

## QUESITI

---

### MATTEO CAPUTO

#### ***Nessuno tocchi Ippocrate.*** **Il contrasto penale alle violenze commesse ai danni del personale sanitario.**

La l. 113/2020 affronta il problema delle aggressioni al personale sanitario attraverso un *mix* di misure preventive e repressive. Il diritto penale comune sanzionava già queste condotte, ma lo *status* delle persone offese importa l'introduzione di un nuovo reato, che sanziona con una pena fino a 16 anni di reclusione le lesioni gravissime inferte gli operatori sanitari nell'esercizio o a causa delle funzioni svolte, e di una nuova circostanza aggravante comune, qualora il soggetto passivo di delitti commessi con violenza o minaccia sia un operatore sanitario o socio-sanitario. Si tratta di un'operazione che finisce per alimentare le correnti del diritto penale simbolico e del diritto penale vittimo-centrico: essa è destinata a rassicurare gli animi dei professionisti della salute, ma rischia di lasciare inalterate le cause che spingono soggetti vulnerabili, come i pazienti, a infrangere un tabù, decidendo di violare l'incolumità fisica dei propri benefattori. Non solo: poiché all'irrigidimento sanzionatorio non corrisponde un investimento per migliorare la qualità dell'assistenza e della comunicazione, la distanza tra paziente e curante nella relazione di cura corre il pericolo di aumentare.

*Hands off Hippocrates. The role of criminal law to prevent violence committed against health care professionals.*

*The l. 113/2020 addresses the question of attacks on health care professionals through a mix of preventive and repressive measures. The criminal law already sanctioned these conducts, but the status of the injured party implies now the introduction of a new crime and a new aggravating factor. The first punishes serious injuries with imprisonment until sixteen years. The second involves all the crimes committed with violence or threat against health care professionals. The reform is syntononic with criminal law so-called 'symbolic' and 'victim-oriented': it will calm down clinicians and paramedics, but the reasons which determine patients to breaking a taboo - violating the safety of their helpers - will be unchanged. In addition, the law does not include investments to improve the quality of health care system and the communication among patients and clinicians, so the treatment relationship is in danger of worsening.*

**SOMMARIO:** 1. Il problema. - 2. I sintomi del problema. - 3. Gli effetti del problema. - 4. Le soluzioni al problema. - 5. La soluzione italiana: la l. 113/2020 e il *côté* preventivo. - 6. Il secondo comma dell'art. 583-*quater* c.p.: titolo autonomo o circostanza aggravante? - 7. La leva della circostanza aggravante: il nuovo n. 11-*octies* dell'art. 61 c.p. - 8. La procedibilità d'ufficio. - 9. L'illecito amministrativo. - 10. Una soluzione ... 'all'italiana', tra squilibri ed equilibrismi. - 11. Sicurezza delle cure e sicurezza degli operatori sanitari: quale ruolo per il diritto penale in campo sanitario?

1. *Il problema.* La cronaca degli ultimi anni è colma di notizie che segnalano episodi di aggressioni ai danni del personale sanitario<sup>1</sup>, al punto che, per illustrare l'espansione del fenomeno, comune a tutti i Paesi del mondo, si sono

---

<sup>1</sup> Per tutti valga il ricordo di Paola Labriola, psichiatra barese di turno presso un Centro di salute mentale, aggredita e uccisa da un paziente il 4 settembre 2013, e diventata una dei simboli della campagna di comunicazione condotta dalla FNOMCeO per sensibilizzare la collettività sui costi sociali e individuali delle aggressioni ai medici.

scomodate aggettivazioni che oggi si è soliti dispiegare per connotare fin troppo note patologie<sup>2</sup>.

Solo in tempi recenti gli attacchi a medici e infermieri hanno ottenuto l'attenzione del legislatore italiano che, con insolita rapidità e sospinto da un non meno insolito spirito *bipartizan*, ha allestito una articolata proposta di riforma, dapprima arenatasi a pochi metri dal traguardo dell'approvazione parlamentare, a causa dell'emergenza scaturita dalla Covid-19, e poi tramutata in legge, l'ultimo giorno utile prima della chiusura estiva dei lavori camerati<sup>3</sup>.

Qualche numero può aiutare ad apprezzare il volume dell'allarme, posto che in Italia le aggressioni ai professionisti della salute sono in costante aumento e vengono percepite dagli studiosi alla stregua di una nuova emergenza sociale<sup>4</sup>. Nel 2018 l'Inail ha comunicato la presenza nel settore sanitario di tre episodi di violenza al giorno, comprensivi di fatti di intimidazioni e molestie senza conseguenze fisiche<sup>5</sup>. I dati Inail fotografano la punta dell'*iceberg*, perché è frequente la pratica della sotto-segnalazione: in particolare, la violenza psicologica non viene quasi mai segnalata, anche se è la forma più diffusa, ed è caratterizzata da maltrattamenti verbali, quali insulti, umiliazioni, critiche e minacce di violenza fisica.

Da questo punto di vista, non può tacersi che permane irrisolta la questione definitoria, ossia cosa debba intendersi per atti di violenza sul posto di lavoro. Il *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) definisce la

---

<sup>2</sup> Cfr. GHOSH, *Violence against doctors: A pandemic in the making*, in *European Journal of Internal Medicine*, 2018, 50, 9 s.; REBBY *et al.*, *Violence against doctors: A viral epidemic?*, in *Indian Journal of Psychiatry*, 2019, 61-4, 782 s.; PANDEY - SHARMA, *Aggression and violence against doctors: How to address this frightening new epidemic?*, in *Indian Journal of Ophthalmology*, 2019, 67, 1903 ss. Una ricerca sulla banca dati *Pub Med*, svolta dall'Autore ai primi di settembre, riportava 662 occorrenze di articoli internazionali in tema di «*violence against doctors*».

<sup>3</sup> Cfr. la l. 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*», pubblicata sulla G.U. del 9 settembre 2020, n. 224.

<sup>4</sup> Cfr. SOSSAI *et al.*, *Analisi degli episodi di violenza in un grande ospedale italiano*, in *Med. lav.*, 2017, 108, 5, 377 ss.; CANNAVÒ *et al.*, *Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza*, in *Clin. Ter.*, 2017, 168, 2, 99 ss.; FERRI *et al.*, *Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study*, in *Psychology Research and Behavior Management*, 2016, 9, 263 ss.

<sup>5</sup> Cfr. DATI INAIL, *Andamento degli infortuni sul lavoro. Violenza, aggressione e non solo*, novembre 2018, 41 ss. Si tratta di dati che confermano un *trend* registrato anche dall'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro nel 2017. Una stima del *Bureau of Labor Statistics* statunitense indicava per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato (U.S. DEPARTMENT OF LABOR (DOL), BUREAU OF LABOR STATISTICS, *Survey of Occupational Injuries and Illnesses*, Washington, 2, DOL, 2001).

violenza nel posto di lavoro come «ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro, fino all'omicidio», ma si è lontani da una stipulazione che possa dirsi tassativa e condivisa<sup>6</sup>.

*2. I sintomi del problema.* I principali fattori di rischio si rinvergono negli atteggiamenti negativi dei pazienti nei confronti degli operatori, nelle aspettative dei familiari e nei lunghi tempi di attesa.

Qualsiasi operatore sanitario può essere vittima di violenza, anche se le figure più insidiate sono rappresentate da infermieri, operatori socio-sanitari e medici. A esporle non è solo il contatto diretto con il paziente, bensì la gestione di rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte di soggetti che attraversano stati 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»<sup>7</sup>.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza: l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali; la diffusione dell'abuso di alcol e droga; l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali; le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste; il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici); la presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio e isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di mezzi di segnalazione; la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi; la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture; le barriere culturali e/o linguistiche<sup>8</sup>.

I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di

---

<sup>6</sup> Cfr. NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH), *Violence - Occupational Hazard in Hospitals*, aprile 2002, in [www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh).

<sup>7</sup> Cfr. il documento di inquadramento tecnico su '*Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari*', febbraio 2020, p. 3, elaborato dalla Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, coordinata dall'Emilia Romagna.

<sup>8</sup> Per un quadro più ampio, allargato anche al ruolo dei *media*, cfr. SHASTRI, *Violence Against Doctors*, in *Indian pediatrics*, 2019, 56, 629 ss.

utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensioni. In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nei servizi di emergenza-urgenza, nelle strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, nei luoghi di attesa, nei servizi di geriatria, nei servizi di continuità assistenziale.

3. *Gli effetti del problema.* Non ci sono solo i danni fisici, che possono investire anche le strutture e i macchinari. La Commissione europea ha sottolineato il rischio di sviluppare disturbi psichici negli operatori che subiscono violenza<sup>9</sup>. In un recente studio empirico quasi tutti gli operatori intervistati hanno affermato di aver subito conseguenze dalle aggressioni. Tra loro affiorano reazioni di rabbia, irritazione, umiliazione, paura e sentimenti di impotenza, ai quali si associano disturbi come il *burn out*, che incidono sulla qualità della vita e sulla *performance* lavorativa. L'attenzione sul lavoro si riduce e aumenta il rischio di errori e infortuni, che determinano lunghe assenze per malattia, nonché casi di fuga dalla professione e assenteismo, oltre che una maggior diffidenza a proporre cure sperimentali, per timore delle reazioni di pazienti e parenti in caso di esiti avversi<sup>10</sup>.

Ne discende che a patire le conseguenze delle aggressioni non sono solo coloro i quali le subiscono direttamente: esiste un indotto della sofferenza che riguarda i familiari degli esercenti le professioni sanitarie e gli stessi pazienti, che scontano una riduzione della qualità dell'assistenza, con nocumento per l'intero sistema sanitario nazionale.

4. *Le soluzioni al problema.* Gli episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati 'eventi sentinella', in quanto comunicano la presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

La prevenzione degli atti di violenza richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e realizzi le strategie ritenute più opportune per porvi rimedio. Già nel novembre 2007, il Ministero della Salute, con la Raccomandazione n. 8, dispensava alcuni consigli per prevenire atteggiamenti ostili che non hanno perso di validità e che sem-

---

<sup>9</sup> Cfr. COMMISSIONE EUROPEA, *Rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nel settore sanitario. Guida alla prevenzione e alle buone prassi*, 2012, 186 ss.

<sup>10</sup> V. in particolare CANNAVÒ *et al.*, *Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza*, cit., 110 ss.; TEKE - AYGUN, *Burnout in physicians who are exposed to workplace violence*, in *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2020, 69, 1 ss.

brano ispirati da un approccio multidimensionale, capace di operare a tre livelli: individuale, organizzativo, situazionale<sup>11</sup>.

In prima battuta, alle strutture sanitarie è richiesto di elaborare e mettere in atto un *programma di prevenzione della violenza*, le cui finalità sono così compendiabili: diffondere una politica di chiusura totale verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari, assicurandosi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica; incoraggiare il personale a segnalare prontamente i fatti; facilitare il coordinamento con le forze di polizia; 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; affermare l'impegno dei soggetti apicali per la sicurezza nelle proprie strutture.

Non solo: occorre procedere a un'*analisi delle situazioni lavorative*, finalizzata a individuare quali fattori di rischio, esistenti o potenziali, aumentino la probabilità di occorrenza di episodi di violenza. Si tratterà di valutare il c.d. *safety climate*, in relazione alla vulnerabilità degli ambienti di lavoro e determinare le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare. L'analisi dovrebbe consentire di identificare la frequenza e severità degli episodi, utile per definire le successive azioni di miglioramento, nonché mettere in evidenza l'esistenza di fattori di rischio che potrebbero essere rimossi mediante modifiche dei luoghi di lavoro, cambiamenti procedurali o addestramento del personale. Inoltre, occorrerà esaminare le condizioni operative nei servizi considerati maggiormente a rischio: personale addestrato dovrebbe periodicamente svolgere sopralluoghi negli ambienti di lavoro, prestando speciale attenzione in quelli in cui si è verificato un recente episodio di violenza, al fine di isolare rischi, condizioni, operazioni e situazioni che possono favorire atti di violenza.

Dopo che i rischi sono stati identificati, bisognerà costruire le soluzioni, di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche, necessarie a prevenire il ripetersi di analoghe criticità, in relazione alle risorse disponibili.

A questo punto entra in scena l'adozione di *misure strutturali e tecnologiche* per la eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza. Si valuterà la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato; la

---

<sup>11</sup> Per un'approfondita analisi di questo approccio cfr. CANNAVÒ - FIORAVANTI, *A model of multidimensional intervention for the prevention and management of violence and stress in emergency department healthcare professionals*, in *Sense Sciences*, 2018, 5, 659 ss.

disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato; il *comfort* dei luoghi di attesa, onde minimizzare fattori stressogeni; ecc.

Non potrà mancare la considerazione delle *misure organizzative*, relative alle modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative. I cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire a impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza. Alcune azioni da compiere da parte dei vertici della struttura prevedono la formalizzazione di procedure che, ad esempio, mettano i pazienti nelle condizioni di ricevere informazioni chiare sui tempi di attesa; assicurino, all'atto di una visita o di un esame diagnostico, la presenza di almeno due figure professionali; contemplino, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale; garantiscano agli operatori vittime di violenza l'assistenza necessaria, anche di tipo psicologico, ecc.

Fondamentale appare poi la *formazione*, che deve puntare a incoraggiare il personale al *reporting*, all'identificazione precoce e alla gestione della violenza attraverso le tecniche di *deescalation*, usando la sedazione o la contenzione soltanto quando tutte le altre strategie siano fallite, se del caso ricorrendo anche al metodo END, fondato su tre sequenze comunicative, centrate sulle capacità di comunicazione empatica, normalizzante e *deescalante*<sup>12</sup>.

In estrema sintesi: si attesta una metodologia tipica delle attività di *risk assessment* e *risk management*, e ampiamente collaudata in altri ambiti come la gestione del rischio clinico o la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ai fini dell'esenzione da responsabilità amministrativa degli enti dipendente da reato, ex d.lgs. n. 231/2001.

*5. La soluzione italiana: la l. 113/2020 e il côté preventivo.* Licenziato dal Senato il 25 settembre 2019 e il 21 maggio 2020 dalla Camera, dopo un ultimo passaggio in Senato lo scorso 5 agosto, il testo è diventato legge a due anni dalla presentazione, avvenuta dietro impulso del Ministro della Salute *pro tempore*, on. Giulia Grillo, entrando in vigore il 24 settembre.

L'art. 1 perimetra l'ambito di applicazione del provvedimento, rinviando, per la definizione delle professioni sanitarie e socio-sanitarie, alle previsioni con-

---

<sup>12</sup> La comunicazione empatica permette di riconoscere il dolore, la preoccupazione, la paura o la disperazione e di creare una relazione con l'altro; la comunicazione normalizzante ha lo scopo di ridurre la paura, la preoccupazione e gli errori cognitivi o distorsioni che intensificano tali vissuti; la *deescalation* ha lo scopo di ridurre l'aggressività e i vissuti emotivi. Cfr. BIONDI, *Comunicazione con il paziente: il metodo end*, Roma, 2014.

tenute negli artt. 4 ss. della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (c.d. Legge Lorenzin, dal cognome dell'allora Ministro della Salute).

Il rinvio serve a identificare le categorie delle persone offese alle quali la legge assicura tutela: sulla base dell'art. 4 l. n. 3/2018, il criterio dirimente è rappresentato dall'appartenenza a professioni costituite negli ordini professionali «dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi, dei fisici, dei chimici, delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione». Non si tratta di un *numerus clausus*, perché l'art. 6 della stessa legge s'incarica di precisare che esiste la possibilità di individuare ulteriori figure professionali di esercenti le professioni sanitarie «in sede di recepimento di direttive dell'Unione europea ovvero per iniziativa dello Stato o delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute, ovvero su iniziativa delle associazioni professionali rappresentative di coloro che intendono ottenere tale riconoscimento».

Sempre ai fini dell'inquadramento fra gli esercenti la professione sanitaria, si rammenta che l'art. 7 individua le professioni dell'osteopata e del chiropratico; mentre gli artt. 8 e 9 introducono un apposito quadro regolamentare concernente le professioni di chimici, fisici, biologi e psicologi.

Chiude il quadro dei destinatari l'art. 5, che fa espresso riferimento a un'area di nuova istituzione - le professioni socio-sanitarie - a loro volta richiamate dall'art. 1 della legge in commento. I profili di appartenenza sono individuati attraverso una particolare procedura basata su accordi tra Stato, Regioni e Province autonome, e in tale area la legge annovera le professioni di operatore socio-sanitario, assistente sociale, sociologo ed educatore professionale.

Non deve stupire l'ampiezza delle categorie appena richiamate: se per un verso l'estensione sembra rappresentare il frutto di un compromesso politico, volto a non trascurare le istanze di quelle che una volta sarebbero state definite arti o professioni ausiliarie, per l'altro il diametro soggettivo è tale da coprire attività professionali che non sono né sembrano destinate a subire gli attacchi che hanno motivato la riforma (si pensi ai biologi)<sup>13</sup>.

Ancora: sul versante della tutela penale, esemplata dagli art. 583-*quater* e 61 n. 11-*octies* c.p. (su cui v. *infra*), è bene sottolineare come accanto al parame-

---

<sup>13</sup> Sui riflessi penalistici delle nozioni di professioni sanitarie e sulla crisi della c.d. dominanza della classe medica cfr. CAPUTO, *La qualifica di esercente una professione sanitaria dopo le recenti riforme: profili penali, scenari futuri*, in *Riv. it. med. leg.*, 2018, 1363 ss.

tro soggettivo, costituito dall'appartenenza ordinistica, stazioni un parametro di natura oggettiva, che fa perno sulla natura dell'attività espletata (di cura, assistenza sanitaria o di soccorso), a patto che essa risulti funzionale allo svolgimento delle professioni sanitarie o socio-sanitarie (si pensi a un volontario che presta attività di soccorso sull'ambulanza). Se, dunque, a fruire della protezione accordata dal legislatore penale sono anche soggetti impegnati in modo occasionale o estemporaneo in attività strumentali, se ne deduce una prima traccia della volontà politica di comunicare un messaggio forte, di *zero tolerance*, nei confronti dei futuri aggressori: una protezione a 360 gradi, da qualunque tipo di offesa, per tutti gli esercenti le professioni e le attività sanitarie e socio-sanitarie, che come si vedrà trova riscontro anche in altri punti qualificanti il brano normativo.

L'art. 2 prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un '*Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie*'. Più precisamente, l'istituzione dell'Osservatorio, la definizione della durata e della composizione, nonché delle modalità con le quali riferirà sugli esiti della propria attività ai Dicasteri interessati, sono state demandate a un decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dell'Interno e dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge.

La composizione implica la presenza di rappresentanti: delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale; delle Regioni; di Agenas; dei Ministeri dell'Interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro; degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e delle associazioni di pazienti e dell'Inail<sup>14</sup>.

All'Osservatorio sono stati 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 d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

---

<sup>14</sup> La legge prevede che l'Osservatorio debba essere costituito, per la metà, da donne.



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 *équipe*;

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.

Tanta varietà di promettenti funzioni, pregevoli in chiave preventiva e utili per una migliore lettura e monitoraggio del fenomeno, va però correlata all'art. 10 che, sancendo la classica clausola di invarianza finanziaria, fa subito comprendere come l'Osservatorio non possa attingere ad alcuna risorsa economica per assolvere i propri compiti, limite che getta lunghe ombre sulle *chances* di funzionamento di un organo che rischia ben presto di disvelare la propria impotenza (quando, verosimilmente, sarebbe bastato poco per collegare la normativa ai finanziamenti derivanti dall'accesso al c.d. *Recovery Fund*).

L'art. 3 rimette al Ministro della Salute la promozione di 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.

L'art. 7 prevede che al fine di prevenire episodi di aggressione e di violenza le strutture presso cui opera il personale prevedano nei propri 'piani per la sicurezza' misure volte a inserire specifici protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi, lasciando spazio all'individuazione di una variegata gamma di strumenti operativi.

La norma va messa in rapporto con l'art. 1, lett. d) che, come si ricorderà, assegna all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie il compito di «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». Ne segue l'obbligo per le strutture sanitarie di aggiornare i propri Documenti di Valutazione del Rischio (che per l'occasione si dispongono a ospitare la considerazione di comportamenti dolosi), inserendo una apposita mappatura dei luoghi e delle situazioni che possono generare rischi per gli operatori sanitari e predisponendo le necessarie misure di sicurezza a tutela della loro incolumità.

Non si discute l'utilità delle misure di prevenzione primaria o situazionale raccomandate dalla riforma e suggerite dalla letteratura citata *supra*: se attuate, possono contribuire a ridurre i picchi del fenomeno, a patto di riconoscere che, in analogia con quanto accade sul fronte dei rimedi alla Covid-19, si trat-

ta di reazioni a una sintomatologia patologica che nulla o poco incidono sull'eliminazione delle cause (perché mai un paziente o un parente non affetto da turbe psichiche aggredisce un medico o un infermiere?). Per stare alla metafora: un conto è la terapia, un conto è il vaccino, la cui composizione impegna molto di più e richiede ben altri investimenti.

D'altra parte, anche su queste misure pendono diversi interrogativi, «perché è già difficile comprendere cosa siano i “piani per la sicurezza” ma, soprattutto, perché manca il principio della obbligatorietà della stipula dei protocolli con le forze di polizia e delle penalizzazioni per il legale rappresentante in caso di inerzia – e, ovviamente, il loro finanziamento – per cui è possibile che in molte realtà non si riesca a stipulare i protocolli per intuibili e insormontabili motivazioni quali la carenza di personale, la mancanza di risorse finanziarie e difficoltà logistiche»<sup>15</sup>.

Infine, si leva un accento celebrativo, che ben si coglie in un periodo in cui l'eco dei sacrifici compiuti dal personale medico e para-medico per fronteggiare l'emergenza sanitaria generata dalla Covid-19 convive con la prima ondata di azioni giudiziarie rivolte nei confronti degli stessi medici e paramedici, prima additati a eroi. L'art. 8 istituisce la '*Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari*', allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza. La giornata si celebrerà annualmente in una data da definire con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dell'Istruzione e dell'Università e della Ricerca.

6. *Il secondo comma dell'art. 583-quater c.p.: titolo autonomo o circostanza aggravante?* Venendo ai profili di rilievo penale, l'art. 4 interviene sull'art. 583-quater c.p. in due modi, modificando la rubrica e aggiungendo un secondo comma. Per l'effetto, il nuovo art. 583-quater assume nel codice penale le seguenti fattezze:

«Art. 583-quater c.p. - Lesioni personali gravi o gravissime a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, nonché a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali.

1. Nell'ipotesi di lesioni personali cagionate a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, le lesioni gravi so-

---

<sup>15</sup> Cfr. SIMONETTI, *Legge anti-violenza: bene le sanzioni penali ma niente fondi per gli interventi più urgenti*, in *Sanità24*, 18 settembre 2020.

no punite con la reclusione da quattro a dieci anni; le lesioni gravissime, con la reclusione da otto a sedici anni.

*2. 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»<sup>16</sup>.*

La norma di nuovo conio sottopone una costellazione di ipotesi, caratterizzate dalla specifica occupazione professionale/attività della vittima, alle sanzioni comminate in caso di lesioni gravi e di lesioni gravissime, previste dal comma 1 dell'art. 583-*quater* c.p. Non pare superfluo rammentare che, ai sensi dell'art. 583 c.p., le lesioni gravi sono punite con una pena compresa tra tre e sette anni di reclusione e le lesioni gravissime con una pena compresa tra sei e dodici anni di reclusione, mentre nell'articolo in esame si arriva a punire le lesioni gravi con la reclusione da quattro a dieci anni e le lesioni gravissime con la reclusione da otto a sedici anni<sup>17</sup>.

Si badi: nonostante i fatti incriminati fossero già punibili facendo appello ai reati di lesioni, di percosse, di molestie, di violenza o minaccia a un pubblico ufficiale, di atti persecutori, di tentato omicidio, ecc., il legislatore ha ritenuto insufficiente il *menù* tradizionale e ha inteso proporre una ricetta repressiva all'apparenza inedita<sup>18</sup>. L'obiettivo di trasmettere un messaggio di presa in carico del problema risulta centrato, ma i nuovi 'piatti' sanno di *déjà goûté*: l'ingrediente principale consiste ancora una volta in un'aggiunta di carica intimidatrice, finalizzata allo scoraggiamento dell'azione criminosa. Si spande l'amaro sapore del simbolismo punitivo, che mantiene il problema sostanzialmente irrisolto, senza che le radici profonde della violenza siano comprese, affrontate, rimosse<sup>19</sup>.

<sup>16</sup> In corsivo le modifiche alla rubrica e al testo dell'art. 583-*quater* c.p.

<sup>17</sup> Come noto, la lesione si considera grave: se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. Si considera gravissima se dal fatto deriva: una malattia certamente o probabilmente insanabile; la perdita di un senso; la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella.

<sup>18</sup> Si consideri che già prima della riforma la giurisprudenza aveva avuto modo di esprimere il proprio rigore interpretativo in caso di violenze ai danni del personale sanitario. Di recente, Cass., Sez. II, 26 giugno 2018, n. 29386, ha ritenuto 'privata dimora' ai fini dell'aggravante di cui all'art. 628, comma 3-*bis* c.p., gli spazi adibiti alla permanenza del medico di turno durante l'orario di servizio di guardia medica e non destinati al ricevimento dei pazienti.

<sup>19</sup> Sulle numerose controindicazioni al crescente utilizzo del diritto penale simbolico cfr. BONINI, *La*

*Pauca dicta* sulla rubrica, se non per sottolinearne la lunghezza - seconda solo a quella dell'art. 322-*bis* c.p. - e che avalla l'idea di un diritto penale vittimocentrico, nel quale in primo piano non sta più l'offesa, ma lo *status* del soggetto che la subisce, con sensibili frizioni rispetto al principio di eguaglianza ex art. 3 Cost.<sup>20</sup>

Quanto al testo della fattispecie incriminatrice, un tentativo di decrittare il contenuto passa dal confronto con il primo comma dell'art. 583-*quater* c.p. che, come si ricorderà, era stato introdotto dall'art. 7, comma 1 d.l. n. 8/2007, convertito con modific. in l. n. 4/2007 (*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*).

Anche in quel caso l'approvazione della novella scaturì dall'onda emotiva suscitata da episodi di grave violenza e, in particolare, dall'omicidio di un ispettore di polizia in servizio d'ordine durante la partita di calcio Catania vs Palermo del 2 febbraio 2007.

Controversa è la natura giuridica del primo comma. Secondo alcuni si tratta di circostanza aggravante, e a tale risultato ermeneutico si giunge in forza di due argomenti: il rinvio implicito agli elementi costitutivi del tipo delle lesioni personali (artt. 582 c.p.) e il ristretto ambito applicativo cui sarebbe destinata la disposizione<sup>21</sup>. Secondo altri la fattispecie integra gli estremi di un titolo autonomo di reato, sia perché il legislatore ha scelto di inserire una norma apposita, provvista di uno specifico *nomen iuris*, in luogo di una modifica dell'art. 583 c.p.; sia perché, nella topografia del codice penale, la norma è collocata dopo la previsione del delitto di pratiche di mutilazione di organi genitali femminili, ritenuto pacificamente altro titolo autonomo di reato; sia perché dai lavori preparatori si ricava la volontà del legislatore di sottrarre la fattispecie al gioco del bilanciamento, ex art. 69 c.p., con eventuali attenuanti concorrenti, obiettivo che verrebbe frustrato se si ritenesse che il primo comma dell'art. 583-*quater* c.p. ospiti un'aggravante; sia perché il legislatore

---

*funzione simbolica nel diritto penale del bene giuridico*, Napoli, 2018. In argomento v. anche la profonda riflessione sviluppata da FORTI, *La cura delle norme. Oltre la corruzione delle regole e dei saperi*, Milano, 2018.

<sup>20</sup> Rileva l'incostituzionalità della riforma G. AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, in *Guida dir.*, 38, 2020, 27. Su significati e funzioni della rubrica, cfr. il denso saggio di SOTIS, *Vincolo di rubrica e tipicità penale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2017, 1346 ss.

<sup>21</sup> Cfr. CURI, *«La fretta, che l'onestade ad ogni atto dismaga»: alcune osservazioni sulla recente legislazione in tema di violenza negli stadi*, in *Cass. pen.*, 2007, 259; PISTORELLI, *D.l. 12 novembre 2010, n. 187 (c.d. Decreto sicurezza)*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 18 novembre 2010; GATTA, *sub art. 583-*quater*, Codice penale commentato*, a cura di Dolcini e Gatta, II, Milano, 2015, 3013 ss.

non avrebbe ritenuto bastevole l'art. 61 n. 10 c.p., avvertendo l'esigenza di esprimere il maggiore disvalore della condotta incriminata con una fattispecie delittuosa *ad hoc*<sup>22</sup>.

Le ragioni di ordine logico, teleologico e sistematico appena accennate militano a favore del riconoscimento della natura autonoma di reato anche della fattispecie compresa nel secondo comma dell'art. 583-*quater* c.p. A ragionare altrimenti, la norma finirebbe per rappresentare un'aggravante dell'aggravante di cui all'art. 583 c.p., soluzione poco sostenibile sul piano dogmatico<sup>23</sup>. La norma, inoltre, confina oggi non solo con l'art. 583-*bis* c.p., ma anche con l'art. 583-*quinqüies* c.p., quest'ultimo contenente un altro titolo autonomo di reato, a riprova di un discutibile *trend* politico criminale in voga negli ultimi anni che, nel campo dei delitti contro la persona, ha portato il legislatore a raccogliere ipotesi aggravate e a elevarle alla dignità di figure delittuose<sup>24</sup>.

Sebbene dai lavori preparatori non si traggano indici univoci, una plausibile ricostruzione della *voluntas legis* induce a considerare di maggiore efficacia - ai fini del dichiarato obiettivo di contrastare energicamente le violenze contro gli operatori sanitari - l'enucleazione di una apposita incriminazione, insuscettibile di bilanciamento, quale vetta di una strategia repressiva che - come si vedrà *infra* - annovera la previsione di un'altra aggravante e di un illecito amministrativo, delineando, almeno sulla carta, una forma comprensibile di gradualismo sanzionatorio.

Non può negarsi, inoltre, come rilevato da autorevole dottrina, nello svolgimento di una riflessione generale sugli *accidentalia delicti*, che la consapevolezza della precarietà dei criteri elaborati per sciogliere il 'dilemma ontologico', lasci preferire, nel dubbio, la soluzione dell'autonomia, ove manchino, appunto, univoche indicazioni circa la sostanza circostanziale della fattispecie,

<sup>22</sup> Cfr. CAMPANELLA - NOTARO, *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*, in *La legislazione penale*, 2008, 237; PISA, *Il "nuovo" reato di lesioni a pubblico ufficiale in occasione di manifestazioni sportive*, in *Dir. pen. proc.*, 2007, 713; STRANO LIGATO, *sub art. 589-*quater**, in *Commentario breve al codice penale*, a cura di Forti, Seminara e Zuccalà, Padova, 2017, 1859; TORDINI CAGLI, *sub art. 583-*quater**, in *Codice penale*, a cura di Padovani, II, Milano, 2019, 3710.

<sup>23</sup> Così PAVICH, *La sicurezza del personale sanitario e la tutela penale contro le aggressioni: un nuovo strumento legislativo*, in [www.ilpenalista.it](http://www.ilpenalista.it), 31 agosto 2020. Inquadra l'art. 583-*quater*, comma 2 c.p. quale contenitore di aggravanti speciali a effetto speciale, AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, cit., 28.

<sup>24</sup> Sul piano applicativo ne deriva che, in caso di lesioni gravissime recate all'operatore sanitario nell'esercizio o a causa della funzione, del servizio o dell'attività svolti, e consistenti nella deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, troverà riscontro esclusivamente l'art. 583-*quater*, comma 2 c.p., non già il concorso con l'art. 583-*quinqüies* c.p.

e ciò perché «la scelta presuntiva a favore dell'autonomia dei titoli di reato apre lo statuto più garantista dell'art. 43 in punto di necessario accollo doloso di tutti gli elementi del fatto tipico, e, dunque, è anche maggiormente in linea con la piena portata del principio di colpevolezza»<sup>25</sup>.

Passando all'esame degli elementi costitutivi, mette conto notare come, dopo lunghe discussioni, la legge abbia optato per allargare alle professioni sanitarie una serie di tutele accordate ai soggetti muniti di qualifica pubblicistica, evitando però di attribuire espressamente ai medici e para-medici le qualifiche di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio, con il risultato di scostarsi dalla discussa formulazione del primo comma e di ripristinare la coerenza con l'impostazione accolta dal codice penale, che agli artt. 357 ss. collega l'attribuzione delle qualifiche soggettive al tipo di mansioni svolte, non già alla categoria di appartenenza.

Lo spettro della tutela penale viene agganciato al fatto che l'aggressione al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria sia avvenuta «nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio», e che l'aggressione a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, sia avvenuta «nell'esercizio o a causa di tali attività». La coppia di proposizioni si prefigge, ancora una volta, di non lasciare vuoti di tutela e di assicurare una 'polizza penale totale' contro qualunque tipo di attacco. Tanto i professionisti della salute quanto gli ausiliari vengono protetti da lesioni gravi o gravissime verificatesi sia nell'esercizio sia a causa dei compiti svolti.

Riecheggia la distinzione praticata con riguardo, rispettivamente, agli artt. 316 e 314 c.p., tenuto conto che nell'art. 314 c.p. non si usa la locuzione «a causa di», bensì quella «per ragione del», ma il significato pare identico<sup>26</sup>; così come non sembrano sussistere reali differenze tra la locuzione impiegata nel primo comma («in occasione di») e quella inserita nel secondo («nell'esercizio»), entrambe espressive della necessità che l'aggressione sia avvenuta nel corso o durante le manifestazioni sportive/l'espletamento delle funzioni, del servizio, dell'attività ausiliaria<sup>27</sup>.

Ebbene, nel caso di lesioni gravi o gravissime recate nell'esercizio delle fun-

<sup>25</sup> Cfr. BRUNELLI, *Il diritto penale delle fattispecie criminose*, Torino, 2019, 302.

<sup>26</sup> La differenza sta nel fatto che il richiamo ai concetti di contesto dell'«esercizio» e della «causa» vale nei reati contro la p.a. quale elemento selettivo delle condotte imputabili ai pubblici ufficiali, mentre nell'art. 583-*quater* c.p. si riferisce alle persone offese da un reato comune.

<sup>27</sup> Per AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, cit., 28, è da escludere l'applicazione dell'art. 583-*quater*, comma 2 c.p. qualora i fatti, benché compiuti nell'esercizio delle funzioni, rivestano carattere privato e quindi siano irrelati rispetto alle mansioni del soggetto passivo.

zioni, del servizio o delle attività ausiliarie, l'accusa potrà limitarsi ad allegare l'esistenza di un rapporto di simultaneità tra la condotta dell'aggressore e le mansioni concretamente svolte dall'aggredito, mentre nel caso di lesioni inferite a causa delle funzioni, del servizio o delle attività ausiliarie, esse potranno risultare anche a-sincrone, e cioè intervenire anche al di fuori del luogo e dell'orario di lavoro, purché siano legate alle funzioni, al servizio o alle attività da un nesso logico-funzionale del quale bisognerà fornire la prova<sup>28</sup>.

La distinzione proietta riflessi sul dolo e sul piano commisurativo: tendenzialmente, la reazione in corso di esercizio sarà venata dall'impeto, che può divampare una volta che il parente abbia preso atto di una perdita o di un errore commesso ai danni di un congiunto, e che potrà indurre il giudice a tener conto del contesto drammatico nel quale si è sviluppata la dinamica offensiva. Qualora invece l'attacco si perfezioni in contesti diversi dal luogo di lavoro, o a distanza di tempo, possono subentrare le componenti psichiche del dolo di proposito, suscettibili di segnalare una maggiore intensità, propria di chi abbia premeditato il ricorso alla violenza. In entrambi i casi, la consapevolezza di recare nocimento alla incolumità di un soggetto provvisto di un particolare *status* professionale, o comunque impegnato a svolgere una attività di chiara utilità sociale, sembra implicare un livello di rappresentazione e volizione incompatibile con il dolo eventuale.

Un'ultima notazione, di carattere processuale: anche nei confronti del secondo comma dell'art. 583-*quater* c.p. pare debba trovare applicazione il disposto dell'art. 408, comma 3-*bis* c.p.p., in forza del quale per i delitti commessi con violenza alla persona, oltre che per il reato di cui all'art. 624-*bis* c.p., corre l'obbligo in capo al pubblico ministero di notificare alla persona offesa l'avviso della richiesta di archiviazione, e il termine di venti giorni, entro il quale la persona offesa può prendere visione degli atti e presentare opposizione con richiesta motivata di prosecuzione delle indagini preliminari, è elevato a trenta.

7. *La leva della circostanza aggravante: il nuovo n. 11-octies dell'art. 61 c.p.*  
Con l'aggiunta del n. 11-*octies* all'elenco dell'art. 61 c.p., l'art. 5 introduce l'ennesima aggravante comune a effetto comune: «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,

---

<sup>28</sup> Sul diverso significato da ammettere alle formulazioni degli artt. 314 e 316 c.p. cfr. M. ROMANO, *Commentario sistematico, I delitti contro la pubblica amministrazione, I delitti dei pubblici ufficiali*, Milano, 2019, 30 e 58.

assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività»<sup>29</sup>.

A parte la curiosa numerazione che da tempo il legislatore ha deciso di seguire<sup>30</sup>, la circostanza segue la configurazione 'doppia', fatta propria dall'art. 583-*quater* c.p., volgendosi a sanzionare più severamente fatti che abbiano come soggetti passivi sia esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie sia chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento delle professioni sanitarie e socio-sanitarie.

In prima battuta, deve rilevarsi la necessità di definire i rapporti tra la nuova disposizione e le situazioni in cui l'esercente la professione sanitaria o socio-sanitaria o l'ausiliario espletino funzioni di pubblico ufficiale *ex art.* 357 c.p., o di incaricato di pubblico servizio *ex art.* 358 c.p., storicamente attratte nell'orbita dell'art. 61 n. 10 c.p., che trova applicazione qualora il soggetto attivo abbia agito «contro un pubblico ufficiale o una persona incaricata di un pubblico servizio (...) nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio».

Una piana applicazione del principio di specialità eviterà di predicare il concorso delle due aggravanti, e a illuminare l'interprete contribuiranno gli elementi specializzanti del riferimento ai delitti commessi con violenza o minaccia e dell'appartenenza della persona offesa a una categoria di soggetti che ricomprende anche il personale operativo presso strutture private<sup>31</sup>.

Sempre il principio di specialità consentirà di neutralizzare l'intervento della circostanza in parola allorché, tra i delitti commessi con violenza o minaccia, figurino le lesioni gravi o gravissime, dovendo prevalere il nuovo art. 583-*quater* c.p., *ex art.* 61, comma 1, primo periodo, c.p. (discorso identico può farsi relativamente agli artt. 336-337 c.p.). Dall'alveo applicativo della circostanza usciranno anche le condotte «violente, ingiuriose, offensive o moleste» che non costituiscano reato e siano perciò assoggettabili alle sanzioni amministrative di cui all'art. 9 della nuova legge (su cui v. *infra*).

<sup>29</sup> Sul rilievo assunto dalle circostanze aggravanti nelle recenti strategie politico criminali, cfr. in chiave critica F. BASILE, *L'enorme potere delle circostanze sul reato, l'enorme potere dei giudici sulle circostanze*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2015, 1743 ss.; BARTOLI, *Le circostanze 'al bivio' tra legalità e discrezionalità*, in *Cass. pen.*, 2016, 2254 ss.; BRUNELLI, *Confronto di idee su "circostanze del reato tra nodi tecnici e spunti di politica penale"*, in questa *Rivista*, 2017, 749 ss.

<sup>30</sup> Commenta PAVICH, *La sicurezza del personale sanitario e la tutela penale contro le aggressioni*, cit.: «Vien fatto di chiedersi, innanzi tutto, per quale ragione si continui ad aggiungere ulteriori aggravanti a effetto comune inserendo le nuove fattispecie "in coda" al n. 11 dell'articolo 61 (-*septies*, -*octies* ecc.) anziché proseguire con la numerazione di cui all'elenco già presente nell'articolo (es. n. 12, n. 13 ecc.)».

<sup>31</sup> Cfr. AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, cit., 30, che suggerisce di fare riferimento all'art. 68 c.p.



Non deve passare inosservato il silenzio serbato dalla riforma circa eventuali elementi favorevoli alla posizione dell'aggressore. Se è vero che eventuali situazioni di disagio che abbiano animato i soggetti attivi, spingendoli a ricorrere alla violenza, possono trovare ricetto nelle attenuanti generiche *ex art. 62-bis c.p.*, l'assenza di attenuanti speciali rappresenta un'ulteriore spia della scelta di campo fatta dal legislatore, poiché è risaputo che finanche la normativa antimafia, antiterroristica, stradale, per finire alla recente novella in materia di contrasto alla corruzione, non manchino di contemplare circostanze mitigatrici della responsabilità penale, in modo da fornire al giudice i mezzi per riequilibrare carichi sanzionatori troppo gravosi e pervenire a una più adeguata valorizzazione degli aspetti del caso concreto.

V'è dunque da domandarsi se il pedale premuto sull'acceleratore della severità sanzionatoria, non temperata da alcun freno commisurativo, non rischi di far passare in secondo piano le ragioni del reo, e di eccitare una narrazione di marca neo-positivistica che sovente dipinge gli autori delle violenze alla stregua di pazzi scalmanati, adusi a gesti inconsulti, da ridurre a 'malati' cui somministrare la 'terapia' di un supplemento di penalità.

Una narrazione a senso unico, che si guarda bene dal fissare le cornici ambientali, facendo passare sotto silenzio le disuguaglianze tra la sanità del nord e la sanità del sud, le disorganizzazioni dei servizi, le carenze formative del personale, la scarsità degli operatori, l'insufficienza tecnologica, l'esiguità dei finanziamenti, ecc.

Meglio esplicitare l'ovvio: non è in discussione la condanna della violenza, ma l'idea che essa origini da persone perfettamente curate dal servizio pubblico, che nondimeno esprimono una libertà distruttiva che le conduce a compiere il male in danno dei propri benefattori.

È stato notato come la legge prescinda completamente dal contesto, «supponendo un sistema sanitario perfettamente funzionante nel quale lavorano operatori felici e appagati, senza nessun tempo di attesa, dove ogni bisogno viene soddisfatto rispettando ogni forma di immanenza, quindi all'istante»<sup>32</sup>.

La conseguenza è che «per la legge in nessun caso si possono giustificare reazioni di intolleranza di nessun tipo, perché il problema alla fine è solo l'animo malvagio del malato, cioè l'inciviltà dell'individuo. Per la legge, quindi, il malato non ha nessun motivo per essere risentito e la sua violenza resta un delitto semplice contro le oneste persone che lavorano, da punire e basta». Che la scenografia sia diversa da quella sottesa al provvedimento legislativo è

---

<sup>32</sup> Cfr. CAVICCHI, *Se prevale la legge del "taglione": per il malato violento, solo aggravanti, nessuna attenuante*, in [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it), 20 febbraio 2020.

esperienza comune a quanti hanno contatti con il nostro sistema sanitario: capita talvolta di incrociare persone caratterizzate da un basso grado di scolarità, «che molte volte vivono al sud e non se la passano bene e che non hanno raccomandazioni o conoscenze per entrare in ospedale, che non possono farsi un fondo assicurativo, e che quindi sono costretti ad andare al servizio pubblico che c'è, a stare nelle liste di attesa per mesi»<sup>33</sup>.

La scelta della legge è netta: invece di considerare il conflitto come la soluzione sbagliata all'incontro di due vulnerabilità – quella dell'operatore sanitario, spesso lasciato solo dalla struttura a fronteggiare problemi ... 'strutturali', e quella del paziente/parente che non sa darsi pace del disservizio patito, vero o presunto tale – prende partito e si schiera apertamente con una delle vittime, senza tener conto in alcun modo della posizione dell'altra.

A scanso di equivoci, è meglio ripetersi: non si intende minimizzare o giustificare la violenza, che va condannata sempre, come risposta inadeguata e lesiva dell'incolumità e della dignità di chi la subisce, bensì sottolineare come la minaccia di nuove pene corrisponda stancamente a un *refrain* rigorista che non affronta i motivi che hanno condotto i pazienti a sovvertire taluni presupposti fondamentali della relazione di cura, come il rispetto, l'affidamento, il riguardo per le competenze annesse allo *status* professionale.

8. *La procedibilità d'ufficio*. L'art. 6 ha inciso sul regime di procedibilità, stabilendo che i reati di percosse (art. 581 c.p.) e di lesioni personali lievi (art. 582, comma 2, c.p.) siano procedibili d'ufficio qualora intervenga la nuova aggravante *ex* art. 61, n. 11-*octies* c.p. Quindi, ricapitolando: l'intolleranza nei confronti delle vittime fa scattare sempre la procedibilità d'ufficio, quale che sia il coefficiente di gravità della condotta. Non vi è alcuna proporzione nel dosaggio della procedibilità: i fatti più odiosi di lesioni gravi o gravissime *ex* art. 583-*quater* c.p., come anche le percosse e lesioni lievi, assistite dall'art. 61, n. 11-*octies* c.p., sono equiparati e assoggettati al medesimo regime, nonostante la diversa intensità offensiva incarnata nella condotta.

La modifica, che attesta ancora una volta la lotta senza quartiere intrapresa nei confronti dell'aggressore del personale sanitario, «appare finalizzata, da un lato, a sottolineare il particolare disvalore delle condotte caratterizzate da violenza fisica nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie o socio-sanitarie o di chi presti loro assistenza, anche qualora le conseguenze di tali condotte siano modeste o nulle; e, dall'altro, a introdurre un nuovo fattore di

---

<sup>33</sup> Cfr. CAVICCHI, *Se prevale la legge del "taglione"*, cit.

dissuasione dal compimento di tali condotte, mediante la prospettazione di conseguenze penali irretrattabili e non “negoziabili”<sup>34</sup>.

Che il cambio di regime porti seco una maggiore propensione alla denuncia da parte di medici e infermieri, o un incremento dell’effetto deterrente, è difficile a dirsi. Finora le motivazioni principali addotte per spiegare la mancanza di una tempestiva reazione all’evento aggressivo da parte delle vittime si basavano sulla constatazione espressa dagli operatori che l’*iter* della denuncia richiede tempi eccessivi e che, soprattutto, non comporta alcun beneficio pratico in termini di prevenzione. Senza contare il timore di ritorsioni e la percezione di inutilità di rivendicazioni avanzate nei confronti di soggetti tossicodipendenti, pazienti psichiatrici, ecc., destinate a trovare scarsa eco nei procedimenti giudiziari, o il senso di rassegnazione e di frustrazione degli operatori, che spesso avvertono la mancanza di un’adeguata protezione da parte della struttura di appartenenza.

È dubbio che il venir meno della condizione di procedibilità della querela di parte faccia scemare tali sentimenti negativi e aumenti la fiducia nel c.d. *law enforcement*, dando vita a celeri definizioni delle responsabilità penali. La querela di parte, peraltro, lasciava alla vittima uno spazio di scelta, che poteva essere usato in taluni casi anche per scongiurare fenomeni di vittimizzazione secondaria o per valutare la sussistenza di margini di dialogo strumentali, ove possibile, alla ricostruzione di un rapporto tra paziente e curante e alla composizione di un conflitto che la riforma, invece, sposta d’imperio dalle corsie di un ospedale alle aule di un tribunale, rendendolo di fatto irreversibile<sup>35</sup>.

Una rigidità che sbarra la strada anche a pratiche di giustizia riparativa, che soprattutto in contesti di cura si candidano a ripristinare dialoghi bruscamente interrotti o a dare impulso a dialoghi mai avviati<sup>36</sup>.

9. *L’illecito amministrativo*. L’art. 9 prevede che, «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

<sup>34</sup> Cfr. PAVICH, *La sicurezza del personale sanitario e la tutela penale contro le aggressioni*, cit.

<sup>35</sup> Insistendo sul versante processuale, merita segnalare come sia stata invece espunta dal testo finale la previsione dell’obbligo per le aziende sanitarie, per le pubbliche amministrazioni e per le strutture e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici, privati o del privato sociale, di costituirsi parte civile nei processi aventi a oggetto aggressioni nei confronti dei propri esercenti le professioni sanitarie, socio-sanitarie o sociali nell’esercizio delle loro funzioni.

<sup>36</sup> Per una valorizzazione della mediazione penale nel contesto sanitario, a fini di estinzione del reato, cfr. la proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell’ambito dell’attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico del *Centro Studi “Federico Stella” sulla Giustizia penale e la Politica criminale*, contenuta in FORTI et al., *Il problema della medicina difensiva*, Pisa, 2010.

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.

La clausola di salvaguardia impone che accedano all'area dell'illiceità amministrativa comportamenti violenti, ingiuriosi, o ancora offensivi, o infine molesti, che però non attingano la soglia dell'illiceità penale. Una sfida impervia, perché riesce davvero arduo sottrarre al marchio penale una condotta caratterizzata dal ricorso alla violenza, o che si contraddistingua per essere offensiva o molesta. Non meno ostica si profila la sussunzione di una condotta ingiuriosa nel nuovo illecito amministrativo, atteso che con l'abrogazione dell'art. 594 c.p. a opera del d.lgs. n. 7/2016, l'ingiuria è colpita da sanzione pecuniaria civile di importo che, nel massimo, risulta maggiore rispetto a quello della sanzione amministrativa<sup>37</sup>. Se anche da questa previsione è possibile cogliere l'intento legislativo di non lasciare impunte nemmeno le forme più lievi di offesa, non è dato sapere quale sarà l'autorità amministrativa competente a contestare l'illecito e ad applicare la sanzione, lacuna che accredita il pronostico di sostanziale inoperatività della norma<sup>38</sup>.

10. *Una soluzione ... 'all'italiana', tra squilibri ed equilibrismi.* Si è già messo in luce come nei resoconti giornalistici il racconto degli episodi di intolleranza tenda a esacerbare l'aspetto conflittuale delle vicende, mettendo i pazienti contro i curanti e miniaturizzando la violenza a un comportamento sbagliato dell'utente o parente, con annessa tacitazione dei motivi che hanno infiammato l'*escalation*, forse perché ritenuti inidonei a bilanciare una reazione che resta sproporzionata e inaccettabile.

Non c'è dubbio che l'atto di violenza non debba mai essere minimizzato, tanto più quando segnala la caduta di un tabù: chi mai avrebbe immaginato, solo una ventina di anni fa, il 'sacrilegio' di un paziente che colpisce un medico, il proprio medico?

Gli stessi medici o infermieri, del resto, sono i primi che faticano a capacitarsi di come un soggetto che vive uno stato di bisogno sia disposto ad assumere un atteggiamento di prevaricazione nei confronti di chi si adopera per soddi-

---

<sup>37</sup> Osserva PAVICH, *La sicurezza del personale sanitario e la tutela penale contro le aggressioni*, cit., che un'interpretazione convenzionalmente orientata del principio del *ne bis in idem* conduce a ritenere la sanzione civile pecuniaria prevista per le condotte ingiuriose dal d.lgs. n. 7/2016 non cumulabile con la nuova sanzione amministrativa.

<sup>38</sup> Cfr. AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, cit., 30.

sfare o lenire quello stato di bisogno.

Ora, non è questa la sede per indugiare sui profondi cambiamenti che hanno riguardato la relazione di cura, sull'impatto esercitato dal consenso informato nello stabilizzare il piano inclinato dell'alleanza terapeutica, sul passaggio dal paternalismo sanitario al rispetto per le scelte di fine vita. Qui basti osservare come la difficoltà che incontra un professionista dell'aiuto nell'accettare la contestazione del proprio operato e, soprattutto, nel procedere a denunciare il proprio aggressore, comunichi una sensazione di disagio, propria di chi mal tollera la messa in discussione dell'agire esperto e respinge l'idea di criminalizzare un soggetto che sperimenta forme di patimento per le quali aveva chiesto aiuto.

Alla caduta di un tabù - l'aggressione al professionista - il medico non se la sente di rispondere dando uno scossone a un altro tabù, dalla vaga ascendenza deontologica: non si denuncia chi soffre<sup>39</sup>.

Ma vi è di più. L'attacco al medico, a ben vedere, non è un fenomeno così nuovo come possa crederci. Le rivendicazioni giudiziarie che hanno dato vita alla reazione della medicina difensiva hanno in qualche modo anticipato le aggressioni di tipo fisico, segnando un'epoca in cui i malati denunciano e percuotono i medici.

Deve convenirsi con quanti sostengono che sia la via legale alla *malpractice* sia l'attacco fisico facciano parte di un processo di delegittimazione del medico ormai invalso e che riflette la mutata percezione sociale degli esercenti le professioni sanitarie, passati dall'essere considerati 'sacerdoti' con potere di vita e di morte a tecnici dei quali si discute e si valuta la competenza, alla pari di qualsiasi altro professionista<sup>40</sup>.

Occorre prendere atto che esistono persone che, a parità di problemi, vanno dall'avvocato e altre che picchiano il medico. In entrambe le situazioni, pur con forme diverse, gli utenti 'aggreddiscono' - ora con modalità assentite dall'ordinamento, ora in modo illegale - il proprio *caregiver*. L'aggressione fisica presenta la medesima natura oppositiva del contenzioso legale, a mutare è la risposta dell'ordinamento penale: alla medicina difensiva si risponde con la depenalizzazione (sia detto in senso a-tecnico) sortita dalla l. n. 24/2017, alla violenza con la criminalizzazione - ma meglio sarebbe dire 'iper-

---

<sup>39</sup> Qualcuno ricorderà la condivisibile levata di scudi dei medici quando si profilò l'ipotesi di gravarli di un obbligo di denuncia degli immigrati irregolari che chiedevano assistenza (art. 45, comma 1, lett. t) del ddl sicurezza C2180/2009).

<sup>40</sup> Cfr. CAVICCHI, *La violenza contro i medici e la "legge del taglione"*, in [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it), 26 novembre 2018.

penalizzazione<sup>7</sup> - indotta dalla l. n. 113/2020.

Il parallelismo tra medicina difensiva e ricorso alla violenza non è fine a sé stesso: entrambe le reazioni suggeriscono la revoca del rispetto e dell'onore dovuto, la negazione o relativizzazione dello *status* professionale, la scomparsa di sentimenti di gratitudine per l'utilità essenziale delle mansioni svolte.

Perché, allora, non assumere come ipotesi di studio che l'impiego diffuso della violenza - che ben può essere fomentata anche da pratiche difensivistiche - stia ad attestare, almeno in taluni casi, la circolazione di un malessere sociale, espresso con modi censurabili da malati/parenti che si rifiutano di essere ridotti alla malattia che li tormenta e che esprimono bisogni dei quali nessuno sa o vuole farsi carico?

Se questa ipotesi fosse sostenuta da conferme empiriche, la soluzione della criminalizzazione degli aggressori, veicolata dal provvedimento legislativo, difficilmente condurrà a una soluzione appagante, a una riduzione delle violenze, perché non si premura di isolare la miccia che ha acceso reazioni tanto dirompenti.

Il cambio d'abito del medico, da benefattore a nemico, può certo spiegarsi attingendo alla psico-patologia, all'ignoranza, alla maleducazione dell'aggressore, ecc., ma si provi a supporre che sia la sfiducia, generata da una sensazione di inaffidabilità, il fomite dell'exasperazione, della contestazione e dell'intolleranza.

«La figura del “benefattore” tramonta con la crisi della carità pubblica, del paternalismo sociale, con la nascita dei diritti, del *welfare*, con l'espandersi della cultura dell'auto-determinazione, con *Google*, ma anche con uno Stato che per ragioni economiche non esita ad amministrare il medico, a impoverirlo professionalmente, a svalutarlo in ogni modo anche non rinnovandogli per anni il contratto, o pagandolo come un impiegato della pubblica amministrazione ben al di là del concetto di “onorario” e del valore sociale di quello che fa»<sup>41</sup>.

Perché allora non ammettere una corresponsabilità dello Stato nel discredito che circonda la figura del medico? Perché non riconoscere che l'attività professionale è stata burocratizzata? Che il rapporto con il paziente, sotto la scure dell'efficienza, soffre una patente spersonalizzazione? Che l'autonomia professionale, senza la quale nessun malato può ritenersi davvero ben curato, sconta una progressiva quanto inesorabile *deminutio*?<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Cfr. CAVICCHI, *La violenza contro i medici e la “legge del taglione”*, cit.

<sup>42</sup> Molto vi sarebbe da dire a questo proposito. Qui basti segnalare: a) il peso assunto dalle linee guida nell'irregimentazione delle professioni sanitarie; b) il riconoscimento, formalizzato nell'art. 1, comma 8,

Ecco allora che la criminalizzazione delle violenze rischia di nascondere un problema sociale sbalzato in tutta la sua «immane concretezza»<sup>43</sup> dalla corrente emergenza sanitaria: la destrutturazione del sistema sanitario nazionale, «un sistema sanitario dove al pronto soccorso si aspetta un tempo insostenibile, dove i malati sono curati con i tempari, dove i medici sono stressati dagli straordinari, dove bisogna attenersi a *standard* di spesa, a procedure, a evidenze scientifiche impersonali e quindi fallaci, dove la necessità clinica è esasperata dalle disorganizzazioni, dalle inefficienze, dalle carenze»<sup>44</sup>.

È stato opportunamente ricordato: «ci sono milioni di cittadini che nonostante le evidenze scientifiche non si fidano dei vaccini, vi sono altrettanti milioni di persone che non si fidano della medicina a causa dei suoi errori, e altrettanti che non si fidano perché sui giornali leggono della malasanita, altri ancora che non hanno fiducia nei servizi della loro città o della loro regione e che vanno altrove a curarsi, ancora altri che si fidano del privato e non del pubblico, altri ancora che non si fidano dei medici perché non guardano neanche in faccia i loro malati e non staccano gli occhi dal computer»<sup>45</sup>.

Se questa disamina non è priva di fondamento, l'approccio criminalizzante della legge finisce per veicolare un messaggio al malato del seguente tenore: «*di fronte ai guasti della sanità, non contestare ... sii ancora più paziente, e se non puoi permetterti cure private ... porta pazienza. Reagisci male, anche se sei sofferente? Sappi che ti attende una pena più dura del solito*».

11. *Sicurezza delle cure e sicurezza degli operatori sanitari: quale ruolo per il diritto penale in campo sanitario?* L'allarme per gli episodi di violenza è tale per cui già nel 2007 il Ministero della Salute aveva emanato una specifica raccomandazione sull'argomento e 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).

Adesso questa tipologia di eventi richiede di essere riguardata, all'interno di una visione integrata del rischio nelle attività clinico-assistenziali e nelle strut-

---

l. n. 219/2017, del valore del tempo della comunicazione tra medico e paziente come «tempo di cura»; c) la funzione terapeutica esercitata dalla c.d. medicina narrativa, con interessanti risvolti nella prospettiva del contenimento del contenzioso da *malpractice*, e che ben potrebbe funzionare come antidoto contro le aggressioni al personale sanitario. Per un inquadramento generale del tema v. il *focus* dal titolo '*Responsabilità medica, medicina difensiva, medicina narrativa*', pubblicato su *Riv. it. med. leg.*, 2014, 847 ss.

<sup>43</sup> Per citare la fortunata opera di FORTI, *L'immane concretezza*, Milano, 2000.

<sup>44</sup> Cfr. CAVICCHI, *La violenza contro i medici e la "legge del taglione"*, cit.

<sup>45</sup> Cfr. CAVICCHI, *Se prevale la legge del "taglione"*, cit.

ture sanitarie, non solo come un problema di sicurezza degli operatori, ma anche come un problema di sicurezza delle cure, ai sensi della l. n. 24/2017, intanto perché la violenza può costituire la risposta a cure prestate in ambienti insicuri, che abbiano determinato eventi avversi evitabili, e poi perché è difficile garantire cure sicure in contesti attraversati da flussi di violenza, che mettono a repentaglio anche lo stato di salute dei pazienti non investiti dal conflitto (si pensi, per fare un esempio, ai giorni di malattia che sottraggono ai turni di lavoro medici e para-medici colpiti dalle aggressioni, con sovraccarico di attività per i colleghi, disagio degli utenti, *stress*, ecc.).

Volendo stilare un bilancio più generale, la l. n. 113/2020 va inserita in un disegno di politica criminale che tramanda un forte sostegno alla classe medica, mai come oggi al centro di una protezione penalistica quale non è dato ravvisare per altre categorie professionali. È come se il legislatore, per riparare al citato discredito procurato al medico dalle riforme che hanno progressivamente ‘aziendalizzato’ la sanità, abbia deciso di investire nella risorsa penale, affidandole il compito di risollevere le quotazioni della reputazione professionale.

Per stare ai provvedimenti più recenti, basti citare la l. n. 24/2017 e la l. n. 219/2017, che promettono sprazzi di non punibilità nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie i quali osservino le linee guida, o rispettino la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo.

Accanto a questa linea di tendenza se ne registra un'altra, per certi versi opposta alla prima, perché riscopre il penale come meccanismo di incriminazione, sia attraverso le modifiche apportate alla disciplina dell'esercizio abusivo della professione *ex art. 348 c.p.* dalla l. n. 3/2018<sup>46</sup>, sia attraverso la legge in commento.

Se ne ricava una sintesi per certi versi inaspettata: meno penale a carico dei professionisti della salute, più penale per chi attenta agli interessi dei professionisti della salute, con la bilancia che pende decisamente dalla parte di questi ultimi<sup>47</sup>.

Dopo che per lungo tempo si è negata la specificità delle professioni sanitarie, evocando a ogni pie' sospinto la violazione dell'art. 3 Cost., ecco che oggi, a

<sup>46</sup> Cfr. in tema CAPUTO, *L'esercizio abusivo della professione riformato. Il caso dell'attività odontoiatrica*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 1/2020, 162 ss.

<sup>47</sup> Un esame della recente politica criminale in campo sanitario è contenuto in CAPUTO, *“Aritmie legislative” e nuovo statuto penale degli esercenti le professioni sanitarie*, in *Corti supreme e salute*, 1/2020, 325 ss.



uno sguardo d'insieme, la categoria pare aver recuperato una robusta considerazione normativa, anche se nell'attuale temperie pare impensabile la riproposizione dei 'fasti del passato'. Del resto, mentre nel 1973 il trattamento benevolo sancito dalla pronuncia n. 166 della Corte costituzionale - condensabile nella celebre «larghezza di vedute e comprensione», richieste ai giudici nella valutazione della colpa medica<sup>48</sup> - rifletteva un atteggiamento sociale di deferenza nei confronti dell'*auctoritas*, che marcava uno squilibrio di piani alimentato da paternalismo e asimmetrie informative, ai giorni nostri il nuovo *favor* sembra potersi spiegare alla luce di un più maturo riconoscimento della speciale utilità sociale rivestita dalle professioni sanitarie in una società complessa e chiamata ad attrezzarsi per governare sfide alla salute sempre crescenti - si pensi alla battaglia contro il Coronavirus - e quindi bisognosa di contare su professionisti qualificati e scevri da preoccupazioni di ordine extra-professionale.

La serenità nell'esercizio della professione, messa in pericolo dalle pratiche degli abusivi come dalle ri-vendicazioni di pazienti e familiari amareggiati e delusi, che talvolta tracimano in condotte aggressive, sembra la cifra corrente del diritto penale della medicina<sup>49</sup>.

Chiamato a fronteggiare le ritorsioni giudiziarie, la slealtà concorrenziale e gli attacchi personali nei confronti dei professionisti della salute, il diritto penale si è reso disponibile a trasmettere un messaggio tranquillizzante e fermo: «*Nessuno tocchi Ippocrate*», simboleggiando un ritorno di autorevolezza e il ripristino di uno *status quo* in capo a chi, per dirla alla Canetti, può 'toccare', ma non vuole essere 'toccato'<sup>50</sup>.

Ma, come visto, non è tutto oro ciò che luccica. Oltre a non esserci traccia di alcuna «larghezza di vedute e comprensione» nei confronti dei pazienti/congiunti violenti, resta da domandarsi se la riforma aiuti od ostacoli la ricostruzione di un clima di fiducia e di reciproca comprensione tra malati e uomini e donne del personale sanitario.

La maggiore afflittività sanzionatoria finisce per iniettare dosi di squilibrio nel rapporto con le persone assistite. Costoro, accanto al danno associato alla vulnerabilità, insita in ogni stato patologico, e a discutibili condizioni assistenziali, si vedranno esposti alla 'beffa' di procedimenti penali che finiranno non

<sup>48</sup> Cass., Sez. IV, 4 febbraio 1972, Del Vecchio, in *Cass. pen.*, 1973, 538.

<sup>49</sup> Secondo AMATO, *Pene aumentate di un terzo e sanzione fino a 5mila euro*, cit., 28, il bene giuridico tutelato dal comma 2 dell'art. 583-*quater* c.p. non sarebbe solo l'integrità fisica, bensì anche «la libertà di azione e cura che non ammette indebite interferenze».

<sup>50</sup> Fulminante l'*incipit* di CANETTI, *Massa e potere*, tr. it. di Jesi, Milano, 1981.

solo per convalidare uno stato di subalternità di soggetti deboli e incompresi, ma anche per aumentare la distanza e l'incomunicabilità con la classe medica, che a causa di questa riforma corre il rischio di percepirsi e di essere percepita come asserragliata in una sorta di fortino.

Il timore è che l'aumento sanzionatorio potrà al più produrre un effetto placativo sulle ansie dei professionisti della salute, ma difficilmente riuscirà a scoraggiare chi, in preda all'ira per le condizioni di scarsa assistenza che lamenta di aver ricevuto, decida di offendere il curante, 'incurante' delle conseguenze che lo attendono. In assenza di adeguati interventi di miglioramento della qualità del servizio erogato, che rimandano a ben altre responsabilità, l'inasprimento delle sanzioni risulta in ultima analisi poco ragionevole.

In conclusione: lo *stress-test* al quale nel 2020 è stato sottoposto il sistema sanitario nazionale ha fatto emergere i punti di forza e di debolezza dell'assistenza pubblica. L'auspicio è che dall'esperienza traumatica del Coronavirus pazienti e curanti possano trarre la forza per scrivere insieme una pagina nuova e fondamentale dell'alleanza terapeutica, rivolgendosi compatti al legislatore per ottenere investimenti mirati nel settore della salute e del *welfare* in generale, perché, come ebbe a dire Giorgio Marinucci con parole tanto illuminanti quanto attuali, «la politica sociale è la migliore politica criminale»<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Cfr. MARINUCCI, *Politica criminale e riforma del diritto penale*, in *Jus*, 1974, 463.