sia dei c.d. eventi sentinella⁸ (lett. b), e dovrà altresì promuovere e monitorare l'adozione di misure di prevenzione e protezione previste in materia di sicurezza sul lavoro ex d.lgs. 81/2008, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di video-sorveglianza (lett. d), la diffusione di buone pratiche in materia degli esercenti professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in *équipe* (lett. e) e corsi di formazione finalizzati alla prevenzione e gestione di situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti (lett. f).

Viene, inoltre, prevista a livello normativo la collaborazione del neo-istituito Osservatorio con il già esistente Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella sanità, che avrà il fondamentale compito di trasmettere, tramite l'Agenas⁹ (ove l'Osservatorio Buone Pratiche è istituito), i dati relativi agli episodi di violenza registrati su tutto il territorio nazionale, anche con riguardo a situazioni di rischio e di particolare vulnerabilità.

L'articolo 3 rimette al Ministro della Salute la promozione di iniziative di informazione e di comunicazione istituzionale, volte a sensibilizzare il pubblico sull'importanza del rispetto del lavoro degli operatori sanitari e socio-sanitari, mentre l'art. 7, introdotto alla Camera, prevede, quale misura di prevenzione del rischio, l'obbligo da parte delle strutture ove opera personale sanitario e/o socio-sanitario di prevedere, nei piani per la sicurezza, la stipula di protocolli operativi ad hoc con le forze di polizia, al fine di garantire un pronto intervento in caso di necessità.

All'art. 8, infine, quale complemento delle pratiche di sensibilizzazione definite all'art. 3, viene istituita la Giornata nazionale di educazione e

⁶ La cui istituzione e struttura saranno definite con l'emanazione, entro tre mesi, di un Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Interno, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni

⁷ Composto da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, del Ministero dell'Interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro e politiche sociali, dell'Agenas (), degli ordini professionali interessati, di organizzazioni di settore, associazioni di pazienti e dell'INAIL. Tutti i componenti dell'Osservatorio non avranno diritto a compensi, indennità o rimborsi spese per la loro attività

⁸ Così come definiti dal Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, adottato nel luglio 2009 dall'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella, istituito presso l'allora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (e oggi soggetto alla direzione del Ministero della Salute), rinvenibile [qui](#). Si noti che già il protocollo prevede, al n. 12, gli atti di violenza ai danni di un operatore sanitario.

⁹ Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, ente pubblico non economico istituito con d.lgs. 266/1993 e sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute.

prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

2.3. Gli interventi in ambito penale e amministrativo.

Gli interventi più rilevanti del ddl, contraddistinti – come si vedrà – da non irrilevanti criticità di carattere sistematico ed interpretativo, attengono alla materia penale.

2.3.1. La nuova fattispecie *sub* art. 583-*quater* c.p. – fattispecie autonoma o circostanza aggravante?

L'articolo 4, in primo luogo, aggiunge all'art. 583-*quater* c.p. un ulteriore comma, con cui si dispone l'applicazione delle pene di cui al primo comma, vale a dire la reclusione da quattro a dieci anni per lesioni gravi, e da otto a sedici anni per lesioni gravissime, nel caso in cui le lesioni personali gravi o gravissime siano cagionate a *personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio*.

Alla Camera, tale disposizione è stata inoltre integrata, come anticipato *supra*, estendendo l'applicazione della fattispecie illecita di nuova introduzione anche alle lesioni cagionate nei confronti di coloro che svolgono *attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività*.

L'aggravio di pena viene, quindi, agganciato a due elementi essenziali: l'appartenenza della vittima ad una delle professioni *sanitarie* o *socio-sanitarie*, come definite dall'art. 1 del medesimo ddl, ed ora estesa anche alle categorie che svolgono servizi ausiliari, nonché la connessione tra l'azione lesiva e *l'esercizio di tale qualifica*, o comunque *a causa* della stessa, attraverso una tipizzazione per specialità rispetto al fatto base delle lesioni dolose gravi o gravissime, come definite all'art. 583 c.p.

Quanto all'ambito applicativo soggettivo – estremamente esteso – della disposizione già si è detto *supra*, trattando dell'art. 1 del ddl.

Il sintagma "*nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio*" assume invece duplice valenza nel circoscrivere i fatti suscettibili di essere ricondotti all'ambito applicativo dell'art. 583-*quater*, comma 2, c.p., riferendosi in primo luogo ai casi di violenza, sfociata in lesioni gravi o gravissime, commessi nei confronti di personale sanitario e socio-sanitario in un contesto spazio-temporale in cui questi stanno svolgendo la loro attività (si pensi al tipico caso di aggressione che si verifichi nei confronti di personale medico in servizio all'interno di una struttura sanitaria di pronto soccorso, o casi analoghi)

L'utilizzo dell'espressione "*a causa*" delle funzioni o del servizio sembra, invece, estendere l'ambito di applicazione della norma a quei casi di violenza che, pur non avvenuti nello stretto ambito temporale in cui la vittima era in servizio e svolgeva in concreto le proprie funzioni professionali, comunque

sono a tali funzioni collegati. Un esempio tipico potrebbe essere quello di parenti di una persona ricoverata in ospedale che per i motivi più vari aggrediscono la vittima al di fuori della propria abitazione e in un contesto prettamente privato, *a causa* della funzione o del servizio dalla stessa svolto quale professionista sanitario o socio-sanitario.

Più in generale, sembra esservi un preciso richiamo di carattere causale/funzionale tra la qualifica soggettiva e l'azione lesiva, tale per cui l'aggravante non potrà trovare applicazione per il sol fatto che la condotta sia perpetrata in danno di un professionista sanitario o socio-sanitario, bensì occorrerà che tale azione sia in qualche modo connessa con le funzioni dal medesimo esercitate.

L'intervento riformatore, che interessa anche la rubrica della disposizione in parola, appare volto alla creazione di una nuova figura incriminatrice, che enuclea dal più ampio e generale ambito delle lesioni dolose, gravi o gravissime, un fatto tipico caratterizzato da particolare gravità in funzione della qualifica soggettiva della vittima e del nesso causale/funzionale di questa con l'azione lesiva.

Tuttavia, come spesso accade, la tecnica legislativa adottata espone la norma in esame a significative perplessità quanto alla possibilità di classificare la medesima alla stregua di reato autonomo, enucleato per specificazione rispetto al reato "base" delle lesioni dolose. Appare, invece, assai più immediata la riconduzione della stessa alla categoria delle circostanze aggravanti ad effetto speciale, con le ovvie conseguenze che ciò comporta in termini di effettiva valenza dell'intervento legislativo a seconda che si propenda per l'una o per l'altra interpretazione.

Come già emerso nel dibattito dottrinale rispetto alla figura già esistente del primo comma della medesima disposizione¹⁰, riferita ad episodi di violenza nei confronti di pubblici ufficiali nel contesto di eventi sportivi, la formulazione letterale della norma, ove si limita a definire una cornice edittale autonoma – "*le stesse pene si applicano*" – e gli elementi specializzanti che giustificano l'aggravamento di pena, senza descrivere alcun fatto tipico oggetto di incriminazione, appare senz'altro più coerente alla qualificazione della stessa in termini di circostanza aggravante ad effetto speciale.

Anche il tentativo di identificare un autonomo disvalore nella qualifica soggettiva della vittima, tale da giustificare l'enucleazione di una fattispecie autonoma rispetto al comune delitto di lesioni volontarie, appare non scevro da criticità, trattandosi in concreto di una tipizzazione per specificazione di alcuni elementi del fatto di reato, tipica delle aggravanti, la cui condotta essenziale, espressiva del nucleo valoriale protetto dalla norma

¹⁰ Cfr. PISA P., *Il nuovo reato di lesioni a Pubblico Ufficiale in occasione di manifestazioni sportive*, in *Dir. Pen. Proc.*, 2007, n. 6, pag. 736 ss.

incriminatrice, va sempre ricondotta all'azione lesiva volontaria che incide – gravemente – sull'incolumità personale della vittima.

Dubbia appare, al riguardo, la possibilità di assimilare di questa nuova figura, in termini sistematici, all'ipotesi di reato di cui all'art. 583-bis c.p., che la precede nel codice e che sanziona con autonoma fattispecie delittuosa le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

Pur essendo anche l'art. 583-bis c.p. espressione di una tipizzazione per specialità del più ampio *genus* delle lesioni personali volontarie, evidente appare in questo ultimo caso l'esigenza di apprestare una forma di repressione specifica nei confronti di una peculiare espressione modale dell'illecito, che non si limita a ledere, gravemente, il bene giuridico dell'integrità fisica, ma che incide in modo altrettanto grave sulla salute psico-sessuale e sulla dignità personale della donna, giustificando un intervento repressivo *ad hoc*, necessario a "stigmatizzarne anche sul piano simbolico il particolare disvalore"¹¹.

Tali peculiarità non sembrano potersi rinvenire nella fattispecie qui in esame, ove, rispetto al nucleo essenziale della condotta (*id est* la lesione grave o gravissima), l'appartenenza a una determinata categoria professionale e il nesso causale/funzionale tra tale qualità soggettiva e l'azione violenta del soggetto agente altro non sono che elementi specializzanti del fatto tipico, tali da giustificare un aggravio di pena, ma non da consentire l'identificazione di un fatto tipico dotato di proprio disvalore, distinto da quello delle lesioni dolose.

Senza contare che tale aggravamento si innesta, in modo piuttosto aggrovigliato, sulla disposizione di cui all'art. 583 c.p., ove è presente la definizione normativa di lesioni gravi e gravissime e che, per Giurisprudenza pressoché univoca¹², è considerata a sua volta circostanza aggravante del delitto di lesioni volontarie di cui all'art. 582 c.p.

A ben vedere, in assenza di precedenti giurisprudenziali specifici sulla corretta qualificazione giuridica dell'art. 583-*quater*, co. 1, c.p., come introdotto dall'art. 7, co. 1, D.L. n. 8 dell'8 febbraio 2007 (modificato in sede di conversione con l. 41/2007¹³) per la repressione di fenomeni di violenza

¹¹ In questi termini FIANDACA G. – MUSCO E., *Diritto penale – parte speciale*, Vol. II, tomo primo, *I delitti contro la persona*, IV ed., Bologna 2013, pag. 78.

¹² Cfr. *ex multis*, Cass., sez. V, sent. N. 48891 del 20.09.2018 (dep. 25.10.2018); Cass., sez. 4177 del 07.10.2014 (dep. 28.01.2015); Cass., sez. V, sent. N. 34012 del 03.04.2013 (dep. 06.08.2013); Cass., sez. V, sent. n. 27986 del 05.02.2013 (dep. 26.06.2013). Opinioni discordanti sono state invero espresse da Autorevole Dottrina (cfr. FIANDACA G. – MUSCO E., *op. cit.*, pag. 72; v. anche ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, Parte Speciale*, Vol. I, Milano 2002, p. 82 ss.).

¹³ "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 08.02.2007, n. 8, recante misure urgenti per la prevenzione e la repressione di fenomeni di violenza connessi a competizioni calcistiche, nonché norme a sostegno della diffusione dello sport e della partecipazione gratuita dei minori alle manifestazioni sportive".

nell'ambito di manifestazioni sportive, la Dottrina¹⁴ ha espresso opinioni discordanti quanto alla natura di reato autonomo o *circostanza aggravante ad effetto speciale* di tale disposizione.

Tale dubbio interpretativo non potrà che riguardare anche la norma qui in esame, ove la stessa trovasse definitiva approvazione in Senato, lasciando all'applicazione giurisprudenziale l'onere di dipanare l'alternativa tra fattispecie autonoma e aggravante ad effetto speciale, con le ben note e rilevanti conseguenze che l'una o l'altra opzione determinano in punto di articolazione della risposta sanzionatoria concreta e con il rischio di applicazioni disomogenee tra i singoli casi sottoposti al vaglio dell'Autorità Giudiziaria.

2.3.2. L'aggravante comune sub art. 61, n. 11-octies) c.p.

Oltre alla rimodulazione della cornice edittale per i fatti di lesioni gravi o gravissime, l'articolo 5 del ddl dispone anche l'introduzione di una nuova circostanza aggravante comune al n. 11-octies) dell'art. 61 c.p., con la quale viene previsto un aggravio di pena nel caso in cui il soggetto agente abbia 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"*.

L'aggravante in questione si inserisce nell'articolato elenco di circostanze oggi previste dall'art. 61 c.p., al cui interno si rinviene una disposizione che presenta evidenti affinità e profili di parziale sovrapposibilità con la norma in esame.

Il riferimento è alla circostanza di cui al n. 10) del medesimo art. 61 c.p., ove l'aggravamento della pena è disposto rispetto a fatti commessi *"contro un pubblico ufficiale o una persona incaricata di pubblico servizio [...] nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio"*.

Al riguardo, la Giurisprudenza ha da tempo ammesso l'estensibilità di tale aggravante anche al personale medico, infermieristico e ausiliario delle strutture ospedaliere e territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscendone la qualifica di pubblici ufficiali¹⁵ o comunque di incaricati di

¹⁴ Favorevoli alla natura di reato autonomo della disposizione *de quo* appaiono PISA P., *op. cit.*, p. 737; nonché, pur sé in termini meno netti, BARTOLI R., *Le circostanze "al bivio" tra legalità e discrezionalità*, in *Cass. pen.*, 2016, n. 5, p. 2254B; favorevoli alla natura di circostanza aggravante sono invece CURI F., *La fretta, che l'onestade ad ogni atto dismaga*, in *Cass. pen.*, 2007, n. 5, pag. 2259B ss.; PISTILLI N., *Tentativo di delitto circostanziato e grado delle lesioni*, in *Dir. Pen. proc.*, 2017, n. 6. Anche FIANDACA G. – MUSCO E., *op. cit.*, p. 75, si esprimono a favore della natura di circostanza aggravante speciale dell'art. 583-*quater* c.p., partendo tuttavia dall'assunto, contrastato in Giurisprudenza, che le ipotesi di lesioni gravi e gravissime di cui all'art. 583 c.p. rappresentino fattispecie autonome di reato.

¹⁵ Cfr. *ex multis*, Cass., sez. V, sent. N. 28052 del 24.05.2019; Cass., sez. VI, sent. n. 13411 del 05.03.2019; Cass., sez. VI, sent. n. 29788 dell'11.05.2017; Cass., Sez. VI, 25.6.1996, n. 8508. Di

pubblico servizio. Analoga qualifica è stata riconosciuta anche ai medici convenzionati¹⁶, agli infermieri ed operatori tecnici¹⁷, agli educatori professionali dipendenti di azienda ospedaliera¹⁸ e persino al capo cuoco del personale di cucina di un ospedale pubblico¹⁹ e agli operatori obitoriali²⁰.

A fronte dell'estesa applicazione da parte della Giurisprudenza della qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nei confronti di personale sanitario, l'aggravante di nuova introduzione sembra avere una portata applicativa concreta assai limitata e riferita al solo ambito privatistico. Detto altrimenti, l'unico (e minimale) elemento di novità, determinato dall'introduzione dell'aggravante *de quo* al n. 11-*octies*) dell'art. 61 c.p., risiede nell'ampliamento dei casi per i quali potrà operare l'aumento della pena, in funzione della qualifica soggettiva della vittima, nei confronti di professionisti esercenti professioni sanitarie o socio-sanitarie in ambito privato, in relazione a reati commessi con violenza o minaccia nei loro confronti, nell'esercizio o a causa di tali funzioni.

In termini pratici, l'aggravante in questione, avendo caratteri specializzanti²¹ rispetto a quella di cui al n. 10) del medesimo articolo²², troverà in concreto applicazione per tutti i reati, commessi con violenza o minaccia, nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario come definiti dall'art. 1 del medesimo ddl, nonché ai relativi ausiliari, a prescindere dalla qualifica pubblicistica o privatistica dell'attività esercitata.

L'aggravante di cui al n. 10 dell'art. 61 c.p. troverà invece applicazione in via residuale, quanto al personale sanitario dotato della qualifica di P.U. o incaricato di P.S., rispetto a reati ulteriori non caratterizzati in concreto dall'esercizio di violenza o minaccia nella loro commissione.

recente è stato riconosciuto il medesimo status anche per l'attività medica c.d. *intra moenia* (Cass., sez. V, sent. n. 51474 del 04.10.2019; in senso conforme, Cass., sez. V, sent. n. 2935 del 05.11.2018).

¹⁶ Cass., sez. VI, sent. n. 51946 del 19.04.2018; Cass., sez. III, sent. N. 1913 del 22.12.1999.

¹⁷ Cfr. Cass., sez. V, sent. n. 9393 del 16.12.2019, ove si riconosce la qualifica di incaricato di pubblico servizio ad un infermiere operante in una struttura sanitaria privata. Nonché più in generale Cass., sez. VI, sent. n. 34359 del 04.06.2010; Cass., sez. II, sent. n. 769 dell'11.11.2005.

¹⁸ Cass., sez. VI, sent. n. 57233 del 09.11.2017.

¹⁹ Cass., sez. VI, sent. n. 6185 del 05.04.1995.

²⁰ Cass., sez. VI, sent. n. 27933 del 23.04.2008.

²¹ Invero, stanti il rapporto di specialità tra le due aggravanti e il disposto di cui all'art. 68, co. 2, c.p., pare potersi escludere che le aggravanti di cui ai nn. 10) e 11-*octies*) possano trovare applicazione congiunta.

²² Dati dalla qualifica soggettiva delle vittime, non riferita al *genus* dei pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio, bensì ristretta ai soggetti rientranti nella definizione di cui all'art. 1 del ddl, e dalla circoscritta applicazione ai soli reati commessi con violenza o minaccia, laddove l'art. 61, n. 10) c.p. si applica indistintamente in base alla sola qualifica soggettiva della vittima.

2.3.3. La procedibilità d'ufficio per percosse e lesioni dolose.

L'articolo 6 del ddl interviene, infine, sul regime di procedibilità per i reati di percosse (art. 581 c.p.) e lesioni personali dolose (art. 582 c.p.), disponendone la procedibilità d'ufficio allorquando ricorrono le condizioni per l'applicazione dell'aggravante di cui all'art. 61, n. 11-*octies*) c.p.

Tale modifica sembra inserirsi nel solco dell'intervento in materia di tutela degli operatori sanitari previsto dal ddl qui in commento, laddove denota la volontà di attribuire una connotazione *latu sensu* pubblicistica, o comunque di ampia rilevanza sociale, alla tutela del singolo operatore, sottraendo a quest'ultimo l'iniziativa in materia e penale e prevedendo *ex lege* l'obbligo di perseguire penalmente azioni caratterizzate da violenza fisica, finanche minima come nel caso delle percosse, nei confronti di personale medico e socio-sanitario.

Residua qualche perplessità in merito alla reale efficacia di tale misura, che poco cambia rispetto al complessivo apparato punitivo e che appare al contempo foriera di un potenziale aggravio del carico di lavoro di uffici giudiziari già allo stremo, non da ultimo a causa dell'emergenza Covid-19, in presenza di reati comunque caratterizzati, pur a fronte della qualifica soggettiva della vittima, da modesto disvalore sociale (basti pensare che, nel caso delle percosse, il reato è di competenza del giudice di pace).

2.3.4. Il nuovo illecito amministrativo.

Quale disposizione di chiusura, l'articolo 9 del ddl introduce una nuova fattispecie di illecito amministrativo che punisce con sanzione pecuniaria da 500 a 5000 Euro chiunque ponga in essere 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.*

Tale disposizione, introdotta in sede di esame del testo del ddl in commissione alla Camera, appare riferita a condotte illecite, caratterizzate da violenza, ingiuria o molestia nei confronti di personale sanitario, come definito all'interno del ddl, senza che vi sia al contempo alcun riferimento all'esercizio delle funzioni o al concreto svolgimento di attività di cura o di soccorso²³.

Si tratterebbe, in sostanza, di una sanzione tipizzata in funzione della sola qualifica soggettiva della vittima, tale da giustificare *ipso facto* la comminatoria di una sanzione pecuniaria in capo al soggetto agente.

Tale ultima disposizione appare, a ben vedere, del tutto eccentrica nell'economia dell'intervento normativo e soprattutto foriera di rilevanti

²³ Così si esprime la scheda di lettura al ddl elaborata dal Servizio Studi della Camera (cfr. Dossier n. 207/1 rinvenibile [qui](#))

problemi applicativi, anche di ordine costituzionale, che superano di gran lunga l'efficacia deterrente che una tale sanzione potrebbe rappresentare al fine di rafforzare i presidi di tutela degli operatori sanitari.

In primo luogo, agganciare la sanzione, pur se amministrativa, ad una qualifica soggettiva, in assenza di qualsivoglia nesso funzionale o anche solo occasionale con l'attività svolta dalla vittima, estende in modo smisurato la portata della disposizione, rendendo astrattamente suscettibile di punizione qualsiasi fatto, anche legato alla sfera privata della vittima, che rientri all'interno del fatto tipico descritto, in termini assai generici, dalla norma in esame.

Si pensi, per fare un banale esempio, a condotte ingiuriose tra coniugi o tra parenti, o anche tra amici, ove la vittima svolga una professione rientrante nell'elencazione di cui all'art. 1 del ddl in esame. Potrà una siffatta condotta essere suscettibile di sanzione? Stando alla lettera della norma e alle considerazioni svolte nel corso dei lavori preparatori, la risposta parrebbe affermativa.

E quale sarebbe mai il disvalore di una tale condotta che giustifica l'elevazione di una sanzione pecuniaria, in linea teorica anche ingente, sino a € 5.000, e che distingue tale situazione da qualsiasi altra situazione analoga che dovesse vedere coinvolti privati cittadini, privi della qualità di operatore sanitario o socio-sanitario?

Una sorta di tipo d'autore rovesciato sulla vittima, che desta rilevanti perplessità anche di ordine costituzionale.

Ciò posto, una analisi complessiva della disposizione mostra come la reale portata applicativa della stessa sia estremamente limitata, al punto da chiedersi quale possa essere l'utilità di siffatta sanzione di nuovo conio nell'economia dell'intervento normativo qui in esame.

La norma esordisce, infatti, con la più classica delle clausole di salvezza ("*salvo che il fatto costituisca reato*") che limita l'applicabilità della stessa ai soli casi in cui il fatto esuli da qualsivoglia profilo di rilevanza penale, secondo un principio di sussidiarietà tipico dei rapporti tra diritto penale e diritto amministrativo.

A fronte di tale circostanza, viene da chiedersi quale potrà mai essere il margine di applicabilità della sanzione amministrativa, rispetto a condotte di violenza, ingiuria, offesa o molestia, che a seconda delle singole espressioni modali del fatto tipico sono elementi costitutivi di numerose fattispecie di reato, quali le lesioni personali, le percosse, la violenza privata, la minaccia, le molestie in luogo pubblico e aperto al pubblico o per mezzo del telefono e la diffamazione.

Assai residuale, invero, appare lo spazio applicativo rispetto ad ipotesi colpose, astrattamente rientranti nell'ambito degli illeciti amministrativi, atteso che la connotazione del fatto tipico in termini di violenza, offesa, molestia o ingiuria mal si attaglia a condotte colpose, riuscendo piuttosto

difficile concepire atti di violenza colposi, o anche ingiurie o molestie commesse con negligenza, imprudenza o imperizia.

Unico apparente spazio potrebbe in astratto ravvisarsi, come puntualmente ricordato nei lavori preparatori²⁴, rispetto alla fattispecie di ingiuria, oggi depenalizzata a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 7 del 2016. Sennonché l'ingiuria è tutt'ora illecito civile punito, nella generalità dei casi e a prescindere dalla qualità soggettiva della vittima, con sanzione pecuniaria civile da € 100 a € 8.000 per la fattispecie base, e di € 200 fino a € 12.000 per ipotesi aggravate²⁵, da devolversi alla cassa delle ammende, vale a dire una cornice edittale assai più ampia e soprattutto elevata nel massimo rispetto a quella prevista dall'art. 9 del ddl in esame.

Cosicché non è chiaro se tale sanzione sia destinata a sostituirsi, per gli esercenti professioni sanitarie, alla sanzione civile oggi prevista per l'illecito di ingiuria, risultando per certi versi addirittura meno afflittiva rispetto alla fattispecie base, o se alla stessa si vada ad affiancare, dando vita ad una sorta di doppio binario tra illecito civile ed illecito amministrativo che rappresenta un *unicum* a livello normativo nazionale e che avrebbe come esito il pagamento allo Stato di due sanzioni pecuniarie per il medesimo fatto, seppur all'esito di due differenti procedimenti, uno civile per il risarcimento del danno e uno amministrativo, in applicazione della l. 689/1981.

3. Osservazioni de iure condendo.

All'esito dell'analisi, numerose sono le osservazioni che si potrebbero muovere al testo del ddl di recente approvazione alla Camera e che, salvo sorprese, potrebbe concludere rapidamente il proprio *iter* al Senato, in seconda lettura.

In linea generale, assai modesta appare la portata delle modifiche introdotte nella materia del diritto penale, legate per lo più ad un generalizzato e, talvolta irrazionale, inasprimento della risposta sanzionatoria che, al di là degli aspetti nominalistici, poco aggiunge rispetto a quanto già previsto dall'attuale legislazione.

Se vi era *ab origine* la – discutibile – volontà di intervenire al fine di inasprire l'apparato sanzionatorio, assai più efficace sarebbe stato isolare una fattispecie di reato autonoma, sottratta al giudizio di bilanciamento delle circostanze, piuttosto che introdurre a cascata nuove disposizioni che poco aggiungono all'attuale sistema sanzionatorio e che, all'opposto, sono foriere di problematiche interpretative e affatto agevolano una più efficace capacità dell'ordinamento di fornire risposte reali alle esigenze di tutela manifestate dal corpo sociale.

²⁴ Cfr. scheda di lettura al ddl elaborata dal Servizio Studi della Camera, pag. 5 (il già citato Dossier n. 207/1 rinvenibile [qui](#)).

²⁵ Cfr. art. 4, d.lgs. 15 gennaio 2016, n. 7.

Quanto alle misure organizzative e preventive, vi sono elementi di indubbio interesse, quali la creazione di un Osservatorio *ad hoc*, a cui è demandata una funzione di monitoraggio e di indirizzo per tutti gli operatori coinvolti nell'adozione di buone pratiche per l'innalzamento dei livelli di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, le disposizioni che promuovono obblighi di formazione per il personale e soprattutto l'introduzione dell'obbligo di adottare protocolli operativi con le forze di polizia, per garantirne il loro tempestivo intervento.

Tale disposizione, che dovrà trovare applicazione nell'ambito dei piani per la sicurezza delle strutture sanitarie coinvolte, quale espressione dell'obbligo datoriale ai sensi del d.lgs. 81/2008, ove opportunamente implementata potrà svolgere un importante carattere deterrente rispetto a condotte di aggressione nei confronti degli operatori, innalzando al contempo il livello di sicurezza percepito dai professionisti sanitari e socio-sanitari.

Non si tratta, d'altra parte, che di un timido inizio rispetto ad un piano di intervento ampio ed articolato che sarebbe quantomai necessario al fine di innalzare sensibilmente i livelli di tutela reali e percepiti nel settore, e che appare invece spuntato, già solo con riferimento all'Osservatorio, lasciato privo di risorse economiche da dedicare alle attività, affatto banali, allo stesso attribuite.

Altrettanto importante, ma al momento assente, sarebbe il sostegno, anche economico, per l'adozione di misure più efficaci per la prevenzione (prima che la repressione) degli episodi di violenza, quali ad esempio gli essenziali strumenti di video-sorveglianza, la formazione degli operatori e l'assegnazione di maggiori risorse, umane e materiali, ai reparti e uffici più a rischio, onde evitare assembramenti di persone, ridurre i tempi di attesa, migliorare la qualità dell'intervento ed evitare il contingentamento di personale, quale fattore di rischio primario, a fronte di richieste sempre più numerose e pressanti da parte dell'utenza²⁶.

In ottica *de iure condendo*, andrebbero considerate, tra le tante iniziative, misure di supporto psicologico per le vittime della violenza e forme di sostegno economico per la copertura delle spese legali per la costituzione di parte civile da parte delle vittime degli episodi di violenza, come già fatto nella differente situazione delle vittime di delitti contro il patrimonio che commettono fatti scriminati per legittima difesa²⁷.

Sarà altrettanto importante operare una mappatura puntuale dei fenomeni di violenza nei confronti di operatori sanitari, per delinearne in modo scientificamente valido i reali contenuti, a cui dovrà poi seguire una capillare

²⁶ Si vedano, al riguardo, le numerose proposte pervenute all'esame del Senato, in prima lettura, da parte delle organizzazioni di categoria (testi rinvenibili [qui](#)).

²⁷ Come dispone l'art. 8, l. 26 aprile 2019, n. 36, recante "*Modifiche al codice penale e altre disposizioni in materia di legittima difesa*"

opera di informazione al pubblico, al fine di ridurre il *gap* esistente – in questa come in moltissime altre materie – tra l’effettiva portata del fenomeno e la percezione dello stesso diffusa nella società.

Non va dimenticato, infatti, che l’intervento in questione non segue a una precedente analisi statistica, che evidenzia una recrudescenza della condizione operativa degli operatori sanitari, bensì è motivato dalla diffusa percezione di *“un clima di tensione e paura, che rende difficile lavorare con serenità e garantire un servizio adeguato agli utenti”*²⁸.

Tale ultima circostanza suggerisce che si tratti dell’ormai consueto intervento normativo dettato dalla c.d. *legislazione della paura*, condizionato più dalla finalità di ridurre il livello di allarme piuttosto che il numero dei reati e caratterizzato da un panpenalismo sovente irrazionale, che bada più alle questioni nominalistiche e all’inasprimento generalizzato delle pene, piuttosto che all’adozione meditata di soluzioni concrete ed efficaci al fine di innalzare i livelli di sicurezza, reali e percepiti.

In conclusione, il ddl si limita, per lo più, a modifiche di modesto impatto in ambito penalistico, mentre vi è l’auspicio che una più meditata riflessione in seconda lettura, trainata dall’emergenza sanitaria, consenta di intervenire in senso migliorativo sull’attuale testo del ddl, razionalizzandone l’ambito di applicazione e le correlate disposizioni sanzionatorie e – soprattutto – ampliando i presidi di tutela a carattere organizzativo, formativo e preventivo, che dovrebbero essere il motore di un intervento normativo assai sentito in una materia importante e delicata quale è quella della tutela dell’incolumità degli esercenti professioni sanitarie e socio-sanitarie.

²⁸ Cfr. le considerazioni della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) presentate al Senato sul Ddl n. 867, p. 2 (rinvenibili [qui](#)). Si noti che all’interno dello stesso documento si riconosca come il fenomeno della violenza nei confronti di operatori sanitari sia caratterizzato da *“un’incidenza che forse può definirsi scarsamente significativa se calcolata statisticamente in ragione del numero totale di prestazioni offerte dal nostro servizio sanitari”*. Interessanti sono, al riguardo, le statistiche fornite da Federfarma, che evidenziano invece un tasso di incidenza elevato di episodi di violenza e minaccia nei confronti di farmacisti, derivanti dalle numerose rapine di cui sono vittima, su tutto il territorio nazionale, le farmacie italiane (cfr. documento Federfarma, [qui](#)).