



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

**Il Tribunale di Rimini**

N. 1255/2024 Sent.

N. 1701/2022 R.G.

N. 5636/2020 N.R.

in composizione monocratica

in persona del:

Comunicata al P.G.

**dott. Francesco Pio Lasalvia**

ha pronunciato la seguente

Est.Es.

**SENTENZA**

nel processo penale

Scheda

**contro**

[REDACTED]  
[REDACTED], il [REDACTED] di [REDACTED] di [REDACTED] [REDACTED]  
residente in via Forlani n. [REDACTED] [REDACTED] presso l'indirizzo Mod. 3/ S.G.  
[REDACTED], difeso di fiducia dall'avv. [REDACTED] del foro di Rimini;

libero – presente

**IMPUTATO**

*per il delitto di cui agli artt. 590 sexies e 589 c.p., perché, nell'esercizio della professione sanitaria svolta quale di medico di famiglia di [REDACTED] per colpa consistita in negligenza ed imprudenza, ne cagionava la morte; in particolare, interpellato insistentemente, sin dal 13 marzo 2020, dal proprio paziente circa il suo precario stato di salute, reiteratamente rifiutava di visitarlo, diagnosticando telefonicamente un'influenza stagionale curabile con tachipirina al bisogno; detta diagnosi era completamente errata, in quanto [REDACTED] aveva contratto in realtà il virus del COVID-19, che ben presto si manifestava in tutta la sua gravità, tant'è che, dopo essere stato ricoverato all'ospedale Ceccarini di Riccione in data 20.03.2020 con diagnosi di "polmonite interstiziale acuta in Covid-19", il 22.3.2020 veniva trasferito nel reparto di Medicina d'Urgenza dell'ospedale Infermi di Rimini per ventilazione non invasiva (CPAP) per poi passare il 28.3.2020 nel reparto di terapia intensiva, ove decedeva la mattina del 12.4.2020.*

*In Morciano di Romagna, consumato il 12.4.2020 alla data del decesso-Imputazione coatta disposta dal GIP di Rimini con ordinanza dell'11.11.2021*

**SENTENZA**

in data **15/07/2024**

depositata il **27.07.2024**  
FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
Antonio [REDACTED] De Chiara

\*

**Parte civile:**

[REDACTED]  
[REDACTED] difesa dall'avv. [REDACTED]  
del foro di Rimini.

\*\*\*

Con l'intervento del pubblico ministero dott. [REDACTED] con l'intervento dell'avv. [REDACTED] in sostituzione ex art. 102 c.p.p. dell'avv. [REDACTED] per la parte civile, con l'intervento dell'avv. [REDACTED] del foro di Rimini in sostituzione ex art. 102 c.p.p. dell'avv. [REDACTED] per l'imputato.

Le parti hanno concluso come segue:

**il pubblico ministero:** chiede l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non sussiste;

**il difensore della parte civile:** si riporta alla memoria depositata in atti e chiede affermarsi la penale responsabilità dell'imputato come da conclusioni scritte;

**il difensore dell'imputato:** chiede l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non sussiste o perché il fatto non costituisce reato con la formula che si ritiene di giustizia.



## MOTIVAZIONE

Con decreto che dispone il giudizio [redacted], medico di medicina generale nella provincia di Rimini, veniva tratto a processo per rispondere del delitto di omicidio colposo meglio descritto in epigrafe, in prospettazione accusatoria commesso in danno di [redacted] la cui moglie si costituiva parte civile in sede di udienza preliminare.

All'udienza del 30.1.2023, verificata la regolare costituzione delle parti e dichiarata l'assenza dell'imputato, veniva dichiarato aperto il dibattimento e venivano ammesse le prove; la difesa di PC riservava, in aggiunta, richiesta di perizia medico legale per accertare le cause del decesso e richiesta di acquisizione di tabulati telefonici.

Il 23.10.2023, con il consenso delle parti, venivano acquisite: 1) in luogo dell'audizione testimoniale dell'operante PG [redacted] le annotazioni di servizio da questi redatte il 3.9.2020, 26.10.2020 e 4.11.2020, con esclusione delle parti dichiarative e valutative, 2) la querela sporta da [redacted] il 15.6.2020 con documentazione medica, i verbali di SIT rese dalla stessa il 30.6.2020 e il 25.7.2020 con allegati screenshot rappresentativi dell'elenco delle chiamate tra il defunto e l'imputato e i messaggi tra di loro scambiati il 5.3.2020 e il 13.3.2020; 3) il verbale di SIT di [redacted] del 4.7.2020.

Alla medesima udienza venivano sentiti per rendere chiarimenti sulle dichiarazioni predibattimentali rese [redacted] poi veniva assunta la testimonianza dell'infermiera [redacted] che aveva partecipato all'intervento con l'autoambulanza del 15.3.2020 redigendo la scheda di intervento e la scheda di rifiuto della prestazione, documenti entrambi prodotti in udienza. Il 6.11.2023 veniva sentita [redacted] medico del pronto soccorso di Riccione al momento del ricovero di [redacted] la quale aveva redatto il referto medico del pronto soccorso del 20.3.2020.

Il 4.3.2024 veniva conclusa l'istruttoria con l'audizione testimoniale di [redacted], in qualità di medico che aveva visitato [redacted] presso il domicilio prima del ricovero in ospedale avvenuto il 20.3.2020, e poi con la consulenza tecnica, richiesta dalla difesa dell'imputato, del dr. [redacted] del quale veniva acquisita la relazione scritta.

Infine, la difesa di PC prima rinunciava al proprio CT medico legale [redacted] che avrebbe dovuto rendere un "parere medico-legale sull'evoluzione della infezione da Covid contratta dal Sig. [redacted] (v. lista avv. [redacted] difensore di PC) e poi chiedeva una perizia medico legale al fine di accertare le cause del decesso di [redacted]

La richiesta veniva respinta per difetto di rilevanza tenuto conto della istruttoria espletata e all'udienza del 24.6.2024 la difesa PC produceva linee guida e protocolli operativi diramati dall'AUSL, in origine allegati all'annotazione PG del 26.10.2020 prodotta all'udienza del 23.10.2023 mentre la difesa dell'imputato depositava la richiesta di archiviazione formulata dal PM cui sarebbe seguita l'imputazione coatta del GIP. Dunque, in assenza di repliche, all'udienza del 15.7.2024 si dava lettura del dispositivo.

\*

Il compendio probatorio (consistente primariamente nelle dichiarazioni di [redacted] e nella documentazione prodotta dalle parti, riferita alle condizioni di salute della vittima e alle "linee guida" in vigore all'epoca) consente di ricostruire nei termini essenziali che seguono la vicenda di cui al capo di imputazione, avente ad oggetto un omicidio colposo per omissione consistente nell'errata/omessa diagnosi COVID-19 (si tratta in effetti di un addebito omissivo, e non commissivo, atteso che la condotta doverosa richiesta al soggetto agente è infatti di agire per neutralizzare il rischio introdotto dalla malattia attraverso l'esecuzione di una diagnosi corretta e l'attivazione delle procedure medico terapeutiche idonee alla neutralizzazione del rischio).

La vicenda origina dalla querela sporta da [redacted] nei confronti di [redacted] medico di medicina generale che seguiva il suo intero nucleo familiare, compreso suo padre [redacted] sofferiva sia di ipertensione che di glicemia alta, problematiche che suo marito teneva sotto controllo grazie alle cure del dottor [redacted]

Venendo ai fatti, ella riferiva che il 4.3.2020 suo marito [redacted] come rimasto coinvolto in un incidente stradale, si era trattenuto per diverse ore presso il Pronto soccorso di Fano, ove affluivano continuamente pazienti per contagio di COVID-19.

Il giorno successivo, dopo un messaggio con cui comunicava la visita, Ferrari si era recato presso l'ambulatorio del suo medico di base, il dottor [redacted] farsi rilasciare le attestazioni necessarie per l'assenza dal lavoro per infortunio e in tale occasione rendeva noto al suo medico di base cosa gli fosse accaduto il giorno prima presso il nosocomio fanese ("Buongiorno [redacted] oggi sei operativo? Dalle 16,00 giusto? Ieri ho avuto un incidente stradale fortunatamente senza gravi conseguenze considerate le condizioni della macchina e quindi vorrei passare da te [...] sono stato ovviamente in p.s. a Fano, poi ti racconto", v. screenshot, all. verb. SIT [redacted] del 25.7.2020).

Circa una settimana dopo, almeno dall'11.3.2020, [redacted] aveva cominciato a manifestare primi sintomi febbrili e, dopo due giorni, il 13.3.2020, aveva dapprima tentato di contattare telefonicamente [redacted] non ottenendo risposta, e poi gli aveva scritto un messaggio col quale lo aveva avvisato dei suoi sintomi febbrili, spiegando che era suo interesse comunicarglielo per il caso in cui fosse stato necessario segnalare all'ASL eventuali casi sospetti COVID ("Buongiorno [redacted] sono due giorni che ho la febbre fino a 38,2°, senza altri sintomi, con tachi presa prima di dormire ma ora ho 36,0, mio suocero uguale. Normale decorso ci tenevo a segnalare perchè non so se l'Asl deve comunque essere messa a conoscenza di casi sospetti. Buon lavoro"; v. all. verb. SIT [redacted])

Il dottor [redacted] telefonandolo, lo aveva rassicurato che si trattava di non altro che di influenza stagionale e che avrebbe dovuto assumere della tachipirina.

Se non ch , pur seguendo tale indicazione, la temperatura corporea del marito non scendeva. Era domenica 15.3.2020 e, non volendo disturbare [redacted] nei giorni festivi, chiamava l'autoambulanza perch  il marito aveva la febbre alta, tremori e sguardo fisso.

Una volta giunto al domicilio il personale sanitario, l'infermiera [redacted] effettuava la visita di [redacted] appurando, come si evince dalla scheda infermieristica, che il paziente pur lamentando da giorni sintomi influenzali, in quel momento risultava apiretico e non manifestava problemi respiratori; rifiutava il trasporto in pronto soccorso (v. scheda infermieristica e rifiuto della prestazione del 15.3.2020, all. 5 verb. ud. 23.10.2023).

Il lunedì e il martedì successivi la situazione non era migliorata visto che la febbre alta persisteva, insieme a debolezza, tosse, diarrea e difficolt  del respiro; [redacted] allora, aveva riprovato a telefonare al dottor [redacted] il quale aveva confermato la sua diagnosi originaria: si trattava di influenza stagionale da curarsi con la tachipirina. In questo caso, tuttavia, aggiungeva in querela e confermava in dibattimento [redacted] la quale assisteva da vicino alle chiamate tra [redacted] il marito, che parlava a volte in vivavoce e a volte con un volume tanto alto che chi era intorno riusciva a percepire il contenuto della conversazione -, [redacted] aveva usato un tono arrogante e sgarbato tanto che da quel momento suo marito, quasi offeso, le aveva riferito che non lo avrebbe pi  telefonato (con le parole della querelante: "durante tutte queste telefonate mio marito era in affanno, aveva il respiro accelerato ed era tachicardico, faceva presente di avere la tosse, la diarrea e che la febbre non scendeva e arrivava ancora a 39, a queste telefonate il medico rispondeva sempre quasi come una litania che era influenza e pertanto la terapia da seguire era la tachipirina; v. querela [redacted] acq. ud. 23.10.2023 p. 3; sebbene de relato, conferma tale circostanza [redacted] v. verb. SIT 4.7.2020).

Tuttavia, nonostante la contrarietà del marito, era lei che il 20.3.2020 aveva voluto contattare di nuovo il dottor [redacted] al quale lamentava nuovamente che, sebbene il marito assumesse da giorni la tachipirina, la febbre non scendeva e persistevano diarrea, affanno e molta stanchezza. A un tratto il dottor [redacted] aveva invitata a chiamare l'autoambulanza, incombente che non sarebbe spettato al medico di medicina generale, a suo dire, ma all'interessato direttamente; così [redacted] procedeva in autonomia.

Giungeva al domicilio l'automedica, con a bordo il medico [redacted] quale, visti i riferiti sintomi da COVID-19 (v. scheda infermieristica del 20.3.2020, all. querela [redacted] cit., aff. 38-39), inviava il paziente al pronto soccorso di Riccione ove il medico [redacted] diagnosticava "polmonite interstiziale acuta verosimilmente COVID" (v. referto PS Riccione del 20.3.2020, all. querela [redacted] cit. aff. 28-30); quindi, ottenuta conferma della positività al COVID, [redacted] veniva ricoverato inizialmente presso il reparto di medicina d'urgenza per poi essere trasferito il 22.3.2022 con diagnosi di "polmonite interstiziale acuta in COVID -19" presso l'ospedale di Rimini ove il 12.4.2020 decedeva.

Questi i fatti alla luce delle prove assunte. Mentre si sono rivelate irrilevanti per la ricostruzione dei fatti le dichiarazioni rese dal personale sanitario, a vario titolo coinvolto nella vicenda (tutti limitatisi a dare lettura dei documenti da loro sottoscritti, quali schede infermieristiche e referti medici, non ricordando altro), l'imputato, dal canto suo, pur avendo presenziato al processo, non ha inteso rendere una versione alternativa.

\*

Per comprendere appieno i fatti di cui si discorre è impossibile trascurarne il contesto.

La vicenda del contagio e del decesso di [redacted] databile tra il 4.3.2020 e il 12.4.2020, si colloca nella "prima ondata COVID-19", poco dopo che il 31.1.2020 l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarava lo stato di emergenza sanitaria e il

Governo italiano, sempre il 31.1.2020, decretava, conseguentemente, lo stato di emergenza nazionale cui seguiva una miriade di atti per il contrasto alla pandemia.

Nella prima fase, quando erano purtroppo ignote le cause, la natura, le modalità del contagio, le pratiche di contrasto alla diffusione e le terapie cui si sarebbero dovuti sottoporre i pazienti, il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni man mano interessate dalla diffusione della pandemia, diramavano raccomandazioni, avvalendosi delle AUSL per diffonderle tra il personale medico al fine di procedere alla precoce individuazione dei casi sospetti di contagio COVID-19, di diffondere le istruzioni operative per la gestione dei pazienti e per la somministrazione delle cure e di comunicare quali compiti avesse il personale medico, specie quello operante sul territorio.

L'incertezza sulle caratteristiche della malattia, le divergenti prese di posizioni di istituti scientifici/universitari sulle modalità con cui affrontare il rischio di diffusione della pandemia e con cui somministrare le cure al paziente e la formazione progressiva di puntiformi certezze scientifiche, implicavano il frenetico susseguirsi di circolari tese ad aggiornare il quadro delle regole di riferimento e il mutare continuo dei criteri di definizione dei casi sospetti e delle indicazioni operative rivolte al personale medico.

Si tratta di circostanze notorie e che comunque hanno trovato riscontro probatorio nelle circolari, comunicazioni, istruzioni operative prodotte dalla difesa di parte civile (prod. ud. 24.6.2024, all. querel. [redacted]); atti che, in ragione del susseguirsi tra loro a distanza di pochi giorni, danno la plastica conferma dell'incertezza sul "da farsi", così come confermato in dibattimento dalla testimone [redacted], medico con esperienza ultradecennale di medicina d'urgenza, la quale in riferimento alla prima ondata riferiva di "linee guida non chiarissime, cioè che venivano cambiate di giorno in giorno in base agli avvenimenti" e "di primo mese in divenire [perché] si modificavano veramente quasi continuamente [le linee guida]" (si veda, verb. ud. 6.11.2023, dep. [redacted], pp. 5, 6, 12).



Sia sufficiente poi evidenziare che, facendo riferimento ai primi mesi di diffusione del COVID (da gennaio a inizio marzo 2020) il Ministero della salute ha diramato 4 circolari per la individuazione dei casi sospetti (22.1.2020, 27.1.2020, 22.2.2020, 9.3.2020), mentre l'AUSL Romagna ha inviato più comunicazioni rivolte ai MMG tra cui 3 contenenti indicazioni per la individuazione e il trattamento dei casi sospetti (3.2.2020, 24.2.2020, 16.3.2020 e istruzioni operative del 18.2.2020 e 9.3.2020).

Venendo alle circolari e alle indicazioni operative rilevati per il presente giudizio in quanto prossime alla data del fatto (marzo 2020), era conoscibile a tutti i MMG che:

- 1) “I sintomi più comuni consistono in febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie: gli esami radiologici del torace evidenziano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. Le informazioni attualmente disponibili suggeriscono che il virus possa causare sia una forma lieve, simil-influenzale, che una forma più grave di malattia. Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pre-esistenti, quali ipertensione, e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi (v. circolare del 22.1.2020 del Ministero; istruzioni operative AUSL del 18.2.2020);
- 2) per caso sospetto, secondo la circolare ministeriale del 9.3.2020, rientrava “[...] 2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l’insorgenza dei sintomi; oppure 3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica”, laddove per contatto stretto di un caso probabile o confermato si intendeva anche “[...] una persona che si è trovata in

un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale, con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti a distanza minore di 2 metri”;

- 3) i MMG avrebbero dovuto offrire la massima assistenza telefonica ai pazienti sintomatici, evitando le visite in ambulatorio che avrebbero potuto favorire il contagio; a seguito delle diagnosi telefoniche i MMG, nei casi non gravi, avrebbero contattato il medico del Dipartimento di Sanità Pubblica al quale era rimessa la valutazione dei provvedimenti da assumere, mentre per i casi gravi (quindi “con affezione respiratoria con febbre e tosse in presenza di alterazione dei parametri vitali [...], che necessitano di ricovero ospedaliero”) avrebbero dovuto contattare direttamente il 118 (v. istruzioni e note AUSL 26.2.2020 e 2.3.2020);

Queste le indicazioni operative cui si sarebbe dovuto attenere l'imputato, dunque: assistenza telefonica, nessuna visita al domicilio, diagnosi precoce e segnalazione.

\*

Per quanto emerso dagli atti l'imputato va assolto per difetto di prova certa in ordine all'efficacia impeditiva dell'evento da attribuire all'azione doverosa che avrebbe dovuto tenere in ossequio alle circolari e alle istruzioni operative a lui conosciute/conoscibili.

La dinamica del fatto storico emerge dal narrato della parte civile, dichiarante che pur avendo certo un interesse patrimoniale al risarcimento del danno e pur essendo ragionevolmente mossa da un interesse di pura giustizia dopo aver visto il marito morire in ragione delle vicende di cui si discorre, ha reso una versione lineare, coerente e che ha retto al contraddittorio svolto dalla difesa dell'imputato; sotto altro profilo non sono emersi elementi che lascino supporre che ella abbia agito per calunniare l'imputato, medico nel quale il suo nucleo familiare aveva da anni riposto la propria fiducia.

Il tema dirimente di questo processo ruota quindi attorno alla violazione del comportamento imposto all'imputato quale MMG e all'efficacia impeditiva del comportamento doveroso alla luce delle conoscenze disponibili all'epoca dei fatti.

È emerso dalla lettura combinata della ricostruzione fattuale della vicenda e delle indicazioni operative dettate da circolari ministeriali, note ed indicazioni impartite dalle AUSL, che senz'altro l'imputato è incorso in una ripetuta – e perciò grave – violazione delle istruzioni a lui senz'altro conosciute e alle quali si sarebbe dovuto attenere:

- 1) avrebbe dovuto eseguire accurate diagnosi telefoniche sulla base delle informazioni ricevute dal paziente in ossequio alle indicazioni ministeriali e avrebbe dovuto valutarne la riconducibilità a un caso sospetto, invece, pur sapendo che [REDACTED] accusava febbre alta, che la settimana prima era rimasto per tante ore in un pronto soccorso e che era un paziente affetto da ipertensione e glicemia alta, ne sottovalutava le condizioni di salute derubricando il tutto a una mera influenza (13.3.2020) e ciò anche nei giorni successivi alla prima richiesta di "aiuto" quando, nonostante la assunzione di tachipirina, veniva a sapere da [REDACTED] stesso, che lo chiamava al telefono ripetutamente, che la febbre non scendeva e si erano aggiunti altri sintomi sospetti come la tosse, la diarrea e i problemi respiratori (16.3.2020 e 17.3.2020);
- 2) avrebbe dovuto attivare le procedure terapeutiche previste dalle circolari diramate a tutti i medici del territorio che prevedevano, per il caso lieve, di attivare la sorveglianza al domicilio del dipartimento sanità pubblica e, per i casi non lievi, l'attivazione da parte sua – e non del paziente – del 118; invece, dopo aver errato evidentemente la diagnosi, non si attivava personalmente per la chiamata al 118.

L'imputato violava, quindi, più volte le prescrizioni relative all'individuazione del caso sospetto COVID-19 e alle conseguenti indicazioni operative, pur conoscendo i sintomi accusati dal paziente, le malattie concomitanti relative alla ipertensione e al diabete da

cui egli era affetto e l'avvenuta frequentazione ad opera dello stesso nei giorni precedenti di un ambiente a rischio quale il pronto soccorso di un ospedale.

Orbene, ferma la condotta gravemente difforme dal comportamento doveroso che il medico di medicina generale avrebbe dovuto tenere in quel periodo storico, alla luce del compendio probatorio raccolto e complessivamente valutato, difetta la prova secondo canoni di certezza razionale dell'efficacia impeditiva del comportamento lecito.

In via preliminare, è ormai acquisizione giuridica nota, a far data delle Sezioni Unite Franzese (2002), quella per cui per aversi omissione punibile, in uno alla posizione di garanzia, si deve accertare il nesso tra evento infausto e omissione mediante lo schema del comportamento alternativo lecito; il che implica l'effettuazione di un giudizio controfattuale che consenta di dimostrare che il comportamento doveroso avrebbe avuto efficacia impeditiva dell'evento infausto, così come verificatosi in concreto (*hic et nunc*, quindi e non generalmente inteso). E invero, "il rapporto di causalità tra omissione ed evento [...] deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva" (v. *ex multis*, recentemente Cass., Sez. V, 785/24; v. Cass. SSUU 30328/2002, superando l'orientamento che assumeva sufficiente mere possibilità o coefficienti bassi di probabilità di verifica dell'evento). Nella verifica della sussistenza del nesso tra evento infausto e comportamento omissivo nessun dato normativo autorizza, tuttavia, un affievolimento del canone probatorio richiesto per la prova di ogni altro elemento costitutivo del reato; è necessario, dunque, disporre della certezza razionale in ordine al fatto che, se il comportamento doveroso fosse stato eseguito, l'evento infausto non si

sarebbe verificato o si sarebbe verificato in circostanze significativamente diverse da quelle, invece, verificatesi in concreto. Il criterio dell'aumento del rischio, talvolta richiamato al fine di superare ostacoli probatori che possono certo profilarsi come insuperabili alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili, finisce, tuttavia, per trasformare arbitrariamente il delitto di omicidio in un reato di pericolo. Esso non trova, infatti, alcun fondamento normativo, né nell'art. 589 cod. pen. né nella clausola di equivalenza di cui al capoverso dell'art.40 cod. pen. a mente del quale "non impedire un evento [e non, "non ridurre il rischio di un evento"] che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo" (anzi, in esso trova aperta smentita).

Tale rilievo impone di considerare che, per quanto emerso in dibattito, una tale certezza processuale non è stata raggiunta: si dovrebbe poter affermare (ma non è possibile), con certezza razionale, che se l'imputato avesse segnalato tempestivamente il caso sospetto o ne avesse promosso immediatamente l'ospedalizzazione o la gestione del DSP al domicilio, il paziente non sarebbe deceduto o comunque sarebbe deceduto in circostanze di modo/spazio/tempo significativamente diverse da quelle verificatisi in ragione della tempestiva sottoposizione alle terapie in quel momento storico disponibili (oltre alla tachipirina), quali la assunzione di antivirali e antimalarici (come, esemplificativamente, idrossiclorochina, clorichina, lopinavir), farmaci che egli non ha assunto siccome rimasto estraneo ai percorsi terapeutici allora predisposti dall'AUSL.

La lettura globale del compendio probatorio assunto non consente di addivenire a tale conclusione poiché non sussistono sufficienti evidenze scientifiche che consentano di condurre a termine, in senso colpevolista, il giudizio controfattuale sopra citato.

Al contrario, sono emerse evidenze che mettono in dubbio tale conclusione, la quale potrebbe reggere soltanto sulla scorta di un ragionamento di tipo congetturale; il che è estraneo al canone della certezza oltre ogni ragionevole dubbio che regge il processo

penale. Al momento dei fatti – si badi, occorsi nel corso della primissima ondata di contagi COVID-19 in Italia – non si disponeva di alcuna certezza scientifica sulla natura della malattia, sul suo decorso e sulle cure da somministrare ai pazienti, mentre il tasso di letalità era ben sopra la media, specie in pazienti già affetti da malattie concomitanti.

Elementi che militano in senso contrario alla tesi colpevolista sono, invero, : 1) le circolari ministeriali e le istruzioni operative delle autorità sanitarie, contenenti ricorrenti affermazioni “possibiliste” sulla natura del virus e sui medicinali che avrebbero potuto curarlo; 2) le considerazioni del consulente medico della difesa, dr. [REDACTED]; 3) il contesto che ha contraddistinto la prima ondata, emerso dalle dichiarazioni rese dalla dr. [REDACTED]

Secondo quanto riferito da quest’ultima, medico di comprovata esperienza ultradecennale in medicina d’urgenza al pronto soccorso di Riccione la quale ha dichiarato di aver vissuto in prima linea la primissima ondata COVID-19, in quel periodo storico tra le corsie si viveva alla giornata, le indicazioni cambiavano quotidianamente e ci si affidava piuttosto al buon senso (v. verb. ud. 6.11.2023, dep. [REDACTED] pp. 5, 6, 12).

Della incertezza terapeutica che aleggiava in quella prima ondata del marzo 2020 discorre anche il dottor [REDACTED] consulente tecnico della difesa dell’imputato, figura professionale di comprovata esperienze ultratrentennale come medico di pronto soccorso, specializzato in medicina legale e interna. Il vero, a dire di [REDACTED], è che in quel periodo non vi erano certezze e si usava prescrivere la tachipirina perché i sintomi del COVID-19 apparivano in parte sovrapponibili a quelli delle influenze stagionali (febbre, tosse, diarrea); quanto al ricorso a farmaci antivirali, “era tutto un divenire terapeutico che si è modificato costantemente e poi ci sono state diverse scuole di pensiero perché quello che dicevano alcuni gruppi non era condiviso da altri”, “non esisteva un protocollo terapeutico (...) si andava in modo, così, empirico” mentre solo almeno sei mesi dalla comparsa del COVID “sono arrivate le prime linee guida” quando cioè “gli infettivologi hanno capito che la

malattia non era semplicemente una malattia polmonare ma era una malattia che dava complicazioni vascolari, quindi non era una sindrome influenzale grave ma era una forma che colpiva organi interni colpiva vasi, apparati, quindi c'erano complicanze renali, gastrointestinali" (v. verb. ud. 4.3.2024, dep. [redacted], pp. 22-24).

A conferma di quanto emerso dalle prove orali, militano le circolari/istruzioni/comunicazioni provenienti dalle autorità sanitarie, diramate tra gennaio e marzo 2020 che venivano modificate quasi settimanalmente in base alle puntiformi e pur incerte considerazioni scientifiche quanto alla natura e al decorso della malattia (v. istruzioni AUSL del 18.2.2020, "I sintomi più comuni consistono in febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie: gli esami radiologici del torace evidenziano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. *Le informazioni attualmente disponibili suggeriscono* che il virus possa causare sia una forma lieve, simil-influenzale, che una forma più grave di malattia. Una forma inizialmente lieve *può progredire* in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pre-esistenti, quali ipertensione, e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane *potrebbero essere* più suscettibili alle forme gravi"). Ancor più incerto, poi, appariva il quadro delle acquisizioni scientifiche circa le terapie da somministrare: si era pensato, invero all'improvviso e senza disporre di sufficienti acquisizioni scientifiche sulla natura di questo nuovo virus, di ricorrere urgentemente a farmaci off label, come quelli antivirali e antimalarici, utilizzati per curare patologie diverse, nella speranza – poi risultata vana per la maggior parte dei farmaci in quella fase somministrati (per esempio, idrossiclorichina, cloroquina, remdesivir, lopinavir come poi comunicato ufficialmente all'AIFA)<sup>1</sup> – che essi potessero sortire

---

<sup>1</sup> Si veda, in quanto documenti emanati da organismi pubblici quale l'AIFA, <https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>; ciò a dispetto di quanto argomentato dalla difesa di parte civile, senza che tali argomenti difensivi fossero supportati da allegazioni probatorie, anche di natura scientifica, vista la rinuncia al proprio CT medico.

effetti positivi. In ordine a tali farmaci, nella primissima fase della diffusione del virus, non si disponeva che di aneddoti quanto alla loro efficacia ed ai possibili effetti collaterali che avrebbero potuto implicare in pazienti che, affetti da altri problemi di salute, assumevano altri medicinali (si veda, a riprova, le incertezze evidenziate nelle istruzioni AUSL del 9.3.2020 “il trattamento del paziente con covid-19 è simile a quello di altre polmoniti virali e si basa primariamente su terapie di supporto e supporto respiratorio quando necessario; l'organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato un documento per la gestione clinica dei casi di COVID-19. Il ricorso ai corticosteroidi non è raccomandato. Evidenze *aneddotiche suggeriscono* che il remdesivir, un farmaco che inibisce la trascrizione del RNA virale possa essere utile e sono in corso trial clinici. In aggiunta sono stati utilizzati anche il Lopinavir Ritonavir sulla base di evidenze di efficacia degli *animali* infettati ma non è sicuro che tali evidenze siano trasferibili all'uomo nelle infezioni da covid-19”; sulle interferenze farmacologiche, v nota AUSL del 13.3.2020 “mentre la gestione delle terapie antiretrovirali è esclusivamente ospedaliera, è però fondamentale conoscerne le interferenze farmacologiche e a tale proposito si stanno gradualmente consolidando alcune evidenze mentre altre sono ancora in fase di verifiche e approfondimento”).

Si consideri, sotto ultimo profilo, che la vittima [redacted] era peraltro un paziente in cura per problemi di ipertensione e di glicemia alta (v. [redacted], SIT 30.6.2020), malattie che si riteneva, per studi statistici sui decessi diffusi in quel momento, fossero quelle che comportavano il maggior tasso di mortalità per COVID-19 (v. nota AUSL 16.3.2020 da cui si ricava che il tasso di mortalità che sale dal 2,3% in pazienti sani al 6% di pazienti con ipertensione arteriosa, per salire poi al 7,3% in quelli con diabete; si aggiunge “attualmente non ci sono chiare evidenze che l'ipertensione arteriosa di per sé sia associata ad un rischio di incremento per l'infezione da COVID).



Visto quanto sopra esposto, tenuto conto del contesto eccezionale in cui si collocano i fatti (caratterizzato da angoscianti incertezze scientifiche in ordine alla natura del virus, alla individuazione delle modalità per il contrasto alla sua diffusione e alla cura dei pazienti contagiati), non è possibile affermare, con certezza razionale, che se l'imputato avesse rispettato le prescrizioni operative imposte dalle autorità sanitarie l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato con modalità significativamente diverse<sup>2</sup>.

P.Q.M.

Visto l'art. 530 cpv. c.p.p.,

assolve [redacted] dal delitto a lui ascritto perché il fatto non sussiste.

Rimini, 15 luglio 2024

Il Giudice

Dr. Francesco Pio Lasalvia



---

<sup>2</sup> Fermo il difetto di prova circa la sussistenza del nesso causale tra evento e omissione (profilo assorbente poiché implica una pronuncia più favorevole all'imputato), viene comunque in rilievo nel caso in esame sotto il profilo del difetto di colpa il c.d. "scudo penale" introdotto dall'art. 3-bis l. 76/2021 recante il seguente testo: "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2. – 1. Durante lo stato di emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave". A riprova di quanto rilevato nel testo della motivazione, tra i criteri di cui si deve tener conto ai fini della valutazione di gravità della colpa (e quindi della non punibilità del sanitario), viene indicata "la limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate".