



Procura della Repubblica

presso il Tribunale di Torino

RICHIESTA DI ARCHIVIAZIONE

~ artt. 408/411 c.p.p., 125 e 126 D.Lv. 271/89 ~

Al Giudice per le indagini preliminari
presso il Tribunale di Torino

Il Pubblico Ministero

visti gli atti del procedimento penale indicato in epigrafe, iscritto nel registro di cui all'art. 335 c.p.p. nei confronti di:

- 1) ~~_____~~ in qualità di direttore della struttura
- 2) ~~_____~~ in qualità di Direttore Sanitario
- 3) ~~_____~~, Presidente del cda società I. _____
- 4) ~~_____~~ consigliere delegato della società _____ la cui dipende l'intera struttura _____

e presso il medesimo legale elettivamente domiciliato

per l'ipotesi di reato:

artt. 81, 438, 452, 589 c.p. in Alpignano da marzo 2020 ad aprile 2020

persone offese: di cui all'elenco allegato

Osserva

1 Il presente procedimento origina: da denunce di familiari di ospiti, per lo più deceduti, della struttura "_____", in ordine a deficienze e irregolarità nella gestione dell'emergenza determinata dalla diffusione dell'infezione da Covid-19 all'interno dell'istituto; da denunce di personale in servizio in ordine alla medesima tematica, con particolare riguardo al profilo delle misure di prevenzione sul luogo di lavoro; denunce che si sono via via moltiplicate, accompagnate dalla pubblicazione di notizie sui mezzi di informazione.

Denunce dello stesso tenore riguardanti altre strutture assistenziali per anziani si sono moltiplicate nei primi mesi del 2020, in corrispondenza con le drammatiche notizie circa l'esplosione del contagio e l'aumento della mortalità nelle RSA, diffuse dai mass media e dai social. L'indagine di cui ci si occupa è stata così condotta da questo Ufficio parallelamente a numerose altre relative ai diversi istituti interessati.

Anche le autorità sanitarie e amministrative hanno svolto inchieste sul tema, si riportano di seguito alcune pubblicazioni sul tema rilevanti sotto il profilo dell'elemento soggettivo della colpa, prevedibilità ed evitabilità dell'evento.

Dal Terzo Report della Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie curata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), aggiornato al 14.4.2020, emerge che a livello nazionale dal 1° febbraio 2020 alla metà di aprile sono deceduti 6773 residenti. La percentuale maggiore di decessi, sul totale dei decessi riportati, è stata registrata in Lombardia (45,0%), Veneto (16,1%) Il tasso di mortalità, calcolato come numero di deceduti sul totale dei residenti (somma dei residenti al 1 febbraio e nuovi ingressi dal 1 marzo), è complessivamente pari all'8,2%.

Il Piemonte si è classificata al quarto posto per percentuale di decessi all'1,9% per COVID-19 + sintomatici (la Lombardia è la prima regione con il 6,7%, media nazionale 3,3%)

Il Piemonte ha raggiunto il picco nella prima metà di marzo 2020, come nella maggior parte delle altre regioni, con il 31,5%

Il Piemonte è stata la quarta regione per residenti ospedalizzati Covid positivi e sintomatici. Medesima graduatoria per positivi confermati.

La maggiori difficoltà iniziali incontrate sono state a livello nazionale:

- Scarse informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione (20% sul totale delle RSA che hanno risposto al questionario)
- b. Mancanza di farmaci
- c. Mancanza Dispositivi Protezione Individuale (82,7%)
- d. Assenze del personale sanitario (33,5%)
- e. Difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere
- f. Difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da COVID-19 (25,9%)
- g. Impossibilità nel far eseguire i tamponi (46,9%)

L'81,6% del personale addetto si è infettato. Il Piemonte è la sesta regione per percentuale di positivi tra il personale (12,7%). La Survey segnala che queste difformità sono condizionate dalle politiche regionali o anche di singole ASL nell'eseguire i tamponi.

Quanto all'isolamento dei residenti il 47,5% ha dichiarato di poter disporre di una stanza singola per i residenti con infezione confermata o sospetta; il 31% delle strutture ha la possibilità di isolare raggruppando i pazienti. Poche strutture hanno la possibilità di isolare i pazienti in una struttura dedicata. Circa l'8% non ha la possibilità di isolare i pazienti.

Un programma di formazione del personale è stato istituito nel 60,3% delle strutture.

Occorre partire dall'evidenza che il maggior numero di casi di contagio nelle RSA del circondario di Torino è avvenuto tra marzo e aprile 2020, in linea con quanto accaduto nel resto del Paese, con una drastica inversione della curva a partire da maggio, per appiattirsi quasi completamente tra giugno e settembre 2020 e ripartire esponenzialmente nei mesi successivi.

E' probabile che vi siano stati contagi anche in febbraio 2020, poiché è stato riscontrato uno scostamento dalla mediana, calcolata tra il mese di marzo 2019 e il dicembre 2020, dei decessi di marzo 2020, con un picco in aprile) di cui però non vi è conferma diagnostica poiché nel mese di febbraio non furono eseguiti tamponi agli ospiti delle strutture.

Pertanto, l'inquadramento generale del contagio della c.s. "prima ondata" deve riferirsi al periodo marzo-aprile 2020.

A questo proposito è di grande interesse il Report dell'ISTAT intitolato Prima ondata della pandemia. Un'analisi della mortalità per causa e luogo del decesso | marzo – aprile 2020 , che getta uno sguardo retrospettivo sulla situazione epidemica registrata nella fase iniziale nella popolazione generale e nelle strutture assistenziali, e di cui conviene riportare testualmente alcuni passi salienti.

“Nei mesi di marzo-aprile 2020 i decessi in eccesso sono stati 49mila rispetto alla media degli stessi mesi nei cinque anni precedenti. Il 60% è attribuibile al Covid-19 (29.210) [...] Sul totale dei decessi per Covid-19 circa l'85% è di individui di oltre 70 anni. [...] L'incremento dei morti è differenziato per luogo di decesso: +155% nelle strutture residenziali o socio-assistenziali, +46% negli istituti di cura, +27% nelle abitazioni [...] In questi due mesi, i deceduti residenti in Italia hanno subito un incremento del 45%. [...] L'incremento di mortalità si è concentrato soprattutto nelle regioni del Nord-ovest [...] Nel Nord-ovest, il Covid-19 è responsabile di un terzo della mortalità totale, quasi 19mila decessi, il 64% dei decessi per Covid-19 di tutta Italia [...] L'incremento più importante nella frequenza dei decessi si osserva per polmoniti e influenza. Per questo gruppo di cause, rappresentato per oltre il 95% da polmoniti, la frequenza dei morti è tre volte superiore a quella osservata in media nel periodo 2015-2019 (7.610 rispetto a 2.445) [...] Da questa prima lettura dei dati italiani sulle cause di morte nei mesi di marzo e aprile emerge come l'impatto del Covid-19 sulla mortalità non vada ricercato unicamente nel numero dei decessi causati direttamente dal virus, ma anche nel concomitante incremento per altre cause. L'incremento di decessi dovuti a polmoniti o altre affezioni respiratorie porta a ipotizzare che in questa prima fase della pandemia la difficoltà a diagnosticare una nuova patologia abbia prodotto una sottostima dei decessi a essa effettivamente dovuti [...] All'inizio di marzo 2020 la mortalità in Italia si è manifestata con livelli simili a quelli medi dello stesso periodo del quinquennio precedente. [...] Nelle settimane successive si è avuto un aumento repentino culminato in 23.593 casi tra il 22 e il 28 marzo, con una mortalità media giornaliera superiore ai 3.300 casi.”

In sintesi:

- vi è stato un incremento della mortalità nelle residenze per anziani di oltre una volta e mezza la media dei cinque anni precedenti, ma soprattutto di oltre tre volte la media dei decessi nella popolazione generale
- l'incremento maggiore si è registrato nel Nord-Ovest del Paese
- la quasi totalità dei decessi per COVID-19 ha colpito gli ultrasessantenni.

Venendo agli interventi istituzionali, si nota che già prima della dichiarazione di emergenza pandemica da parte del Governo del 31.1.2020, il ministero della Salute emanava la circolare n. 1997 del 22.1.2020 nella quale si fornivano una prima definizione di “caso” (in seguito più volte modificata) e raccomandazioni cautelative per il personale sanitario. Peraltro, si specificava che “Attualmente il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) stima che il rischio di introduzione dell'infezione in Europa, attraverso casi importati, sia moderato.” (si scoperto solo successivamente che con ogni probabilità il virus circolava all'interno del Paese).

Anzi, nella circolare n. 3190 del 3.2.2020 si afferma: “Come riportato dal Centro Europeo per il Controllo delle Malattie, la probabilità di osservare casi a seguito di trasmissione interumana all'interno dell'Unione Europea è stimata da molto bassa a bassa, se i casi vengono identificati tempestivamente e gestiti in maniera appropriata. (...) Le misure devono tener conto della situazione di rischio che, come si evince dalle informazioni sopra riportate, nel caso in esame è attualmente caratterizzata in Italia dall'assenza di circolazione del virus. Inoltre, come si evince dalla circolare del 31/1/2020 relativa all'identificazione dei casi e dei contatti a rischio, questi ultimi sono solo coloro che hanno avuto contatti ravvicinati e protratti con gli ammalati. Pertanto, ad esclusione degli operatori sanitari, si ritiene sufficiente adottare le comuni misure preventive della diffusione delle malattie trasmesse per via respiratoria” (come lavarsi le mani ecc, secondo il “decalogo” che sarebbe stato più volte ribadito nei successivi provvedimenti governativi).

La circolare ministeriale n. 5443 del 22.2.2020 è molto puntuale nel raccomandare l'utilizzo degli appropriati DPI nelle strutture sanitarie, richiamando la dotazione suggerita dall'ECDC, che però si

scontrava con la loro cronica carenza sul mercato non solo nazionale, ma mondiale, che può darsi come fatto notorio. ¹

Ancora nel Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 aggiornato al 14.3.2020 si segnala “una carenza globale di disponibilità di DPI”. E nel medesimo Rapporto aggiornato al 28.3.2020 si indica “una grave carenza di disponibilità e possibilità di approvvigionamento di DPI nel mondo.”

Si consideri che verosimilmente per tale cogente ragione la normativa emergenziale ha introdotto deroghe alla disciplina vigente in tema di dispositivi di protezione proprio con lo scopo di consentire l'utilizzo di mascherine e DPI non conformi ad essa. ²

Si noti che “mascherine chirurgiche” e DPI sono accessori sottoposti a normative diverse e assolvono a funzioni diverse quanto a protezione dell'apparato respiratorio.

Le prime sono dispositivi medici di cui al d.lg. 46/1997 e hanno lo scopo di evitare che chi le indossa contamini l'ambiente. I DPI (tra cui i facciali filtranti FFP2 e FFP3) sono, invece, disciplinati dal d.lg. 475/1992 e servono a proteggere l'utilizzatore da agenti esterni.

Soltanto pochi giorni prima del varo del DL 9/2020 la circolare ministeriale n. 5443 cit. raccomandava (incongruamente rispetto alla situazione di fatto) che il personale sanitario in contatto con un caso sospetto o confermato di DPI dovesse indossare DPI adeguati, come i filtranti FFP2, e sempre l'FFP3 per le procedure che generano aerosol.

Non va neppure dimenticato che con la pandemia si è assistito, dopo i primi tempi, ad una esplosione nella produzione (normalmente cinese) e commercializzazione di mascherine e filtranti che numerosi accertamenti degli organi di controllo hanno poi denunciato su tutto il territorio nazionale come contraffatti e comunque non in regola con le specifiche tecniche, tanto da determinare una protezione ben più bassa rispetto a quella dovuta secondo la rispettiva classe di appartenenza.

Pertanto, non si può escludere che anche dispositivi non testati ma di fatto non conformi – in particolare quanto a potere filtrante – siano stati acquistati in buona fede per l'utilizzo del personale, rendendo possibile che in singoli casi (non più accertabili) la capacità effettiva di filtraggio dell'accessorio protettivo non sia stato in grado di svolgere la sua funzione, favorendo (incolpevolmente per chi li aveva acquistati) la diffusione del virus.

I primi provvedimenti aventi per oggetto specifico, tra l'altro, le RSA sono stati i seguenti.

L'art 1, co.2, lett.) dell'ordinanza 23.2.2020 del ministero della Salute ha disposto la limitazione degli accessi dei visitatori nelle RSA per non autosufficienti.

L'ordinanza in pari data emanata d'intesa con la Regione Piemonte si riferisce, invece, più genericamente a tutte le strutture residenziali e assimilabili.

¹ In proposito è significativa la notazione dell'OMS nel dossier intitolato “Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19)” datato 27.2.2020: “Disruptions in the global supply chain of PPE The current global stockpile of PPE is insufficient, particularly for medical masks and respirators; the supply of gowns and goggles is soon expected to be insufficient also. Surging global demand – driven not only by the number of COVID-19 cases but also by misinformation, panic buying and stockpiling – will result in further shortages of PPE globally. The capacity to expand PPE production is limited, and the current demand for respirators and masks cannot be met, especially if the widespread, inappropriate use of PPE continues”.

² L'art. 16 DL 18 del 17.3.2020 recita: “Per contenere il diffondersi del virus COVID-19, fino al termine dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, sull'intero territorio nazionale, per i lavoratori che nello svolgimento della loro attività sono oggettivamente impossibilitati a mantenere la distanza interpersonale di un metro, sono considerati dispositivi di protezione individuale (DPI), di cui all'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio, il cui uso e' disciplinato dall'articolo 34, comma 3, del decreto legge 2 marzo, n. 9.”(tale riferimento è poi stato sostituito con il rimando all'art. 5-bis, comma 3, del DL 18/20 di identico contenuto).

E l'art. 34, co. 3, DL 9/20 stabiliva: “In relazione all'emergenza di cui al presente decreto, in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e in conformità alle attuali evidenze scientifiche, e' consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche, quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE previa valutazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.”

Il DPCM 8.3.2020 all'art. 2, co. 1, lett. q) ha disposto l'accesso dei visitatori alle RSA solo se di volta in volta autorizzato dalla direzione sanitaria, con funzione di contenimento del contagio (disposizione replicata con DPCM 4.3.2020, 8.3.2020, 10.4.2020 e 26.4.2020. Con nota 20938/A18.21° del 28/04/2020 la Regione Piemonte interdirà le visite per il mese di maggio 2020).

E' da notare la disposizione dell'art. 7 DL 14 del 28.2.2020, ai sensi del quale la misura della quarantena per coloro che avessero avuto contatti stretti con casi confermati di positività non si applicava "agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali che vengono sottoposti a sorveglianza. I medesimi operatori sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19." Sebbene se ne intenda facilmente la ragione stringente (non privarsi anticipatamente di preziosissimo personale), non si può escludere che in tal modo si sia favorita la diffusione del virus da parte di soggetti asintomatici, ma a rischio per i contatti avuti.

La circolare del ministero della Salute n. 7865 del 25.3.2020 prende in considerazione (si direbbe per la prima volta in maniera appena dettagliata) il rischio di diffusività del contagio nelle residenze per anziani, e divulga una serie di raccomandazioni di contrasto non dirette alle RSA, bensì a enti istituzionali (sorveglianza e monitoraggio, formazione del personale, potenziamento del personale anche con reclutamento straordinario come avvenuto per gli ospedali, esecuzione sistematica di tamponi per la diagnosi precoce a carico degli operatori, dotazione di DPI).

Non sempre queste indicazioni sono state attuate, a cominciare dai test diagnostici, così come la carenza cronica di DPI.

Nel frattempo, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato il Rapporto n. 4/2020 aggiornato al 16.3.2020, contenente un'esposizione più analitica delle misure di prevenzione e controllo del contagio nelle strutture residenziali socio-sanitarie. Una successiva revisione del 17.4.2020 sarà trasmessa dal ministero della Salute agli enti istituzionali il 18.4.2020.

La circolare ministeriale n. 11715 del 3.4.2020 fissa i criteri di priorità per la somministrazione dei test diagnostici per la ricerca del virus.

Sono individuate 5 categorie. Gli operatori delle RSA (anche se asintomatici) compaiono nella terza. Le persone con comorbilità o fragili, come gli ospiti delle residenze per anziani, nella quarta. Questi ultimi sono inseriti nella prima categoria soltanto se affetti da infezione respiratoria acuta.

La nota commissariale straordinaria per l'emergenza COVID-19 17221/A1821 Regione Piemonte del 3.4.2020 ha stabilito l'esecuzione del tampone orofaringeo su tutti gli operatori e ospiti in caso di accertata positività di un operatore o di un ospite. Tuttavia, ciò non sempre è avvenuto o comunque è avvenuto in tempi dilazionati, tali da non permettere un rapido tracciamento, così come sarebbe stato (astrattamente) auspicabile. E, infatti, se in presenza di un caso positivo la direzione sanitaria delle RSA ha provveduto all'isolamento dell'ospite, non ha potuto incidere efficacemente sui possibili "contatti" sia per ragioni di spazi disponibili sia per evitare pericolose promiscuità con "contatti" che non si erano infettati.

Nelle prime fasi della pandemia il comportamento del virus era ancora poco noto e si potevano compiere solo estrapolazioni dagli studi su altri coronavirus, come quello della SARS e della MERS.³

³ In allegato alla circolare del ministero della Salute n. 6337 del 27.2.2020 si trova un parere del Gruppo di lavoro del Consiglio Superiore di sanità nel quale, tra l'altro, si riferisce che l'infettività del virus nelle fasi asintomatiche/prodromiche dell'infezione "non è compiutamente noto".

Il Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 del 10.5.2020 parla di "conoscenze in via di continuo aggiornamento".

Il medesimo Rapporto raccomandava soltanto l'uso dei DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività da parte degli operatori sanitari in aree di degenza senza pazienti COVID-19 accertati o sospetti e non dava indicazione per l'uso di DPI per le aree di transito e trasporto interno (salvi i trasporti per tempo prolungato superiore a 15 minuti).

In un articolo della Harvard Business Review - Italia del marzo 2020 si legge: "C'è ancora una grande incertezza su ciò che deve essere fatto esattamente per fermare il virus. Diversi aspetti chiave del virus sono ancora sconosciuti e fortemente dibattuti, e probabilmente rimarranno tali per un periodo di tempo considerevole. Inoltre, si verificano ritardi significativi tra il momento dell'azione (o, in molti casi, dell'inazione) e gli esiti (sia per le infezioni che per la mortalità). Dobbiamo

La circolare del ministero della Salute n. 6337 del 27.2.2020 sconsigliava la pratica dei test diagnostici per gli asintomatici, non essendo sostenuta da un rationale scientifico (nello stesso senso già stabiliva la circolare n. 5889 del 25.2.2020).

Inoltre, complice una iniziale carenza di kit diagnostici e di laboratori accreditati per processare i tamponi, vi furono oggettivi ritardi nella comprensione dell'importanza dei test e della loro effettiva implementazione.

Si noti, per esempio, che il "Protocollo per ulteriori misure di contenimento covid 19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle strutture assistenziali e socio sanitarie, ivi comprese le RSA", siglato il 31.3.2020 tra l'Unità di Crisi-Regione Piemonte, Prefettura di Torino e altri soggetti istituzionali locali, stabiliva all'art. 8: "Le strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA, devono garantire alle persone che vi sono ospitate e ai lavoratori che vi sono impiegati adeguati livelli di protezione, assicurando l'efficace isolamento all'interno della struttura sociosanitaria degli ospiti risultati positivi al contagio da Covid-19 e sottoposti a regime di quarantena".

Nonostante che l'art. 13 del Protocollo raccomandasse opportunamente l'adozione delle misure precauzionali (ma non l'isolamento) anche in presenza di casi soltanto sospetti, il limite di una disposizione come quella dell'art. 8 è che quando un soggetto viene testato come positivo è probabile che egli abbia già contribuito in più occasioni alla diffusione del contagio.

Un altro aspetto problematico ha riguardato definizione di "caso sospetto", con la necessità della conseguente adozione di misure precauzionali.

La definizione (peraltro specificamente destinata alla segnalazione del caso alla piattaforma di raccolta dati) si è evoluta in base allo sviluppo della pandemia e delle conoscenze scientifiche, concentrandosi su indici che nel procedere della pandemia si sono rivelati non sempre decisivi quanto alla situazione esistente nelle RSA.

Così la circolare ministeriale n. 2302 del 27.1.2020 ha stabilito che per "caso sospetto" dovesse intendersi:

1. Una persona con Infezione respiratoria acuta grave – SARI – (febbre, tosse e che ha richiesto il ricovero in ospedale), E senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica (NOTA 1) E almeno una delle seguenti condizioni:

– storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina (NOTA 2), nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure

– il paziente è un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad eziologia sconosciuta.

2. Una persona con malattia respiratoria acuta E almeno una delle seguenti condizioni:

accettare il fatto che una comprensione inequivocabile di quali soluzioni funzionino richiederà probabilmente diversi mesi, se non anni."

La massima autorità internazionale in materia di salute (OMS) ha rilasciato questo giudizio ancora nel luglio 2020: "Many unanswered questions about transmission of SARS-CoV-2 remain, and research seeking to answer those questions is ongoing and is encouraged. Current evidence suggests that SARS-CoV-2 is primarily transmitted between people via respiratory droplets and contact routes – although aerosolization in medical settings where aerosol generating procedures are used is also another possible mode of transmission - and that transmission of COVID-19 is occurring from people who are pre-symptomatic or symptomatic to others in close contact (direct physical or face-to-face contact with a probable or confirmed case within one meter and for prolonged periods of time), when not wearing appropriate PPE. Transmission can also occur from people who are infected and remain asymptomatic, but the extent to which this occurs is not fully understood and requires further research as an urgent priority. The role and extent of airborne transmission outside of health care facilities, and in particular in close settings with poor ventilation, also requires further study."

In chiave di prova penale si è richiamata l'attenzione sul fatto che "sono incerte e variabili la resistenza molecolare e la capacità infettante del virus (fino a 72 ore sulla plastica; fino a 48 ore sull'acciaio; circa 24 ore sulla carta e sul rame), il catalogo delle superfici ospitali (i capelli? Gli indumenti? Quanto a lungo?) e le tempistiche di incubazione (in media, da tre a quattordici giorni), la distanza di sicurezza fisica minima (da un metro a due metri) e persino le dinamiche del passaggio (se sia immediato o richieda un'esposizione più o meno prolungata)".

R

- contatto stretto (NOTA 3) con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
- ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
- ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCov;

Con la circolare n. 5443 del 22.2.2020 il "caso sospetto" è stato così definito:

"Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti sintomi:

- febbre, tosse, dispnea) che ha richiesto o meno il ricovero in ospedale e nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia, ha soddisfatto almeno una delle seguenti condizioni: - storia di viaggi o residenza in Cina; oppure • contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2; oppure • ha lavorato o ha frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da SARS-CoV-2."

Con la circolare n. 7922 del 9.3.2020 la definizione cambia nuovamente:

"1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure 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."

Si può notare che ben difficilmente gli ospiti – o anche gli operatori – delle RSA rientravano tra i casi "sospetti", da una parte per la protratta permanenza in un ambiente separato dall'esterno, dall'altra perché negli anziani sono frequenti sindromi simil-influenzali che di per sé non hanno necessariamente attinenza con il COVID-19, e comunque non si accompagnano a quegli ulteriori indici presi in considerazione dalle circolari.

Del resto, l'evolvere della pandemia ha dimostrato la presenza diffusa di asintomatici o paucisintomatici infetti, che hanno probabilmente costituito un serbatoio occulto di contagio, almeno fino a quando si è adottato un più efficace sistema di tracciamento e sono stati moltiplicati i test diagnostici.

Tanto premesso, sulle ipotesi di epidemia colposa e omicidio colposo plurimo venivano quindi disposte indagini consistite in: perquisizione, con acquisizione di documentazione amministrativa e sanitaria, integrata da ulteriore documentazione via via esibita esame di testimoni, conferimento di consulenza tecnica collegiale, svolta da un collegio di esperti con competenze, medicina del lavoro, igiene pubblica. Le indagini hanno riguardato il periodo gennaio – maggio 2020, ovvero la prima fase dell'arrivo e della diffusione dell'infezione nel territorio piemontese e nella struttura di cui ci si occupa. Sono state acquisite ed esaminate dai periti le cartelle cliniche di pazienti transitati nella Rsa in detto periodo.

3 L'annotazione dell'ASL Spresal ha rilevato l'esistenza di profili di criticità nella effettiva gestione della epidemia da parte della struttura formulando le seguenti considerazioni:

per quanto riguarda le modalità con le quali si è diffuso il virus all'interno della Struttura, non è stato possibile individuare con alto grado di probabilità un'unica fonte del contagio; verosimilmente, le fonti sono state molteplici:

- una può essere individuata nell'accesso dei parenti: anche se dal 2 marzo 2020 non è più stato permesso l'accesso alla struttura ai parenti degli ospiti, tuttavia alcuni di loro sono stati autorizzati dalla direzione sanitaria;
- un'altra possibile fonte riguarda gli accertamenti che alcuni ospiti hanno eseguito presso strutture ospedaliere nel periodo immediatamente precedente l'insorgenza dei primi casi di positività;
- una possibile fonte è inoltre stata rappresentata dal personale, che in alcuni casi ha prestato servizio anche dopo l'esecuzione del tampone, in attesa della comunicazione del relativo esito, come d'altra parte prevedevano le indicazioni regionali del 06/03/2020 ("disposizioni per la protezione dalla diffusione da Coronavirus, Allegato 1").

Gli accertamenti eseguiti hanno portato ad individuare alcune carenze da parte della Struttura che possono aver favorito la diffusione dell'infezione, nell'adozione di misure di isolamento effettivo e l'uso stringente di procedure di igiene e di protezione degli operatori per la gestione dei casi sospetti. A tale riguardo, pare significativo il fatto che né la Cooperativa né la committenza avevano adottato delle procedure per la protezione dagli agenti biologici a trasmissione aerea o attraverso droplets, prevedendo all'interno dei rispettivi DVR solo l'adozione di procedure standard. Di conseguenza anche i DUVRI sono risultati carenti.

Per quanto riguarda i DPI, analizzando la documentazione e considerando le dichiarazioni del personale sentito il personale OSS e infermieristico, nel contatto con gli ospiti, di norma utilizzasse solo i guanti mono uso e la divisa; l'uso delle mascherine è stato introdotto all'inizio di marzo, ma inizialmente si trattava di mascherine di carta, solo successivamente sostituite da mascherine chirurgiche. Le mascherine FFP2 non erano inizialmente disponibili per il personale addetto all'assistenza, dal momento che sono state consegnate solo ad aprile.

Sulla base di quanto relazionato e acquisito dallo Spresal è stato conferito incarico peritale nominando un collegio di esperti che ha preso in esame le misure precauzionali adottate in occasione della pandemia, in particolare sotto il profilo dei doveri del datore di lavoro anche a tutela della salute dei dipendenti: incumbenti ovviamente collegati strettamente, per le caratteristiche del rischio di specie, con quelli a tutela della popolazione ospite della struttura.

Il Collegio dei Consulenti ha valutato che la organizzazione della prevenzione contro il diffondersi del contagio da Sars-CoV-2 è stata carente sotto diversi aspetti.

In primo luogo, non è documentata una soddisfacente formazione del personale che è stato informato sul rischio da Sars-CoV-2 ma non adeguatamente formato e addestrato al contenimento dello stesso. Questa considerazione è valida in particolar modo per la Società [redacted], sulla base della Documentazione resa disponibile dagli Ufficiali di P.G. dell'ASL To 3. Per quanto riguarda la Pro Infantia Spa è disponibile un DVR aggiornato e conforme alle Linee generali di prevenzione del contagio da Sars-CoV-2 ma non sono disponibili gli attestati di avvenuta partecipazione a corsi di formazione, i contenuti specifici del programma di formazione e le modalità di verifica dell'apprendimento.

Il DVR della Società [redacted] è datato gennaio 2019, cioè di circa un anno antecedente all'esordio della pandemia in Italia e, ovviamente, non si fa menzione di misure per il contenimento della stessa. Non sono peraltro disponibili, nella documentazione in Atti, attestazioni di avvenuta formazione dei dipendenti.

Per quanto riguarda la [redacted] sono riportati momenti di formazione di cui non vengono precisati tempi e contenuti e che parrebbero affidati a personale non sanitario, senza una circostanziata definizione dei loro profili curriculari in merito alla facoltà di erogare formazione.

In linea generale, le condotte adottate non sono state pienamente conformi né ai dettami del D.Lgs. 81/08 riguardo alla applicazione delle norme generali di tutela del rischio biologico né alle specifiche norme o indicazioni degli Enti Governativi preposti al contenimento della pandemia. Le carenze riguardano in modo particolare il rispetto dei programmi di formazione che avrebbero potuto essere comunque attuati indipendentemente dalle difficoltà di approvvigionamento del mercato che hanno condizionato, ad esempio, la disponibilità di DPI. Non è stato possibile determinare la loro precisa distribuzione per periodi e, pertanto, non è stato possibile definire la cadenza dei ricambi per ogni operatore. Non sono inoltre fornite informazioni in merito ad uso sistematico di mascherine da parte dei degenti.

Un'altra criticità riscontrata attiene alla mancanza di un sistematico programma di tracciamento e di isolamento dei casi positivi o sospetti, fatto che non ha consentito di contenere la circolazione del virus. Questa osservazione è conseguente anche alla "gestione" dei risultati dei tamponi eseguiti sugli ospiti, come commentato nelle sintesi delle cartelle cliniche individuali. Pare di notare, infatti, una discordanza fra la disponibilità dell'esito dei tamponi rinofaringei e la loro effettiva registrazione in cartella, a volte neppure riportata.

La significativa diffusione del contagio all'interno della struttura è dimostrata dalla elevata percentuale di positività ai tamponi eseguiti sul personale. Nel periodo 01/02/2020 -31/05/2020 i dipendenti, sottoposti a test diagnostico per Covid-19, risultati positivi al tampone molecolare erano così distribuiti:

- Pronto Soccorso: 49% (49/101)
- R. ... : 66% (2/3)
- ... : 1% (5/30)
- ... : 22% (8/36)

Se si proponesse poi il confronto anche con realtà ospedaliere regionali del Piemonte in cui si riflettono la prevalenza loco-regionale della pandemia nella popolazione generale (rischio generico) unitamente agli effetti della concentrazione di soggetti malati che richiedono assistenza e cure (rischio generico/aggravato), risalta una sproporzione della diffusione del contagio a svantaggio della RSA in esame. Sono infatti disponibili e pubblicati i dati di prevalenza di operatori sanitari positivi al Covid-19 in una grande realtà ospedaliera piemontese. Tra gli 830 operatori sanitari testati a seguito del contact tracing durante la prima ondata pandemica, 80 sono risultati positivi (9,6%). Appare pertanto evidente come la prevalenza degli operatori sanitari della RSA ... positivi al Covid - 19 sia stata più elevata di quanto osservato in altre realtà sanitarie regionali. La ragione di tale dato può essere attribuita principalmente a:

- mancanza di formazione ed addestramento specifici;
- la mancanza di un tempestivo ed efficace isolamento dei pazienti positivi o con sospetto di infezione da Sars-Cov-2

112

In risposta al II quesito i consulenti hanno valutato quanto desumibile dalle cartelle cliniche e dalle schede di morte ISTAT disponibili per dei 35 ospiti deceduti.

La valutazione rispetto all'approccio terapeutico per i casi conclamati o sospetti risente di una organizzazione sanitaria che non consentiva un controllo stretto quotidiano per tutti i soggetti.

In alcuni casi venivano infatti prescritti farmaci compresi nelle raccomandazioni terapeutiche che andavano definendosi in quel periodo (es. farmaci steroidei, antibiotici, idrossiclorochina). Per altri soggetti, non risulta invece instaurata una terapia mirata che, in alcuni casi, risulta adottata a distanza di giorni dall'esordio della sintomatologia e, in altri casi, non intrapresa. In aggiunta, dalla documentazione in nostro possesso, non risulta applicata in modo sistematico la profilassi con eparina a basso peso molecolare di cui, a partire dalla fine di marzo, si segnalavano i vantaggi sul decorso e sulla prognosi della malattia.

In fase terminale, a scopi palliativi, veniva generalmente praticata morfina (correttamente).

Sotto il profilo organizzativo del controllo sanitario quotidiano, almeno per quanto si può ricavare dalla lettura analitica delle cartelle cliniche e delle cartelle infermieristiche, non si coglie una assidua assistenza ai ricoverati che presentassero sintomatologia compatibile con infezione da Sars-CoV-2. Non è possibile definire con certezza se questo approccio abbia condizionato gravemente il decorso della malattia anche in considerazione dell'età molto avanzata dei pazienti e delle molte gravi comorbidità di cui erano portatori.

In altri termini, l'elevato numero di decessi può essere sicuramente imputato alla circolazione del virus quale conseguenza delle segnalate criticità sul piano del suo contenimento.

In merito al ruolo di condotte improntate da negligenza, imprudenza e imperizia degli operatori sanitari, i consulenti hanno sostenuto che, pur a fronte di scelte organizzative non ottimali e ad approcci terapeutici non sempre conformi al divenire delle conoscenze, è difficile accertare con criterio di elevata probabilità logica e credibilità razionale se un diverso approccio della gestione clinica avrebbe potuto modificare significativamente la prognosi infausta dei soggetti esaminati o influire sensibilmente sul decorso della malattia.

Occorre quindi considerare questi rilievi alla stregua delle ipotesi accusatorie di epidemia colposa e omicidio colposo plurimo, sulla base degli elementi portati dall'indagine e sopra compendiate.

Tralasciando gli aspetti giuridici sulla configurabilità del reato di epidemia colposa con riguardo al caso in esame, che questo Pm ritiene superabili e quindi la fattispecie richiamata astrattamente configurabile, va innanzitutto osservato che sia nel caso di condotte commissive che di condotte omissive occorre dimostrare la sussistenza di un nesso causale con l'epidemia, nel senso del contributo di tali condotte ad una maggiore diffusione della infezione. La giurisprudenza di legittimità richiede una dimostrazione rigorosa e specifica del nesso causale, da articolarsi secondo i noti principi della sussunzione sotto leggi scientifiche e della causalità in concreto. Nella vicenda in esame la ricostruzione di tali nessi causali trova, ad avviso di questo PM, un ostacolo insuperabile nella impossibilità di tracciare con ragionevole certezza il percorso del virus nel suo ingresso e diffusione nella struttura.

Con riguardo in particolare alle condotte omissive evidenziate dai consulenti e dallo Spresal, il nesso causale va stabilito, come noto, mediante il giudizio controfattuale. Non va confusa con la dimostrazione del nesso causale l'individuazione del comportamento alternativo lecito. Occorre infatti articolare quest'ultimo in elementi specifici e soprattutto valutare in che misura l'adozione di tali elementi avrebbe impedito l'evento.

Riportando tali considerazioni al caso in esame, l'affermazione dei CT secondo cui *l'applicazione di efficienti misure di isolamento dei pazienti all'interno della struttura e di screening virologico e di formazione di tutti gli operatori della struttura medesima avrebbero con ogni verosimiglianza limitato la diffusione del contagio all'interno* non appare sufficiente, alla luce degli standard probatori usualmente richiesti, per specificare il nesso causale in modo sufficientemente determinato, con riguardo a indicatori quantitativi e qualitativi.

Occorre poi considerare se sia possibile, sulla base degli elementi acquisiti, muovere il rimprovero di epidemia colposa a specifici soggetti (al momento sono indagati solo i responsabili della società da cui dipende la gestione della RSA). Si tratta del tema dell'esigibilità del comportamento doveroso, ovvero della prevedibilità del rischio e della prevenibilità dello stesso anche in concreto, sia che si consideri tale profilo già come elemento strutturale della fattispecie oggettiva colposa, sia che comunque lo si ritenga solo attinente all'elemento soggettivo.

Come è ovvio la violazione delle regole cautelari va accertata al momento della condotta, perché il giudizio di colpa è sempre *ex ante*; si dovrà, pertanto, considerare che un conto è valutare una

condotta tenuta all'inizio dello sviluppo dell'epidemia, un altro è valutare comportamenti che si collocano in un momento successivo, quando il quadro drammatico della diffusione del virus si è stabilizzato e sono state acquisiti maggiori elementi di conoscenza del virus, delle sue modalità di trasmissione, della tipologia e tempistica degli interventi terapeutici necessari. L'agente modello non è temporalmente stabilizzato, ma è condizionato dall'evoluzione del sapere scientifico sulla infettività e contagiosità della malattia⁴.

Al riguardo, richiamando occorre considerare che le condotte ritenute carenti si situano nella fase iniziale della pandemia, fino verso la fine di marzo e inizio aprile del 2020; la diffusione del contagio ha avuto in quel periodo sul territorio piemontese un decorso, per velocità, virulenza e letalità, senz'altro non previsto dalle massime autorità sanitarie occidentali; le indicazioni delle autorità sanitarie e politiche verso gli operatori delle strutture sociosanitarie (oltre che verso la popolazione in generale) hanno dovuto essere via via implementate, in particolare le misure precauzionali suggerite o imposte sono state via via precisate ed ampliate; la disponibilità di strumenti per contrastare il contagio (DPI, tamponi diagnostici) si presentava al tempo gravemente carente sia per le strutture pubbliche che per i privati.

Si rileva in particolare che la carenza che i CT rappresentano come più significativa attiene alla *chiara insufficienza delle modalità di isolamento, essenzialmente basate su sintomatologia clinica senza diagnosi virologica e quindi chiaramente inefficienti nel contenere la diffusione virale*: orbene, è già stato evidenziato al riguardo come la scelta di utilizzare, almeno fino all'inizio di aprile, i tamponi solo in funzione di conferma diagnostica di un quadro clinico avanzato della malattia e solo su pazienti previamente ospedalizzati, quindi non in funzione di tracciamento del contagio e prevenzione, sia stata assunta direttamente dalla regione Piemonte.

A tali valutazioni va aggiunto che sebbene la limitazione della responsabilità del personale sanitario disposta dal legislatore con il recente intervento in fase di conversione del D.L. 1 aprile 2021, n. 44, con la 28 maggio 2021 n. 76 riguarda solo le ipotesi di cui al 589 e 590 cp va osservato che la ratio sottesa a tale disposizione attiene ad una **inesigibilità in concreto delle condotte doverose** imposte dai protocolli via via implementati stante la gravità dell'emergenza sanitaria, infatti quando il legislatore ha individuato le condotte rilevanti ai fini della valutazione della gravità della colpa come presupposto di applicabilità della norma, "ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere della gravità la limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza" ha di fatto affermato che le condotte doverose previste dai protocolli via via implementati attinenti alle risorse umane (turnover di personale non formato adeguatamente), scarsa disponibilità di DPI ecc in concreto non potevano essere adottate a causa dello stato di emergenza: l'agente modello fondato su quei parametri di diligenza è irrealizzabile. Dunque, sebbene la norma richiami tali aspetti ai fini della applicabilità della causa di non punibilità con riguardo esclusivamente al 589 e 590 cp, si ritiene equo ritenere che tali condotte non possano poi essere oggetto di rimprovero e quindi pretese per il reato di epidemia colposa.

Quanto sopra esposto in relazione ai limiti probatori in tema di nesso causale e rimproverabilità dell'evento con riguardo all'ipotesi di epidemia, va interamente ribadito, a maggior ragione, con riguardo alla ipotesi di omicidio colposo, per quanto attiene ai decessi degli ospiti che sono risultati correlati, secondo i CT, all'infezione da Covid 19. Lo standard probatorio richiesto al riguardo

richiederebbe la dimostrazione precisa del nesso causale tra il singolo evento dannoso e una specifica condotta riprovevole: il che pare senz'altro da escludere sulla base delle evidenze acquisite.

Conviene inoltre sin da subito rammentare in questo campo la rigorosa limitazione della responsabilità del personale sanitario disposta dal legislatore con il recente intervento in fase di conversione del D.L. 1 aprile 2021, n. 44, con la 28 maggio 2021 n. 76. L'art. 3 bis del testo citato, intitolato "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19" prevede, al comma 1, che "durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, 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" e al comma 2 specifica che "ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.

Va considerato, sotto questo aspetto, che i CT non hanno riscontrato, a seguito dell'esame della documentazione anche clinica, carenze di assistenza sanitaria da parte della struttura agli ospiti che sviluppavano la malattia; così esplicitamente la relazione: *"In merito al ruolo di condotte improntate da negligenza, imprudenza e imperizia degli operatori sanitari, possiamo sostenere che, pur a fronte di scelte organizzative non ottimali e ad approcci terapeutici non sempre conformi al divenire delle conoscenze, riteniamo difficile accertare con criterio di elevata probabilità logica e credibilità razionale se un diverso approccio della gestione clinica avrebbe potuto modificare significativamente la prognosi infausta dei soggetti esaminati o influire sensibilmente sul decorso della malattia."*

Va al riguardo tenuto anche presente che a tutt'oggi manca una terapia specifica per la infezione Covid 19, validata dagli enti propositi, che possa assicurare la guarigione con alta probabilità.

Anche per quanto riguarda gli aspetti assistenziali generali, sebbene siano risultate evidenti le difficoltà determinate dalla scarsità di personale per gli infortuni Covid 19 e le quarantene, neppure risultano accertate significative carenze assistenziali di ordine più generale, non direttamente correlate al Covid-19.

In conclusione, non è stata acquisita alcuna evidenza di condotte colpose o comunque irregolari – causalmente rilevanti nei singoli decessi – in ordine alla assistenza prestata. Anzi, con riguardo ai singoli casi, neppure sono state accertate evidenze di carenze specifiche, diverse dalle criticità generali già indicate, riguardo le misure protettive o di contenimento, che possano con verosimiglianza avere inciso sul contagio dei singoli soggetti

Per quanto attiene alla situazione del personale dipendente nel periodo in esame, come segnalata dagli esposti in atti ed emersa nelle indagini, si osserva preliminarmente che: nella struttura in detto periodo non sono stati segnalati casi di personale deceduto per sospetto Covid 19; nel presente procedimento non sono presenti querele per lesioni relativamente a periodi di malattia degli addetti – considerati come infortunio sul lavoro; non sono stati specificati periodi di infortunio per Covid superiori ai 40 giorni.

In ogni caso, alla stregua di quanto sopra esposto, risulterebbe improba la dimostrazione del nesso causale tra il manifestarsi della malattia tra i dipendenti e la violazione di specifiche regole cautelari nella struttura, attesa la molteplicità incontrollata delle fonti di contagio a maggior ragione per persone che potevano muoversi sul territorio con frequentazioni private.

Ritenuto quindi che, all'esito delle indagini preliminari, non siano stati acquisiti elementi idonei a sostenere l'accusa in giudizio, né che il quadro probatorio raccolto possa essere ancora utilmente sviluppato,
visti gli artt. 408/411 c.p.p., 125 D.Lv. 271/89

CHIEDE

che il Giudice per le indagini preliminari in sede voglia disporre l'archiviazione del procedimento e ordinare la conseguente restituzione degli atti al proprio ufficio

Torino, 8/3/22

IL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA

Il S. Procuratore della Repubblica

Dott. ~~Salvati~~ SALVATI



PROCURATORE DELLA REPUBBLICA AGG.

Dott. *[Signature]*