

# AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO. CRITICITÀ E PROPOSTE ANAAO ASSOMED

Direzione Nazionale – Bari 21 marzo 2024

## Premessa

I casi di cronaca in merito alle aggressioni al personale sanitario, continuano ad essere di estrema attualità anche dopo la fase post pandemica.

La legge n. 113/ 2020, con l'aggiornamento di marzo 2023, tracciano le linee di indirizzo politico-normativo per prevenire gli episodi di violenza e migliorare la sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, ciò rappresenta un punto di partenza ma che di fatto non ha attenuato in maniera tangibile il fenomeno.

Gli operatori sanitari non più angeli, come durante la pandemia da Sars Cov-2, vengono ritenuti dai cittadini ancora responsabili e quindi colpevoli di tutti i disservizi che avvengono in sanità.

## Contesto legislativo

- Legge 30 marzo 2023 n.34 (novità in tema di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario) con modifiche dell'art. 583 -quarter;
- Legge 113/2020 Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- "Raccomandazione n.8 del 2007" del Ministero della Salute.

## Criticità legislative attuali

- Nella rubrica della legge n.34 del 30 Marzo 2023 le parole **lesioni grave e gravissime** sono soppresse, il legislatore ha inteso in questo modo garantire che la perseguibilità dei reati sia svincolata dalla gravità della condotta, tuttavia rimane poco chiara la reale procedibilità d'ufficio.
- Nella legge 113/2020 non vi è l'obbligo per le aziende di procedere a querela di parte in caso di aggressioni ai propri dipendenti.
- Per la "Raccomandazione 8" del 2007 si ritiene opportuno elevare al "**rango di legge**" tale raccomandazione, che per quanto indicativa non è per principio "imperativa" quindi non sottoposta a precisi obblighi giuridici e neanche sanzionabili in caso di mancato rispetto o applicazione.

## Proposte Anaa Assomed depositate in Senato gennaio 2020

### Misure a breve termine

- ✓ Utilizzare i militari di «operazioni strade sicure» all'interno dei punti sensibili come pronto soccorso e aree di emergenza, dotandoli di poteri straordinari di fermo, disarmo ed identificazione, disposti con intesa di Prefettura, Ministero della Difesa e degli Interni, ciò sarebbe realizzabile ad invarianza di spesa.
- ✓ Presenza della figura dello psicologo adeguatamente formato per gestire tensioni e conflitti nelle aree dell'emergenza.

### Misure a medio termine

- ✓ Riconoscimento dell'articolo 357 del C.P al personale medico e sanitario nell'esercizio delle loro funzioni mediante la qualifica di pubblico ufficiale.  
Come è noto figure come notai, capotreni delle ferrovie dello stato, dipendenti dell'anagrafe dello stato civile, tanto per citare alcuni esempi, sono tutti pubblici

ufficiali, motivo per cui si potrebbe riconoscere questa “forma giuridica” di tutela anche per il personale sanitario, tra l’altro come già sancito in alcune sentenze di Cassazione – 13 Novembre 2000; 4 Marzo 2003.

### **Misure di prevenzione relazionate ai processi di assistenza ed umanizzazione delle cure**

Il problema sempre più emergente delle aggressioni (verbali e fisiche) nei Pronto Soccorso e nei luoghi di cura in generale è spesso conseguenza della sensazione crescente di mancanza di risposta ai bisogni di cura dei cittadini.

La sensazione di abbandono e la percezione della de-umanizzazione della presa in carico, è principalmente dovuta al sovraffollamento dei Pronto Soccorso, alla lunghezza dei tempi di attesa, alla carenza di privacy, al sovraccarico lavorativo del personale sanitario, questi elementi fanno elevare esponenzialmente il livello di tensione sociale fra pazienti e loro famigliari all’interno dei Pronto Soccorso.

La nota del Garante della Privacy alle Regioni del gennaio 2023 sulla tutela dei dati personali e della dignità in ambito sanitario ha inoltre evidenziato quanto *“le condizioni con cui operano i professionisti sanitari, specie nei pronto soccorso, caratterizzate dalla mancanza di spazi adeguati e di risorse organizzative e umane, non possano costituire un ostacolo al pieno rispetto dei diritti fondamentali dell’individuo specie in un contesto come quello sanitario in cui le fragilità sono più evidenti”*.

È pertanto necessario intervenire con urgenza su tre aspetti cardinali ai fini della decongestione delle attività di Pronto Soccorso (perfezionandone di conseguenza anche le finalità assistenziali e la qualità delle cure) e del miglioramento dell’umanizzazione dell’assistenza:

1. Delocalizzazione delle cure a bassa priorità, inclusa la corretta applicazione dei percorsi fast-track, i pazienti devono transitare dal triage del PS generale che ne valuta la priorità. I protocolli devono prevedere:
  - percorsi con gestione dei pazienti in orario diurno in giornata (con o senza ambulatori specialistici);
  - percorsi con gestione dei pazienti con problematiche differibili al giorno successivo.
2. Riduzione del “boarding”:
  - con incremento dei posti letto, calcolato secondo dati storici al fine di mantenere un tasso di occupazione inferiore all’85% inclusa la Medicina d’Urgenza rispettando il DM/70 in caso di inutilizzo in molte realtà ospedaliere di questo Paese;
  - garanzia di un numero fisso minimo quotidiano di posti letto di area medica a disposizione per i ricoveri da Pronto Soccorso calcolato sul numero medio degli accessi di Pronto Soccorso - almeno 15% degli accessi di PS;
  - piano aziendale per la gestione dei ricoveri in caso di assenza di posti letto;
  - informatizzazione del Pronto Soccorso, in grado di verificare in tempo reale la disponibilità effettiva dei posti letto.
3. Nell’ambito del PNRR, mission M6 Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (Decreto del Ministero della Salute del 20.1.22) aggiungere risorse per l’adeguamento e ampliamento degli spazi nei Pronto Soccorso, insufficienti e obsoleti, la ‘messa in sicurezza’ con impianti di telecamere di videosorveglianza, chiusura delle aree di triage, apertura porte solo con badge del personale ospedaliero.

Infine, vanno applicati tre processi di revisione, controllo e tutela del lavoro del personale nei Pronto Soccorso:

1. ridefinizione dei fabbisogni di personale per il Pronto Soccorso/OBI in base al numero di accessi annui al Pronto Soccorso;
2. verifica tempestiva e periodica da parte del Ministero della Salute delle «Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso» diramate nel 2018, poi recepite in sede di Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2019 attraverso l'Accordo stipulato ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997;
3. blocco e divieto tassativo di accesso e stazionamento in tutte le aree di cura dei Pronto Soccorso salvo che per i pazienti e i loro care-giver, questo anche ai fini della garanzia della privacy dei pazienti stessi.

### **Svantaggi e vantaggi nel riconoscimento pubblico ufficiale ai sensi dell'art. 357 del C.P.**

Secondo la legge penale (art. 357 C.P.), sono Pubblici Ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

Come confermato dalla giurisprudenza della Corte Suprema di Cassazione, tale stato giuridico è attribuito, indipendentemente dalla qualifica formale del soggetto all'interno dell'amministrazione, sulla base della funzione effettivamente ricoperta.

Sono pertanto da considerarsi pubblici ufficiali tutti coloro i quali:

- svolgono una funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico;
- concorrono a formare la volontà di una pubblica amministrazione;
- sono muniti di poteri decisionali e di certificazione.

I pubblici ufficiali sono soggetti ad una disciplina peculiare sotto il profilo penale **che comporta una maggiore responsabilità nel caso di violazione dei loro doveri**, ma nello stesso tempo assicura loro una maggiore protezione a fronte delle offese dei terzi.

Il pubblico ufficiale è infatti tutelato, nell'esercizio delle sue funzioni, da specifiche norme del codice penale, quali violenza o minaccia a pubblico ufficiale (art. 336 C.P.), resistenza a pubblico ufficiale (art. 337 C.P.), oltraggio a pubblico ufficiale (art. 341-bis C.P.).

Trattasi di reati procedibili d'ufficio, con maggiorazione della pena che può arrivare fino a 5 anni di reclusione. Il Codice Penale prevede inoltre, all'art. 61 ("Circostanze aggravanti comuni"), un aumento di pena per i reati commessi contro pubblici ufficiali (tra cui ad esempio lesioni personali o violenza privata).

Da tale maggior tutela deriverebbero i benefici conseguenti all'attribuzione di tale qualifica al personale medico e sanitario.

Tuttavia, lo status di pubblico ufficiale potrebbe comportare maggiori responsabilità penali per medici e sanitari nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche, in particolare nei casi di reati gravi contro la pubblica amministrazione (anch'essi procedibili d'ufficio), tra i quali: abuso d'ufficio (art. 323 C.P.), concussione (art. 317 C.P.), corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 C.P.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 C.P.), induzione indebita (art. 319-quater C.P.), peculato (art. 326 C.P.), rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 C.P.), rifiuto e omissione di atti d'ufficio (art. 328).

Inoltre il Codice Penale, oltre a definire i delitti "propri" della funzione del pubblico ufficiale, considera tra le circostanze aggravanti di reato, previste dal già citato art. 61, "l'aver commesso il fatto con abuso dei poteri o con violazione dei doveri inerenti a una pubblica funzione o a un pubblico servizio" (art. 61 n.9 C.P.), con conseguente aumento della pena.

Bisogna però considerare che la giurisprudenza, nell'attuale contesto normativo, nei procedimenti penali a carico di medici ed operatori sanitari ha già attribuito loro in alcuni casi la qualifica di pubblici

ufficiali, applicando la relativa disciplina (così come avvenuto anche in procedimenti nei quali i sanitari erano, al contrario, vittime di reato).

I medici ospedalieri, in particolare, indipendentemente dall'incarico, accanto alle specifiche funzioni diagnostiche e terapeutiche esercitano un'attività autoritativa per conto dell'azienda (essendo peraltro inquadrati come Dirigenti della pubblica amministrazione), ciò è stato riconosciuto da diverse sentenze della Corte di Cassazione penale.

Esiste infine un ulteriore onere posto a carico dei pubblici ufficiali rappresentato dall'obbligo di rapporto all'autorità giudiziaria, la cui omissione è punibile ai sensi dell'art. 361 C.P. (omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale): qualora, nell'esercizio delle proprie funzioni, il pubblico ufficiale abbia notizia di reati perseguibili d'ufficio, deve denunciarli all'autorità giudiziaria. Analoga disposizione è già prevista per tutti gli esercenti le professioni sanitarie dall'art. 365 C.P. (omissione di referto), con la precisazione però che l'obbligo non sussiste nei casi in cui la denuncia dell'operatore sanitario all'autorità giudiziaria (referto) esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Tale esimente non è prevista per i pubblici ufficiali, per i quali la denuncia è sempre obbligatoria.

**Maurizio Cappiello**  
**Fabrizio Corsi**  
**Mirko Schipilliti**