

Sentenza n. 3

del 13-05-2019

depositata il 12-07-19

ANCO Est. I



REPUBBLICA ITALIANA

in nome del Popolo Italiano

LA II CORTE D'ASSISE DI BRESCIA

Riunita in camera di consiglio nella seguente composizione:

Dott.ssa Cristina Amalia Ardenghi	Presidente
Dott.ssa Angela Corvi	Giudice – est.
Ferdinando Cogoli	Giudice Popolare
Mario Rinaldo Conti	Giudice Popolare
Marco Damolini	Giudice Popolare
Elena Gervasoni	Giudice Popolare
Giuseppe Zanotti	Giudice Popolare
Nicola Calzoni	Giudice Popolare

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa penale a carico di:

Z

elettivamente domiciliata presso

Difeso di fiducia dall'avvocato

Abate entrambi del foro di Brescia.

LIBERA PRESENTE

IMPUTATA

Del reato p. e p. dall'art. 584 c.p., perché, con atti diretti a provocare lesioni a F , consistiti nello spingerlo e nel farlo cadere a terra, ne cagionava la morte, in quanto il trauma occorso a seguito di detta caduta peggiorava le condizioni di salute del F che già presentava plurime comorbidità, sino al decesso.

In Preseglie (BS), il 31 ottobre 2015 la condotta, in Brescia il 9 novembre 2015 l'evento.

PARTI CIVILI:

, difese e assistite dall'avvocato del foro di Brescia, presso il cui studio sono per legge domiciliate.

CONCLUSIONI

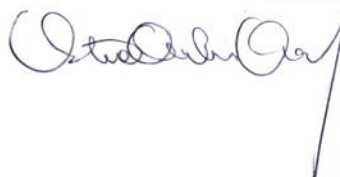
I Pubblici Ministeri concludono per l'affermazione della penale responsabilità dell'imputata e chiedono condannarsi alla pena di anni sei mesi otto di reclusione, con la concessione delle attenuanti generiche; condanna a pene accessorie e invio degli atti al Pubblico Ministero per le deposizioni dei testi

Il difensore delle Parti Civili deposita conclusioni scritte e nota spese chiedendo la condanna dell'imputata a pena di giustizia e al risarcimento del danno come in esse contenuto.

I difensori dell'imputata concludono chiedendo l'assoluzione per non aver commesso il fatto o perché non costituisce reato; in subordine ritenersi la legittima difesa.

Il Presidente

Dott.ssa Cristina Amalia Ardenghi



Indice

1. Svolgimento del processo.	2
2. Gli elementi emersi nel corso dell'istruttoria	4
2.1. Dall'intervento dei soccorsi alla morte del F (31 ottobre – 9 novembre 2015): le dichiarazioni testimoniali e le risultanze documentali	4
2.2. L'antefatto (31 ottobre 2015): le contrapposte versioni delle parti	9
2.3. Gli accertamenti medico legali	13
2.4. Il contraddittorio fra i periti ed il consulente tecnico della difesa circa i risultati degli accertamenti medici	21
3. La ricostruzione del fatto	26
3.1. La spinta ed il trauma lombare	27
3.2. La causa dell'emorragia cerebrale	34
4. La qualificazione giuridica della condotta	40
4.1. Gli "atti diretti a commettere" i delitti di percosse o lesioni	41
4.2. Il nesso eziologico fra la condotta e l'evento morte	43
4.3. La prevedibilità dell'evento morte: in astratto ...	46
4.4. ... ed in concreto	47
5. Trattamento sanzionatorio.	52



1. Svolgimento del processo

Con decreto emesso in data 15 marzo 2018 il GUP presso il Tribunale di Brescia disponeva il rinvio a giudizio avanti questa Corte di Assise di Z _____, per rispondere dell'omicidio preterintenzionale del signor F _____, come contestato in epigrafe.

Alla prima udienza dibattimentale, celebratasi il 2 ottobre 2018 in presenza dell'imputata, la Corte ammetteva le prove orali e documentali come richieste dalle parti. Erano escussi testi indicati nelle liste del Pubblico Ministero e delle parti civili costituite (_____

_____), ossia

_____ ; era altresì sentito il consulente tecnico del Pubblico Ministero, prof. _____, il cui elaborato risultava già acquisito agli atti del fascicolo all'esito dell'udienza preliminare. Le parti rinunciavano ai testi _____ ed la Corte disponeva in conformità, revocando l'ordinanza ammissiva sul punto.

Nella successiva udienza dibattimentale, tenutasi il 4 ottobre 2018, era escusso l'ultimo teste indicato dalle parti civili, _____. A questo punto, l'imputata si sottoponeva ad esame e, su accordo delle parti, era acquisito il verbale dell'interrogatorio¹ reso dalla Z _____ avanti al Pubblico Ministero il 25 novembre 2016. Erano quindi escussi i testi della difesa, (quest'ultima previo avviso *ex art.* 199 c.p.p., trattandosi della figlia dell'imputata), e sentito il consulente tecnico della difesa, prof. _____ (la cui relazione scritta risultava già versata agli atti).

All'udienza dell'11 ottobre 2018, su richiesta del Pubblico Ministero, si procedeva all'acquisizione ai sensi dell'art. 507 c.p.p. del verbale² reso avanti i Carabinieri di Quinzano D'Oglio dalla signora



¹ Trattasi del verbale dell'interrogatorio di persona indagata reso dalla Zanni in data 25 novembre 2016 al pubblico ministero dott. Stagno presso il Tribunale di Brescia.

² Trattasi del verbale di sommarie informazioni rese in data 19.12.2015 da persona informata sui fatti, in qualità di infermiera intervenuta nel pomeriggio del 31 ottobre 2015 per soccorrere il signor Ferremi.

Infine, visti gli esiti dell'attività istruttoria e, in particolare, l'assoluta divergenza delle conclusioni cui erano pervenuti i consulenti tecnici nominati, rispettivamente, dal Pubblico Ministero e dalla difesa dell'imputata, con riferimento alla eziologia della emorragia sub-aracnoidea che aveva determinato, in concomitanza con pregresse patologie, una insufficienza respiratoria acuta da ARDS e il conseguente decesso di F. [redacted], nel corso della medesima udienza, la Corte, ritenendo assolutamente necessario, ai fini della decisione, accertare il ruolo e il contributo causale, in relazione all'evento finale, del trauma lombare che si ipotizzava subito dalla persona offesa il 31 ottobre 2015, disponeva procedersi a perizia medico-legale, quale attività istruttoria integrativa ex art. 507 c.p.p.

All'udienza del 22 novembre 2018, era conferito incarico peritale ai proff.

[redacted], Professore Ordinario di Medicina Legale e Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale dell'Università degli Studi di Torino, e

[redacted], Professore Associato di Neurochirurgia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Neurochirurgia dell'Università degli Studi di Torino, i quali prestavano giuramento di rito. Ai periti era posto il seguente quesito: *«Esaminati gli atti ed i documenti di causa, tenuto conto dell'età e dello stato di salute preesistente di F. [redacted] ed eseguito ogni opportuno accertamento: 1) indichino i periti quale sia stata la causa del decesso di F. [redacted] · 2) dicano i periti se dalla documentazione clinica disponibile in atti emerge una obiettività di trauma lombare subito dal F. [redacted] 3) dicano i periti se tale trauma, o in ogni caso una caduta lobare subita dalla vittima, possa essere stato causa o concausa della morte e attraverso quali processi eziopatogenici»*. Inoltre, gli stessi periti erano chiamati a rispondere ai quesiti oggetto delle note scritte presentate dalla difesa dell'imputata, così come integrate e modificate nel contraddittorio fra le parti (come da verbale di stenotipia dell'udienza), ed autorizzati a consultare tutti gli atti del fascicolo, ad acquisire documentazione dagli Istituti che avevano avuto in cura il Ferremi, nonché ogni altra rilevante.



Depositati, il 26 marzo 2019, l'elaborato peritale e, il successivo 2 aprile 2019, talune "note critiche" alla predetta perizia, a firma del consulente tecnico difensivo, all'udienza del 4 aprile 2019 il proff. _____ erano sentiti a chiarimenti.

La Corte disponeva inoltre sentirsi nuovamente il prof. _____ sul contenuto delle ulteriori note depositate, nonché, in replica a queste ultime, gli stessi periti.

Esaurita l'attività istruttoria e dichiarati gli atti utilizzabili ai fini della decisione, all'odierna udienza le parti concludevano come indicato in epigrafe; la difesa delle parti civili depositava conclusioni scritte e nota spese. A questo punto, la Corte di Assise si ritirava in camera di consiglio, all'esito della quale dava lettura del dispositivo della sentenza.

2. Gli elementi emersi nel corso dell'istruttoria

Preliminarmente, ritiene la Corte necessario esporre sinteticamente quanto emerso in dibattimento alla luce degli elementi probatori raccolti (documenti prodotti dalle parti, dichiarazioni testimoniali e dell'imputata, consulenze tecniche e perizia).

2.1. Dall'intervento dei soccorsi alla morte del Ferremi (31 ottobre – 9 novembre 2015): le dichiarazioni testimoniali e le risultanze documentali

Il 31 ottobre 2015, alle ore 15:00 circa, perveniva alla Centrale Operativa della Legione Carabinieri Lombardia, Compagnia di Salò, una richiesta di intervento in Preseglie (BS), presso la località Monte Chiese, per una lite tra vicini confinanti³. Lo stesso pomeriggio, alle ore 15:14, perveniva una richiesta di attivazione di intervento del Soccorso sanitario in Preseglie (BS), presso la località Monte Chiese, per una caduta.

Una prima pattuglia della Stazione Carabinieri di Vestone (BS), giunta sul posto poco dopo – non senza difficoltà, trattandosi di località di montagna – trovava l'appuntato _____ (fuori dal servizio ed in abiti borghesi), la signora Z

e la figlia di quest'ultima, _____ a pochi metri di distanza da F

³ Si veda la relazione dell'Ufficiale di P.G. Vicebrigadiere Francesco Conte, sottoscritta in data 17 novembre 2015.



1. Quest'ultimo, soccorso dai volontari 118 sopraggiunti circa mezz'ora più tardi, si trovava disteso a terra, supino su di un piano inclinato, adagiato su un fianco ed appoggiato ad un paletto provvisorio⁴; era cosciente, ma in evidente stato di agitazione, lamentava un dolore nella zona lombare e riferiva di sentire freddo⁵.

Data la scarsa collaborazione del paziente, la Centrale Operativa, previa richiesta del capo equipaggio della squadra di soccorritori già presente, inviava sul posto anche un'auto infermierizzata. Si procedeva quindi a metterlo in sicurezza, mediante la procedura di spinalizzazione, ostacolata peraltro dal rifiuto di uno dei presenti di rimuovere il paletto di confine al quale il F. era appoggiato.

Dalla documentazione sanitaria relativa al F. prodotta dalla difesa, con riferimento alla scheda redatta dai volontari del 118, emerge che i primi parametri venivano rilevati alle ore 16:45; successive valutazioni erano ripetute – sempre sul posto – alle ore 17:20 e 17:50. Nello specifico, i valori pressori, così come quelli relativi alla frequenza cardiaca, sono sempre stati elevati, oscillando, rispettivamente, tra 150/100 e 160/100 per la pressione e 104 e 111 fc. All'esame obiettivo, inoltre, non risultava alcun segno nelle zone del capo/collo, del torace e dell'addome, né emergeva alcun disturbo dal punto di vista neurologico.

Il personale 118 annotava: *«stato di agitazione dopo una lite. Spinto a terra, subisce trauma lombare. Nega altri traumi ... Pz diabeticoipetteso ictus pregresso senza deficit, pregressa frattura lombare, intervento addominale; trauma lombare lombare stato di agitazione; codici di intervento Giallo al primo e secondo riscontro»*. Nel prospetto dei rilievi delle lesioni era indicata la regione del rachide lombare come sede del dolore, mentre nella scheda allegata alla relazione di soccorso era indicato il gluteo destro.

Durante il viaggio verso il Pronto Soccorso, che procedeva lentamente su una strada dissestata, il paziente lamentava un forte dolore alla schiena, dolori a livello cervicale

⁴ La posizione assunta dal Ferremi e così descritta dai soccorritori intervenuti sul posto è confermata dalla produzione fotografica prodotta dalla difesa, che ritrae la vittima in quegli esatti istanti.

⁵ Si vedano le deposizioni dei soccorritori Faterlini Luca, Morettini Cristina e Baruzzi Moris, nonché quella del teste Bollani Rinaldo, il primo ad intervenire sul posto

ed intensa cefalea, tanto che si rendeva necessario somministrare terapia antidolorifica con oppioide maggiore; inoltre, si verificavano due episodi di vomito⁶.

Il paziente giungeva in Pronto Soccorso alle 18:19, riferendo «*trauma lombare da caduta dopo essere stato spinto dalla sig.ra Z durante discussione (sic)*»; continuava a negare traumi in altri distretti corporei. Dopo l'esame obiettivo ed il rilievo dei parametri vitali gli era somministrata, tra l'altro, terapia antiemetica e antidolorifica, a seguito di un episodio di vomito; in considerazione della sintomatologia algica, era trattenuto nel reparto c.d. OBI (Osservazione Breve Intensiva), in attesa di valutazione ortopedica.

Nel frattempo, in Monte Chiese, veniva medicata sul posto anche la signora Z , la quale lamentava dolore al ginocchio. Dalla scheda redatta dai volontari del 118 emerge che, anche per l'imputata, veniva rilevato un valore abbastanza elevato della pressione arteriosa (140/80). Pure con riferimento alla Z , all'esame obiettivo, non venivano riscontrati segni nelle zone del capo/collo, dell'addome e del torace.

Si recavano poi sul posto anche le figlie del signor F , e la moglie , le quali apprendevano che il padre e marito era stato portato all'ospedale di Gavardo per accertamenti. rivedeva il padre la sera del 31 ottobre 2015 presso il reparto OBI dell'ospedale di Gavardo. La testimone ha riferito che il padre lamentava mal di testa, dolori al collo ed un forte dolore alla schiena, negando, comunque, un trauma cranico. Quest'ultimo aspetto, peraltro, emergeva sin da subito anche con riferimento al rapporto di pronto soccorso n. 03622, laddove si evidenziava che il paziente «*ricorda l'accaduto, nega trauma cranico*».

Il 1° novembre 2015, entrambe le figlie trovavano il padre, ancora ricoverato a Gavardo, dolorante, inappetente e con un forte dolore alla testa, al collo e alla zona lombare. Nello stesso giorno, venivano effettuati sul paziente esami radiologici, per valutare il rachide lombare; venivano quindi eseguite una RX alla colonna cervicale e

⁶ Si veda la deposizione del soccorritore Patellini Luca, il quale riferisce che il signor Ferremi lamentava anche dolori a livello cervicale, nonché la relazione del 118

una RX alla colonna lombosacrale, che permettevano di riscontrare solo una frattura vertebrale, peraltro risalente nel tempo. Il paziente, durante il ricovero, veniva sottoposto a controlli: era effettuato il c.d. test *Glasgow Coma Score* e ripetutamente rilevati i parametri della saturazione ossigeno, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della glicemia. In particolare, dalle analisi del sangue del paziente, i valori della glicemia risultavano sempre elevati: a partire dal primo prelievo, effettuato il 1° novembre 2015, fino all'ultimo, effettuato il 2 novembre prima delle dimissioni, i valori oscillavano fra 154 e 271 mg/dl. Anche i valori della pressione arteriosa restavano piuttosto elevati durante il periodo del ricovero (31 ottobre – 2 novembre 2015); a partire dal 2 novembre, sembrano ristabilizzarsi, ma si registravano comunque dei picchi, con valori pressori alti (190/100; 180/100 mmHg). Il giorno successivo proseguiva la terapia antidolorifica ed il F. era sottoposto a visita cardiologica, nella quale si dava atto delle pregresse patologie del paziente, della terapia domiciliare in corso e delle cause del ricovero («*Pz pluripatologico di 71 anni, postumi di ischemia cerebrale con crisi epilettiche focali sensitive correlate, pregressa frattura amielina di L1 a genesi traumatica. Pregressa occlusione intestinale da sofferenza vascolare dell'intestino tenue, pregressa insufficienza respiratoria acuta post intervento, esofagite erosiva con pregressa ematemesi, encefalopatia multinfartuale, esiti di TEA carotidea bilaterale, ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, polineuropatia arti inferiori di grado severo, pregressa prostatite acuta. Tp domiciliare: allopurinolo, Lyrica, levetiracetam, nebivololo, indacaterolo, metformina, ASA, Plavix, Torvast, terazosina, finasteride. Sabato dopo una lite è stato spinto cadendo e procurandosi multiple contusioni dorsali*») e si evidenziava la sussistenza di un episodio di tachicardia sinusale.

Alle 15:28, l'uomo veniva dimesso dall'ospedale di Gavardo con una diagnosi di trauma lombare, senza l'indicazione di una particolare cura, oltre alla raccomandazione di indossare un busto per la schiena (già in possesso del paziente, che negli anni precedenti aveva sofferto di patologie relative alla colonna vertebrale).

accompagnava personalmente il padre a casa, lo aiutava a salire le



scale (l'abitazione era situata al primo piano) e lo faceva accomodare a letto;

, che visitava il padre la sera del 2 novembre, si stupiva del fatto che egli fosse stato dimesso, nonostante le precarie condizioni di salute. La notte tra il 2 e 3 novembre, trascorsa nella propria abitazione, il F , in due occasioni, chiedeva l'aiuto della moglie e della figlia per recarsi al bagno, in quanto impossibilitato a raggiungere i servizi da solo⁷.

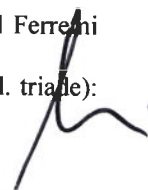
Allarmata dalle condizioni di salute del padre, la mattina del 3 novembre 2015 contattava il medico di famiglia, dott. , il quale, nel corso della visita, lo trovava obnubilato, non confuso ma molto lento nel rispondere alle domande. L'anziano, inoltre, lamentava dolori alla schiena, al collo e alla testa. A seguito di un accurato esame del paziente, dopo aver riscontrato la presenza di svariati segnali di "allarme" (quali la nausea, il dolore alla testa localizzato e la bradicardia), essendo a conoscenza del fatto che questi era sottoposto a terapia anticoagulante, e dunque paventando un'emorragia cerebrale, il medico consigliava un ricovero urgente presso il reparto di neurologia della Poliambulanza di Brescia⁸.

Il F veniva quindi trasportato con un'ambulanza privata presso l'ospedale indicato dove, a seguito di esame TAC eseguito il 3 novembre 2015, veniva riscontrata la presenza di una raccolta ematica subaracnoidea nella cisterna prepontina e peribulbare; in sintesi, veniva diagnosticata un'emorragia cerebrale di tipo subaracnoideo, con raccolta ematica sottodurale peribulbare e cervicale. Lo stesso giorno venivano eseguite anche una RX del rachide cervicale e una RX della colonna lombosacrale; entrambe escludevano lesioni ossee traumatiche recenti.

Il F era, quindi, ricoverato presso il reparto di Medicina Generale del nosocomio (ore 22:01). All'ingresso, il paziente era vigile ed orientato spaziotemporalmente. La sintomatologia dolorosa, a carico del capo, della nuca e del rachide non accennava a regredire ed anzi si intensificava, tanto che proseguiva la terapia antalgica (con farmaci a base di morfina) ed era imposta una terapia

⁷ Si vedano le deposizioni di Tuana Germana e Ferroni Aurora, le quali hanno negato eventuali cadute del Ferretti nella notte trascorsa presso la propria abitazione.

⁸ Si veda la deposizione del teste Vitelli, il quale ha specificato che cosa intendesse con tale espressione (c.d. triade): dolore alla testa localizzato, bradicardia e nausea.



antipertensiva (si veda, sul punto, il diario clinico in atti, pressoché integralmente trascritto nell'elaborato peritale, su cui si tornerà *infra*).

Il F. era quindi sottoposto a vista neurologica (che evidenziava «*emorragia subaracnoidea con raccolta ematica sopra e sottotentoriale ... molto sofferente per cefalea e rigor nucale*»), TC capo senza e con mezzo di contrasto, AngioTC TSA e Willis e visita neurochirurgica: quest'ultima evidenziava un quadro di tetraparesi (ossia un severo *deficit* nel movimento e nella coordinazione dei quattro arti) ed ipotizzava: «*È verosimile che il trauma abbia prodotto una iperestensione o una iperflessione del rachide cervicale stenotico e che questo abbia prodotto una contusione centromidollare*». Era consigliata RMN a livello cervicale, dalla quale emergeva una colata ematica subdurale lungo il midollo, in particolare a livello delle vertebre L1-L2 (cfr. esiti RMN e visita neurochirurgica del 7 novembre).

Lo stesso 7 novembre, le complessive condizioni del F. degeneravano bruscamente, così da rendere necessaria l'intubazione ed il ricovero presso l'UO terapia intensiva del medesimo ospedale, con diagnosi di ARDS (c.d. *Acute Respiratory Distress Syndrome*); era avviata antibioticoterapia ed erano eseguite plurime RX torace.

Le terapie non davano però esito positivo ed il 9 novembre 2015, alle ore 10, F. decedeva per «*ARDS, infezione basse vie respiratorie, shock cardiogeno, in presenza di multiple comorbilità (recente ESA posttraumatica, diabete tipo II, progresso ictus cerebri, tromboendarteriectomia TEA bilaterale, neuropatia arti inferiori, BPCO)*», come riportato nella segnalazione di decesso inoltrata all'Autorità Giudiziaria il giorno stesso.

2.2. L'antefatto (31 ottobre 2015): le contrapposte versioni delle parti

Su quanto accaduto in località Monte Chiese il pomeriggio del 31 ottobre 2015, ed in particolare sulle concrete modalità della lite e della caduta a terra del F., le risultanze dibattimentali offrono versioni tra loro non concordi.



Una prima versione si enuclea dalle deposizioni della moglie e delle figlie della vittima, nessuna delle quali, tuttavia, era presente ai fatti e che quindi su tale aspetto riferiscono quanto da loro appreso dal congiunto (trattasi di testimonianze c.d. *de relato*).

Le tre, in udienza, raccontavano che il pomeriggio del 31 ottobre 2015, nella località Monte Chiese in Preseglie (BS), era insorta una discussione tra F e Z, proprietaria del terreno confinante con quello della vittima. Rincasando a bordo della sua vettura, dopo una passeggiata nel bosco, il F notava che la Z stava posizionando dei paletti nel terreno, per delimitare i confini; quindi, arrestava il veicolo e si avvicinava alla donna, per impedirle di proseguire. Ne nasceva un litigio e, poiché l'anziano seguiva nell'impedire il posizionamento dei paletti (ritenendo di vantare un diritto di passaggio sul terreno della Z), la Z lo spingeva a terra, assestandogli un colpo con il fianco; di conseguenza, il F cadeva a terra, battendo la schiena.

A tale versione si contrappone quella resa dai soggetti presenti alla lite, che promana dalle dichiarazioni dell'imputata, della figlia, , e del fidanzato di quest'ultima,

Sentiti in dibattimento, i tre riferivano – in termini pressoché perfettamente coincidenti e del tutto sovrapponibili – che il signor F era caduto accidentalmente: l'anziano, vedendo la Z collocare nel terreno i paletti, parcheggiava l'auto, si avvicinava a piedi e, con tono minaccioso, le intimava di desistere, pronunciando la frase: «*se mettete quei paletti ve li spacco uno ad uno in testa*». Infastidito dal comportamento della Z che, incurante delle minacce, proseguiva nella sua opera, il Ferremi la spingeva una prima volta, senza riuscire a farla cadere; riprovava quindi con più forza e, spintonandola da tergo, la faceva cadere sulla strada asfaltata antistante il terreno, provocandole una abrasione al ginocchio. Il , intervenuto per soccorrere la Z, prospettava allora al F che l'avrebbe denunciato per quel gesto. A questo punto, il F, con fare perplesso, iniziava ad indietreggiare, scivolava o inciampava sul terreno fangoso,

(forse anche a causa delle calzature indossate)⁹ e quindi cadeva, ammortizzando però il colpo con le mani. Una volta a terra, si adagiava su un fianco, minacciava la Z e la sua famiglia dicendo loro: «Dirò invece che siete stati voi a spintonarmi»¹⁰ e con il proprio cellulare chiamava i Carabinieri¹¹. Su invito della Z , la cercava di prestare soccorso al F (per aiutarlo a rialzarsi, ben conoscendo la cagionevole salute della vittima, che poco tempo prima era stata colpita da *ictus*¹²) ma questi la scalciava e la allontanava. Non potendo soccorrere il F , la – solo per precauzione, a suo dire – chiamava un’ambulanza¹³. Pochi minuti dopo, la giovane, sentendo il rumore di un’auto, annunciava – erroneamente, dal momento che si trattava invece della vettura dei coniugi , conoscenti della vittima – l’arrivo delle forze dell’ordine: solo a questo punto il F si stendeva completamente a terra, incrociando le braccia, con la bocca aperta e gli occhi chiusi come se fosse stato privo di sensi (mentre sino a poco prima aveva il capo rialzato ed appoggiato sulla mano sinistra)¹⁴.

Tale versione dibattimentale è stata tuttavia costellata da ripetute contestazioni mosse dalla parte civile e dal Pubblico Ministero, ai sensi dell’art. 500, comma 1 c.p.p., contestazioni che hanno consentito di far emergere una sostanziale divergenza rispetto al resoconto dei fatti da costoro proposto nel corso delle indagini preliminari (cfr. verbale di interrogatorio reso il 25/11/2016 davanti al PM da parte dell’imputata; nonché verbali di s.i.t. del del 9/11/2015 davanti al Nucleo Operativo della Compagnia dei Carabinieri di Salò, e della Cornalini, del 24/11/2015 davanti al Carabinieri della Stazione di Sabbio Chiese).

⁹ La teste riferisce che il F avrebbe perso una scarpa, nella specie una pantofola da camera, non adatta alle condizioni climatiche né del luogo in cui la vittima si trovava; la circostanza appare peraltro confermata dalla produzione fotografica allegata dalla difesa.

¹⁰ Vedi deposizione della teste i resa all’udienza del 4 ottobre 2018, pg. 57.

¹¹ Agli atti la relazione, datata 17 novembre 2015, dell’Ufficiale di P.G. Vicebrigadiere relativamente alle chiamate del . Segue una telefonata dello stesso Appuntato

¹² Cfr. p. 60 verb ud. 4 ottobre 2018: Presidente: «E perché avete chiamato il 118?» Teste «Perché il signore aveva diverse patologie, era appena uscito dall’ospedale che aveva avuto un ictus a dicembre».

¹³ Vedi deposizione del teste resa all’udienza del 4 ottobre 2018, pag. 41, dopo si chiarisce che vi sono state diverse chiamate perché i soccorritori avevano difficoltà a raggiungere la località monte Chiese in Preseglie.

¹⁴ Come documentato dalla produzione fotografica allegata dalla difesa. Secondo i testi della difesa, le fotografie sarebbero state dalla su consiglio del per precauzione, dato lo “strano” atteggiamento tenuto da F e comunque perché ritenute utili per documentare lo stato dei luoghi ai fini della denuncia. In tal senso, vedi deposizione del teste resa all’udienza del 4 ottobre 2018, pagg. 42-43.

Il punto cruciale delle divergenze è rappresentato dalla dinamica della caduta del F : mentre in dibattimento i tre hanno descritto un evento accidentale (uno scivolamento), conseguenza però di una condotta volontaria (l'indietreggiamento), nelle precedenti dichiarazioni avevano raccontato che il F si era intenzionalmente accucciato, mettendosi a terra in posizione seduta, a loro parere al solo fine di architettare una messa in scena per far credere di essere stato spintonato. Messa di fronte alla evidente discrasia, la ed il (così come la Z), hanno invece sostenuto la sostanziale identità delle due versioni, adducendo che la dinamica descritta nel corso delle indagini preliminari non differiva da quella narrata in dibattimento: ciò, perché il F avrebbe comunque cercato di inscenare una inesistente aggressione, finendo tuttavia per scivolare accidentalmente e senza alcun intervento da parte dell'imputata. In altre parole, il F , indietreggiando, sarebbe lentamente scivolato, e, quindi, si sarebbe adagiato a terra con le mani: si trattava, quindi, di una caduta involontaria ed accidentale. Una volta a terra, tuttavia, l'uomo avrebbe dolosamente deciso di rimanere steso al suolo, così simulando una aggressione.

Nel corso del dibattimento¹⁵, si è fatta altresì luce sull'origine della lite: si trattava di una disputa relativa alla delimitazione dei confini fra i terreni della Z e del F sorta ben prima del 31 ottobre 2015. Tanto la Z quanto il F , infatti, avevano in precedenza incaricato dei tecnici per le misurazioni delle rispettive proprietà; il 29 ottobre, su consiglio di un avvocato e previa delimitazione dei confini da parte di un geometra, la famiglia dell'imputata aveva posizionato dei paletti in legno per segnalare il limite del proprio terreno e così impedire che altri (il Ferremi) vi parcheggiassero. In seguito, l'imputata aveva trovato i paletti rimossi per mano di ignoti¹⁶; il 30 ottobre 2015, pertanto, Cornalini Oliva, figlia della Z , aveva chiesto l'intervento della Polizia Provinciale; l'agente era recato in località

¹⁵ Vedi deposizioni di rese all'udienza del 4 ottobre 2018.

¹⁶ Come documentato dalla produzione fotografica allegata dalla difesa.



Monte Chiese a Preseglie (BS), trovando in effetti alcuni paletti divelti. Aveva quindi consigliato alla _____ di sporgere denuncia all'autorità giudiziaria.

2.3. Gli accertamenti medico legali

Dalla consulenza medico-legale disposta dal Pubblico Ministero, eseguita dal dottor _____, previa visione della documentazione sanitaria nonché effettuazione dell'esame autoptico della salma¹⁷, è emerso con certezza che il F _____ decedeva a causa di una condizione di ARDS, ossia una sindrome da stress respiratorio acuto, che a sua volta causava un'insufficienza respiratoria.

L'ARDS riscontrata durante l'autopsia si sarebbe instaurata come conseguenza dell'allettamento del paziente durante il ricovero, resosi necessario a causa delle numerose patologie di cui era portatore e delle difficoltà motorie insorte a causa dell'emorragia cerebrale riscontrata in data 3 novembre 2015. Secondo il consulente, infatti, l'allettamento, soprattutto in pazienti in "*equilibrio precario*"¹⁸, determina facilmente una situazione di scompenso. In particolare, si riscontrava una insufficienza respiratoria già dal giorno 7 novembre 2015 e, nonostante i provvedimenti messi in atto dal personale medico, si assisteva ad un progressivo decadimento delle condizioni generali F _____ sino all'*exitus*.

L'ipotesi del consulente del Pubblico Ministero collega l'emorragia ad una "succussione cerebrale", quindi ad uno scuotimento da contraccolpo, che determinava la lesione vascolare a livello cerebrale. Tale ipotesi ricostruttiva (emorragia da contraccolpo), secondo il consulente, parrebbe la più plausibile, sulla base della storia clinica del paziente. Il trauma lombare determinava uno scuotimento e questo, a sua volta, determina una rottura di un piccolo vaso, presumibilmente favorita anche dalla terapia antiaggregante¹⁹ cui all'epoca si sottoponeva il F _____; ciò perché un colpo, anche a livello lombare, può creare una contropinta, una sollecitazione a livello del

¹⁷ Per la disamina completa delle risultanze della consulenza, si veda la relazione scritta datata 8.7.2016, nonché quanto riferito dal consulente all'udienza del 2 ottobre 2018, pagg. 68-77.

¹⁸ Espressione utilizzata dal consulente durante l'esame all'udienza del 2 ottobre 2018, pag. 70.

¹⁹ Si noti che gli antiaggreganti possono essere causa di fatti emorragici, come specificato dal consulente nell'esame reso all'udienza del 2 ottobre 2018, pag. 76.

rachide cervicale. L'emorragia sarebbe insorta già il 31 ottobre 2015, ma si sarebbe manifestata solo nei giorni successivi.

Il consulente ha però escluso di avere riscontrato segni di versamento interno dovuto a trauma lombare, a livello autoptico. L'accertamento del trauma lombare avveniva invece sulla base dell'esame della documentazione medica in atti, che faceva riferimento, sin dal primo ricovero, ad un trauma nella regione lombare²⁰.

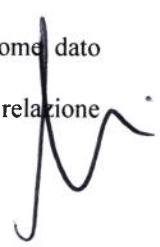
Tale ipotesi è stata recisamente negata dal consulente tecnico della difesa, il dott. _____, neurochirurgo²¹, soprattutto nel passaggio in cui si parla di contraccolpo: secondo il consulente sarebbe del tutto inesatto prospettare che da un banale trauma lombare (che non lasciava apparentemente segni, né esterni, né interni) le onde d'urto possano propagarsi "a raggiera", fino a raggiungere la zona cervicale, senza però causare alcun danno agli organi interni.

Secondo il consulente tecnico di parte, l'emorragia sarebbe invece da ritenersi di natura spontanea, anche in considerazione delle pregresse patologie del F _____ (già colpito da ischemia, episodi di crisi epilettiche ed affetto da ipertensione), tali da determinare uno stato di sofferenza del cervello. Proprio i picchi ipertensivi di cui la vittima soffriva, peraltro, potrebbero avere determinato la lacerazione di un vaso arterioso cerebrale. L'emorragia sarebbe allora sorta circa tre sere dopo la presunta caduta, più o meno nel momento in cui il paziente era riportato a casa; ciò, perché se la stessa fosse insorta nel momento del trauma, il paziente avrebbe dato sin da subito segni di danno neurologico (al contrario assenti nel caso di specie).

Infine, la perizia disposta in dibattimento ai sensi dell'art. 507 c.p.p. – redatta previa acquisizione degli esami ematochimici del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Gavardo (31 ottobre – 2 novembre 2015), delle immagini RX della colonna cervicale e lombosacrale (del 1° novembre 2015, raccolte presso il Pronto Soccorso

²⁰ Il trauma lombare, si precisa a pag. 73, si ricava dalla documentazione medica dove viene riportato come dato anamnestico e come ricostruzione.

²¹ Per la disamina completa delle risultanze della consulenza tecnica svolta su richiesta della difesa, si veda la relazione scritta datata 24.9.2018, nonché quanto riferito dal consulente all'udienza del 4 ottobre 2018, pagg. 70-82.




dell'Ospedale di Gavardo), delle immagini TC encefalo e rachide cervicale, TC capo, RMN colonna cervicale (3 – 6 novembre 2015, presso la Fondazione Poliambulanza di Brescia), dei blocchetti di tessuti in paraffina e vetrini per le indagini istologiche da essi derivati, oltre che sulla base degli atti del fascicolo – ha permesso di accertare quanto segue (cfr. pp. 45 ss. dell'elaborato).

Secondo i periti, sulla base dei riscontri clinici di cui alle cartelle acquisite presso l'Ospedale di Gavardo e la Fondazione Poliambulanza, delle risultanze dell'autopsia disposta dalla Procura della Repubblica e dell'esame al microscopio ottico dei vetrini allestiti nel corso della autopsia giudiziaria ed acquisiti, è possibile affermare motivatamente che, al momento del decesso, ricorreva nel paziente una "*Acute Respiratory Distress Syndrome*".

Questa, nota anche con il termine di "polmone da *shock*", si concreta in una urgenza medica dovuta alla severa riduzione della superficie alveolare utile per gli scambi respiratori per l'afflusso di fluido edematoso, ricco di proteine, negli spazi alveolari, secondario all'aumento della permeabilità della barriera alveolo-capillare. Il quadro morfologico polmonare nei vetrini esaminati al microscopio ottico è risultato infatti coerente con la diagnosi clinica, in quanto caratterizzato da alveoli in parte occupati da membrane ialine, che ne colabivano le pareti, in parte da spiccato edema, nel contesto di una diffusa congestione vascolare e di infiltrazioni cellulari come da flogosi acuta.

Ciò posto, «*in ragione dell'iter clinico del sig. F. [redacted] specie ove si consideri la sintomatologia che caratterizzò le fasi ultime del ricovero, rappresentata da episodi di desaturazione e comparsa di brividi in paziente con recenti fenomeni emorragici a carico dell'encefalo e del midollo, necessità di intubazione per l'assistenza rianimatoria, è motivato affermare che l'ARDS sia stata conseguenza di un noxa patogena di derivazione tossi-infettiva, responsabile della migrazione e attivazione di polimorfonucleati e macrofagi (fibroblasti e pneumociti), produzione di citochine infiammatorie, enzimi litici (proteasi), radicali liberi dell'ossigeno, danno epiteliale*

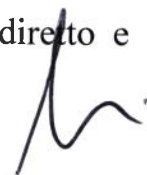


ed endoteliale (denudamento alveolare, alterazione trasporto fluidi/ produzione e composizione surfactante), stimolo alla fibrogenesi (Accumulo di liquido ricco di proteine nell'alveolo, formazione membrane ialine, collasso alveolare), riduzione compliance polmonare (fatica respiratoria). Il predetto quadro insorse in una condizione di meopragia e fragilità del paziente determinata dallo stato pluripatologico nel quale versava al momento del ricovero e dominata dagli effetti della emorragia cerebrale e midollare, dal dolore e dalla terapia con oppiacei, e dal concorso di tutte le preesistenze (diabete, BPCO, ipertensione arteriosa, ecc.), che, nell'insieme, ne favorirono la instaurazione e la rapida evoluzione esiziale».

In relazione alle emorragie, cerebrale e midollare, accertate strumentalmente in data 3 novembre 2015 presso la Fondazione Poliambulanza, rappresentano i periti che la valutazione radiologica mediante TC e RMN consentiva di individuare nel paziente due tipologie di fenomeni, ossia una emorragia subaracnoidea ed una subdurale; riscontri questi che, fatta eccezione per il tratto rachideo che il consulente tecnico del Pubblico Ministero non ispezionava, hanno trovato conferma al momento dell'autopsia giudiziaria (come si evince dal verbale e dalla riprese fotografiche alla stessa allegate).

Le emorragie subaracnoidee (ESA) si classificano in spontanee non traumatiche e traumatiche. Le prime sono nella maggioranza dei casi dovute alla rottura di un aneurisma, ovvero di dilatazioni vascolari patologiche oppure di malformazioni artero-venose; la loro diagnosi si basa sull'anamnesi, in assenza di trauma o con storia di ematomi intracerebrali e diagnosi istopatologica, o sulla base dell'esclusione della presenza di malformazioni, tumori o altre lesioni.

In relazione alle emorragie subaracnoidee traumatiche, l'età viene descritta da molti studi come «*fattore di rischio indipendente per l'outcome clinico di pazienti con emorragie subaracnoidee post-traumatiche*» (pp. 49 ss.): il rischio sembra correlato ad un'età superiore ai 75 anni e all'assunzione di terapie anticoagulanti ed antiaggreganti. Queste possono conseguire ad un meccanismo di azione diretto e



indiretto: in questo ultimo caso, le emorragie sono determinate dall'innescò di forze di trazione sui vasi dello spazio subaracnoideo, che si producono nelle forme di accelerazione/decelerazione angolare della testa, nelle quali l'inerzia o il ritardo con i quali l'encefalo si muove rispetto al cranio pone in essere la trazione delle predette formazioni vascolari, lacerandole. È opinione corrente che l'associazione tra emorragia subaracnoidea e quella subdurale siano espressione di forze angolari di particolare entità. Il sintomo principale del sanguinamento subaracnoideo è costituito dalla cefalea, intensa ed estesa a tutto il cranio, talvolta localizzata in regione frontale ed altre volte irradiantesi lungo la spina dorsale. I segni meningei sono quasi sempre presenti con rigidità nucale, segni di Kernig e di Brudzinski. Possono manifestarsi anche transitorie perdite di coscienza.

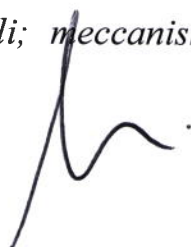
L'emorragia subdurale (ESD), è invece caratterizzata dal sanguinamento nello spazio tra la dura madre e le leptomeningi ed è prevalentemente associata ad eventi traumatici, diretti o indiretti, specie nei soggetti anziani o alcolisti, come le cadute; tende frequentemente ad essere sottostimata in assenza di fratture, emorragie intracerebrali o di precoci sintomi neurologici. Il sanguinamento può essere venoso o arterioso. Le emorragie subdurali possono essere spontanee o secondarie: in questo secondo caso, sono dovute, alternativamente, a contusioni del cranio da trauma diretto; a lacerazioni corticali, con soluzioni di continuo dei tessuti molli e fratture del cranio; a traumi indiretti (senza impatto), per forze di accelerazione e decelerazione angolari e meccanismi inerziali dell'encefalo rispetto al cranio, oppure per forze di rotazione, che si scaricano in maniera trasversale o diagonale, determinando spostamenti dell'encefalo all'interno della scatola cranica e suo impatto contro superficie interna delle ossa della scatola cranica.

Inoltre, nei pazienti anziani il collo è meno elastico, c'è una minore resistenza alle forze di accelerazione/decelerazione e gli spazi subaracnoidei sono più ampi, agevolando così deformazioni locali del tessuto sotto sollecitazione meccanica. Dal punto di vista sintomatologico, la ESD, specie se il sanguinamento è venoso e quindi lento, può essere pauci-asintomatica all'esordio, con un intervallo libero di circa

48/72 ore prima di manifestare sintomi specifici neurologici; questo avviene in particolare negli anziani, nei quali anche traumi di modesta entità possono produrre versamenti emorragici per la fragilità vascolare preesistente o per la ricorrenza di comorbidità e specifiche terapie che riducono le capacità di controllo della emostasi. I sintomi di esordio sono rappresentati da cefalea, nausea, vomito, sonnolenza, disturbi della coscienza, papilledema e, naturalmente, dipendono dalla entità del versamento emorragico, dalla sua rapidità di espansione e dal conseguente aumento della pressione intracranica.

I periti hanno poi richiamato gli effetti del c.d. trauma chiuso cranio-encefalico, a causa del quale si possono produrre la concussione cerebrale (caratterizzata da breve perdita di coscienza, paralisi dei riflessi cerebrali, amnesia retrograda, senza segni neurologici focali o alterazioni morfologiche) e la contusione cerebrale (in cui la perdita di coscienza è spesso più lunga ed alla quale si associano segni di compromissione neurologica ed alterazioni morfologiche, documentabili mediante TC o RMN, con focolai emorragici, corticali o subcorticali, e possibili profondi alle fibre nervose).

Per quel che concerne le lesioni midollari da trauma chiuso, *«questo è in genere determinato dall'azione meccanica conseguenza di un impatto della regione dorsale con un mezzo contundente ad ampia superficie. Per contro, quando il trauma è determinato da un mezzo contundente a limitata superficie, a motivo della concentrazione della energia in un'area ristretta, si produce una soluzione di continuo dei tessuti di superficie, associata spesso alla frattura o alla dislocazione delle componenti ossee. Il tratto cervicale inferiore e la giunzione toraco-lombare sono per ragioni anatomico-funzionali quelli più vulnerabili del rachide e le lesioni si producono per: flessione o estensione della colonna; compressione per azione di forze longitudinali (come nelle cadute sulla testa o sui glutei); rotazione provocata da forze di torsione che determinano dislocazioni uni o bilaterali; meccanismi combinati»* (p. 50).



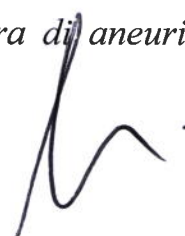
Ciò premesso, tornando al caso in esame, i periti concludono nei termini di seguito illustrati.

«Il sig. F era paziente di anni 71, iperteso, diabetico non insulino dipendente, vasculopatico con esiti di pregressi episodi ischemici cerebrali e in terapia antiaggregante, ovvero paziente con predisposizione al sanguinamento spontaneo anche per trauma minore, ovvero di modesta entità.

Ed allora al fine di valutare quale sia stata la eziopatogenesi delle emorragie ricorrenti nel F riteniamo utili ai fini della diagnostica differenziale (spontanea vs. traumatica) porre in evidenza i seguenti riscontri:

Localizzazione anatomica: subaracnoidea e sub durale, encefalo, porzione medio-posteriore della falce cerebrale e lungo la tenda tentoriale, soprattutto a sinistra; cortico-meningea sul fondo di un solco parietale mesiale a destra (subaracnoidea); subaracnoidea nella cisterna prepontina e prebulbare, che si porta caudalmente a interessare lo spazio perimidollare fino a livello di C5; midollo spinale ematoma subdurale posteriormente sino a C2 e poi da T11 al cono anteriore da T3 sino al cono midollare spessore massimo della raccolta è a livello del cono, L1-L2 con spessore anteriore di 4 mm e posteriore di 6 mm. Si trattava quindi di due fenomeni emorragici in associazione, uno prevalentemente subaracnoideo a livello encefalico e l'altro subdurale rachideo.

Le sequenze TC e RMN: la diretta visione delle sequenze del rachide documenta la presenza di aree di imbibizione dei muscoli lombari» (sul punto vengono richiamate le immagini radiologiche riportate a p. 35 della perizia, le quali, sempre a parere dei periti, consentono di confermare l'obiettività descritta nei referti in atti e di rilevare, nella RMN del 6 novembre 2015 nei tessuti molli retrorachidei, a livello lombare, una imbibizione dei medesimi) «lasciando quindi desumere inequivocabilmente che la predetta area sia stata sede di interessamento traumatico; le indagini angiografiche hanno escluso la presenza di lesioni vascolari riferibili a rottura di aneurismi o malformazioni.



Anamnesi e sintomatologia clinica: riferito trauma dorso lombare seguito da cefalea sin dai primi momenti, persistente durante il ricovero ed anche nel seguito; dolore spontaneo al collo ed in regione lombosacrale, resistente ai trattamenti, evocato alla percussione delle apofisi spinose (vedi consulenza ortopedica del 1.11.2015) che resero necessarie somministrazioni di oppiacei; vomito, due episodi, il primo (alimentare) in ambulanza e l'altro in pronto soccorso; stato di agitazione per il quale furono somministrate benzodiazepine; durante tutto il secondo ricovero, la lesività cerebrale e midollare fu causalmente riferita alle conseguenze della caduta (trauma contusivo) del 31.11.15 e giammai ad un sanguinamento spontaneo.

In base alle predette evidenze, è motivato affermare, con alta probabilità logico razionale, che si trattò di un sanguinamento di natura post traumatica, da trauma indiretto, in paziente in trattamento antiaggregante.

La sintomatologia lamentata sin dalle immediatezze dall'infortunato e per tutte le fasi dei due ricoveri nonché il riscontro radiologico di aree di contusione profonda lombare depongono chiaramente per la ricorrenza un trauma contusivo in regione lombare. Dinamica questa, riferita in atti alla caduta del paziente con impatto della regione lombare, che ben si correla all'innescò di forze di improvvisa accelerazione/decelerazione alle quali fu sottoposto il distretto cranio-encefalico del sig. F nelle fasi di proiezione al suolo senza contatto diretto della testa. Si trattò quindi di un trauma indiretto encefalico e rachideo, con effetti lacerativi sulle minute formazioni vascolari meningei: ipotesi questa che trova ampio conforto nella localizzazione lungo la linea sagittale del versamento al primo controllo, atteso che falce e tentorio siano particolarmente sensibili a forze di trazione/tensione.

Ciò premesso, è altamente probabile che lo spandimento emorragico sia stato di modesta entità in origine, sì da giustificare la comparsa di alcuni sintomi (cefalea, vomito, dolore al rachide cervicale e lombare, stato di agitazione) senza deficit neurologici, inizialmente controllati con la somministrazione di farmaci tra cui gli oppiacei per endovena; e che la terapia preesistente con antiaggreganti, quella eseguita anche dopo la dimissione del 2.11.15 abbia favorito il protrarsi o la ripresa



del sanguinamento rendendo più evidente il quadro clinico dopo le prime 48 e le 72 ore, intervallo lucido noto anche in letteratura.

Per le su esposte motivazioni, ed atteso il positivo convergere dei criteri di verifica del nesso di causalità (cronologico, topografico, continuità fenomenica, idoneità lesiva, esclusione di altre cause), l'exitus del sig. F. appare in rapporto di causa ed effetto con gli effetti di un trauma encefalico indiretto riportato verosimilmente nella caduta del 31 ottobre 2015 e con il concorso delle comorbidità da cui era affetto l'infortunato».

2.4. Il contraddittorio fra i periti ed il consulente tecnico della difesa circa i risultati degli accertamenti medici

Le risultanze dell'elaborato scritto sono state ribadite dai proff. e nel corso dell'udienza del 4 aprile 2019, laddove i periti sono stati escussi a chiarimenti.

In tale sede, questi hanno ribadito che l'emorragia cerebrale (subaracnoidea e subdurale) che con-causava la sindrome ARDS nel F. e, dunque, la morte sopraggiunta il 9 novembre 2015, era a sua volta originariamente causata da un trauma lombare occorso proprio nella giornata del 31 ottobre 2015, e che simile conclusione era suffragata dai convergenti e numerosi riscontri anamnestici e diagnostici (questi ultimi raccolti sia sulla base della valutazione delle condizioni di salute del paziente, condotta dai sanitari specializzati che lo avevano in cura, dei risultati delle indagini strumentali, quali RX, TAC, RMN).

Già la risonanza magnetica effettuata il 6 novembre 2015 evidenziava una imbibizione dei tessuti molli retrorachidei a livello lombare, proprio laddove il paziente aveva lamentato, al momento dei soccorsi, di avvertire dolore (il prospetto dei rilievi delle lesioni e la scheda di relazione di soccorso compilati dai volontari del 118 indicavano infatti due zone ampiamente sovrapponibili, ossia la regione del rachide lombare e il gluteo destro).



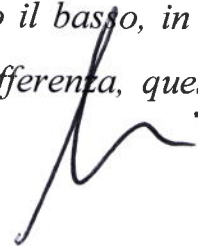
Il paziente sin da subito manifestava, sempre a parere dei periti, i sintomi di una emorragia cerebrale, in particolare vomito (due episodi, di cui il primo alimentare, in ambulanza), forte dolore nucale e, soprattutto, intensa cefalea, per trattare la quale era necessario ricorrere a potenti farmaci oppiacei, senza peraltro ottenere alcun apprezzabile beneficio (i sintomi non regredivano, anzi si aggravavano progressivamente). Il dato, secondo i periti, appare particolarmente significativo, se solo si considera che, da un lato, nel 15% dei pazienti anziani le emorragie cerebrali sono asintomatiche (ragion per cui la presenza di segnali dolorosi era spia della particolare gravità della situazione) e che, dall'altro, caratteristica di questo tipo di patologia è proprio l'insensibilità agli effetti antidolorifici della morfina e dei farmaci assimilati (pp. 17 ss. verb. stenotipia ud. 4 aprile 2019).

La stessa distribuzione della emorragia era compatibile con un esordio di natura traumatica e, per converso, assolutamente difforme da quello caratteristico di un ESA spontaneo o *sine materia* (tipicamente perimesencefalico, reperto questo non presente nel caso del F... : cfr. anche p. 56 dell'elaborato scritto); d'altra parte, tutte le indagini tecniche hanno escluso la presenza di un aneurisma (prof. ... : *«la distribuzione dell'emorragia subaracnoidea era, diciamo, in alcuni solchi e con una distribuzione più consona, diciamo più periferica rispetto alla componente vascolare importante, che normalmente dà delle emorragie subaracnoidee spontanee, che sono un'altra categoria di emorragie»: p. 16 ... «L'emorragia subaracnoidea traumatica, normalmente si distribuisce o sulla zona d'impatto, cioè lei ha un po' di emorragia subaracnoidea dove batte la testa, oppure nei casi di meccanismi come, diciamo, le cadute nell'anziano in cui il meccanismo concussivo è un pochino dovuto anche all'atrofia del cervello, si distribuisce in alcuni solchi, sempre abbastanza alla convessità. Esiste un'emorragia subaracnoidea spontanea, che si chiama emorragia subaracnoidea detta sine materia, che ha una caratteristica peculiare di un tipo di emorragia subaracnoidea, che si distribuisce però in regione perimesencefalica, cioè, siamo più in alto rispetto a quella del collo, che poi è l'emorragia che tra l'altro è subdurale non è subaracnoidea, tanto per far capire, e in più ha delle*



caratteristiche peculiari che la individuano in modo abbastanza preciso dal punto di vista radiologico. Questa frase noi l'abbiamo messa solo per sedare, diciamo, eventuali dispute rispetto alla distribuzione di quest'emorragia subaracnoidea, che non solo a me come Consulente Neurochirurgo ma a tutti i neurochirurghi, ricordo, che hanno esaminato il caso, dava la verosimile distribuzione da emorragia subaracnoidea traumatica, di quelle che vediamo nell'anziano»: pp. 36, 37).

I periti hanno chiarito in udienza il meccanismo di produzione del c.d. trauma chiuso indiretto e la sua efficacia determinante rispetto al prodursi di lesioni al livello di vasi venosi dell'encefalo, da cui, in definitiva, derivava il fenomeno emorragico: «È notorio in Letteratura, in Medicina Legale, in Patologia Forense, in Traumatologia Cranioencefalica, che ci sono dei cosiddetti traumi chiusi indiretti, come quello di cui parliamo e abbiamo cercato di sintetizzare. In sostanza che significa? Significa che se io passo da una posizione ortostatica a una posizione assisa, io mi siede regolarmente e quindi questo lo faccio con una certa velocità, ma se io per varie ragioni me ne vado improvvisamente all'indietro, e quindi vado... Casco in maniera senza riuscire a frapporre un qualcosa che mi rallenti la fase di caduta, ma casco, come dire, a peso morto su una superficie, ci sono due o tre fattori che entrano in gioco, innanzitutto la resistenza del tessuto sul quale io impatto ... velocità ... Ci sono però situazioni in cui basta una minima distorsione, una minima modificazione dell'accelerazione di questi organi, che può produrre delle lesioni. Tipicamente nei soggetti anziani, soprattutto in terapia antiaggregante, quindi predisposti al sanguinamento e soprattutto con una certa ipotrofia dell'organo stesso, si creano, come dire, degli spazi virtuali tra il rivestimento meningeo e l'encefalo stesso, per cui se io casco – scusatemi il termine un po' gergale – a peso morto, all'indietro, e quindi batto sicuramente qualche regione, la prima che immagino può essere in assenza di un evidente trauma cranico, la regione, ovviamente, della regione lombare, della regione del gluteo, del bacino, a questo punto nel momento in cui io mi fermo, e quindi mentre il corpo ferma la sua progressione verso il basso, in un istante zero, l'encefalo si ferma in un istante di + 1, e questa differenza, questa



inerzia con la quale quell'encefalo si ferma, è sufficiente, in alcuni soggetti predisposti come un soggetto anziano, con particolare predisposizione al sanguinamento, perché faceva antiaggregante, a lacerare delle piccole formazioni vascolari, venose perlopiù che determinano il sanguinamento ... le linee guida del trauma cranico minore, in cui si includono anche questi eventi di cadute, non diciamo direttamente coinvolgenti il cranio, quindi le linee guida della Società Italiana di Neurochirurgia non di [redacted], prevede come fattore di rischio l'età, proprio perché il cervello atrofizzandosi – più o meno velocemente a questa capacità di... ballare all'interno della scatola cranica, e quindi ha più facilità a strappare delle piccole vene, che sono normalmente contenute all'interno della scatola cranica, che sono appunto tra il cervello ... facendo dei sanguinamenti minimi e subcontinui, oppure minimi assolutamente silenti. Quindi se lei legge le linee guida della Società Italiana di Neurochirurgia e di Traumatologia, i fattori di rischio per osservazione clinica ed eventualmente una TAC, che poi non si deve tradurre necessariamente in alcun intervento, ma per dire, sono popolazioni a rischio per eventi minimi di osservazione clinica più importante, sono l'età, dopo i 65 anni, e l'assunzione di antiaggregante, antiaggregante che il paziente assumeva in doppia forma, assumeva la cardiaspirina più il Clopidogrel, quindi aveva una capacità scoagulativa importante» (pp. 30 ss.).

Risulta infatti pacifico che al F [redacted] non veniva prescritta la sospensione del trattamento anticoagulante (cui dunque continuava a sottoporsi, nelle ore e nei giorni immediatamente susseguenti alla caduta) sino al ricovero presso la Fondazione Poliambulanza (cfr. p. 13 verb. ud.).

Per queste ragioni, il sanguinamento non poteva che essere venoso, non arterioso, anche tenuto conto che la rottura di un vaso arterioso ha certamente effetti più gravi rispetto al sanguinamento venoso, che è spesso misconosciuto sino al palesarsi del quadro conclamato (cfr. anche p. 54 perizia).



Nel corso della medesima audienza del 4 aprile 2018, è stato nuovamente escusso il consulente tecnico della difesa, prof. _____, il quale ha ribadito il contenuto delle note critiche mosse all'elaborato dei consulenti della Corte, depositate il 2 aprile 2019.

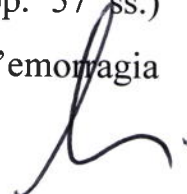
In sostanza, il consulente ha escluso che il F_____ avesse mai subito un trauma lombare, dal momento che l'esame locale condotto dopo la presunta caduta evidenziava soltanto una piccola ecchimosi al ginocchio. Di conseguenza, non si poteva ritenere che si fosse originata alcuna emorragia cerebrale in conseguenza ai fatti del 31 ottobre, dal momento che non vi era, all'epoca, alcun sintomo della patologia: i parametri vitali erano nella norma ed il vomito registrato in ambulanza era di tipo alimentare da cinetosi (cd. mal d'auto).

Inoltre, anche ipotizzando che il F_____ non fosse ruzzolato sulle ginocchia, la modestissima altezza della caduta (l'uomo passava dalla posizione eretta a quella seduta) e l'assenza di segni obiettivi (quali ematomi o ecchimosi) escludeva un simile decorso.

Da ultimo, l'emorragia che aveva colpito il F_____ era certamente di carattere arterioso, non certo venoso. Ciò, perché una emorragia di questo tipo (venosa) o interessa i c.d. seni venosi – ma in quel caso, è tanto drammatica e devastante da procurare la morte pressoché immediata – oppure le cosiddette vene a ponte, che dal seno sagittale superiore aggettano nel tessuto corticale cerebrale, allorché, anche a seguito di banali traumi diretti sul cranio, si lacerano, sanguinando lentamente e riempiendo lo spazio sottodurale; in tale caso, però, la durata del fenomeno è ben superiore a quanto verificatosi nel caso di specie (si tratta di un arco temporale non inferiore ai 20 – 30 giorni: p. 5 note scritte).

Su tali punti, i periti hanno replicato oralmente nei termini che seguono.

La letteratura in tema di neurotraumatologia o neuropatologia forense (ampiamente citata nella bibliografia di riferimento in calce all'elaborato scritto: pp. 57 ss.) conosce e descrive i fenomeni biomeccanici di produzione dell'emorragia



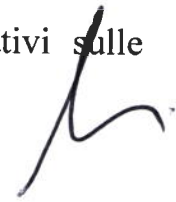
subaracnoidea, significando come, nella stragrande maggioranza dei casi, il versamento emorragico subaracnoideo negli eventi acuti, nei traumi chiusi cranici, senza cioè colpo diretto, sia legato ad emorragia di natura venosa, a sua volta originata da meccanismi di trazione e stiramento, come quelli ipotizzati nelle loro conclusioni. Sul punto, ciò che rileva nell'eziologia del fenomeno non è tanto l'altezza della caduta, ma la velocità della stessa e, soprattutto, di arresto del corpo a terra (ossia, banalmente, il fatto di rovinare al suolo senza riuscire a "parare il colpo"): ciò spiegherebbe l'assenza di segni, contusioni o lividi, tenuto conto altresì del fatto che l'episodio avveniva in inverno e che dunque la vittima era pesantemente vestita.

L'esistenza di una emorragia da trauma indiretto sarebbe poi dimostrata, oltre che dagli elementi già descritti, dall'esame dei vetrini raccolti nel corso della autopsia effettuata il 12 novembre 2015, il quale ha evidenziato un quadro anatomo-istopatologico facente riferimento, secondo i dati di Letteratura, ad un'emorragia intervenuta all'incirca una decina di giorni prima (p. 69 verb. stenotipia).

Da ultimo, i periti hanno ribadito l'origine venosa della emorragia, che nel caso di specie non aveva interessato le vene a ponte direttamente riferibili ai seni longitudinali superiori (che si rompono determinando un fenomeno sottodurale acuto), bensì dei vasi minori tra la dura madre e il cervello, fenomeno che spiegava questo tipo di eziopatogenesi. Non vi era per converso alcuna traccia di ematoma sottodurale cronico (descritto dal prof. Migliaccio come caratterizzato da un decorso indicativamente pari a quaranta giorni), che dunque era improprio evocare nel caso di specie.

3. La ricostruzione del fatto

Sulla base degli elementi così raccolti e descritti, ritiene questa Corte che, il 31 ottobre 2015, F. _____ sia stato spinto dall'imputata, sino a cadere a terra; che tale caduta abbia provocato nella vittima un trauma lombare, il quale a sua volta originava un trauma indiretto encefalico e rachideo, con effetti lacerativi sulle



formazioni vascolari meningee minori; e che, da ultimo, tale emorragia (di natura subaracnoidea e subdurale) abbia contribuito a cagionare, in sinergia con altri fattori (in particolare, le molteplici patologie da cui era affetto) la c.d. *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), causa ultima della morte avvenuta il 9 novembre 2015.

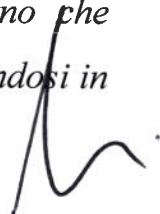
3.1. La spinta ed il trauma lombare

Va in primo luogo evidenziato come la vittima abbia riferito in maniera costante, univoca e coerente, a tutti i soggetti via via intervenuti a soccorrerlo dopo gli eventi del 31 ottobre 2015, una medesima versione, ossia di essere stato spintonato dall'imputata, sino a rovinare violentemente a terra.

Nella chiamata effettuata al 112 nel primo pomeriggio di quel giorno, il Ferremi riferiva all'operatore, il vicebrigadiere _____, di avere subito una aggressione dai confinanti (*«... giungeva una telefonata da parte di una persona di sesso maschile verosimilmente di età anziana, non ricordo le generalità, il quale riferiva che in Preseglie (BS), in località Monte Chiesa aveva avuto una aggressione con dei confinanti ed era presente un carabiniere»*: cfr. annotazione di PG del 17 novembre 2015, acquisita all'udienza del 2 ottobre 2018).

L'anziano raccontava di essere stato spinto all'appuntato Lobrutto, giunto sul posto dopo la chiamata (*«c'era il signor F _____ che era sdraiato per terra, cosciente, parlava, era molto agitato, gridava indicandomi il gruppetto di persone che era un paio di metri davanti a loro, che erano la signora Z _____, la figlia e il suo convivente. Diceva che l'avevano spintonato ed era caduto per terra»*), nonché ai soccorritori del 118, che significativamente annotavano *«... spinto a terra, subisce trauma lombare ...»*.

All'infermiera _____, che lo assisteva durante il tragitto in ambulanza da Preseglie all'ospedale di Gavardo, l'uomo forniva un resoconto ancor più dettagliato (*«il paziente mi riferiva di avere avuto una discussione con un suo parente, credo una donna, in quanto questa signora aveva posizionato dei pali in legno che dividevano la strada asfaltata da quella sterrata. Inoltre mi riferiva che trovandosi in*



piedi, sulla strada, era stato spinto dal parente, tanto che cadeva a terra, procurandosi a suo dire un trauma lombare»: cfr. verbale di s.i.t. del 19 dicembre 2015, acquisite all'udienza dell'11 ottobre 2015 con il consenso delle parti).

Identiche parole erano proferite al personale del *triage* del pronto soccorso di Gavardo, che testualmente nella scheda annotava come il paziente avesse riferito *«trauma lombare da caduta dopo essere stato spinto dalla sig.ra Z durante discussione (sic). Nega traumi in altri distretti corporei»*.

F si confidava poi con la moglie, , e con la figlia , alle quali, sia in Monte Chiese che la sera del 31 ottobre, in ospedale, raccontava che la , nel corso di una discussione relativa ai confini ed alla sussistenza di una servitù di passaggio fra le proprietà confinanti, lo aveva spinto con il fianco fino a farlo cadere a terra, facendogli battere violentemente la schiena; e le due donne, a loro volta, riferivano l'accaduto all'altra figlia , sempre la sera dei fatti.

Infine, il F riferiva questa dinamica degli eventi pure al suo medico di fiducia, , che si recava in casa sua per visitarlo, la mattina del 3 novembre 2015 (*«... l'ha detto lui che è stato spinto indietro, cioè più che dietro un po' di lato ed è caduto indietro, ha battuto la schiena e poi ha battuto la testa, questo»*).

Orbene, sebbene si tratti, inevitabilmente, di testimonianze *de relato*, questo dato – ossia l'univoca e coerente ricostruzione dell'accaduto, resa più volte a soggetti diversi, e senza alcuna contraddizione – non può che essere fortemente valorizzato, se solo si considera che simile racconto non solo è stato reso alle (e poi riferito dalle) parenti più strette, ma anche a soggetti totalmente indifferenti (i carabinieri, i soccorritori, il personale medico e paramedico). D'altra parte, è a tutti noto come sia di cruciale importanza descrivere in maniera dettagliata e veritiera i sintomi di un qualunque malessere ai sanitari chiamati ad intervenire, al fine di consentire una rapida individuazione delle cause ed una altrettanto tempestiva predisposizione dei più efficaci rimedi; sicché davvero appare scarsamente verosimile che il F , mosso da un tenace volontà vendicativa nei confronti della Z e dei suoi familiari,

abbia pervicacemente descritto a chi lo aveva in cura una situazione difforme dalla realtà, con l'effetto di ostacolare una corretta diagnosi o di provocare interventi inutili o addirittura nocivi (si ricorda che all'uomo venivano somministrati potenti farmaci a base oppiacea, quindi con pericolosi effetti collaterali).

Inoltre, le parole del Ferreri vantano una serie di riscontri obiettivi, altrettanto univoci.

Tutti i soggetti che incontravano l'anziano, a partire dal pomeriggio del 31 ottobre – con l'unica, significativa eccezione rappresentata dalla Zuccato, dalla figlia e dal genero, su cui si tornerà più diffusamente *infra* – si imbattevano in un uomo fortemente sofferente: i coniugi, che rimanevano colpiti dalle condizioni di prostrazione del Ferreri, riverso a terra nel campo di Preseglie²²; i soccorritori del 118, che erano costretti a spinalizzare la vittima e a chiamare una seconda ambulanza, con personale infermieristico specializzato. Il trasporto all'ospedale doveva poi essere effettuato con grande cautela ed a velocità moderata, a causa dei fortissimi dolori che lamentava il paziente (il quale, come ricordato dal teste, che conduceva l'ambulanza, “*urlava e bestemmiava*”). Proprio a causa di simili, compromesse, condizioni, già durante il trasporto (come poi anche in Pronto Soccorso a Gavardo e presso la Fondazione Poliambulanza) al Ferreri era somministrato non un semplice antiflogistico “da banco”, bensì della morfina; orbene, ancora una volta appare del tutto incredibile che egli sia riuscito, con un'abile simulazione, a trarre in inganno infermieri e medici, anche altamente specializzati, sino ad indurli a prescrivergli medicinali che, per i loro severi effetti collaterali, vengono normalmente somministrati con grandissima cautela.

Soprattutto, suffragano questa versione gli esiti delle risonanza magnetica (RNM) effettuata presso la Fondazione Poliambulanza il 6 novembre 2015, dai quali emerge

²² Dich. teste Bollani ud. 2 ottobre 2019: «... Nel ritornare indietro, verso le 15, ho trovato, perché si passa davanti alla proprietà, la strada passa davanti alla proprietà del Ferreri, nel ritornare dal capanno per tornare a casa, che io abito a Sabbio Chiese, ho trovato il Ferreri lì per terra, mi sono fermato subito con mia moglie, e ho capito che... “che è successo Fulvio?”, e ho visto che delirava, non stava bene, ecco ... mia moglie gli ha messo sotto la felpa, sotto la testa, perché ho visto che non stava bene. Infatti ho anche detto al ragazzo che c'era lì “ma avete chiamato l'ambulanza? Perché qua non sta bene, il signore” ... Non so se mi ha riconosciuto o meno. Perché era molto incosciente ...».

una imbibizione dei tessuti molli retrorachidei a livello lombare, indice inequivocabile che tale area era stata sede di un interessamento traumatico (cfr., in questo senso, le risultanze della perizia a firma dei proff. [redacted], in particolare alle pagine 36 e 53). Orbene, il fatto che tale area coincidesse esattamente con quella in cui il F [redacted], sin dal primo istante, aveva rappresentato di avvertire un fortissimo dolore (come risulta dalle schede di intervento del 118 e riferito da tutti coloro che lo avevano in cura) dimostra, al di là di ogni ragionevole dubbio, la veridicità della versione della vittima, senza lasciare spazio a plausibili ricostruzioni alternativa, di cui manca alcuna concreta evidenza.

A non essere in alcun modo credibile è, piuttosto, la versione dell'imputata Z [redacted] e dei testimoni della difesa,

Si è già detto che i tre hanno reso in dibattimento una ricostruzione dei fatti sostanzialmente identica: il 31 ottobre 2015, il F [redacted] aveva raggiunto nel campo di Preseglie, dove la [redacted] in compagnia della figlia e del genero, stava collocando alcuni paletti per delimitare le rispettive proprietà; aveva dapprima minacciato pesantemente l'imputata, poi l'aveva spintonata per ben due volte, sino a farla cadere a terra; quando gli era stata prospettata una denuncia per il suo comportamento, aveva iniziato ad indietreggiare, al fine di simulare di avere subito una aggressione; nel fare ciò, era caduto davvero a terra, riuscendo però ad attutire l'impatto con le mani; era quindi rimasto a terra, rifiutando l'aiuto della [redacted], che voleva risollevarlo; solo quando si era reso conto che stavano arrivando sul posto terze persone, si era messo a fingere un malore.

Orbene, simile ricostruzione presenta già degli intrinseci profili di contraddittorietà ed inverosimiglianza.

In primo luogo, l'imputata ed i testi si sono mostrati confusi nella descrizione della accidentale caduta del F [redacted]. Secondo la Z [redacted], questa sarebbe avvenuta sullo "slancio", e quale contraccolpo, del precedente spintone che l'uomo le aveva assestato; e tuttavia, è stata la stessa imputata (come del resto la [redacted] ed il [redacted]

) a dare atto di una certa soluzione di continuità fra i due episodi – con il Ferremi che, dopo essere stato minacciato di querela, avrebbe riflettuto sul da farsi e solo dopo si sarebbe deciso a fingere di essere stato lui stesso colpito –. Non è poi chiaro se l'anziano sarebbe ruzzolato a terra per colpa delle calzature inadeguate (secondo la Z... avrebbe perso una ciabatta nell'indietreggiare, mentre per il... se la sarebbe tolta solo una volta a terra) o a causa del terreno scivoloso.

Appare inoltre davvero scarsamente credibile che un uomo anziano, dalla salute malferma e solo, pur con l'animo inasprito dal contenzioso civilistico da tempo in corso, abbia dapprima minacciato e poi violentemente colpito, addirittura due volte, la Z..., che sola non era, anzi era accompagnata, oltre che dalla figlia, dal genero, il carabiniere... Questa circostanza – che il Ferremi certamente conosceva, visto che le due famiglie si frequentavano e vivevano in un piccolissimo centro – avrebbe trattenuto chiunque da un comportamento tanto veemente e scomposto, anche solo per il timore di una sicura segnalazione del fatto alle forze dell'ordine; ciò, tanto più se si considera che non risulta in alcun modo che egli fosse un soggetto di indole violenta, o comunque una “testa calda”.

Ancor più inverosimile è che il..., di fronte ai ripetuti spintoni alla suocera, se ne sia rimasto immobile ad osservare la scena, senza provare a bloccare il Ferremi, perché, in sostanza, ciò – ossia non immischiarsi in un conflitto in atto – sarebbe stato conforme al *modus operandi* di un appartenente alle forze dell'ordine in una situazione del genere, oppure perché voleva evitare “appigli” all'anziano: si ricorda infatti che il... non era in servizio, che ad essere aggredito non era un terzo estraneo ma una persona a lui cara e che, con ogni probabilità, gli sarebbe bastato un intervento minimo (un deciso richiamo verbale, una mano sulla spalla) per porre fine alla aggressione, vista la differenza di età e di condizioni di salute.

Da ultimo, non si può davvero credere che il Ferremi, pur di portare a termine la sua “sceneggiata”, abbia ostinatamente deciso di rimanere a terra in un campo, esposto al freddo ed all'umidità, per oltre due ore (i fatti accadevano intorno alle ore 15/16 la

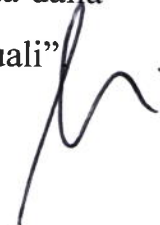
prima ambulanza sopraggiungeva verso le 17 e l'accesso al Pronto Soccorso era delle 18:19), soprattutto ben sapendo di soffrire di una serie di gravi patologie.

Vi è poi l'aspetto della contraddittorietà estrinseca.

Si è già dato atto dei numerosi elementi che suffragano il racconto della vittima (le testimonianze dei soggetti a vario titolo intervenuti a soccorrerlo ed a curarlo; i referti medici; gli esiti della perizia sul punto). Qui invece occorre sottolineare l'irrisolvibile contrasto fra quanto dichiarato dalla Z , dalla e dal in dibattimento rispetto a quanto dagli stessi riferito durante le indagini, laddove i tre, ancora una volta in termini fra di loro assolutamente conformi, raccontavano che il F non era affatto caduto, ma aveva solo finto di cadere: si era seduto a terra, poi sdraiato ed infine accucciato su di un fianco, per tutto il tempo prospettando loro che li avrebbe rovinati e che *"gli avrebbe mangiato tutto"*.

Orbene, nonostante gli sforzi dell'imputata e dei due testi, le due versioni appaiono assolutamente contrastanti: non vi è chi non veda come, un conto, è piegarsi e sedersi volontariamente, un conto è cascare inavvertitamente. Non si può ritenere che questa contraddizione dipenda da un errore di trascrizione degli interrogatori (tesi che, per vero, la difesa non ha nemmeno ventilato) o da una scarsa capacità di esprimersi dei dichiaranti: sul punto, ci si limita ad osservare che il era ed è un carabiniere, e che quindi ben conosce le modalità di verbalizzazione, oltre che il significato ed il regime di utilizzabilità delle sommarie informazioni testimoniali. D'altra parte, nemmeno si può ritenere che questo cambio di versione dipenda da una migliore rielaborazione della vicenda; una vicenda, chiara, piana, lineare, che si svolgeva in pieno giorno, in un luogo tranquillo e fra sole quattro persone – quindi non si vede che cosa potrebbe avere inizialmente confuso, sviato, falsato il ricordo dei tre –.

Soprattutto, ciò che inficia irrimediabilmente la veridicità della versione difensiva è il fatto che la stessa sia stata ripensata e rielaborata negli stessi identici termini da parte dei tre dichiaranti, all'evidente fine – per usare una espressione più volte citata dalla pubblica e privata accusa in dibattimento – di *"inseguire le emergenze processuali"*



Invero, quando la [redacted] ed il [redacted] erano escussi durante le indagini, poco o nulla si sapeva circa le cause che nel giro di una decina di giorni avevano portato alla morte del F [redacted], sicché la difesa preferibile, considerando che l'anziano era da solo e che non vi era alcun testimone oculare estraneo ai fatti, era quella di negare su tutta la linea. E del resto, che l'intento principale dei due testi, fin dall'inizio, fosse quello di allontanare dalla madre e suocera qualsiasi sospetto, emerge dall'ascolto delle registrazioni delle chiamate al servizio 118 (prodotte dal PM all'udienza del 2 ottobre 2018). In entrambe, i due, anziché premurarsi di descrivere con la maggiore accuratezza possibile le condizioni della persona da soccorrere – come da prassi, al fine di garantire un intervento celere ed efficace – si preoccupavano di enfatizzare il dato rappresentato dalla “simulazione”: la [redacted] (lei stessa volontaria del 118, come dichiarato in dibattimento) ripeteva più volte che l'anziano “*faceva finta*”, “*faceva la scena*”, “*diceva che gliela faceva pagare*” (richiesta soccorso delle 15:11.30), mentre il [redacted], alla richiesta di descrivere ciò che era accaduto, rispondeva con decisione che l'uomo “*si era buttato lui da solo*” (tanto che l'operatore inizialmente credeva che questi si fosse addirittura lanciato nel vuoto: richiesta soccorso delle 15:12:05).

In dibattimento, disvelato il contenuto della documentazione medica relativa alla persona del F [redacted] ed alla evoluzione del quadro clinico dal 31 ottobre al giorno della morte, documentazione da cui emergeva la presenza di un trauma lombare (a partire dalla relazione del 118, passando per il referto del pronto soccorso di Gavardo e poi nella documentazione raccolta presso la Fondazione Poliambulanza), nonché dell'elaborato del consulente tecnico del PM, l'unica linea difensiva plausibile diventava allora quella di ammettere che una caduta – e dunque un trauma – vi era stata, ma che ciò non era dipeso dall'azione, prima ancora che dalla volontà, dell'imputata.

Va poi sottolineato che i testi [redacted] e [redacted] avevano ben più di un interesse a mentire, non solo rappresentato dal rapporto di parentela (la [redacted]) e di vicinanza affettiva (il [redacted]): i due erano, insieme alla Z [redacted], le uniche persone

presenti ai fatti sicché, soprattutto nel momento iniziale delle indagini, era tutt'altro che improbabile un loro diretto coinvolgimento nella vicenda. Era per loro quindi essenziale offrire, sin da subito, una ricostruzione dei fatti che allontanasse dal loro nucleo familiare qualsiasi sospetto.

Ciò dimostra definitivamente, unitamente ai numerosi elementi già descritti, l'inattendibilità, e dunque la radicale falsità, del relativo portato testimoniale (con le conseguenze di cui all'art. 207 co. 2 c.p.p., di cui si dirà *infra*) ed al contempo offre ulteriore conforto alla tesi accusatoria.

3.2. La causa dell'emorragia cerebrale.

Sulla base dei motivati esiti della perizia disposta ai sensi dell'art. 507 c.p.p. a firma dei proff. [redacted] -- che hanno chiarito nel contraddittorio fra le parti le loro argomentazioni, peraltro suffragate da vasta letteratura scientifica in materia – ritiene la Corte che sia possibile giungere alle seguenti conclusioni, rispetto alla individuazione delle cause della emorragia cerebrale (subaracnoidea e subdurale) che colpiva la persona offesa.

La letteratura in tema di neurotraumatologia o neuropatologia forense conosce e descrive i fenomeni biomeccanici di produzione dell'emorragia subaracnoidea, significando come in gran parte dei casi quest'ultima sia effetto di un c.d. trauma chiuso cranico indiretto, legato all'azione di meccanismi di trazione e stiramento. Tali emorragie sono cioè determinate dall'innescò di forze di trazione sui vasi dello spazio subaracnoideo, che si producono nelle forme di accelerazione/decelerazione angolare della testa, nelle quali l'inerzia o il ritardo con i quali l'encefalo si muove rispetto al cranio pone in essere la trazione di piccole formazioni vascolari venose, lacerandole; l'associazione fra emorragia subaracnoidea ed emorragia subdurale, costituisce poi indice della azione di forze angolari di particolari entità.

E dunque, può accadere che, nel repentino passaggio dalla posizione eretta a quella seduta (e cioè in una caduta), il ritardo con il quale l'encefalo ferma la sua corsa rispetto alla scatola cranica (come una pallina che rimbalza in una scatola chiusa,

come efficacemente descritto in udienza dai periti) sottoponga a brusca trazione e/o stiramento i vasi venosi siti nello spazio subaracnoideo; nei soggetti predisposti ed in particolare in quelli anziani – nei quali il collo è meno elastico, quindi c'è una minore resistenza alle forze di accelerazione e decelerazione, e gli spazi subaracnoidei sono più ampi, per effetto di una certa ipotrofia del cervello – e/o in quelli sottoposti a terapia antiaggregante – in cui è più facile il sanguinamento dei vasi per effetto di traumi, anche di lieve entità – ciò può provocare una lesione venosa e dunque una emorragia cerebrale, ad esordio inizialmente lento, trattandosi appunto di sanguinamento venoso e non arterioso.

Posto questo paradigma nomologico, deve ritenersi provato, con elevato grado di probabilità logica o credibilità razionale, che la “regola generale” così descritta abbia operato nel caso di specie, ossia che la morte del F altro non sia che la concretizzazione del fenomeno così descritto.

Ed infatti, deve ritenersi in primo luogo provato, alla luce degli argomenti illustrati nel precedente paragrafo, che qui si richiamano integralmente, che il Ferremi sia stato spinto dalla Z a terra e che, per effetto di tale condotta, abbia riportato inizialmente un trauma lombare.

Sul punto, vale qui solo la pena aggiungere (rispetto alle contro-argomentazioni del consulente tecnico della difesa) che il fatto che il F avesse solo delle piccole escoriazioni sulle ginocchia non dimostra che egli sia caduto a carponi e non di schiena, dal momento che una simile ricostruzione non è mai stata avanzata nemmeno dall'imputata e dai suoi familiari e che, in ogni caso, tali segni potevano derivare da un precedente urto; e che l'assenza di lividi o ecchimosi sulla schiena e/o sulle natiche non esclude il trauma lombare, se solo si considera che la vittima era pesantemente vestita, a causa della rigida temperatura invernale, e che, come sottolineato dai periti, ciò che conta ai fini della produzione del trauma cranico chiuso indiretto non è l'altezza di caduta, bensì il repentino passaggio dalla posizione eretta a quella seduta.



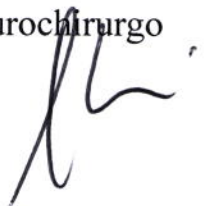
Questo trauma lombare dava poi a sua volta origine, per effetto del meccanismo sopra illustrato, ad un trauma cranico chiuso indiretto, il quale a sua volta era immediata e diretta origine della emorragia cerebrale, subaracnoidea e subdurale, venosa; e ciò per le seguenti ragioni.

Il F. da subito, ossia immediatamente dopo essere stato spinto a terra, lamentava i sintomi di una emorragia cerebrale, così come descritto da tutti coloro che progressivamente intervenivano per aiutarlo e per curarlo (paramedici, infermieri, medici, familiari), ossia intensa cefalea, stato di agitazione, rigidità e dolore alla zona del capo e del collo; un dolore tanto intenso e persistente da non regredire, ma anzi tale da aggravarsi, con il trascorrere delle ore, nonostante la somministrazione di farmaci a base di morfina (e proprio l'insensibilità del fenomeno algico a questo tipo di sostanze è stato descritto dai periti come caratteristica tipica della emorragia cerebrale).

Sul punto, si è molto discusso sulla natura degli episodi di vomito che colpivano il F. subito durante il trasferimento al Pronto Soccorso di Gavardo: da ipertensione endocranica, secondo i periti della Corte, alimentare e da cinetosi (c.d. mal d'auto) per il consulente della difesa. Simile contrasto si è originato sulla base di una certa contraddittorietà fra le dichiarazioni dei paramedici , i quali hanno rispettivamente parlato di "vomito alimentare" e "a spruzzo" (questo ultimo tipica spia di una eccessiva pressione endocranica).

Ritiene tuttavia questa Corte che il punto non valga a smentire la bontà delle conclusioni dei periti, se solo si considera che quello così descritto è stato soltanto uno degli episodi di vomito che interessavano la vittima dopo la caduta (un altro si verificava in Pronto Soccorso a Gavardo, ove i medici erano costretti a somministrargli apposita terapia antiemetica: cfr. p. 8 perizia) e che, in ogni caso, i sintomi di una emorragia cerebrale già in atto erano tanti e tali, e di crescente gravità, che la (ipotetica) assenza di uno solo di questi non vale a escludere la patologia.

In secondo luogo, era immediatamente questa la diagnosi (di una emorragia cerebrale subaracnoidea, c.d. ESA *post* traumatico) che il neurologo ed il neurochirurgo



formulavano all'epoca dei fatti, quando visitavano il F. presso la Fondazione Poliambulanza, il 3 e il 6 novembre 2015 (si rammenta che a Gavardo l'anziano era valutato esclusivamente dal medico urgentista, dal radiologo e dal cardiologo). Sul punto, vale la pena di ricordare la diagnosi del 6 novembre 2015, alle ore 11.27, laddove il neurochirurgo scriveva: «... è verosimile che il trauma abbia prodotto una iperestensione o una iperflessione del rachide stenotico e che questo abbia prodotto una contusione centromidollare. Consigliata RMN cervicale ...»; e proprio la risonanza magnetica permetteva di disvelare un altro fronte della emorragia in atto, ossia quella subdurale (pp. 13 e 14 perizia).

Come sottolineato sempre dai periti in udienza, non deve sottovalutarsi la portata ed il significato della prima diagnosi degli specialisti in materia, che avevano la possibilità di esaminare il quadro anamnesico, di visitare direttamente il paziente e di valutare unitamente a questi dati gli esiti delle indagini strumentali; e ciò, in particolare, in assenza di qualsiasi elemento che porti anche solo ad ipotizzare un errore diagnostico a carico di questi sanitari (gli specialisti della Fondazione Poliambulanza).

Vi è in terzo luogo il dato rappresentato dall'esito delle indagini istologiche, di cui i periti hanno dato conto nell'udienza del 4 aprile 2019 (prof. , p. 69 verb. stenotipia: «se posso aggiungere su questa datazione, ho anche acquisito i vetrini istologici dell'esame fatto sull'encefalo, e la descrizione istologica, quindi l'esame del vetrino di cui ho rappresentato nell'iconografia, le singole in fasi, sono caratterizzate dalla presenza di... Nelle aree interessate da residui, ovviamente dei fenomeni emorragici, da delle caratteristiche, e cioè delle forme di rimaneggiamento, qualche deposito di fibrina. Cioè il quadro anatomo-istopatologico fa riferimento, sempre secondo i dati di Letteratura, a un'emorragia che è compatibile con una settimana, dieci giorni. Perché se avessimo avuto un'emorragia pregressa, noi avremmo avuto altre situazioni, stratificazioni di fibrina, fibroblasti, cioè ci sono dei reperti istologici che dovrebbero essere molto diversi. Se l'emorragia fosse stata recente avremmo avuto tutta una serie di infiltrati leucocitari. Cioè il dato



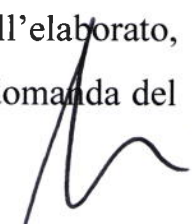
anatomopatologico conforta... Perché non è soltanto un'interpretazione, come dire, della cartella clinica, ma è anche una, ovviamente... Le nostre considerazioni si sono anche basate sui riscontri che sono stati possibili fare, cioè la lettura dei preparati istologici delle sezioni dell'encefalo, che sono esattamente corrispondenti a quelle che sono le previsioni di Letteratura per quanto riguarda la datazione»), le quali collocano temporalmente l'esordio della emorragia in un periodo esattamente corrispondente a quello in cui aveva luogo la caduta in località Monte Chiese.

In quarto luogo, il F rientrava nel *range* di pazienti in cui è più elevata, secondo gli studi scientifici in materia sopra richiamati, sia la probabilità di essere soggetti ad c.d. un trauma cranico indiretto chiuso – l'uomo all'epoca aveva 71 anni – sia quella, conseguente, di verifica di una emorragia cerebrale – egli era sottoposto a terapia antiaggregante, che soltanto i medici della Fondazione Poliambulanza, a differenza del personale del Pronto Soccorso di Gavardo, ritenevano di interrompere –.

Deve poi escludersi che l'emorragia cerebrale sia stata cagionata da cause alternative alla condotta dell'imputata, siano esse di natura spontanea o traumatica.

Si ricorda che i periti hanno motivatamente escluso, sia nell'elaborato che in udienza, la sussistenza di fattori – come la rottura di aneurismi o la presenza di malformazioni artero-venose – che avrebbero potuto, in alternativa ed indipendentemente dal trauma del 31 ottobre 2015, scatenare il sanguinamento: tali patologie sono infatti state radicalmente escluse dagli esiti delle indagini angiografiche (cfr. p. 53 perizia) – ed alla medesima conclusione era già giunto il neurochirurgo il 7 novembre 2015, quando visitava il paziente (p. 42 perizia) –.

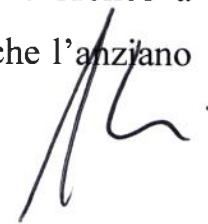
D'altra parte, il prof. ha spiegato come le caratteristiche dello spandimento ematico fossero assolutamente compatibili con quelli di una ESA *post* traumatica da rottura di vasi venosi e, per converso, del tutto inconciliabili con un sanguinamento di natura spontanea (si rimanda sul punto a quanto esposto a p. 56 dell'elaborato, nonché ai chiarimenti resi all'udienza del 4 aprile 2019 dietro specifica domanda del



Presidente della Corte). Inoltre, proprio l'associazione fra ESA e emorragia subdurale è indice dell'origine traumatica del fenomeno (in quanto espressione di forze angolari di particolare entità, cfr. p. 49 perizia).

È poi rimasta smentita l'apodittica – perché priva di alcun riferimento scientifico e/o bibliografico – affermazione del consulente tecnico difensivo, secondo cui le emorragie cerebrali venose o interessano i c.d. seni venosi, dando in quel caso luogo a morte pressoché immediata, oppure hanno natura subdurale cronica, con una durata pari all'incirca 40 giorni – decorsi entrambi incompatibili con quello che portava alla morte il Ferremi –. I periti hanno infatti spiegato, sulla base degli approdi dell'ampia letteratura medico-scientifica in materia, che a livello intracranico può verificarsi non solo la rottura delle vene a ponte direttamente riferibili ai seni longitudinali superiori (le quali danno luogo agli esiti devastanti descritti dal consulente) ma pure quella dei vasi venosi minori a ponte tra la dura madre e il cervello, che perfettamente spiega questo tipo di eziopatogenesi. Ché anzi, l'origine venosa – e non arteriosa, come ritenuto dal consulente tecnico della difesa – si concilia con l'emorragia che colpiva il F. . . . , che lo portava alla morte in un periodo di tempo relativamente lungo (mentre una emorragia arteriosa avrebbe dato luogo ad un *exitus* assai più repentino). Da ultimo, l'ipotesi per cui a cagionare l'emorragia cerebrale sarebbe stato sì un trauma, ma diverso e successivo rispetto a quello del 31 ottobre 2015, è rimasta una mera congettura, priva di un sia pure minimo o labile riscontro.

Si ricorda infatti che l'anziano veniva dimesso il 2 novembre 2015, in condizioni assolutamente critiche – faticava a muoversi, era confuso, abbisognava di aiuto pure per recarsi in bagno –. Le dichiarazioni sul punto della moglie e delle figlie devono ritenersi del tutto credibili, poiché conformi al quadro clinico risultante dalla documentazione medica (di cui si è lungamente detto) e a quanto riscontrato da testi c.d. indifferenti (i coniugi , il medico di base). Orbene, in simili precarie condizioni appare davvero inverosimile pensare che il F. possa essersi dedicato ad attività tali da dare origine ad una ulteriore caduta o ad uno sforzo idoneo a cagionare una autonoma emorragia cerebrale; tanto più se si considera che l'anziano

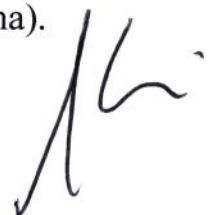


rimaneva a casa poco più di ventiquattro ore (dal primo pomeriggio del 2 novembre a quello del 3 novembre, quando era condotto con ambulanza privata presso la Fondazione Poliambulanza di Brescia).

Non può quindi coltivarsi alcun dubbio, che possa dirsi realmente ragionevole ai sensi e nei termini di cui all'art. 533 c.p.p., circa il fatto che sia stata la condotta della Z. a provocare l'emorragia cerebrale. Sul punto, occorre ricordare che, per escludere simile evenienza, che impone l'assoluzione dell'imputato, non è necessario che l'ipotesi alternativa alla colpevolezza sia assolutamente fantasiosa o comunque estranea a quanto accade *in rerum natura* (poiché, in quel caso, la norma avrebbe parlato di "non irrazionale dubbio"); piuttosto, il Giudice deve concludere per l'assoluzione quando simile ipotesi alternativa, sia pure meno probabile rispetto a quella che fa propendere per la colpevolezza dell'imputato (poiché diverso è lo *standard* probatorio nel processo penale rispetto a quello civile), si fonda su elementi, dati, indizi emersi nel processo che portino a ritenere che la prima, sebbene statisticamente meno frequente, possa in effetti essersi realmente verificata. Ciò non è evidentemente accaduto nel caso di specie, laddove le teorie alternative avanzate dalla difesa e dal suo consulente (circa una caduta in casa o un particolare affaticamento) si sono arrestate sul piano delle mere congetture.

4. La qualificazione giuridica della condotta

Ritiene questa Corte di Assise che il fatto contestato all'imputata, così come ricostruito all'esito della articolata istruttoria dibattimentale, integri gli estremi del delitto di cui all'art. 584 c.p., il quale, come è noto, è caratterizzato dal compimento di una attività finalizzata a realizzare un evento che, ove non si verificasse la morte, costituirebbe reato di percosse o di lesioni (cfr. da ultimo, Cass., sez. V, 4 aprile 2018, n. 23606, in relazione ad una fattispecie in cui la Corte ha ritenuto corretta la qualificazione di omicidio preterintenzionale in relazione alla morte causata da un'azione violenta consistita in strattoni e spintoni nei confronti della vittima).

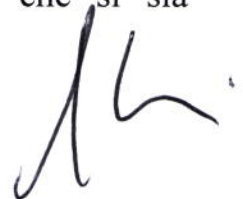


4.1. Gli “atti diretti a commettere” i delitti di percosse o lesioni

Il comportamento della Z... consistente nell’aver assestato al F... uno spintone con energia sufficiente a farlo rovinare a terra, integra certamente il requisito previsto dalla prima parte della disposizione di cui all’art. 584 c.p. Ed infatti si ricorda che, secondo la consolidata dottrina e giurisprudenza, i reati di cui agli artt. 581 e 582 c.p. – che con l’omicidio preterintenzionale condividono il primo spezzone della condotta, quantomeno sino allo stadio del tentativo (Cass., sez. V, 23 marzo 1990, n. 6403) – sono delitti di evento a forma libera, che possono dunque essere commessi con qualsiasi mezzo idoneo: basta una qualsiasi violenta manomissione della altrui persona, compresi, appunto, l’urto e la spinta (Cass., sez. V, 24 settembre 1986, n. 12867; Id., 16 marzo 2010, n. 16285, proprio in tema di omicidio preterintenzionale).

Nel caso di specie, peraltro, lo spintone assestato alla vittima integrava gli estremi del tentativo c.d. compiuto, posto che dalla medesima derivava certamente una “malattia”, intesa come riduzione apprezzabile di funzionalità dell’organismo connessa ad un fatto morboso in evoluzione, a breve o a lunga scadenza, verso un esito che può essere la guarigione perfetta, l’adattamento a nuove condizioni di vita oppure la morte (cfr., per tutte, Cass., sez. V, 11 giugno 2009, n. 40428); sicché, ove quest’ultima non si fosse verificata, a carico dell’imputata sarebbe stato configurabile il delitto di lesioni volontarie. Sul punto, oltre a tutto quanto sopra osservato in relazione al c.d. trauma indiretto cranico chiuso ed alla emorragia cerebrale che ne derivava, va ricordato che, già presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale di Gavardo, era comunque indicata una prognosi di almeno sette giorni (cfr. rapporto del 31 ottobre 2015, p. 6).

Simile condotta era certamente dolosa: la Z..., al culmine della lite per ragioni di confini fra i rispettivi terreni, colpiva con una certa dose di forza la vittima, tanto da riuscire a farle perdere l’equilibrio, ragion per cui deve ritenersi che si sia



rappresentata, e che quindi abbia pienamente voluto, la connessa violenta manomissione della altrui persona.

Non può ritenersi che l'imputata abbia agito per legittima difesa, anche solo putativa, come ventilato dalla difesa (soltanto) nella discussione conclusiva.

Prescindendo dal portato della recente novella di cui alla l. 36/2019, che qui evidentemente non viene in considerazione, affinché possa ravvisarsi la scriminante in parola è necessario, fra l'altro, che il pericolo da scongiurare sia "attuale" e che la difesa "necessaria". Si è già detto come il racconto dell'imputata e dei testi appaia del tutto inverosimile, sicché può fondatamente dubitarsi che il F abbia dapprima minacciato e poi aggredito violentemente e per ben due volte la Z ; in ogni caso, anche se si volesse dare credito a questa sola parte della tesi difensiva difetterebbero, secondo questa stessa ricostruzione, i due requisiti sopra menzionati.

In primo luogo, la Z ed i suoi familiari descrivono un apprezzabile intervallo temporale fra l'aggressione che la prima avrebbe subito ed il momento in cui il Ferremi rovinava a terra -- intervallo che sarebbe servito alla persona offesa per "elaborare" una strategia vendicativa --: il rischio di subire un'offesa per mano di quest'ultimo non era dunque più in atto, ma si era proprio concretizzato, tanto che l'imputata era caduta a terra, sbucciandosi un ginocchio. Non vi era quindi alcuna minaccia attuale, ma un pericolo ormai esaurito.

In secondo luogo, non può certo ritenersi che lo spintone fosse l'unica possibilità per la Z di sottrarsi alla "furia" dell'anziano. Si è detto che la donna non era sola, ma accompagnata da due giovani, uno dei quali appartenente alle Forze dell'Ordine (sebbene al momento non in servizio): sarebbe quindi bastato un energico richiamo o al massimo una mano sulla spalla per fermare un uomo che, peraltro, nemmeno godeva di ottima salute. Ancor di più, sarebbe stato sufficiente, per stemperare la tensione e porre fine alla lite in atto, allontanarsi dal luogo, posto che non consta che il Ferremi abbia impedito ai tre di andarsene, sbarrando loro la strada -- ché il

contenzioso sull'estensione delle rispettive proprietà e/o sull'esistenza di diritti reali di godimento avrebbe potuto e dovuto trovare soluzione in altre sedi, e con ben diversi metodi –.

Quanto sopra illustrato era talmente chiaro da essere evidente a chiunque, dunque anche all'imputata stessa in quella situazione; e ciò basta ad escludere la sussistenza della causa di giustificazione invocata, anche nella forma c.d. putativa.

4.2. Il nesso eziologico fra la condotta e l'evento morte.

Si è già detto come, sulla base dei motivati esiti dell'elaborato peritale, debba ritenersi come la spinta assestata dalla Z al F, e la conseguente caduta, abbiano determinato un c.d. trauma indiretto encefalico e rachideo, origine di una emorragia cerebrale subaracnoidea e subdurale; trauma che, con il concorso delle comorbidità da cui era affetta la persona offesa – come risulta già dal primo inquadramento anamnestico del 2 novembre 2015, il paziente era *«portatore di postumi di ischemia cerebrale con crisi epilettiche focali sensitive correlate, pregressa frattura amielica di L1 a genesi traumatica. Pregressa occlusione intestinale da sofferenza vascolare dell'intestino tenue, pregressa insufficienza respiratoria acuta post intervento, esofagite erosiva con pregressa ematemesi, encefalopatia multinfartuale, esiti di TEA carotidea bilaterale, ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, polineuropatia arti inferiori di grado severo, pregressa prostatite acuta»* – determinava la morte della persona offesa, avvenuta il 9 novembre 2015.

Richiamato tutto quanto osservato nel paragrafo 3.2., saranno qui sufficienti due ulteriori considerazioni.

In primo luogo, il fatto che il F fosse effettivamente afflitto da una molteplicità di severe patologie non fa certamente venire meno il nesso condizionalistico fra la condotta e l'evento, poiché è pacifico che anche nell'ipotesi in cui gli atti diretti a ledere o a percuotere non costituiscono la “causa clinica”, diretta ed immediata, della

morte, ma soltanto il fattore di emergenza di un precedente stato patologico della vittima, il principio di equivalenza causale preclude qualsiasi valutazione di carattere quantitativo e la causalità deve ritenersi sussistente anche se la condotta dell'imputato abbia contribuito alla realizzazione dell'evento in misura minima.

È poi evidente che le condizioni cliniche della persona offesa al momento del fatto non costituivano "cause sopravvenute" ai sensi dell'art. 41 co. 2 c.p., bensì cause preesistenti (co. 1), le quali, come tali, non escludono il rapporto di causalità. È noto infatti che, secondo la teoria condizionalistica, è causa di un evento qualsiasi fattore che ne costituisca condizione necessaria, sebbene non sufficiente; con la precisazione che il secondo termine della relazione deve intendersi quale evento "*hic et nunc*", nelle sue concrete caratteristiche ripetibili, nonché nel tempo e nel luogo in cui si è verificato (cfr. Cass., sez. V, 13 febbraio 2002, n. 13114: *«sono cause sopravvenute o preesistenti, da sole sufficienti a determinare l'evento, quelle del tutto indipendenti dalla condotta dell'imputato. Ne consegue che non possono essere considerate tali quelle che abbiano causato l'evento in sinergia con la condotta dell'imputato, atteso che, venendo a mancare una delle due, l'evento non si sarebbe verificato»*, nell'ambito di fattispecie relativa ad omicidio preterintenzionale, nel quale la morte era sopraggiunta in conseguenza di percosse inferte a soggetto anziano ed in non buone condizioni di salute; nello stesso senso, Cass., sez. V, 3 maggio 2016, n. 35015).

Non ha dunque alcun senso domandarsi se, per effetto dell'aggravarsi delle numerose patologie da cui era affetto, ero delle complicazioni connesse, il F sarebbe comunque deceduto, in un'epoca anche prossima rispetto a quanto effettivamente accaduto; poiché quella – ipotetica – morte costituisce un evento diverso e distinto, che nulla ha a che vedere con l'oggetto del presente processo – tanto più se si considera che il precario stato di salute non impediva alla vittima di condurre una vita "normale" e di muoversi in piena autonomia, come era avvenuto quel giorno –.



Vi è poi il tema, che è aleggiato in tutto il corso dell'istruttoria, di una presunta negligenza dei sanitari della Azienda Ospedaliera di Gavardo, che non rilevavano l'emorragia cerebrale in corso e, soprattutto, non ordinavano l'immediata interruzione della terapia antiaggregante in corso — la quale, non impedendo ma anzi favorendo il sanguinamento, costituiva, a detta dei periti della Corte, una importante concausa nel determinarsi dell'ESA e dell'ESD —.

Pure su questo punto, è sufficiente richiamare la consolidata giurisprudenza di legittimità, secondo cui *«in tema di omicidio preterintenzionale, le eventuali negligenza dei sanitari nelle successive terapie mediche non elidono il nesso di causalità tra la condotta di percosse o di lesioni personali posta in essere dall'agente e l'evento morte, non costituendo un fatto imprevedibile od uno sviluppo assolutamente atipico della serie causale»* (Cass., sez. V, 3 luglio 2012, n. 39389).

Secondo la Suprema Corte, non si può dunque ipotizzare, in simili evenienze, una rottura della catena causale innescata dalla condotta del reo e *«... ciò è ancora più chiaro quanto alle condotte omissive dei sanitari»* — come quella che verrebbe in rilievo nel caso di specie — *«atteso che, mentre è astrattamente possibile escludere il nesso di causalità in ipotesi di colpa commissiva, in quanto il comportamento del medico può assumere i caratteri della atipicità, la catena causale resta invece integra allorquando vi siano state delle omissioni nelle terapie che dovevano essere praticate per prevenire complicanze, anche soltanto probabili, delle lesioni a seguito delle quali era sorta la necessità di cure mediche. L'errore per omissione non può mai prescindere dall'evento che ha fatto sorgere l'obbligo delle prestazioni sanitarie. L'omissione, da sola, non può mai essere sufficiente a determinare l'evento proprio perché presuppone una situazione di necessità terapeutica che dura finché durano gli effetti dannosi dell'evento che ha dato origine alla catena causale ...»* (Cass., sez. I, 18 giugno 2015, n. 36724; nello stesso senso, più recentemente, Cass., sez. V, 24 maggio 2018, n. 28706).



4.3. La prevedibilità dell'evento morte: in astratto ...

Quanto sopra osservato, in ordine alla sussistenza di un atto consapevole e volontario, diretto a cagionare percosse o lesioni, nonché del nesso eziologico fra tale condotta e l'evento finale, rappresentato dalla morte della vittima, sarebbe di per sé sufficiente per ritenere integrati gli estremi del delitto di cui all'art. 584 c.p., in adesione ai principi costantemente affermati dalla giurisprudenza di legittimità in materia.

È noto infatti che, secondo la Suprema Corte, *«l'elemento soggettivo del delitto di omicidio preterintenzionale non è costituito da dolo e responsabilità oggettiva, né da dolo misto a colpa, ma unicamente dal dolo di percosse o lesioni, in quanto la disposizione di cui all'art. 43 c.p. assorbe la prevedibilità dell'evento più grave nell'intenzione di risultato. Pertanto, la valutazione relativa alla prevedibilità dell'evento da cui dipende l'esistenza del delitto de quo è nella stessa legge, essendo assolutamente probabile che da un'azione violenta contro una persona possa derivare la morte della stessa»* (Cass., sez. V, 18 ottobre 2012, n. 791; Id. 21 settembre 2016, n. 44986, fra le altre).

La prevedibilità (in concreto) non assurgerebbe a carattere distinto dell'omicidio preterintenzionale, poiché *«il rischio di evento omogeneo più grave è insito nel danno o pericolo che si arreca alla persona fisica. E nel sistema l'interesse primario, che accomuna i beni essenziali della persona, è complessivamente tutelato in ragione dell'idea (categoria) di inevitabilità dell'evento più grave, conseguente al processo naturale attivato con la condotta umana»*. Ne deriva che *«la prevedibilità dell'evento più grave è in caso di delitto preterintenzionale categoria irrilevante per la struttura dell'elemento psicologico, assorbita nel dolo di percosse o lesioni»*.

Dunque, secondo questa interpretazione, l'aver assestato – nei termini sopra accertati – uno spintone al F, sino a farlo cadere, innestando così la catena causale che lo portava, dopo nove giorni ed in concorso con tutti gli altri concomitanti fattori, alla morte per c.d. ARDS, configurerebbe in capo alla Z la penale responsabilità per quest'ultimo evento ex art. 584 c.p., a prescindere da concreti profili di rimproverabilità di tale esito finale.



4.4. ... ed in concreto.

Ritiene tuttavia questa Corte che tali conclusioni non muterebbero nemmeno qualora si ritenesse di aderire all'opposto orientamento – fatto proprio dalla dominante dottrina e da una parte della giurisprudenza, in particolare di merito²³ – secondo cui o è possibile imputare all'agente l'evento morte per colpa, concepita ed accertata nei suoi requisiti ordinari – nel senso di prevedibilità in concreto dell'evento più grave al momento della realizzazione della condotta, seguendo il medesimo procedimento (valutazione di prevedibilità ed evitabilità dal punto di vista di un agente modello; accertamento del c.d. nesso colpa-evento) della colpa presente nei “normali” reati colposi di evento – oppure quest'ultimo sarà ascritto al medesimo *sine culpa*, a titolo di responsabilità oggettiva: una forma di responsabilità che deve tuttavia ritenersi bandita dal nostro ordinamento, alla luce delle espresse indicazioni derivanti dalla giurisprudenza costituzionale, secondo cui il fatto imputato, per essere legittimamente punibile, deve necessariamente includere almeno la colpa dell'agente in relazione agli elementi più significativi della fattispecie tipica (Corte Cost. 364/1988).

Orbene, è evidente che l'evento “morte” non può che essere ricompreso fra gli elementi più significativi della fattispecie di cui all'art. 584 c.p., essendo appunto tale sia rispetto alla offesa (in quanto autonomamente lesivo del bene primario della vita), sia rispetto alla pena (poiché determina l'inflizione di una pena ulteriore rispetto a quella prevista per il reato base di percosse o di lesioni). Occorrerà dunque che, oltre al nesso di causalità materiale, sussista la colpa in concreto per violazione di una regola precauzionale e con prevedibilità ed evitabilità dell'evento, da valutarsi alla stregua dell'agente modello razionale, tenuto conto delle circostanze del caso concreto conosciute o conoscibili dall'agente reale (cfr. in relazione alla fattispecie di cui all'art. 586 c.p., Cass., S.U., 22 gennaio 2009, n. 22676).

All'agente concreto *«potrà dunque rimproverarsi, nonostante la volontà e rappresentazione della condotta di base nelle sue connotazioni tali da renderla idonea a realizzare i delitti di percosse e/o lesioni, il non aver attivato le obbligatorie*

²³ Cfr., Corte di Assise di Reggio Emilia, 12 gennaio 2015.

cautele preventive che, alla stregua del parametro dell'agente modello razionale, gli avrebbero consentito: i) di rappresentarsi quei profili della condotta manifestanti l'adeguatezza ad attivare un rischio di eventi ulteriori più gravi di quello effettivamente voluto, compreso l'evento mortale; ii) la concreta probabilità di verificazione di tale evento nella specifica situazione di fatto, alla stregua dei dati conoscitivi disponibili ex ante da parte dell'agente modello. Tale rimproverabilità soggettiva, intesa come violazione di obblighi di precauzione, prevenzione o di diligenza, non è implicata in astratto nella violazione della norma penale che vieta di consumare percosse o lesioni ovvero atti diretti in modo non equivoco a commetterle: all'agente è qui rimproverata la violazione di diversa regola a contenuto precauzionale ben specifico, finalizzata non già a evitare la realizzazione di quegli aspetti della condotta comunque dominati dal medesimo finalisticamente (in quanto costituenti i connotati essenziali dell'azione dolosa di base), ma ad evitare che quella condotta, per le peculiarità situazionali concrete, generasse il rischio di evento mortale e rendesse probabile la realizzazione del medesimo» (cfr., in questo senso, Corte App. Reggio Emilia, 12 gennaio 2015).

Ciò, con due precisazioni.

In primo luogo, nello stabilire se l'evento finale, più grave e non voluto, fosse concretamente prevedibile ed evitabile, occorrerà tenere conto delle contingenti e superiori conoscenze dell'imputato rispetto a quelle proprie del c.d. agente modello – il quale, nella medesima situazione, potrebbe non rendersi conto che la vittima è affetta da vizi occulti che la espongono a rischi normalmente inesistenti, minori o meno gravi –.

In secondo luogo, se è vero che la prevedibilità deve riferirsi alle modalità essenziali che consentano di individuare l'evento rappresentabile come appartenente allo stesso "tipo" di evento che si è verificato in concreto – e che quindi non basta che simile giudizio abbia ad oggetto l'evento come appartenente ad un *genus* o un mero evento di danno, ma deve farsi riferimento allo specifico decorso causale sfociato

nell'evento terminale – è altresì vero che questa non deve necessariamente avere ad oggetto ogni singolo snodo in cui simile decorso si è dipanato. Ciò, perché quello di prevedibilità è un giudizio *a.d. ex ante*, da formularsi sulla base di tutte le circostanze esistenti al tempo della condotta dell'agente, che è l'unico momento in cui a questi si indirizza il rimprovero penale, per non essersi astenuto dall'agire o per non avere agito come avrebbe dovuto; sicché i singoli e specifici passaggi che hanno contingentemente e successivamente portato alla verifica dell'evento – se questo, per le sue peculiari caratteristiche (es. morte da emorragia cerebrale e non morte *tout court*) appartiene al tipo di eventi che ci si poteva aspettare ed è causalmente ricollegabile alla condotta – nulla hanno a che vedere con la possibilità di muovere simile rimprovero.

Orbene, in relazione al caso di specie deve osservarsi quanto segue.

Esiste una regola di esperienza – o in ogni caso, si tratta di nozione di dominio assolutamente comune – secondo cui le cadute costituiscono un elevato fattore di rischio per la salute dell'anziano, per due ordini di ragioni.

In primo luogo, le cadute nell'anziano sono statisticamente più frequenti rispetto ai più giovani, a causa delle difficoltà di movimento e dei problemi equilibrio che spesso li affliggono – si tratta di soggetti che possono cadere per effetto di sollecitazioni o in situazioni che per altri non presenterebbero significativi rischi –.

In secondo luogo, le conseguenze di simili eventi sono normalmente assai più gravi rispetto a quanto si verifica per individui di età inferiore: è noto infatti che nell'anziano vi è maggiore fragilità ossea (con superiore rischio di fratture), dei legamenti e dei vasi sanguigni, nonché minore elasticità degli arti e dei tessuti, sicché l'organismo fatica ad assorbire senza conseguenze gli effetti del colpo. Maggiori sono i tempi di recupero della funzionalità fisica dopo simili eventi e, soprattutto, maggiori i rischi di complicazioni, che possono associarsi alla compromissione del sistema cardiovascolare, respiratorio, etc. Non debbono poi trascurarsi le



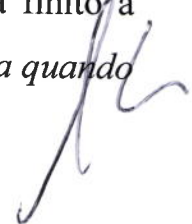
complicanze che possono derivare dal forzoso e prolungato c.d. allettamento che si dovesse rendere necessario in conseguenza ad un trauma da caduta.

Non è quindi un caso che, come citato dal prof. [redacted] in dibattimento (ma si tratta, si è detto, di nozione del senso comune), le cadute nei soggetti ultrasessantacinquenni determinino il 65% di tutte le morti per incidente domestico (cfr. p. 65 verb. ud. 4 aprile 2019).

Nel caso di specie, l'imputata assestava uno spintone ad un soggetto anziano – quindi rientrante nel c.d. *range* dei soggetti “a rischio”, come sopra illustrato – in presenza di condizioni, evidentemente a lei note, che massimizzavano il pericolo di caduta: il fatto avveniva in inverno, su di un terreno reso scivoloso dalla presenza di fogliame e per l'umidità, nei confronti di un individuo che indossava delle ciabatte da camera, ossia delle calzature assolutamente inadeguate per il contesto, che ne compromettevano certamente le possibilità di mantenere l'equilibrio.

Inoltre, deve ritenersi che la spinta sia stata inferta con una certa energia, se si considera che – pure date le condizioni di cui sopra, in relazione alla “fragilità” della vittima ed alle condizioni di precario equilibrio – era in grado di fare ruzzolare a terra un uomo di una stazza relativamente imponente (sul punto, basta visionare le foto prodotte dalla difesa in apertura del dibattimento). Vanno inoltre considerate le modalità del colpo inferto: non frontalmente alla vittima (come sarebbe accaduto se la donna avesse allontanato il F [redacted] con violenza, ponendogli le mani al petto), così dandole la possibilità di attivare qualche difesa o quantomeno di attutire il capitolombolo, bensì al fianco, sorprendendone dunque l'attenzione (sicché l'anziano non poteva accorgersi che all'ultimo momento del gesto) e provocandone la rovinosa caduta.

Va poi aggiunto che la Z. [redacted] certamente sapeva che la fisiologica “fragilità” dell'anziano F [redacted] era accentuata dalla presenza delle numerose patologie da cui questi era affetto, tanto che proprio questa peculiare consapevolezza la portava ad attivare immediatamente i soccorsi, una volta resasi conto che l'uomo era finito a terra (dich. imp., ud. 4 ottobre 2018, pp. 25 ss.: «... io gli ho detto a mia figlia quando



era lì in terra, gli ho detto “dagli una mano, tiralo su” che sapevo che aveva un sacco di problemi di salute “che io non voglio averli i problemi, tiralo su” ... perché non volevamo avere problemi, perché lui era lì, sapevamo che era ammalato ...»;
 dich. teste _____, ud. 4 ottobre 2018, p. 39: *«successivamente, la Z _____ si rivolge alla figlia, mentre era al telefono con i Carabinieri e con me e mi ha detto “guarda, siccome so che è da un periodo che è stato malato ed è molto malato ...»;*
 dich. teste _____, ud. 4 ottobre 2018, pp. 59 ss.: *«Sì ho chiamato anche il 118 perché prima quando lui è caduto per terra, la mia mamma mi fa “Ma guarda _____”, dato che era appena uscito dall’ospedale che era caduto in ospedale nel 2014 ed aveva avuto problemi, mi fa “Dagli una mano e tiralo su” ...Perché il signore aveva diverse patologie era appena uscito dall’ospedale che aveva avuto un ictus a dicembre»).*

L'imputata dunque ben conosceva lo stato di salute del F _____ e, soprattutto, ben era consapevole dell'esistenza della pregressa patologia (l'*ictus*) che finiva per giocare un ruolo rilevante nell'eziologia dell'evento: qualsiasi soggetto con conoscenze mediche davvero minimali sa che chi ne è stato affetto necessita di assumere farmaci anticoagulanti e che quindi è più facilmente soggetto ad emorragie e a sanguinamenti in generale – sicché, anche sotto questo profilo, può dirsi che ella fosse in possesso dei dati conoscitivi che rendevano probabile l'*exitus* che in effetti si verificava –.

In ragione di tutto quanto sopra osservato, può ritenersi che la morte del F _____ in conseguenza di una emorragia cerebrale – la quale costituiva concausa della sindrome da c.d. ARDS che conduceva all'evento finale – fosse concretamente prevedibile in concreto, in quella situazione. Questo perché un agente modello, al posto della Z _____ ed in possesso delle sue superiori conoscenze, ben si sarebbe rappresentato il rischio del verificarsi di un trauma per effetto della caduta ed il conseguente rischio di emorragia, anche di tipo cerebrale; per l'effetto, si sarebbe astenuto dall'agire spingendolo (posto che le regole cautelari possono sostanziarsi anche in divieti, ossia in obblighi di astensione sia da determinare modalità di una condotta, sia addirittura dal tenere proprio un certo tipo di comportamenti).



Rispetto a quanto osservato, non ha davvero alcuna rilevanza che fosse poi prevedibile anche la tipologia di trauma cranico (diretto o chiuso indiretto) che scatenava l'emorragia cerebrale, perché questa dipendeva dalla regione del corpo che impattava per prima a terra nel passaggio dalla posizione eretta. È infatti questa una circostanza *successiva*, che sfuggiva totalmente, prima ancora che alla volontà, ai poteri di controllo dell'agente; il quale dunque può e deve essere rimproverato solo rispetto a quanto concretamente prevedibile ed evitabile *al momento* della condotta, e che di tale condotta costituiva sviluppo causale.

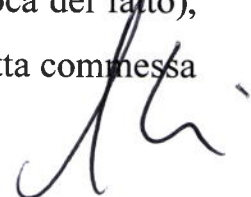
5. Il trattamento sanzionatorio.

Ritiene questa Corte di Assise che all'imputata non possa essere riconosciuta l'attenuante di cui all'art. 62 n. 2 c.p. (*"l'aver agito in stato d'ira, determinato da un fatto ingiusto altrui"*).

Si è già diffusamente motivato circa la completa inattendibilità della ricostruzione difensiva, secondo la quale il F. . . avrebbe insultato e minacciato l'imputata, sino ad arrivare a percuoterla (si rinvia sul punto a quanto osservato nel paragrafo 3.1.): non può dunque fondatamente ritenersi che vi sia stata provocazione da parte della vittima, la quale giustifichi, in concorso con gli altri requisiti previsti dalla norma, l'applicazione della diminuzione in parola.

Tuttavia, sebbene non vi sia prova di una condotta provocatoria, non può negarsi che l'intero fatto si sia svolto in un contesto di grandissima tensione, scaturita dal contenzioso civilistico da anni in corso (tant'è che l'imputata ha dichiarato, nel corso dell'esame, di avere deciso di occuparsi personalmente della collocazione dei paletti per evitare che lo facesse il marito, temendo che quest'ultimo potesse venire alle mani con il F. . .).

Va poi tenuto conto della peculiarità del contesto (i protagonisti della vicenda ben si conoscevano e si frequentavano, vivendo tutti nel medesimo, piccolo, centro), della personalità dell'imputata (una signora incensurata sessantunenne all'epoca del fatto), nonché, soprattutto, della innegabile e patente sproporzione fra la condotta commessa



e la gravità delle – drammatiche – conseguenze che ne sono derivate, certamente non solo non volute né effettivamente previste dalla Z , ma nemmeno lontanamente desiderate.

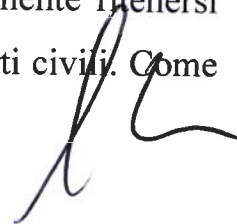
Tutte queste considerazioni giustificano, a parere di questa Corte, la concessione delle attenuanti generiche di cui all'art. 62 *bis* c.p.

Ciò posto, venendo al trattamento sanzionatorio ed in applicazione dei criteri di cui all'art. 133 c.p., pena base congrua si stima quella di dieci anni di reclusione (non ravvisandosi ragioni per discostarsi dal minimo edittale), ridotta, per la concessione delle attenuanti generiche (da riconoscersi nella massima ampiezza, in considerazione di tutto quanto sopra osservato) ad anni sei mesi otto di reclusione.

Alla pronuncia segue condanna alle pene accessorie di legge – ossia l'interdizione in perpetuo dai pubblici uffici, nonché l'interdizione legale durante l'esecuzione della pena – oltre che al pagamento delle spese processuali.

La Z deve inoltre essere condannata – oltre che a rifondere alle parti civili le spese di partecipazione al giudizio, liquidate come da dispositivo in conformità alla nota spese depositata – a risarcire alla moglie ed alle figlie del F il danno non patrimoniale patito in conseguenza del reato. Per effetto della condotta dell'imputata le tre infatti perdevano improvvisamente e tragicamente il compagno di una vita (la) ed il più stretto parente (le sorelle F). Risulta inoltre che i coniugi convivessero all'epoca del fatto e che vi fosse una strettissima comunanza di vita anche con le figlie (che abitavano a breve distanza dalla casa familiare).

Simile danno dovrà essere dimostrato, nel suo preciso ammontare, in sede civile; allo stato, in considerazione di quanto osservato e tenuto conto delle previsioni delle c.d. Tabelle Milanesi (le quali, per la stima del c.d. danno patrimoniale da perdita di un prossimo congiunto, contemplano una "forbice" che va da un minimo di 195.960 euro ad un massimo di 331.920 euro), questo pregiudizio può certamente ritenersi provato nei limiti di cinquantamila euro in favore di ciascuna delle parti civili. Come



richiesto nelle note conclusive di parte civile, la Z va dunque condannata al pagamento di una provvisionale di tale importo – immediatamente esecutiva come per legge – in favore di

Da ultimo, per le ragioni già illustrate (cfr. par. 3.1.), da cui emerge la radicale difformità rispetto al vero del contenuto delle dichiarazioni testimoniali rese da , va disposta ai sensi dell'art. 207 co. 2 c.p.p. la trasmissione di copia del verbale dell'udienza del 4 ottobre 2018 (nel corso della quale costoro erano escussi) al Pubblico Ministero, per le determinazioni di competenza in relazione al reato di falsa testimonianza.

P.Q.M.

Repubblica Italiana

In nome del Popolo Italiano

La Corte di Assise di Brescia

Sezione Seconda

Visti gli artt. 533 e 535 c.p.p.,

dichiara Z responsabile del reato a lei ascritto e, concesse le circostanze attenuanti generiche, la condanna alla pena di anni sei mesi otto di reclusione, nonché al pagamento delle spese processuali.

Visto l'art. 29 c.p.,

dichiara l'imputata interdetta in perpetuo dai pubblici uffici.

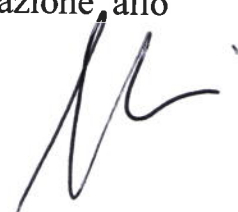
Visto l'art. 32 co. 3 c.p.,

dichiara la stessa in stato di interdizione legale durante l'esecuzione della pena.

Visti gli articoli 538, 539 e 541 c.p.p.

condanna Z a risarcire alle costituite parti civili

il danno subito in conseguenza del reato suddetto, da liquidarsi in sede civile, con concessione di una provvisionale pari ad euro 50.000 in favore di ciascuna delle predette parti civili, nonché a rifondere alla medesime le spese sostenute per la costituzione nel presente giudizio e la partecipazione allo



stesso, che si liquidano complessivamente in euro 6.000 oltre spese generali al 15%, I.V.A. e Cassa professionale.

Visto l'art. 207 co. 2 c.p.p.,

dispone trasmettersi copia del verbale dell'udienza del 4 ottobre 2018 al Pubblico Ministero in sede, nelle parti relative alle dichiarazioni testimoniali rese da

avvisandosi il reato di cui all'art. 372 c.p.

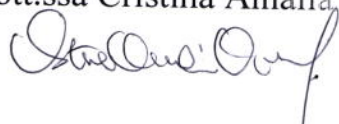
Visto l'articolo 544, comma 3, c.p.p.,

fissa in novanta giorni il termine per il deposito della motivazione.

Brescia, 13 maggio 2019

Il Presidente

Dott.ssa Cristina Amalia Ardenghi



Il Presidente di Sezione
Dott. Cristina Amalia Ardenghi

IL CANCELLIERE
(Serra Pasquale)

Depositato in Cancelleria
oggi 12-07-19

IL CANCELLIERE
(Serra Pasquale)

Il Giudice est.

Dott.ssa Angela Corvi

