

Criteria per valutare il nesso di causalità omissiva

Ai fini della sussistenza del nesso di causalità tra il comportamento omissivo del medico e l'evento lesivo è necessario accertare, oltre al nesso di condizionamento, il giudizio controfattuale, secondo cui ipotizzata l'azione del medico, l'evento lesivo non si sarebbe verificato al di là di ogni ragionevole dubbio. (si trattava di un detenuto ricoverato presso un ospedale e deceduto per omessa diagnosi da sindrome da inanizione, laddove è risultato improbabile che la cura avrebbe scongiurato il decesso al di là di ogni ragionevole dubbio poiché il momento in cui i medici avrebbero potuto fare la corretta diagnosi era troppo tardi per salvare la vita del paziente in considerazione delle condizioni di salute compromesse e dei dati relativi al peso corporeo di anni prima che i medici non conoscevano).

Corte assise appello Roma, 06/10/2016, (ud. 18/07/2016, dep.06/10/2016), n. 41 omissis

Fatto

Svolgimento del processo

1. La Corte di Cassazione, con sentenza in data 15.12.2015, annullava con rinvio la sentenza, emessa in data 31.10.2014, con la quale la I Corte di assise di appello di Roma, in riforma della sentenza in data 5.6.2013 della III Corte di assise di Roma, aveva assolto St. Co., Fl. Br., Lu. D. Ma. Pr., Si. D. Ca., dirigenti medici di secondo livello in servizio presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, e Al. Fi., dirigente medico di primo livello in servizio presso la predetta struttura, che avevano avuto in cura St. Cu., lì ricoverato dal 17.10.2009 al 22.10.2009, dal delitto di omicidio colposo in danno di quest'ultimo perché il fatto non sussiste.

In particolare, la III Corte di assise di Roma dichiarava i predetti medici responsabili del delitto sopraindicato, qualificando diversamente l'originaria imputazione di abbandono di persona incapace (capo E della rubrica) e condannava i dirigenti medici di secondo livello (Co., Br., D. Ma. Pr. e D. Ca.) alla pena di anni uno e mesi quattro di reclusione e il Fi. alla pena di anni due di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali e al risarcimento dei danni a favore delle parti civili costituite (prossimi congiunti di St. Cu., Comune di Roma e Cittadinanzattiva), riconoscendo a favore dei prossimi congiunti della vittima (Gi. Cu., padre della vittima, Ri. Ca., madre, e Il. Cu., sorella ed esercente la potestà genitoriale sui figli minori Gi. e Va. D. Pa.) una provvisoria immediatamente esecutiva per importi diversi.

Con la medesima sentenza, la Corte riconosceva la penale responsabilità della dott.ssa Ro. Ca. per il reato di falsità ideologica, con riferimento alla cartella clinica redatta all'ingresso di Cu. nel predetto nosocomio, condannandola alla pena di mesi otto di reclusione, assolveva, invece: la Co., la Br., il D. Ma. Pr., la D. Ca. e il Fi. dai reati omissione di atti di ufficio (capo F addebitato a Fi. e Co.), di falsità ideologica (capo G addebitato alla Br.), di favoreggiamento personale e di omissione di referto (capo H e I addebitato tra gli altri a Fi., D. Ca., Br., Co. e D. Ma. Pr.) perché il fatto non sussiste, gli agenti di polizia penitenziaria (Ni. Mi., Co. Sa. e An. Do.) dai reati di lesioni personali aggravate e di abuso di autorità, commessi in danno di St. Cu., (Capi A e B) per non avere commesso il fatto e con la stessa formula gli infermieri (Gi. Fl., El. Ma. e Do. Pe.) in servizio presso la citata struttura protetta nel periodo di degenza di Cu., dal reato di omicidio colposo sopra indicato (Capo E).

La I Corte di assise di appello, su ricorso degli imputati, del P.M., del P.G., proposto con riferimento a tutti gli imputati, e delle parti civili, contro l'assoluzione degli agenti di polizia penitenziaria, aveva, invece, assolto gli odierni imputati dal reato di omicidio colposo perché il fatto non sussiste e la Ca. da quello di falso perché il fatto non costituisce reato, così revocando le disposizioni civili, e aveva confermato per il resto le assoluzioni degli altri imputati.

La Corte di Cassazione, adita dal P.G. e dalle parti civili Gi. Cu., Ri. Ca. e Il. Cu., che, però, rinunciavano nel corso del giudizio di legittimità ai ricorsi presentati nei confronti degli agenti di polizia penitenziaria, annullava la sentenza della I Corte di assise di appello di Roma esclusivamente con riferimento alla responsabilità penale degli odierni imputati, ossia dei medici (Co., D. Ma. Pr., D. Ca., Br. e Fi.) che ebbero in cura St. Cu. presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, per il reato di omicidio colposo (capo E).

Instaurato il giudizio di rinvio dinanzi a questa Corte, all'udienza del 27.5.2016 il consigliere delegato faceva la relazione e veniva fissato il calendario delle udienze, nel corso delle quali le parti rassegnavano le proprie conclusioni.

Il P.G. e le parti civili Comune di Roma e Cittadinanza (Avv. Maggiore e Avv. Maccione) concludevano, all'udienza del 8.6.2016, chiedendo, rispettivamente, la condanna di Fi. alla pena di anni 4 di reclusione e degli altri imputati alla pena di anni 3 e mesi 6 di reclusione, e la conferma della sentenza di primo grado, con deposito di conclusioni scritte e nota spese.

La difesa di St. Co. concludeva all'udienza del 24.6.2016 (Avv. Guazzetti), in cui depositava memoria difensiva (con la quale ribadiva quanto già prospettato sia nei motivi di impugnazione che in sede di discussione circa errore in cui erano incorsi i periti nel calcolare il bilancio idrico di St. Cu., relativo ai giorni detricovero presso la struttura protetta dell'ospedale Sandro Pertini, e nel ritenere, conseguentemente, che si era verificata diuresi osmotica), chiedendo l'assoluzione dell'imputata per non avere commesso il fatto.

La difesa di Si. D. Ca. concludeva, all'udienza del 24.6.2016 (Avv. Giansante) e del 8.7.2016 (Avv. Iadecola) (nel corso di quest'ultima udienza l'imputata rilasciava spontanee dichiarazioni circa la rilevazione del polso e l'annotazione nella documentazione medica della pressione e venivano depositate, altresì, all'udienza del 18.7.2016 riflessioni scritte personali dell'imputata), chiedendo l'assoluzione dell'imputata perché il fatto non sussiste o perché non costituisce reato, in subordine, assoluzione per non avere commesso il fatto. Il difensore di Lu. D. Ma. Pr. (Avv. Morandi anche in sostituzione dell'Avv. Marini) concludeva, all'udienza del 6.7.2016, chiedendo l'assoluzione del suo assistito perché il fatto non sussiste.

Il difensore di Al. Fi. (Avv. Scalise) concludeva, all'udienza del 6.7.2016, chiedendo l'assoluzione del predetto per non avere commesso il fatto o perché il fatto non sussiste e depositava, in formato cartaceo, le diapositive utilizzate per la discussione. Il difensore di Fl. Br. (Avv. Russillo) concludeva, all'udienza dell'8.7.2016, chiedendo dichiararsi la nullità dell'accertamento autoptico e degli atti conseguenti, la violazione dell'art. 521 c.p.p. con riferimento all'irrituale derubricazione dell'originaria imputazione in omicidio colposo e l'assoluzione dell'imputata perché il fatto non sussiste, in subordine, per non avere commesso il fatto e depositava memoria difensiva, contenente le argomentazioni prospettate in sede di discussione.

All'udienza del 18.7.2016 le parti replicavano, insistendo nelle conclusioni già rassegnate.

2. Va, preliminarmente, osservato, che gli odierni imputati sono stati definitivamente assolti da tutti gli addebiti (capo F, G, H e 1) diversi dall'omicidio colposo in danno di St. Cu. (capo E), mentre gli agenti di polizia penitenziaria, la Ca. e gli infermieri sono stati definitivamente assolti da tutti reati di cui sono stati imputati nel presente processo, con la conseguenza che l'ipotesi accusatoria, avanzata originariamente dalla Pubblica Accusa, per cui i medici e gli infermieri della struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini avevano abbandonato St. Cu. e si erano adoperati, commettendo falsi documentali e omettendo atti del loro ufficio, per aiutare gli agenti di polizia penitenziaria, che avevano malmenato il predetto quando era custodito presso le celle del Tribunale penale di Roma, a eludere le investigazioni, non ha trovato conferma nell'ambito del processo. Così delimitato l'oggetto del presente giudizio di rinvio, va osservato che il primo giudice ha ricostruito (cfr. da pag. 1 a pag. 47 della sentenza) i fatti, che hanno portato all'arresto e, quindi, al ricovero di St. Cu. presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, nel seguente modo. St. Cu., alle ore 23.30 del 15.10.2009, era tratto in arresto riguardo a vicende attinenti alla detenzione di sostanza stupefacente ed era, quindi, condotto nelle camere di sicurezza della Stazione CC Tor Sapienza, per trascorrervi la notte in attesa di essere tradotto presso il Tribunale di

Roma per la celebrazione della convalida dell'arresto e del giudizio direttissimo.

Verso le ore 5.00 del 16.10.2009, il carabiniere in servizio di piantone presso la suddetta Stazione (cfr. testimonianza Gi. Co. udienza 28.4.2011 pag. 181 e ss trascrizioni) chiamava il 118, al fine di far visitare l'arrestato, che lamentava freddo e mal di testa e che aveva detto di soffrire di epilessia. Tuttavia, una volta giunta l'ambulanza, C. rifiutava di farsi visitare, nonostante i solleciti dell'infermiere in tale senso (cfr. testimonianza Fr. Po. udienza 16.5.2011 pag. 48 e ss trascrizioni); quest'ultimo riusciva esclusivamente a misurare alcuni parametri, vale a dire la pressione, la saturazione (scambio dell'ossigeno a livello polmonare) e la frequenza cardiaca, constatandone la regolarità.

L'indomani mattina l'arrestato era tradotto presso il Tribunale penale di Roma, dove era sistemato nelle celle del piano interrato, controllate dalla polizia penitenziaria, in attesa di essere chiamato dinanzi al giudice; al termine dell'udienza di convalida, nella quale il giudice disponeva nei suoi confronti la misura della custodia cautelare in carcere, prima di essere condotto presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, St. Cu. era visitato dal dott. Gi. Ba. Fe. (cfr. testimonianza resa all'udienza 22.6.2011 pag. 10 e ss trascrizioni), medico di primo soccorso dell'ambulatorio della Città Giudiziaria, che nel somministrargli il medicinale antiepilettico "RIVOTRIL", notava aree arrossate simmetriche alle palpebre inferiori e deambulazione difficoltosa.

Alle ore 15.45, arrivato a Regina Coeli, il Cu. era sottoposto alla visita di routine prevista prima dell'accesso in carcere da parte del dott. Ro. De. An. (cfr. testimonianza resa all'udienza del 16.9.2011 pag. 6 e ss trascrizioni), il quale riscontrava, oltre all'eccessiva magrezza, una viva dolorabilità e un forte rossore nel tratto lombosacrale e disponeva un controllo ambulatoriale esterno con urgenza, perché fossero eseguite radiografie al cranio e alla regione sacrale, nonché una visita neurologica.

Il Cu. era, quindi, condotto presso il pronto soccorso dell'Ospedale S. Giovanni Calabita Fatebenefratelli, dove il medico di guardia, Ce. Ca. (cfr. testimonianza udienza 4.7.2011 pag. 47 e ss) eseguiva una radiografia, che evidenziava la frattura della vertebra L3 e della prima vertebra coccigea (cfr. cartella di pronto soccorso del 16.10.09; in sede autoptica si costaterà, però, che la frattura riguardava, in realtà, la vertebra S4) e provvedeva a contattare sia l'ortopedico, che consigliava il ricovero del paziente per un controllo seriato dell'emocromo, sia il neurologo, che non riscontrava alcuna compromissione delle radici nervose collegate ai muscoli delle gambe, ma consigliava di eseguire, a scopo precauzionale, esami elettrofisiologici.

Cu., espresso il suo rifiuto di ricoverarsi, era ricondotto in carcere, nel quale faceva ritorno intorno alle ore 23.00 del 16.10.09 e dove trascorrevva la notte presso il Centro Clinico a causa della persistenza dei dolori alla schiena.

Il giorno successivo (17.10.2009), il dott. Gi. Pi., in servizio presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, chiamato dall'infermiera Gr. Ol. (cfr. testimonianza udienza 4.7.2011 pag. 101 e ss), poiché Cu. lamentava nausea e dolenzia diffusa e aveva brividi di freddo, ma non febbre, disponeva nuovamente il suo trasferimento al pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli.

Cl. Ba. (cfr. testimonianza udienza 16.9.2011 pag. 54 e ss trascrizioni), medico di guardia presso il predetto pronto soccorso, constatava la persistenza del dolore lombo-sacrale, una lieve diminuzione dell'emoglobina, un lieve aumento dell'azotemia e difficoltà nella minzione, che determinava l'applicazione di un catetere vescicale; acquisito il consenso di Cu. al ricovero e stante la mancanza di posti-letto disponibili presso la struttura sanitaria del Fatebenefratelli, il predetto medico provvedeva a inoltrare, come da prassi, richiesta a tutti gli ospedali di Roma: l'unico ospedale disponibile era la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, dove St. Cu. veniva trasferito.

A partire dal ricovero, avvenuto sabato 17.10.2009, alle ore 19.00, nei successivi giorni del 18,19, 20 e 21 ottobre, sino al decesso del paziente, constatato alle ore 6.00 del 22.10.2009, ma avvenuto, secondo i periti nominati dalla III Corte di assise di Roma, tra le ore 2.00 e le ore 4.00 del predetto giorno, si susseguivano nei rispettivi turni di assistenza gli odierni imputati vale a dire: i dirigenti medici di secondo livello Stefania Co., Fl. Br., Lu. D. Ma. Pr. e Si. D. Ca. e il dirigente medico di primo livello dott. Al. Fi..

Il primo giudice ricostruiva, quindi, (cfr. da pag. 47 a 71 della sentenza) giorno per giorno le attività terapeutiche e gli esami eseguiti nel periodo di degenza di St. Cu. presso la predetta struttura, dando atto sia delle risultanze della documentazione sanitaria, che delle prove dichiarative acquisite nel corso del dibattimento.

La Corte evidenziava, in proposito, che il paziente giungeva presso l'anzidetta struttura sanitaria con diagnosi, posta presso l'Ospedale Fatebenefratelli, di "frattura corpo vertebrale L3 sull'emisoma sin. e frattura della 1° vertebra coccigea" (cfr. cartella di pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli del 17.10.09) e che, in base all'anamnesi, eseguita al momento ingresso, era utilizzatore di cannabinoidi, di cocaina e di eroina, era affetto da epilessia dall'età di 18 anni e, a settembre del 2009, gli era stato diagnosticato, in base a quanto da lui riferito, il morbo celiaco.

Lo stesso giorno del ricovero (17.10.2009) venivano eseguiti due elettrocardiogrammi (da ora ECG), che erano di qualità scadente a causa del decubito prono del paziente, il quale, però, si rifiutava di eseguirne un altro, che veniva, pertanto, rinviato alla mattina successiva; erano, infine, eseguiti gli esami ematochimici (globuli rossi, ematocrito, piastrine e neutrofili).

La mattina di domenica 18.10.2009 il paziente non era sottoposto a ECG in quanto, come indicato nel diario infermieristico, era stato impossibile mobilizzarlo a causa delle fratture lombo-sacrali.

La dott.ssa Co., in servizio dalle ore 9 alle ore 21, annotava nel diario clinico che il paziente era molto polemico e scarsamente collaborativo, rifiutava di mettere l'elastometro (dispositivo per l'infusione continua dei farmaci per endovena) per l'assunzione dei farmaci antidolorifici (CONTRAMAL) e che bisognava ripetere nel pomeriggio l'emocromo.

L'imputata aggiungeva, esaminata nel corso del dibattimento (cfr. udienza 28.2.2012 pag. 147 e ss), che, verificato l'emocromo eseguito la sera precedente, non notava indici di preoccupazione, stante la stabilità dell'emoglobina; riferiva, altresì, che l'aveva colpita il fatto che "i glutei" di Cu. "erano poco rappresentati, cioè non aveva massa muscolare al livello del gluteo" e che aveva attribuito tale "atroficità" muscolare alla malattia celiaca.

L'infermiera Sp. dichiarava che Cu. la mattina del 18.10.2009 beveva un thè zuccherato e mangiava dei biscotti per celiaci, mentre a pranzo aveva mangiato poco, circostanza quest'ultima, della quale lei e l'infermiera Ma. avvisavano la dott.ssa Co..

Il paziente, inoltre, come indicato nel diario infermieristico, non consumava la cena.

La dott.ssa D. Ca., in servizio la notte del 18/19.10.2009, dichiarava spontaneamente nel corso del dibattimento (cfr. udienza del 7.3.2012 pag. 3 e ss trascrizioni) di avere ricevuto le consegne dalla collega Co., che sottolineava l'atteggiamento polemico e poco collaborativo del paziente, che l'emocromo, eseguito quel giorno, non evidenziava un calo di emoglobina e, che alle ore 23.00, quando l'infermiera L. Bi. le comunicava che il paziente voleva il farmaco antidolorifico, disponeva la somministrazione di un placebo, avendo constatato che ne aveva già assunto due fiale nel corso della giornata.

La dott.ssa Br., in servizio la mattina del 19.10.2009, annotava nel diario clinico di avere sollecitato la visita ortopedica e che il paziente non era accessibile al colloquio, rifiutando anche la visita medica.

La predetta confermava, nel corso del dibattimento (cfr. udienza del 28.2.2012), l'atteggiamento oppositivo di Cu. e la richiesta di consulenza ortopedica, avendo ritenuto prioritario accertare se la frattura vertebrale, diagnosticata presso l'Ospedale Fatebenefratelli, non avesse bisogno di stabilizzazione chirurgica, e dichiarava, inoltre, che aveva sentito il polso del paziente, constatandone la regolarità.

L'infermiera Bo., in servizio la mattina del 19.10.2009, dichiarava (cfr. udienza del 18.10.2011 pag. 103 e ss trascrizioni) che era stato presente alla visita da parte della dott.ssa Br., la quale assicurava il paziente sui cibi che poteva mangiare in quanto celiaco. L'infermiera Po., anch'essa presente quella mattina, evidenziava nel corso del dibattimento (cfr. udienza dell'8.11.2011 pag. 6 e ss trascrizioni), che Cu. aveva fatto colazione con un thè e fette biscottate per celiaci e che, quando la dott.ssa Br. si avvicinava al letto, e gli chiedeva di farle vedere gli occhi, aveva detto "no, non voglio essere disturbato ani lasci in pace, non voglio essere visto " e che gli aveva portato il pranzo

ma non aveva controllato se lo avesse consumato.

Nel pomeriggio del 19.10.2009, in cui era in servizio il dott. D. Ma. Pr., veniva eseguita la consulenza ortopedica, richiesta dalla dott.ssa Br., da cui emergeva che il paziente era "in scadute condizioni generali in rapporto all'età e che era in decubito prono coatta" e che si consigliava di eseguire una radiografia ed eventualmente un approfondimento con TC (metodica diagnostica per immagini).

Dalle dichiarazioni dell'infermiera Ca. (udienza 18.10.2011 pag. 167 e ss trascrizioni) e da quelle dell'imputato D. Ma. Pr. (cfr. udienza del 28.2.2012 pag. 100 e ss trascrizioni) emergeva che il paziente era poco collaborativo, e che, sebbene il medico avesse sollecitato il paziente a farsi applicare una pompa antalgica, quest'ultimo la rifiutava.

Il dott. D. Ma. Pr. dichiarava, altresì, di avere controllato gli esami di routine, che erano stati eseguiti al mattino, verificando che l'emoglobina era stabile, che la glicemia era molto bassa, ma che ciò era spiegabile con il fatto che la sera prima il paziente non aveva mangiato, e che l'aumento dell'azotemia, sebbene potesse significare un'insufficienza renale per ipercatabolismo, non era un dato preoccupante in quanto la creatinina era normale. Aveva, inoltre, valutato gli indici di malnutrizione, stante la magrezza del paziente, constatando, però, che i valori dei linfociti erano tranquillizzanti; riteneva, pertanto, che il paziente era costituzionalmente magro in quanto non aveva anemia, non aveva calo vistoso delle proteine e dell'albumina, non aveva segni, al livello cutaneo e alle mucose, di disidratazione. Il D. Ma. Pr. riferiva, infine, che la notte del 19/20.10.2009 non aveva avuto nessuna segnalazione dal personale infermieristico e che la mattina notava che la diuresi era in aumento rispetto al giorno precedente, segno che il paziente si stava idratando di più. La mattina del 20.10.2009, era in servizio la dott.ssa D. Ca., che chiedeva una consulenza oculistica, rifiutata dal paziente (diario medico), il quale declinava anche il vitto (diario infermieristico). L'imputata dichiarava che quando chiedeva a Cu. perché aveva rifiutato la visita oculistica, quest'ultimo le rispondeva che era stanco, che cercava di vistarlo ma lui non voleva, che lo sollecitava a fare l'ECG ma il paziente non le consentiva neanche di prendere il polso, che, in considerazione degli esami ematochimici, lo invitava a mangiare e a bere ma lui le rispondeva che aveva fatto colazione. Riferiva, infine, che, pur avendo considerato prioritario il problema ortopedico, rappresentava alla collega Br., del turno successivo, delle difficoltà di idratazione del paziente.

Dalla documentazione medica relativa al pomeriggio del 20.10.2009 emergeva che la Br., presa visione degli esami di laboratorio eseguiti il giorno precedente, constatato l'aumento dell'azotemia, dell'amilasi (enzima prodotto dal pancreas) e della lipasi (enzima che scinde i grassi presenti nel cibo), proponeva al paziente una terapia infusione con soluzione fisiologica, che veniva rifiutata; raccomandava, pertanto, a quest'ultimo l'idratazione orale, ma egli esprimeva disinteresse verbale per le proprie condizioni di salute (cfr. diario clinico).

La Br. dichiarava che, vedendo i suddetti valori alterati e temendo fosse insorta qualche problematica addominale, chiedeva al paziente se avesse mangiato e alla sua risposta affermativa, palpava l'addome, che era trattabile, dal che deduceva non vi fosse nulla di grave al livello addominale; rilevava, tuttavia, un quadro di disidratazione e spiegava al paziente, che rifiutava la flebo, che doveva idratarsi e che l'insufficienza renale poteva portarlo alla dialisi e lui le rispondeva "non ine ne frega un cazzo se crepo ". Alla domanda del P.M. perché non avesse scritto in cartella il rifiuto informato, l'imputata rispondeva che non era suo interesse quello di tutelarsi come si fa nella "medicina difensiva ", ma quello di fare capire al paziente i rischi cui andava incontro.

La notte del 20/21.10.2009 era in servizio il D. Ma. Pr. (non vi è alcuna annotazione nella cartella infermieristica e nel diario clinico), quest'ultimo dichiarava che la collega Br. gli aveva rappresentato che c'era bisogno di idratare il paziente, il quale aveva rifiutato la terapia endovenosa, e che aveva, conseguentemente, controllato che bevessero dinanzi a lui.

La mattina del 21.10.2009 il predetto sanitario controllava, come da lui dichiarato, i parametri presi dagli infermieri, si accertava della stabilità emodinamica e, valutato che la diuresi era in crescita rispetto ai giorni 18 e 19, concludeva che il paziente beveva. Il dott. D. Ma. Pr. aveva anche chiesto

una consulenza ortopedica per una rivalutazione post-radiografica.

La consulenza veniva espletata dopo che era subentrata, alle ore 9.00 del 21.10.2009, la dott.ssa D. Ca.. In essa si dava atto della necessità di riposo a letto con posizione indifferente, anche non in ricovero sanitario, e verticalizzazione con corsetto.

La D. Ca. annotava, inoltre, nel diario clinico, che Cu. continuava a rifiutare la terapia idratante e dichiarava, nel corso del dibattimento, che sollecitava, senza successo, il paziente a idratarsi con flebo, stante l'alterazione degli esami del sangue, in quanto in tale modo era possibile controllare quanti liquidi assumesse.

L'infermiere L. Bi. (udienza 10.10.2011 pag. 131 e ss trascrizioni) dichiarava che la mattina del 21.10.2009 Cu. gli riferiva che non voleva che gli portassero le bottigliette d'acqua aperte perché non si fidava e voleva che venissero aperte dinanzi a lui; il paziente aveva, infatti, sul tavolo 4/5 bottigliette mezze piene. Sicché prendeva una bottiglietta e la apriva dinanzi a Cu. che ne beveva gran parte.

La dott.ssa Co., in servizio il pomeriggio del 21.10.2009, vedendo che i valori dell'azotemia, del sodio e degli elettroliti si stavano muovendo in senso negativo, proponeva, nuovamente, al paziente l'idratazione endovenosa, che quest'ultimo rifiutava dicendo che voleva parlare con il suo avvocato e con l'assistente della comunità CEIS di Roma. Lo stesso rifiutava anche di alimentarsi (cfr, diario clinico).

L'imputata si recava, intorno alle ore 18.00, dal primario per riferire della situazione e si accordavano per scrivere una relazione clinica da inviare il giorno seguente al magistrato, assegnatario del processo per il quale Cu. era detenuto, detta relazione, tuttavia, non è mai stata spedita perché durante la notte tra 21.10.2009 e il 22.10.2009 quest'ultimo decedeva.

La Co., dopo essere stata dal dirigente di secondo livello dott. Fi., tornava dal paziente e riusciva a ottenere che si idratasse per via orale (cfr. diario clinico e infermieristico) e prescriveva di controllare la quantità di bicchieri di acqua che assumeva.

La Co. riferiva di avere sollecitato un agente di polizia penitenziaria, di cui, però, non ricordava il nome con riferimento alla richiesta del paziente di parlare con l'avvocato.

Il dott. Fi., infine, dichiarava (cfr. udienza del 28.2.2012 pag. 223 e ss trascrizioni) di avere appreso del ricovero del Cu. soltanto nel tardo pomeriggio del 21.10.2009, allorché la dott.ssa Co. gli aveva rappresentato le problematiche del caso. Quantunque le problematiche sanitarie non fossero, a suo dire, di sua competenza, esaminava l'esito degli esami del Cu. e li giudicava nella norma. La dott.ssa Co. gli riferiva delle difficoltà a interagire con il paziente perché tendeva a rifiutare prestazioni sanitarie e della difficoltà di approccio per permettere di farlo mangiare e bere in modo adeguato; sicché le proponeva di scrivere la lettera al magistrato affinché questi potesse attivare i contatti chiesti dal Cu., ossia con il suo avvocato e con gli operatori del CEIS.

Nel pomeriggio del 21.10.2009, il paziente parlava con la volontaria Ce. (cfr. udienza del 18.10.2011 pag. 187 e ss delle trascrizioni). Quest'ultima riferiva, nel corso del dibattimento, che Cu. le chiedeva di telefonare a suo cognato, con il quale aveva un buon rapporto, perché gli voleva parlare e voleva che lo andasse a trovare, e di aiutarlo per sistemare il suo "cagnolino". Dichiarava, inoltre, che Cu. le era sembrato lucido e che era rimasta sorpresa quando aveva appreso che era deceduto, affermando che per lei era stata "una morte improvvisa e inaspettata".

La notte tra il 21/ 22.10.2009 era in servizio la Br., che dichiarava, nel corso del dibattimento, di avere ricevuto le consegne dalla Co., che le riferiva che il paziente aveva rifiutato di sottoporsi a terapia infusione e a ecografia addominale in quanto voleva vedere il suo avvocato, che l'esito degli esami aveva continuato a dare valori alterati ma che non c'era, però, un cambiamento drammatico, che la diuresi era nella norma e la situazione era tranquillizzante anche perché avendo scritto al magistrato ed essendosi adoperati per i colloqui con il difensore la situazione si sarebbe sbloccata. La Br., non essendoci un allarme particolare ed essendo il paziente stabile, non lo aveva visitato.

L'infermiere Fl. dichiarava che la sera del 21.10.2009, verso mezzanotte, Cu. suonava il campanello e chiedeva della cioccolata. Tuttavia, non avendone la disponibilità, gli offriva la marmellata, il

succo di frutta e altre cibarie ma il paziente rifiutava.

Alle 6.00 del mattino del 22.10.2009, nel fare il giro per i prelievi e per svuotare la diuresi, si accorgeva che Cu. non respirava, faceva chiamare il medico di turno, ma constatavano che era deceduto.

Il primo giudice descriveva, quindi, gli esiti dell'indagine necroscopica eseguita il 23.10.2009 e degli accertamenti svolti, a seguito di esumazione del cadavere, (cfr. da pag. 71 a 77 della sentenza), in base ai quali Cu. presentava lesioni al capo (regione frontale sinistra e soffiusioni ecchimotiche a livello periorbitario bilateralmente, causate dall'infiltrazione emorragica frontale sinistra) e in zona lombo-sacrale (lesioni vertebrali in L3 e S4 di differente epoca di produzione: la lesione in L3 era stata causata da un evento risalente nel tempo, mentre quella vertebrale più bassa, che si trovava in corrispondenza dell'osso sacro (S4), era compatibile con un recente meccanismo di caduta sul podice). Veniva, altresì, rilevato che nella vescica di Cu. erano presenti 1400 cc di urina, nonostante fosse cateterizzato, che il cuore era lievemente aumentato di volume, con ipertrofia ventricolo sinistro e che era stato constatato edema polmonare. La Corte dava, quindi, atto delle diverse conclusioni cui erano pervenuti i consulenti delle parti, escussi nel corso del dibattimento, circa le cause della morte di St. Cu. (cfr. da pag. 77 a pag. 94 della sentenza), evidenziando quanto segue.

Secondo i consulenti del P.M. (prof. Di. Ma. Ta., che ha effettuato l'autopsia in data 23.10.09, al quale si sono aggiunti, in sede di esumazione del cadavere il prof. Pa. Ar., il prof. Oz. Ca. Pr., il prof. Lu. Ci. e Prof. Ug. D. To., quest'ultimo con riferimento all'accertamento tecnico relativo ai preparati istopatologici da prelievi autoptici della salma di St. Cu.) il decesso è riconducibile a insufficienza cardiocircolatoria acuta per bradicardia marcata.

Il paziente presentava, infatti, valori degli esami del sangue alterati (valore glicemico estremamente basso, alterazione degli elettroliti, ipertransaminasi, valori alti della bilirubina e azotemia alta). In tali condizioni, secondo i consulenti, era verosimile che in un soggetto cachettico, affetto da epilessia e tossicodipendenza, si instaurasse una forte turbativa della fisiologica funzione degli organi e apparati, in particolare di quello cardiaco, con conseguente insufficienza cardio circolatoria acuta e subentrante asistolia.

Gli esperti ritenevano che la condotta tenuta dai sanitari, che avevano avuto in cura Cu. presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, era connotata da negligenza, imperizia e imprudenza in quanto essi avevano omesso di effettuare, nonostante le due ECG eseguite il 17.10.09 (al momento del ricovero presso la struttura protetta, a distanza di pochi minuti l'una dall'altra) avessero evidenziato un'anomalia significativa nel ritmo cardiaco (valore della frequenza cardiaca 46) e nonostante si trattasse di un soggetto tossicodipendente in condizioni generali scadute (con alterazione funzionale epatica e pancreatica, e con esami ematochimici, che evidenziavano anemia ipocromica), l'ECG necessario per accertare le cause della bradicardia. Inoltre, i consulenti evidenziavano che nei giorni 18,19 e 20 non risultava rilevata la frequenza cardiaca tramite apprezzamento del polso, nonostante i valori, registrati con l'ECG del 17.10.2009 e con l'apprezzamento del polso il 21.10.09, fossero bassi ossia, rispettivamente, 46 e 36 BPM, peraltro quest'ultimo valore era contestato dalla difesa, che riteneva riferirsi alla temperatura corporea e che era stato erroneamente inserito nella documentazione medica della struttura protetta del Sandro Pertini nella riga relativa alla frequenza cardiaca.

Gli esperti evidenziavano, altresì, a carico degli imputati l'omesso controllo del corretto posizionamento o dell'eventuale occlusione del catetere, visto che in sede di autopsia veniva rilevata la presenza di globo vescicale (ossia di aumento di volume della vescica, contenente, nonostante il catetere, 1400 cc di urina); la mancata adozione di qualunque presidio terapeutico con riferimento al valore della glicemia riscontrato il 19.10.09, pari a 40 mg/dL, valore quest'ultimo estremamente basso e allarmante, soprattutto in un soggetto che presentava uno stato di dimagrimento cachettico; il mancato trasferimento del paziente in un reparto idoneo, nonostante il 21.10.09 la dott.ssa Co. e il dott. Fi. avessero redatto la relazione clinica da inviare il giorno successivo al magistrato, in cui era descritto un soggetto in condizioni generali molto scadute e per nulla collaborativo, che rifiutava

anche le cure non invasive.

In conclusione, secondo i consulenti del p.m. un iter diagnostico-terapeutico tempestivo e adeguato, nonché una puntuale e completa informazione del paziente, avrebbero potuto evitare, con elevatissima probabilità logica e credibilità razionale, il suo decesso.

I consulenti delle parti civili (prossimi congiunti di Cu. prof. An. Fi., prof. Cr. Po., prof. Gi. Lu. Ve., prof. Gi. Gu., e prof. Ga. Th., escusso, su istanza delle predette parti civili, all'udienza del 13.2.13) pervenivano a soluzioni difformi rispetto a quelle degli esperti nominati dal P.M.

Essi ritenevano che la morte del paziente fosse correlata all'evento traumatico, che gli aveva procurato le lesioni lombo-sacrali, diagnosticate presso l'Ospedale Fatebenefratelli ed evidenziate in sede di autopsia, e al progressivo scadimento delle condizioni generali, cui aveva contribuito il personale sanitario, che si era avvicinato ad assistere il paziente, con condotta caratterizzata da imperizia e da negligenza.

In particolare, secondo i consulenti delle parti civili, le lesioni lombo-sacrali avevano esercitato un significativo effetto sulla funzione nervosa vagale, ledendo, così, l'equilibrio del sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico), fondamentale per il ritmo cardiaco.

Quanto precede, era desunto dal riscontro autoptico del globo vescicale, indicativo di vescica neurologica, per cui il sistema sfinterale non era in grado di funzionare a causa della lesione nervosa. Secondo la letteratura scientifica gli eventi traumatici potevano determinare una disfunzione a livello della conduzione degli stimoli nervosi dalla vescica. Il consulente della parte civile CITTADINANZA ATTIVA (Dott. Lu. D'Al.) riteneva che la causa della morte di St. Cu. dovesse essere ricondotta alle gravi condizioni generali in cui egli si trovava; il grave dimagrimento, con documentata bradicardia, a cui si aggiungevano una notevole condizione di stress nonché importanti spine irritative di natura post traumatica vescicale e iatrogena (terapie con farmaci bradi cardizzanti), che interrompevano il già precario equilibrio biologico e producevano un evento cardiaco aritmico di natura vagale, che determinava la morte del paziente.

Di altro avviso erano i consulenti nominati dagli imputati (imputato D. Ma. Pr. prof. Re. Or. e prof. Pi. Al.; imputata Co., prof. Cl. Fe. e prof. Na. Ma. DI Lu.; imputato Fi. prof. Pi. Ri., prof. Fr. D'Am., prof. Da. Ma. e dott. Cl. Pu.; imputata Br. Prof. Cl. Bu.; imputata D. Ca. Prof. A. Ca.) che prospettavano, sebbene con vasta gamma di differenziazioni, che la causa del decesso del Cu. era da ricercare in una "morte cardiaca improvvisa" e asintomatica, in soggetto dipendente cronico da sostanze, tabagista e con molteplici pregressi traumatismi.

L'ipertrofia ventricolare sinistra, riscontrata in sede autoptica, era, infatti, riconducibile, secondo i consulenti, all'uso prolungato di cocaina e al fumo di sigaretta, oltre ovviamente a motivi genetici, nonché - sotto il profilo psicologico - allo stress emotivo prodotto dall'arresto e dalla detenzione. I predetti fattori di rischio erano, però, secondo gli esperti, solo potenzialmente presenti, poiché il paziente non era portatore di patologie cardiache clinicamente evidenti o di altre patologie di organo o di sistema. In assenza di sintomatologia di allarme l'evento era, dunque, imprevedibile.

L'elettrocardiogramma, eseguito al momento del ricovero, non mostrava, secondo i consulenti, alcun segno morfologico indicativo di danno d'organo e non si vedeva la ragione che avrebbe dovuto spingere i medici della struttura protetta a richiedere un ecocardiogramma.

Gli esperti deducevano, dunque, che i medici non avrebbero potuto prevedere la morte del Cu., non essendovi fattori di rischio clinicamente evidenziabili dagli esami.

Il dato autoptico e i numerosi e dettagliati esami istopatologici non avevano messo in evidenza alcuna patologia con caratteristiche evolutive fatali.

In conclusione, la gestione clinica del paziente presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini era priva di errori e di censure medico-legali rilevanti e tutte le fasi della vicenda erano state scrupolosamente annotate nella documentazione medica.

La III Corte di assise di Roma, stante il predetto variegato panorama di conclusioni circa le cause della morte di St. Cu., disponeva perizia (prof. Ma. Gr., prof. Ga. Ia., prof. Gi. Ma., prof. Lu. Ba. e prof.ssa Cr. Ca.; udienza 9.5.2012 incarico peritale, udienza de 112.12.2012, del 16 e del 30.1.2013 esame e controesame dei periti), condividendo la teoria degli esperti nominati (cfr. da pag. 96 a 119

della sentenza), per cui il paziente era deceduto per "sindrome da inanizione " o "lesività da fame e sete".

I periti sostenevano che, a prescindere dalla causa ultima del decesso - arresto del cuore per bradicardia, come sostenuto dai consulenti del p.m., difetto della funzionalità elettrica e nervosa, come sostenuto dai consulenti della parte civile --- la morte era stata determinata dalla mancanza di alimenti e liquidi, a causa di una continuata riduzione o somministrazione insufficiente degli stessi, che poteva avere interagito o con la predetta bradicardia o con la funzionalità celebrale ed elettrica. Secondo gli esperti, i sintomi clinici della sindrome, peraltro, non facilmente diagnosticabile, stante la rarità di tale tipo di patologia nel nostro secolo, erano rintracciabili: nell'estrema magrezza di St. Cu. e nell'eccessivo dimagrimento, che quest'ultimo aveva subito nell'arco di pochi giorni (cinque e mezzo), posto che il peso registrato al momento dell'autopsia (23.10.2009) era di 37/38 chili, mentre quello registrato il 16.10.2009, all'ingresso a Regina Coeli, era di 52 chili, sicché dalle ore 16.35 del 16.10.2009 alle ore 6.00 del 22.10.2009 il paziente aveva subito un calo ponderale di oltre 10 chili, considerato che al peso, registrato al momento dell'autopsia, dovevano essere aggiunti 2 chili di perdite di liquidi post mortem; nel valore glicemico (40 mg/dL) registrato il 19.10.2009, che era chiaro sintomo di digiuno protratto in malnutrizione importante; nel risultato dell'esame delle urine raccolte il 19.10.2009, che mostrava un progressivo esaurimento delle scorte corporee grasse (mancanza di chetoni), con il conseguente innescarsi del catabolismo proteico delle scorte proteiche indisponibili, che portava alla morte del paziente; nell'allarmante dato dell'azotemia, evidenziato nelle analisi del 19.10.2009, che indicava che l'organismo stava bruciando proteine; nella diuresi normale del paziente, nonostante lo stesso bevvesse in modo insufficiente, che dimostrava una diuresi osmotica.

Quanto precede dimostrava, secondo i periti, che il 19.10.2009 era in atto il catastrofico catabolismo proteico per cui l'organismo di St. Cu. per produrre l'energia per vivere, in assenza di massa grassa, intaccava la massa magra, ossia i muscoli. Il cuore, essendo un muscolo, perdeva massa, con conseguente diminuzione della gittata cardiaca.

La Corte, nel condividere le conclusioni cui erano pervenuti i periti, disattendeva le altre teorie sulle cause della morte di St. Cu..

In particolare, disattendeva quanto evidenziato dal Professor Th., dell'Università di Padova, Presidente della Società di patologia cardiovascolare americana ed europea, esaminato nel corso del dibattito, su richiesta delle parti civili, in quanto la sua interpretazione del quadro clinico non dava ragione del grave dimagrimento di St. Cu..

La Corte disattendeva, dunque, le risultanze delle consulenze degli imputati, evidenziando che era priva di fondamento la tesi secondo cui il paziente il 19.10.2009 era ancora in buone condizioni generali e non presentava patologie o alterazioni dei parametri vitali che ne facessero presagire l'imminente decesso, vista l'estrema magrezza del Cu., la mancanza di masse muscolari e i risultati degli accertamenti diagnostici, per cui il paziente era bradicardico, aveva anemia ipocromica, un valore di glicemia estremamente basso, iperosmolarità, iperazotemia, iperbilirubinemia e incremento degli enzimi pancreatici.

La Corte non riteneva fondato il ragionamento della difesa, volto a svalutare le risultanze della perizia, che si era basata nel determinare le cause della morte di Cu. anche sul suo dimagrimento subito da quest'ultimo, valutato, come si è detto, in 10 chili nel giro di circa cinque giorni e mezzo. Gli imputati avevano sostenuto -che il peso di 52 chili, attribuito a St. Cu. nella cartella clinica di Regina Coeli, era frutto di un errore, posto che era scientificamente e logicamente impossibile concepire un tale dimagrimento in così poco tempo; il peso effettivo di St. Cu. era, invece, al momento dell'ingresso, come risultava dalla testimonianza del suo allenatore, di 42 chili, con conseguente infondatezza delle conclusioni cui erano pervenuti i periti. Secondo il primo giudice, invece, il peso di St. Cu., ai momento del suo ingresso nel carcere, come risultava dalla testimonianza del cognato e dell'allenatore del Cu., era sotto i 50 chili ma non era, come sostenuto dagli imputati, di 42 chili.

Quanto alla condotta dei sanitari, la Corte riteneva che non fosse configurabile il delitto di cui

all'art. 591 c.p., contestato dal p.m., in quanto tutti i testimoni esaminati avevano negato che Cu., quantunque sofferente, fosse portatore di ridotta capacità psichica (il primo giudice richiamava, in proposito, il congruente e lucido contenuto della lettera da lui scritta il 20 e diretta al volontario della Comunità CEIS, e quanto da lui riferito alla volontaria Ci. alla quale forniva il numero del cognato, ricordandolo perfettamente a memoria), e rappresentava che le condotte omissive dei medici indicate nell'imputazione non erano dolose, ma colpose.

Il primo giudice riteneva, invece, che le condotte dei medici fossero state connotate da imperizia, imprudenza e negligenza con riferimento sia alla non corretta tenuta della documentazione medica, caratterizzata da confusioni, mancanze e contraddizioni, sia all'omissione di una corretta diagnosi, sia per avere trascurato di adottare i più elementari presidi terapeutici idonei a evitare il decesso, sia, infine, per avere sottovalutato il negativo evolversi delle condizioni del paziente che avrebbero richiesto il suo ricovero in un reparto di terapia intensiva, soprattutto il 19.10.2009, quando gli esami delle urine indicavano un processo avanzato di esaurimento delle scorte corporee grasse. Detto trasferimento e un trattamento adeguato avrebbe consentito, se effettuato il 19.10.2009 di salvare la vita del paziente; il 20.10.2009 ancora c'erano probabilità di sopravvivenza del paziente, mentre il 21/10/2009 le probabilità erano, invece, oramai, molto basse.

Quanto al fatto che Cu. era un paziente non collaborativo e di non facile gestione, che rifiutava le cure, tra le quali l'alimentazione per endovenosa, la Corte osservava che i medici non avevano fatto, come era loro dovere, adeguatamente fronte a tale situazione, tanto più che l'atteggiamento del paziente non era stato sempre di chiusura (aveva accettato gli accertamenti diagnostici, come le EGC, praticate al momento dell'ingresso nel reparto; le visite dell'ortopedico; le punture intramuscolo per la somministrazione dei farmaci antidolorifici; anche con riferimento all'idratazione rifiutava quella per endovenosa, ma assicurava che avrebbe bevuto). D'altra parte i rifiuti erano motivati dalla richiesta di vedere l'avvocato e nessun medico si era adoperato in tale senso presso le autorità della struttura penitenziaria.

Osservava, inoltre, la Corte che il consenso o il dissenso del paziente devono essere il frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente, sicché dinanzi a un rifiuto di cure i medici dovevano adeguatamente informare il Cu. della gravità della situazione, di cui non avevano, però, per imperizia essi stessi contezza.

La condotta della dott.ssa Co. e del dott. Fi., che scrivevano una lettera (mai recapitata per l'intervenuto decesso) al magistrato competente per informarlo del comportamento non collaborativo del predetto, confermava, secondo la Corte, l'assoluta incompetenza dei medici, considerato che un intervento del giudice sarebbe stato del tutto privo di utilità. La Corte escludeva la configurabilità nella fattispecie in esame della "colpa leve" di cui al decreto c.d. BALDUZZI (art. 3 DL 158/12 convertito L. 189/12, in base al quale il professionista, che inquadri correttamente il caso nelle sue linee guida e che non adegui dette linee guida in modo consona al caso concreto o non disattenda le istruzioni usuali per perseguire una strategia che limini rischi, non è censurabile in sede penale, se l'acritica valutazione dipende da colpa lieve) in quanto non erano state seguite linee guida.

La Corte riteneva, inoltre, che nel caso in esame non rilevasse il principio di affidamento (per cui ciascun sanitario può contare sul corretto svolgimento delle mansioni da parte degli altri medici che si alternano alla cura del paziente) in quanto tutti i sanitari imputati erano essi stessi in colpa.

La Corte precisava, con riferimento alla posizione di singoli medici (cfr. da pag. 124 a 148 della sentenza):

che la dott.ssa Si. D. Ca., che era di turno la notte tra il 18 e il 19.10.2009 e la mattina del 20.10.2009, si era limitata a registrare i rifiuti del paziente e che non era condivisibile la tesi difensiva della colpa lieve, per i motivi sopra indicati;

che la dott.ssa Fl. Br., che era di turno la mattina del 19.10.2009, il pomeriggio del 20.10.2009 e la notte tra il 21 e il 22.10.2009, non aveva fatto altro che registrare il dissenso di Cu. a farsi visitare e aveva raccomandato l'idratazione soltanto il giorno 20.10.2009, quando oramai la situazione era definitivamente compromessa;

che la dott.ssa St. Co., in servizio la mattina e il pomeriggio del 18.10.2009 e il pomeriggio del 21.10.2009, aveva redatto la lettera al giudice, sintomatica di incompetenza, in quanto, sebbene consapevole della criticità della situazione, anziché disporre il trasferimento del Cu. in un idoneo reparto, predisponendo l'indicata lettera del tutto inutile;

che il dott. Lu. D. Ma. Pr., in servizio il pomeriggio del 19.10.2009 fino alle ore 7.00 del 20.10.2009, nonostante avesse a disposizione le analisi dei prelievi fatti la mattina del 19.10.2009, da cui poteva desumere la grave sintomatologia di Cu., non ne aveva disposto il ricovero in una struttura adeguata;

che il dott. Al. Fi., dirigente di primo livello, svolgeva funzioni apicali all'interno della struttura protetta e, ciononostante, non aveva mai visitato il paziente in quanto fino al 21.10.2009 era impegnato presso il Polo Sanitario di Rebibbia, di cui era Responsabile Aziendale. La Corte rilevava, in proposito, che la L. 229/99, citata dalla difesa, pur avendo attenuato la gerarchia all'interno delle strutture sanitarie, riconoscendo a ciascun medico maggiore spazio di autonomia rispetto alla figura del "primario", non aveva, però, modificato la posizione del dirigente sanitario (ex primario), che rimaneva una posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti, alla quale non poteva sottrarsi adducendo, come aveva fatto l'imputato, che ai reparti erano assegnati altri medici e che il suo intervento era richiesto solo in casi di particolare difficoltà. Il dirigente medico di primo livello, ex primario, per la sua posizione apicale manteneva, invece, il potere di indirizzo, di programmazione e di vigilanza sui medici che lavorano nel reparto sicché se veniva meno all'esercizio/adempimento dei suddetti doveri doveva ritenersi responsabile della condotta colposa dei medici subordinati.

3. Avverso la sentenza della Corte di assise presentavano appello con riferimento agli odierni imputati e al reato di omicidio colposo (capo E), oggetto, come si è detto, del presente processo di rinvio, il Procuratore della Repubblica, il Procuratore Generale e gli imputati stessi. 3.1 Il Procuratore della Repubblica, per quanto qui interessa, chiedeva che, in riforma della sentenza impugnata, fosse affermata la penale responsabilità dei medici, che avevano avuto in cura St. Cu. presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, per l'originaria imputazione di abbandono di persona incapace, anziché di omicidio colposo.

Il Procuratore Generale faceva proprie le richieste del Procuratore della Repubblica, chiedendo, altresì, l'esclusione delle attenuanti generiche concesse dal primo giudice.

3.2 Gli imputati Fi., Co., Br., D. Ca. e D. Ma. Pr. impugnavano la sentenza, prospettando i seguenti motivi.

3.2.1 In rito gli appellanti lamentavano:

- la violazione del diritto di difesa (Br. e Fi.) in quanto gli imputati erano stati iscritti nel registro notizie di reato tardivamente, con la conseguenza che il P.M. aveva disposto gli accertamenti tecnici irripetibili senza provvedere a fare notificare gli avvisi ai sensi dell'art. 360 c.p.p.; chiedevano, pertanto, che fosse dichiarata la nullità degli esami autoptici (disposti il 22.10.2009 e il 2.11.2009) e, conseguentemente, della perizia disposta dalla Corte di assise, che si era basata sui dati, da essi ricavati, nonché della sentenza impugnata ai sensi dell'art. 604 c.p.p.; la difesa di Al. Fi. chiedeva, in particolare, l'annullamento dell'ordinanza del 29.11.11 della Corte di assise, con la quale era stata rigettata predetta eccezione;

- la violazione del diritto di difesa in relazione all'avvenuta riqualificazione del reato di abbandono di persona incapace in omicidio colposo, perché, a seguito dell'estensione del contraddittorio a quest'ultima imputazione (ordinanza in data 30.1.2013, con la quale la Corte di assise rilevava come i fatti oggetto del processo potessero essere valutati alla luce della diversa qualificazione colposa degli stessi, anziché come fattispecie dolosa di cui all'originaria imputazione), era stato impedito all'imputato Fi., con ordinanza del 21.3.2013, con la quale la Corte, disattendendo le richieste difensive di cui alla lista testi depositata il 13.2.2013, ammetteva esclusivamente l'esame di un consulente per parte, di provare che, nello stesso periodo in cui Cu. era ricoverato, egli era stato impegnato nell'attività di contrasto e prevenzione dell'influenza A, realizzata dal direttore della Casa Circondariale di Rebibbia in collaborazione con la struttura sanitaria del Polo di Rebibbia, di cui il

Fi. era dirigente; anche la difesa di D. Ma. Pr. lamentava la violazione del diritto di difesa perché, con ordinanza in data 21.3.2013, la Corte di assise non aveva consentito all'imputato di nominare più di un consulente tecnico, dopo la riqualificazione dei fatti;

- la nullità della sentenza per violazione del principio di correlazione tra accusa e sentenza (difesa D. Ma. Pr. e Co.) a causa dell'avvenuta riqualificazione da parte del giudice di primo grado del delitto di abbandono di persona incapace in quello di omicidio colposo, posto che si era passati da una fattispecie dolosa a una colposa, da una responsabilità concorsuale a una individuale, da un reato di pericolo a un reato di evento, dalla morte quale circostanza aggravante a elemento costitutivo del reato ossia evento, con la conseguenza che la mancata percezione della situazione di pericolo, in cui versava il paziente, da parte dell'imputato rispetto all'originaria imputazione avrebbe comportato l'assoluzione, trattandosi di delitto doloso, mentre nel reato colposo era elemento costitutivo della fattispecie; il rimprovero formulato dalla Corte di primo grado ai medici consisteva nella condotta omissiva di non avere controllato che il paziente bevesse e mangiasse, condotta non contenuta nell'imputazione, sicché ex art. 521 c.p.p. gli atti dovevano essere rimessi al p.m. per diversità dei fatti;

- la violazione dei principi del giusto processo (D. Ma. Pr.), in quanto la nuova formulazione del reato, essendo stata effettuata dal giudice e non dal P.M., come prescritto dagli artt. 516 e 519 c.p.p., eludeva i principi della terzietà e imparzialità del giudice (art. 111 Cost.) ed era in contrasto con gli artt. 3-24 Cost. in ragione dell'irrazionale discriminazione per cui solo nel caso di iniziativa del P.M. sarebbero garantiti i diritti delle parti, trovando applicazione le norme del codice di rito. Chiedeva, pertanto l'annullamento della sentenza ai sensi dell'art. 522 c.p.p. oppure che fosse sollevata questione di legittimità costituzionale;

2.2.2 Nel merito le difese prospettavano:

che (difese di tutti gli imputati) la sentenza di primo grado aveva acriticamente accolto la tesi sostenuta dai periti nominati dalla Corte, per cui la causa della morte di St. Cu. era dipesa da "sindrome da inanizione ", senza indicare i motivi per i quali erano state disattese le diverse prospettazioni di altrettanto validi professionisti, nominati dalle parti.

La Corte, secondo le difese, non aveva dimostrato, oltre ogni ragionevole dubbio, perché la ricostruzione adottata dai periti fosse l'unica in grado di spiegare, a differenza delle possibili ricostruzioni alternative fornite dagli imputati, tutti i dati di fatto emersi nel dibattimento. Il primo giudice aveva, infatti, secondo gli appellanti, escluso l'ipotesi alternativa della "morte improvvisa ", sostenuta dai consulenti nominati dalle difese, esclusivamente argomentando che St. Cu. presentava un quadro clinico allarmante, senza tenere conto che la letteratura medico-legale non escludeva la probabilità della morte improvvisa anche in relazione a pazienti non sani e portatori di patologie, nel caso in cui l'exitus, come nella fattispecie in esame, fosse, comunque, inatteso e imprevisto. Infine, l'attendibilità della tesi scientifica prospettata dai periti doveva essere valutata dal primo giudice, in base agli insegnamenti della Corte di Cassazione, esaminando gli studi che la sorreggevano, l'ampiezza, la rigurosità, l'oggettività delle ricerche, il grado di consenso, che l'elaborazione teorica raccoglieva nella comunità scientifica, valutazione che la Corte di assise non aveva eseguito;

che il metodo seguito degli esperti nominati dalla Corte non era condivisibile sia in quanto la causa della morte non era stata individuata all'esito di un iter valutativo conclusivo di un'indagine analitica sugli elementi di prova generica acquisiti, ma era stata determinata, in via preventiva e immediata, sulla base del fattore, constatato sulla base dei rilievi fotografici della salma di St. Cu., dell'estrema magrezza di quest'ultimo, cercando, solo successivamente, i riscontri scientifici alla stessa; sia perché, come ammesso dagli stessi periti, il giudizio sull'individuazione delle cause della morte era fondato esclusivamente sull'esperienza diretta di uno degli esperti (Prof IAPICHINO) edera "approssimativo".

Osservava, in proposito, la difesa di D. Ca., che la scienza privata del perito non poteva trovare cittadinanza nel processo penale, che bandisce l'allegazione di soluzioni soggettive che siano frutto di una non verificabile conoscenza personale;

-che le conclusioni, cui erano pervenuti i periti, erano basate, secondo la difesa, su dati di fatto errati, come quello del peso (pari a 52 chili) di St. Cu. al momento dell'ingresso a Regina Coeli (16.10.2009), dato quest'ultimo, che aveva indotto il primo giudice a ritenere che la tesi dei periti fosse l'unica in grado di spiegare l'impressionante dimagrimento del paziente (di 10 chili circa).

L'inesattezza di tale dato, risultante dalla documentazione medica del predetto carcere, era desumibile sia dal fatto che era impossibile che una persona perdesse in meno di cinque giorni più di 10 chili, tanto più che gli infermieri avevano dichiarato che il paziente talvolta aveva mangiato e bevuto, sia perché esso era smentito dalle testimonianze, rese nel corso del dibattimento, dai prossimi congiunti e dall'allenatore di Cu. circa il suo peso abituale e circa la sua alimentazione;

-che non era scientificamente dimostrata, secondo la difesa della Co., la presenza di diuresi osmotica, ritenuta dai periti riscontro alla tesi che la causa della morte fosse la "sindrome da inanizione". Gli esperti nominati dalla Corte avevano sostenuto che la perdita di peso subita dal paziente di circa 10 chili era correlata alla perdita, tra il 16.10.2009 e il 22.10.2009, di 10 litri di liquidi (così conteggiata: perdite di liquidi pari a 8 litri di urina, come constatato dallo vuotamento del catetere, cui si aggiungevano 5 litri di perdite per perspiratio - perdita di piccole quote d'acqua dalla pelle, dalle mucose e dalle vie respiratorie-; entrate di liquidi pari di 3 litri per apporto idrico endogeno, oltre a una quota di apporto esogeno non definibile).

Detto conteggio, secondo la difesa, era macroscopicamente errato e approssimativo, posto che gli stessi periti, non conoscendo il dato di perdita di liquidi relativo alla defecazione e quello di entrata di liquidi per bocca, avevano attribuito a tali uscite ed entrate di liquidi un valore pari a zero, mentre dalle testimonianze degli infermieri era emerso che Cu., nel periodo di degenza, aveva bevuto. In sostanza, secondo la difesa, il collegio peritale per spiegare una diuresi sostanzialmente nella nonna del paziente, pur in assenza di asserita assunzione di liquidi, aveva avuto bisogno di ricorrere alla tesi della diuresi osmotica, che era, perlomeno, scientificamente azzardata se non improbabile. I consulenti della difesa avevano, infatti, rilevato che l'ipotesi di una diuresi osmotica legata a un eccesso di urea non poteva essere confermata - in medicina fondata sull'evidenza - in assenza del dosaggio di urea e del sodio nelle urine, dosaggio quest'ultimo indispensabile ai fini della diagnosi di questa forma estremamente rara di diuresi osmotica;

-che non era stato provato il fatto, affermato dai periti, per cui Cu. fosse in sindrome da inanizione già nelle 3-4 settimane precedenti l'arresto.

Gli esperti avevano, secondo la difesa, formulato tale ipotesi per rendere compatibile il fatto che la sindrome da inanizione sopravveniva, di solito, dopo circa 4 settimane, in caso di semi digiuno, e in 3 settimane, in caso di digiuno completo, con le emergenze del caso concreto; sicché al fine di supportare la tesi della morte per mancanza di cibo e acqua, Cu. doveva trovarsi in tale stato almeno dalla metà del mese di settembre 2009.

Il dato obiettivo da cui i periti avevano tratto tale conclusione consisteva nel peso del paziente di 60 chili, registrato presso una struttura ASL il 2.8.2007, che indicava il forte dimagrimento subito tra tale data e il periodo di detenzione.

Tuttavia tale dato, secondo la difesa, era smentito dalle dichiarazioni di Ilaria Cu., che aveva riferito che il fratello pesava, di norma, pressappoco come lei, vale a dire 49 chili, circostanza quest'ultima che doveva fare dubitare del fatto che nel 2007 St. Cu. pesasse oltre dieci chili di più del suo peso abituale;

-che non vi erano, secondo la difesa della D. Ca. e di Fi., riscontri all'ipotesi di morte da inanizione, posto che in sede autoptica non era stata riscontrata alcuna riduzione degli organi; anzi il cuore, il fegato e le mucose dello stomaco erano aumentati di volume e di spessore, mentre i reni, la milza e i polmoni erano nella norma.

Inoltre, durante la degenza, non erano stati riscontrati i sintomi della predetta sindrome ovvero alito fetido, nausea, conati di vomito, deliri e allucinazioni, che precedono la morte da inanizione;

-che i dati riscontrati a seguito delle analisi del sangue e delle urine effettuate il 19.10.2009, sulla base dei quali i periti avevano ritenuto che in tale data era in atto il "catastrofico catabolismo proteico delle scorte proteiche assolutamente indispensabili" alla sopravvivenza, potevano essere

letti, secondo la difesa di D. Ma. Pr., che era in servizio quando pervenivano dette analisi, in modo alternativo rispetto alla diagnosi di "sindrome da inanizione".

L'ipoglicemia asintomatica (40 mg/dl), riscontrata a seguito delle predette analisi, era, secondo la difesa del D. Ma. Pr., da attribuirsi alla mancata alimentazione della sera precedente il prelievo finalizzato alle analisi e non a un protratto digiuno.

Inoltre, il pomeriggio del 19.10.2009, quando il paziente veniva visitato dall'imputato D. Ma. Pr., non aveva, a differenza di quanto sostenuto dai periti, né anemia carenziale (posto che il valore dell'emoglobina era di 11,1 g/dl, e, quindi, nella norma, seppur ai limiti bassi e posto che non era stato fatto il dosaggio della vitamina B12 e dell'acido folico, sicché la loro carenza era, dunque, era un'illusione dei periti), né un'anemia macrocitica (caratterizzata da emoglobina bassa e aumento di volume dei globuli rossi), posto che questi ultimi, come l'emoglobina, erano anch'essi nella norma. Quanto al deficit di potassio, di magnesio e di fosforo, desumibile, secondo i periti, dalla analisi del 19.10.2009, esso non aveva riscontro con la realtà, posto che il valore del potassio era di 4,4 (a fronte di valori di riferimento tra 3, 6 e 5), mentre il magnesio e fosforo non erano stati oggetto di analisi.

L'assenza di chetoni nelle urine, evidenziata dagli esperti nominati dalla Corte quale dimostrazione di "catastrofico catabolismo proteico" instauratosi il 19.10.2009, costituiva, in realtà, un dato contraddittorio rispetto alla tesi sostenuta dai periti del digiuno prolungato, posto che quest'ultimo avrebbe dovuto provocare, invece, la presenza di chetoni;

-che non era corretto il rimprovero fatto ai medici di avere omesso il ricovero del paziente in un reparto di terapia intensiva, in quanto non esisteva alcuna compromissione del sistema nervoso centrale, dell'apparato respiratorio e di quello cardiocircolatorio, unici indici quest'ultimi che avrebbero giustificato un tale ricovero;

-che il metodo di indagine sulla causa della morte, secondo i difensori di Co. e Br., era carente in quanto al termine dell'esame autoptico, non emergendo evidenze macroscopiche che giustificassero da sole il decesso del paziente ed essendovi, dunque, difficoltà a stabilire il meccanismo che era stato alla base dell'arresto della funzione cardiaca, era stato erroneamente omesso l'invio del cuore a un centro specializzato per la ricerca delle cause dell'insufficienza miocardica.

I prelievi dei campioni di miocardio erano stati, secondo la difesa, esigui e la loro conservazione non era stata corretta; queste ultime circostanze avevano irrimediabilmente compromesso l'indagine tecnica.

Se, infatti, l'esame del cuore fosse stato condotto con gli accorgimenti, che il caso richiedeva, si sarebbe potuti pervenire alla reale causa dell'insufficienza cardiaca acuta.

La ricostruzione dei consulenti del p.m., che avevano imputato la causa di quest'ultima alla bradicardia, era basata su un macroscopico errore nella lettura della cartella clinica, lì dove si riferiva il dato di "36.5" registrato nella diaria clinica in data 21.10.2009 alla frequenza cardiaca, mentre quest'ultimo atteneva, stante la presenza del decimale, alla temperatura corporea; -che la motivazione della sentenza era carente sul punto della specificazione della condotta che ciascun medico avrebbe dovuto tenere e sul giudizio controfattuale.

Anche a volere ammettere che i sanitari avessero omesso, come sostenuto dai periti, di richiedere la consulenza di un nutrizionista e di disporre il trasferimento del paziente in un reparto di terapia intensiva, non erano stati indicati, secondo la difesa di Co., i risultati cui la condotta omessa, se posta in essere, avrebbe condotto e, in particolare, quale garanzia vi fosse che Cu. si sarebbe attenuto alle indicazioni alle relative prescrizioni, che avrebbe accettato il trasferimento in un reparto di terapia intensiva e quali sarebbero state le cure prestate in tale reparto e con quale esito. Inoltre, la difesa della D. Ca. evidenziava che il giudizio controfattuale, espresso dai periti, per cui nel pomeriggio del 19.10.2009, dopo avere conosciuto gli esiti degli esami effettuati al mattino, un trattamento immediato "avrebbe probabilmente ancora consentito di recuperare il paziente", era di mera probabilità e definito dagli stessi periti "approssimativo ... in assenza di precisi riferimenti bibliografici ... tratto dall'esperienza clinica personale di tino di noi (IAPICHINO) "

Non era stato dimostrato dal primo giudice, secondo la difesa di D. Ca., che la vita di Cu. si sarebbe

salvata, se quest'ultimo fosse stato correttamente informato sulla gravità delle sue condizioni di salute; vi era la prova, invece, desumibile dalle dichiarazioni degli infermieri, che il paziente era stato reso edotto dei rischi che correva per il suo modo irregolare di alimentarsi e di bere e della necessità di ricorrere all'idratazione endovenosa;

-che, sotto il profilo della responsabilità, era mancata, secondo la difesa di Co., la contestazione della cooperazione colposa e che non si era distinto tra le condotte tenute da ciascun medico, in relazione a ciascun turno svolto e alla data indicata dai periti oltre la..quale nessun intervento avrebbe potuto salvare la vita del paziente.

Le difese della Co. e della D. Ca. osservavano che la colpa per imperizia va valutata con prudenza quando il compito del sanitario è, come nel caso in esame, di grande difficoltà. E, infatti, la diagnosi della sindrome da inanizione non rientrava tra le comuni abilità scientifiche del medico in quanto si verificava raramente, essa non era citata dalla moderna bibliografia, nessuno dei medici, entrati in contatto con Cu. prima del ricovero al Pertini, l'aveva diagnosticata e nessuno degli esperti, ad eccezione del prof. Ia., era stato in grado di riconoscerla; non si poteva quindi pretendere che la riconoscessero i medici del Pertini, atteso che non era dimostrato che avessero una competenza superiore rispetto a quella degli altri colleghi, per il solo fatto di operare in una struttura protetta e nemmeno era dimostrato che essi avessero maturato specifiche competenze in pazienti in "sciopero della fame" prolungato al punto da sviluppare una tale sindrome.

La difesa di Co., con motivi aggiunti, rilevava che l'intervallo temporale tra i due turni svolti dall'imputata (18.10.2009 turno mattina e pomeriggio e 21.10.2009 pomeriggio) le aveva impedito di accorgersi, avendo espletato il turno del 18.10.2009, che dal 19.10.2009 le condizioni di salute del paziente erano peggiorate e di potere salvare la vita di Cu. il 21.10.2009, quando nel pomeriggio lo rivedeva, in quanto loro non erano più recuperabili;

-che, secondo la difesa di Fi., non si era tenuto conto degli impedimenti oggettivi dell'imputato, che ricopriva, all'epoca dei fatti, oltre al ruolo di direttore della struttura protetta quello di coordinatore dell'attività sanitaria di tutto il polo di Rebibbia, con numerosissimi e gravosi compiti.

Osservava, inoltre, che il primo giudice non aveva considerato: che l'organizzazione della gestione quotidiana del reparto di medicina protetta era affidata a sei medici specialisti dirigenti di secondo livello, a un coordinatore infermieristico, a sedici infermieri professionali e a cinque ausiliari, e che, a seguito della modifica del profilo professionale del direttore di struttura (ex primario), quest'ultimo aveva assunto una fisionomia aziendalistica in vista di un risultato in termini di efficacia, con conseguente esclusione di responsabilità per i pazienti ricoverati, responsabilità che ricadeva, dunque, solo sui medici del reparto investiti di poteri decisori.

Sosteneva, inoltre, che Cu., come risultava dalle deposizioni dei testimoni (Bo., Ma., Ca., Fl., Ma.), era stato correttamente informato delle sue condizioni di salute e che si era registrato un crescendo di preoccupazione nei medici culminato nella sottoscrizione del rifiuto di cure da parte del paziente e nella decisione di redigere la lettera indirizzata al magistrato.

Conclusivamente: la difesa di Co. chiedeva la rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale sulla diuresi osmotica da urea, la declaratoria di nullità della sentenza, ai sensi dell'art. 522 c.p.p., l'assoluzione dell'imputata e, in subordine, la riduzione della pena.

La difesa di D. Ca. chiedeva l'assoluzione dell'imputata e, in subordine, la riduzione della pena inflitta per la lieve entità della colpa a lei ascrivibile.

La difesa di Fi. chiedeva che fosse dichiarata la nullità dell'accertamento tecnico irripetibile e la successiva inutilizzabilità della perizia; la nullità della sentenza per violazione del diritto di difesa o, in alternativa, l'ammissione dei testimoni e dei consulenti di cui alla lista depositata il 13.1.2013, ai sensi dell'art. 630 c.p.p.; l'assoluzione dell'imputato quanto meno ai sensi dell'art. 530 cpv c.p.p. e la riduzione della pena nei minimi di legge.

La difesa di D. Ma. Pr. chiedeva, in rito, di dichiararsi la nullità della sentenza ai sensi dell'art. 522 c.p.p., con conseguente trasmissione degli atti al p.m., per violazione dell'art. 178 lett. b) e c) e 111 Cost., per difetto di contestazione del fatto diverso da parte del P.M. e violazione delle norme sul giusto processo, con conseguente trasmissione degli atti al giudice di primo grado; di sollevare, in

subordine, la questione di legittimità costituzionale sopra indicata; nel merito, di assolvere l'imputato dal fatto sub E) come qualificato in sentenza perché il fatto non sussiste ovvero perché non costituisce reato, ovvero perché non è previsto dalla legge come reato; in subordine, di ridurre la pena ed eliminare dal capo civile della sentenza la condanna generica a il risarcimento dei danni a favore delle parti civili Roma-Capitale e Cittadinanza Attiva.

La difesa di Br. chiedeva, in rito, la declaratoria di nullità degli accertamenti tecnici irripetibili e della nullità derivata della perizia, con tutte le conseguenze di legge, ivi compresa la nullità della sentenza; in subordine di disporre rinnovazione della perizia medico-legale ex art. 603, comma 1, c.p.p.; nel merito l'assoluzione dell'imputato dal reato di cui all'art. 589 c.p. perché il fatto non sussiste o, in subordine, ai sensi dell'art. 530, comma 2, c.p.p.; in estremo subordine di ridurre la pena, con concessione dei benefici di legge.

4. La Corte di assise di appello, come si è detto, in riforma della sentenza di primo grado, assolveva gli odierni imputati dal reato loro ascritto, per mancanza di certezze in ordine alla causa della morte di St. Cu. e, quindi, in ordine alla sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva dei medici e la morte del paziente; nessuna delle quattro ipotesi, avanzate dai periti e dai consulenti, tutti esperti di indubbia professionalità, poteva, secondo il giudice di appello, spiegare esaurientemente il decesso del Cu..

L'individuazione della causa della morte, da parte dei consulenti del p.m., nella bradicardia prestava, secondo la Corte, il fianco alla constatazione che il ritmo atriale basso, come riconosciuto dagli stessi periti, non indicava una compromissione dell'attività elettrica del cuore; l'ipotesi formulata dai consulenti delle parti civili, prossimi congiunti di Cu., non era condivisibile, secondo la Corte, perché l'incidenza del riflesso vagale (vuoi causato dal dolore per la frattura o dal dolore dovuto alla distensione della vescica piena) sul battito cardiaco avrebbe condotto alla morte in un tempo assai limitato. Sicché se il riflesso vagale veniva collegato alle lesioni subite da Cu. il 16.10.2009, il decesso avrebbe dovuto verificarsi prima del 22.10.2009; se, invece, veniva collegato al dolore per la dilatazione della vescica, la morte avrebbe dovuto manifestarsi successivamente al 22.10.2009, visto che la vescica era stata svuotata 24 ore prima della morte e che in 24 ore nessun dolore poteva avere raggiunto un'intensità tale da stimolare il riflesso vagale. L'ipotesi di morte improvvisa, formulata dai consulenti degli imputati, suscitava seri dubbi poiché le plurime patologie, da cui Cu. era affetto, lo rendevano soggetto a rischio. La tesi della morte per "sindrome da inanizione", formulata dai periti e condivisa dal giudice di primo grado, si basava, secondo la Corte, sull'erronea rilevazione del peso, effettuata all'ingresso di Cu. nel carcere di Regina Coeli, che avrebbe irrealisticamente portato il paziente a perdere 12 kg in soli cinque giorni. Tale tesi non collimava nemmeno con le risultanze autoptiche, dal momento che gli organi del Cu. non presentavano le caratteristiche tipiche (dimensione e colorazione) dei deceduti per privazione di cibo e liquidi.

La tempistica della sindrome da inanizione, calcolata dai periti, trovava riscontro solo sulla base dell'esperienza di uno dei periti e mancava di riferimenti bibliografici. Sotto il profilo del nesso causale, non era stato dimostrato perché una maggiore informazione del paziente sui rischi che correva con un'alimentazione e idratazione disordinata e un suo trasporto in un reparto di terapia intensiva, ne avrebbero salvato la vita.

Secondo la Corte di assise di appello una corretta informazione di Cu. non avrebbe sortito alcun effetto. Il fatto che il paziente avesse accettato le cure per il politraumatismo lombo sacrale, non aveva, a differenza di quanto sostenuto dal giudice di primo grado, alcun significato, poiché quest'ultimo accettava la somministrazione degli antidolorifici perché non poteva negare l'evidenza del dolore alla schiena, che aveva determinato il suo ricovero.

Se i medici avessero parlato con i genitori del Cu. (i sanitari non sapevano che essi si erano recati più volte presso la struttura senza riuscire a vedere il figlio e a parlare con lui) avrebbero ricevuto esclusivamente notizie tranquillizzanti sulla magrezza fisiologica del paziente.

Nel corso del dibattimento era, infatti, emerso che egli prestava attenzione alla propria alimentazione per mantenere il proprio peso al di sotto di 44 chili, limite previsto per la categoria di

pugilato dei pesi mosca, e che era sempre stato di costituzione esile e la sua magrezza era fisiologica e non patologica.

Non esisteva prova, poi, che nel periodo compreso tra il 17.10.2009, giorno del ricovero, e il 19.10.2009, giorno in cui la malattia era diventata palese a causa degli esami del sangue e delle urine, se il paziente fosse stato alimentato e idratato si sarebbe salvato. Né vi era prova che un esperto nutrizionista o il ricovero in terapia intensiva avrebbero salvato la vita del paziente.

I periti si erano, infatti, espressi in termini probabilistici, e non di elevato grado di credibilità razionale, sul fatto che se Cu. fosse stato trasferito in un reparto di terapia intensiva, si sarebbe potuto scongiurare l'evento letale.

La Corte, dunque, concludeva che dalla mancanza di certezza in ordine alla causa della morte del Cu. derivava il dubbio della sussistenza di un nesso causale tra le condotte doverose omesse dagli imputati e l'evento.

Né era necessaria un'ulteriore perizia perché gli accertamenti erano stati eseguiti in modo approfondito, sicché non residuavano ulteriori aspetti delle condizioni fisiche del Cu., che non fossero già stati esplorati e valutati dagli esperti nominati sia dal primo giudice che dalle parti. Una nuova indagine, secondo la Corte, avrebbe scontato l'impossibilità di riscontrare sulla salma di St. Cu. quanto rilevabile dalla documentazione degli accertamenti già eseguiti. Per quanto concerneva l'elemento psicologico del reato, ossia il mancato riconoscimento da parte dei sanitari della suddetta sindrome, la Corte rilevava la non facile diagnosticabilità della stessa, che richiedeva nozioni approfondite, tanto è che nessuno dei medici che aveva visitato il Cu. prima dell'ingresso nella Struttura Protetta, aveva ritenuto che si trovasse in pericolo di vita. A sostegno dell'insussistenza dell'elemento psicologico doveva aggiungersi che la sindrome si sarebbe manifestata in concomitanza con politraumatismo, peraltro, correttamente trattato, che mancavano linee guida sulla cura di tale patologia, che il quadro clinico di Cu. era complesso, con conseguente difficoltà di legare, tra loro, le informazioni cliniche raccolte, che i sanitari si erano trovati a operare in un reparto, che manteneva le caratteristiche proprie dell'ambiente carcerario, con ben 21 degenti.

5. La Corte di Cassazione, che, come detto, annullava con rinvio il capo della sentenza della Corte di assise di appello relativo all'assoluzione dei cinque sanitari per il delitto di omicidio colposo, denunciava che il percorso argomentativo seguito dalla Corte di assise di appello per affermare la mancanza di certezze sull'individuazione della causa naturale della morte di St. Cu., e, quindi, per procedere a un'indagine sulla configurabilità del nesso causale tra la condotta dei medici e l'evento lesivo, era caratterizzato da vizi.

In particolare, la Corte territoriale, al fine di discostarsi dalle conclusioni cui erano pervenuti i periti di ufficio, aveva utilizzato, secondo la Corte di Cassazione, una tecnica argomentativa, servendosi dei risultati del sapere tecnico -scientifico, confluiti nel processo grazie agli esperti nominati dalle parti, in modo frammentario ossia condividendoli solo nella parte in cui essi si opponevano a ciascuna delle tesi avverse, senza giungere al punto di fare proprie le suddette conclusioni in ordine alle cause della morte del paziente.

"Tale modo di argomentare, caratterizzato da contraddittorietà, si risolveva ", secondo il giudice di legittimità, "in un non liquet ossia a un rifiuto di fornire un'adeguata risposta al fondamentale interrogativo sull'esistenza del nesso di causalità, che andava, invece risolto attraverso un corretto governo dei principi in tema di utilizzazione del sapere scientifico ".

La Corte precisava che quanto precede non vuol significare che il giudice, in presenza, come nel caso in esame, di una pluralità di indagini svolte da periti e consulenti, che conducono a una varietà di tesi contrapposte in ordine al problema dell'individuazione della causalità materiale, è obbligato a sceglierne necessariamente una, "potendo concludere per l'impassibilità di addivenire a una conclusione in termini di certezza processuale al riguardo "; tuttavia era necessario, a tale fine, che il giudice svolgesse un'esaustiva analisi delle singole ipotesi formulate dagli esperti, da effettuare attraverso "un argomentare logicamente congruo e saldamente ancorato ai postulati del sapere scientifico ".

Tale non poteva ritenersi, secondo la Corte di Cassazione, il percorso seguito dalla Corte di assise di

appello, essendo "la motivazione della sentenza costellata da una serie di carenze e incongruità, che ne inficiano la tenuta complessiva a partire dalla predetta valutazione frazionata delle conclusioni dei consulenti tecnici" per arrivare a disattendere i risultati cui erano pervenuti i periti senza contestare "la non conformità, allo stato delle conoscenze scientifiche e tecniche, dei postulati su cui essi avevano fondato la propria decisione e dei metodi di indagine da essi seguiti ovvero dell'erronea applicazione di tali postulati e metodi di indagine al caso concreto".

La Corte territoriale, secondo il giudice di legittimità, si era, invece, limitata "a soffermarsi su singoli e generici profili (la non facile e frequente diagnosi della sindrome da inanizione; il plausibile - ma non dimostrato- errore in cui sarebbe incorso il personale del carcere di Regina Coeli nell'attribuire al Cu. un peso ponderale netto, pari a 50 chili, desunto dall'impossibilità che la vittima, il cui peso all'esame autoptico risultava pari a 37-38 chili, avesse perso ben 12 chilogrammi in soli sei giorni; la circostanza mutuata da un argomento prospettato dai difensori degli imputati, che gli organi del Cu., all'atto dell'esame autoptico, non presentavano, in termini di dimensioni e colorazione, le caratteristiche tipiche dei deceduti per sindrome da privazione di acqua e cibo), senza dare contezza delle evidenze scientifiche che consentivano di attribuire a tali argomenti un'efficacia "neutralizzante" delle conclusioni cui erano giunti i periti d'ufficio e senza saggiare la consistenza nel raffronto puntuale con il percorso logico-scientifico seguito da questi ultimi nella loro valutazione".

La Corte di Cassazione denunciava, altresì, "l'illogicità dell'argomentazione con la quale la Corte territoriale" aveva escluso "di procedere ad un nuovo accertamento peritale" e che nella motivazione della sentenza si rinvenivano "una serie di affermazioni che mal si conciliavano con i principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità in materia di responsabili per colpa medica" circa "l'impossibilità di giungere a una decisione in termini di affermazione di responsabilità anche per l'assenza di linee guida nel trattamento della sindrome di inanizione" e circa l'esistenza di stati patologici preesistenti, concomitanti con il politraumatismo, per il quale il Cu. era stato ricoverato, che rendevano di non facile interpretazione le modificazioni di alcuni valori registrati dopo gli esami del 19 e del 21 ottobre 2009.

6. In via preliminare devono essere affrontate le questioni processuali.

Va osservato, al riguardo, che le difese degli imputati, nel corso della discussione svolta dinanzi a questa Corte, hanno ribadito le eccezioni di rito già sollevate negli atti di appello (cfr. paragrafo 32.1), che la Corte di assise di appello di Roma ha, con la sentenza parzialmente annullata dalla Corte di Cassazione, espressamente rigettato (cfr. pag. da 23 a 25 della sentenza), non ritenendole assorbite dalla pronuncia di assoluzione.

La I Corte di assise di appello ha osservato in proposito:

che non sussiste la violazione del diritto di difesa, lamentata dagli imputati per la loro tardiva iscrizione nel registro notizie di reato, che avrebbe determinato la nullità dell'accertamento tecnico irripetibile (autopsia), essendo stato eseguito dal p.m. senza dare avviso dello stesso a questi ultimi, e, conseguentemente, degli atti successivi (perizia e sentenza), in quanto la giurisprudenza di legittimità (C. Cass. Sez. V, sentenza 6237 del 21.12.2010 Rv. 249296 e C. Cass. Sez. I sentenza n. 34637 del 22.5.2013, Rv. 257120) richiede, per il riconoscimento delle garanzie difensive anche a colui che non riveste formalmente la posizione di indagato, che "emergano nei confronti di quest'ultimo specifici elementi indiziari, non essendo sufficienti meri sospetti".

Nel caso in esame, non sono configurabili, secondo la Corte, tali condizioni, posto che le indagini autoptiche sono state svolte proprio al fine di verificare quali fossero le cause della morte di St. Cu., presupposto indefettibile anche solo per ipotizzare la responsabilità dei sanitari, che avevano avuto in cura il paziente presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini;

che, quanto alle eccezioni attinenti alla diversa qualificazione, operata dal giudice di primo grado, dell'originaria imputazione di abbandono di persona incapace, aggravata dall'evento morte, (capo E) in quella di omicidio colposo, non è configurabile la violazione del principio di correlazione tra imputazione e sentenza, sancito dall'art. 521 c.p.p., che comporterebbe la nullità della sentenza, e che è manifestamente infondata l'eccezione di legittimità costituzionale, subordinatamente prospetta

dalle parti, del combinato disposto degli artt. 516 e 518 c.p.p., che attribuiscono al P.M. in via esclusiva, il potere di formulare l'imputazione. E, infatti, in base alla sentenza Drassich della Corte europea dei diritti dell'uomo, l'imputato deve essere messo in condizioni di discutere in contraddittorio ogni profilo dell'accusa, che gli viene mossa, compresa la qualificazione giuridica dei fatti addebitati.

Il giudice di primo grado ha rispettato tali principi posto che, all'indomani del deposito della perizia collegiale (avvenuto il 13.12.2012), ha informato le parti, con ordinanza del 30.1.2013 finalizzata a consentire l'integrazione del contraddittorio, della possibilità che i fatti rubricati al capo E) potessero essere riqualificati nell'ipotesi di omicidio colposo e ha invitato le parti a indicare eventuali mezzi istruttori;

che sono infondati i rilievi difensivi, concernenti la violazione del diritto di difesa con riferimento alla limitazione da parte della III Corte di assise di Roma dei mezzi istruttori richiesti dagli imputati a seguito della predetta ordinanza, in quanto detta limitazione non attiene al diritto di difesa, che è garantito, come detto, con l'instaurazione del contraddittorio, ma rientra nel potere, riconosciuto al giudice dagli artt. 187, 190 e 190 bis c.p.p., di ammettere solo le prove ritenute non manifestamente superflue o irrilevanti;

che la riqualificazione, da parte del giudice di primo grado, dell'imputazione di abbandono di persona incapace, aggravata dall'evento morte, in quella di omicidio colposo non ha provocato alcuna sostanziale immutazione del fatto inizialmente contestato, essendo rimaste invariate le condotte originariamente contestate agli imputati e presentandosi, la nuova definizione del reato, come uno dei possibili epiloghi decisori del giudizio, secondo uno sviluppo interpretativo prevedibile del fatto, inteso come episodio della vita umana (C. Cass. Sez. I sentenza 35574 del 18.6.13, Rv. 257015, sentenza n. 5463 del 5.12.2013, Rv. 25875; Sez. V, sentenza 1697 del 25.9.2013, Rv. 258941; Sez. Un. Sentenza n. 36551 del 15.7.2011, Rv. 248051; Sez. IV, sentenza n. 81 del 6.11.2008, Rv. 242368) ed essendo il reato di omicidio colposo in rapporto di continenza con quello originariamente contestato e più favorevole perché punito a titolo di colpa, rispetto al primo reato, di natura dolosa (C. Cass. Sez. IV, sentenza n. 41663 del 25.10.2005, Rv. 232423; Sez. IV sentenza n. 13944 del 31.1.2008, Rv. 239595).

Ciò premesso, va ricordato che nel presente giudizio di rinvio sono operanti, per il giudice e per le parti, i limiti segnati dall'art. 627, comma 4, c.p.p., a norma del quale "non possono proporsi nel giudizio di rinvio nullità, anche assolute, o inammissibilità verificatesi nei precedenti giudizi o nel corso delle indagini preliminari" ovvero inutilizzabilità intervenute nelle fasi antecedenti l'annullamento pronunciato dalla Corte di Cassazione" (cfr. tra le altre: C. Cass. Sez. V sentenza n. 10624 del 12.2.2009 Rv. 242980).

Il presupposto giustificativo della predetta norma, che collega alla sentenza di annullamento della Corte di Cassazione l'effetto della irretrattabilità delle questioni concernenti le pregresse nullità, inammissibilità e inutilizzabilità, poggia, in base all'unanime orientamento del giudice di legittimità (cfr. tra le altre: Sez. 4, sentenza n. 20044 del 17.10.2015, Rv. 263865), sulla "particolare efficacia intrinseca delle decisioni della Corte di Cassazione" ossia "sulla definitività delle decisioni ... e sul meccanismo, ad essa coesistente, delle preclusioni che operano con riguardo al dedotto e al deducibile", al fine di realizzare l'interesse fondamentale dell'ordinamento ad evitare la perpetuazione dei giudizi (C. Cost. 4.2.1982 n. 21; 17.11.2000 n. 501).

Premesso che questa Corte condivide pienamente le sopra richiamate motivazioni, con le quali la I Corte di assise di appello, ha rigettato le eccezioni in rito proposte dagli appellanti, va osservato che, applicando alla fattispecie in esame i principi espressi dalla Corte di Cassazione in tema deducibilità delle nullità, inammissibilità e inutilizzabilità in sede di giudizio di rinvio, deve ritenersi che le predette censure in rito, dedotte dagli imputati, siano inammissibili, in quanto la sentenza della Corte di Cassazione, che le ha implicitamente valutate, annullando con rinvio la sentenza del giudice di secondo grado "limitatamente al delitto di omicidio colposo in danno di Cu. St.", coprendo il dedotto e il deducibile, preclude la riproposizione delle stesse.

7. Passando al merito del presente processo, va osservato che il "punto decisivo" ai fini

dell'indagine sulla responsabilità degli odierni imputati per il reato di omicidio colposo ai danni di St. Cu. è, come evidenziato dalla Corte di Cassazione con la sentenza del 15.12.2015, l'individuazione della causa della morte di quest'ultimo.

Questa Corte nell'affrontare tale delicata e complessa tematica, che implica la valutazione delle molteplici e contrastanti soluzioni offerte sul tema dagli esperti nominati nel presente processo, è tenuta ad applicare i criteri di valutazione dettati dal giudice di legittimità, che devono scandire la motivazione della presente decisione.

La Corte di Cassazione, con la sentenza più volte citata, ha, infatti, stabilito che al fine di individuare quale sia la tesi affidabile sulla causa della morte di Cu. questa Corte deve valutare: l'autorità scientifica dell'esperto; l'affidabilità delle basi, degli enunciati e dei postulati scientifici, su cui quest'ultimo ha fondato la sua decisione, senza omettere di verificare che essi trovino comune accettazione da parte della comunità scientifica; la sussistenza di comprovati e documentati elementi fattuali, cui siano stati correttamente applicati i criteri scientifici e metodi di indagine non certo nuovi e sperimentali; la diversa posizione processuale dei consulenti di parte rispetto ai periti, essendo i primi, a differenza degli altri, chiamati a prestare la loro opera nel solo interesse della parte che li ha nominati, senza assunzione, quindi, dell'impegno di obiettività previsto, per i soli periti, dall'art. 226, c.p.p., con la conseguenza che l'onere di motivazione gravante su questa Corte, nel caso in cui ritenga di aderire alle conclusioni del perito d'ufficio, si sostanzia nel valutare criticamente le conclusioni del perito d'ufficio, senza ignorare le argomentazioni dei consulenti. Questa Corte ritiene, sulla base della valutazione delle risultanze dibattimentali fatte alla luce dei predetti principi di diritto evidenziati dalla Corte di Cassazione, che sia possibile individuare la causa della morte di St. Cu., come affermato dagli esperti nominati dalla Corte di assise, nella "sindrome da inanizione" o "lesività da privazione di cibo e bevande" per i motivi che saranno di seguito indicati.

Da quanto precede discende la non necessità della rinnovazione del dibattimento per procedere a nuova perizia per individuare la causa della morte di St. Cu..

Va osservato, in proposito, che la I Corte di assise di appello, dopo avere evidenziato la situazione di incertezza in ordine a detta questione, situazione determinata dalle diverse opinioni espresse sul punto dagli esperti intervenuti nel processo e che ha condotto all'assoluzione degli imputati, ha ritenuto (cfr. pag. 51 e 52 della sentenza) non necessaria la rinnovazione del dibattimento in quanto "non residuano aspetti delle condizioni fisiche di Cu. che non siano stati già esplorati e valutati dagli esperti nominati; e che, pertanto, nessun nuovo elemento potrebbe essere acquisito.

Una nuova indagine peritale, oggi, sconterebbe anzi l'impossibilità di riscontrare, sulla salma di St. Cu., quanto rilevabile dalla documentazione degli accertamenti già eseguiti".

La Corte di Cassazione ha denunciato la manifesta illogicità delle predette argomentazioni, evidenziando che la non necessità di una nuova perizia non può farsi discendere, come ha fatto la Corte di assise di appello, dalle condizioni di incertezza sulle cause della morte di St. Cu.; un nuovo accertamento tecnico sull'imponente materiale probatorio versato in atti potrebbe, invece, dare, secondo la Corte di legittimità, una risposta "tranquillizzante", giovandosi anche dei contributi già forniti dai diversi esperti, in termini di certezza processuale sulla causa della morte del paziente.

Va osservato, al riguardo, che il giudice di rinvio, nel caso di annullamento da parte della Corte di Cassazione per difetto o illogicità della motivazione, deve procedere a una nuova e completa valutazione delle acquisizioni probatorie, richiedendosi esclusivamente che la decisione non ripeta la motivazione della sentenza annullata ritenuta erronea o carente.

Questa Corte, alla luce dei predetti principi e all'esito della valutazione delle risultanze probatorie, ritiene che non sia necessario procedere a nuova perizia, in quanto l'indagine dibattimentale, che si è articolata nell'escussione di numerosi testimoni, nell'acquisizione di documentazione medica, nell'esame dei consulenti di parte e nell'espletamento di perizia circa le condizioni salute e le cause della morte del paziente, accertamenti tecnici questi ultimi eseguiti in modo molto approfondito, è completa, con la conseguenza che è possibile decidere allo stato degli atti.

A differenza di quanto argomentato dalla I Corte di assise di appello, deve ritenersi che, alla luce

delle suddetto materiale probatorio, non vi siano dubbi sulla causa della morte di St. Cu., dovendosi condividere, in proposito, per le ragioni e con le precisazioni che saranno di seguito indicate, le conclusioni, cui sono pervenuti i periti nominati dal giudice di primo grado.

Partendo dal primo criterio di valutazione indicato dalla Corte di legittimità, va osservato che non può dubitarsi dell'autorità scientifica degli esperti nominati dal giudice di primo grado (prof. Ma. Gr., della Sezione di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano, prof. Ga. Ia. del Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti dell'Università degli Studi di Milano, prof. Gi. Ma., del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari dell'Università degli Studi di Milano, prof. Er. Sg. della Clinica Universitaria di Neurochirurgia dell'Università di Milano Bicocca, prof. Lu. Ba. dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale E. Bassini di Milano e prof.ssa Cr. Ca. della sezione Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano), uno dei quali (prof. Ia.) annovera, peraltro, specifiche competenze nel campo del metabolismo energetico ed è Presidente della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale.

Quanto al criterio dell'affidabilità delle basi, degli enunciati e dei postulati scientifici, su cui i periti si sono basati al fine di individuare la causa della morte di Cu., va osservato che detti postulati consistono nei principi, generalmente riconosciuti, che presiedono ai meccanismi del metabolismo idrico ed energetico e della fisiopatologia del digiuno (cfr. pag. 89 dell'elaborato peritale ed esame prof. Ia. udienza 19.12.12 pag. 12

In base a detti enunciati, l'organismo per vivere ha bisogno di energia, che produce, consuma e accumula in base a processi, che hanno a oggetto la trasformazione delle sostanze contenute negli alimenti (carboidrati, proteine, grassi) e che, nel loro complesso, vengono indicati come metabolismo idrico ed energetico, quando i processi metabolici si arrestano il corpo muore.

E, infatti, in mancanza di assunzione di alimenti, necessari ai predetti processi metabolici vitali, l'organismo ricava l'energia, innanzitutto, mobilizzando le scorte epatiche di glicogeno, che si esauriscono, però, in circa 24 ore. Se il digiuno prosegue, la gran parte dei tessuti (muscolo, cuore, rene ecc.), stante la suddetta modesta entità delle scorte di glicogeno epatico, si adatta a utilizzare principalmente acidi grassi, sicché, in tale fase, il metabolismo è sostenuto dall'ossidazione dei trigliceridi (scorte corporee di grasso o tessuto adiposo). Qualora la privazione alimentare si prolunghi ulteriormente, il corpo, essendo esaurite le scorte grasse, pur di sopravvivere al digiuno, è costretto, per ottenere il glucosio necessario per mantenere i valori glicemici nella norma, a intaccare le scorte proteiche (massa magra), innescando il fenomeno della gluconeogenesi (impiego delle proteine per ottenere il glucosio) e arrivando, quindi, a "cannibalizzare" i propri muscoli, che costituiscono, appunto, la cosiddetta massa magra. L'intera spesa energetica viene, in quest'ultima fase, ricavata dal patrimonio proteico, parte del quale è costituito, però, da componenti cellulari vitali insostituibili sicché, intaccando le proteine di struttura e funzionali, ossia quelle indisponibili, si determina la morte cellulare (cfr. esame prof. Ia. udienza del 19.12. 12).

Va, inoltre, osservato, sulla scorta di quanto spiegato dai periti e di quanto generalmente riconosciuto dalla scienza medica, che è necessario, per la vita, tenere in equilibrio il bilancio idrico in modo che vi sia pareggio fra le entrate (alimentazione) e le uscite di liquidi acqua (diuresi, perspiratio insensibilis, ossia sudorazione e respiro, e feci). Solo in tale modo, infatti, sono mantenuti costanti, nell'ambito dei valori fisiologici per il nostro organismo, volume di acqua e concentrazioni delle sostanze in soluzione. Quanto precede è essenziale per la sopravvivenza in quanto il volume di acqua condiziona spiccatamente la pressione arteriosa, mentre le concentrazioni dei soluti, in particolare degli elettroliti, permette il corretto funzionamento di sistemi vitali come, tra gli altri, quello nervoso e quello muscolare. Se, infatti, la concentrazione dei soluti, come è avvenuto, per quel che si dirà, nel caso in esame, non risponde ai valori fisiologici la cellula tende a raggrinzirsi e, quindi, a morire.

Non possono, pertanto, condividersi le critiche avanzate dalla difesa circa la scarsa attendibilità scientifica delle enunciazioni su cui si sono basati i periti in quanto il loro giudizio è stato, per loro stessa ammissione, "approssimativo" (cfr. pag. 184 della perizia).

E, invero, gli esperti nominati dalla Corte di assise riferiscono il giudizio approssimativo non certo

ai principi scientifici sopra indicati, che, come detto, sono alla base del metabolismo idrico ed energetico, quanto piuttosto, come si vedrà a proposito del cosiddetto giudizio controfattuale, alle probabilità che eventuali cure adeguate, eseguite a partire dal 17.10.2009, potessero salvare la vita del paziente.

Passando ai principi che regolano l'insorgenza e lo sviluppo della malattia in esame, va osservato che i periti si sono basati su una letteratura e una casistica non recente, in quanto la morte per inanizione, anche detta morte da fame, da digiuno, da denutrizione e simili, è un argomento poco frequente nella trattatistica medico legale recente sia italiana sia estera, trovando maggiore riscontro nella trattatistica più datata, a causa del numero elevato di casi di denutrizione che, per vari motivi (carestie, guerre ecc...), un tempo determinavano la morte.

Quanto precede non indebolisce, tuttavia, come sostenuto dalle difese degli imputati, le conclusioni I cui sono pervenuti i periti in ordine alla causa della morte di St. Cu., in quanto trattasi, comunque, di letteratura (Carrara-Romanese) e casistica basata sull'osservazione di casi concreti (sciopero della fame sino all'exitus, il più recente relativo a tre detenuti turchi, Altun 2004; dieci militanti dell'IRA, Leiter LA, Marliss EB 1982; sciopero della fame di un sarto USA, Meyers AW. 1917, studio quest'ultimo che concorda con i dati raccolti nell'Ospedale del Ghetto di Varsavia, i Winick, 1979, di Krieger, 1921 e Knight, 2005; digiuni sperimentali, Minesotaexperiznent, Keys 1950, o interrotti prima dell'irreversibilità, otto detenuti brasiliani, Faintuchh, 2001), i cui dati non sono smentiti da studi successivi.

In base alla predetta letteratura, la morte per sindrome da inanizione interviene con una tempistica molto variabile, a seconda dell'età, del peso di partenza, delle eventuali patologie intercorrenti, e della eventuale assunzione di liquidi.

Riassumendo i vari studi, può evidenziarsi che la sopravvivenza, in totale assenza di acqua e cibo, può durare fino a 8/10 giorni (Ca. -Ro. e Ch.), giungendo, con somministrazione di liquidi, fino a un massimo di 86 giorni (ALTUN 2004 sciopero della fame carcerati turchi, con somministrazione di acqua zuccherata, sale e vitamina B, exilus sopravviene dopo 86 giorni dalla sospensione della vitamina).

Ciò premesso in via generale, va evidenziato che gli elementi fattuali della complessa vicenda in esame, che saranno di seguito specificati, dimostrano che la morte di St. Cu. è dipesa da una grave alterazione dei processi metabolici sopra descritti, causata da un'insufficiente alimentazione e idratazione già iniziata prima dell'arresto, alla quale devono aggiungersi le numerose patologie da cui il predetto era affetto (epilessia, tossicodipendenza e riferito morbo celiaco), lo stress dovuto ai dolori causati dalle lesioni lombo-sacrali, che ne avevano determinato il ricovero presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, e allo stato detentivo e un "quasi" digiuno di protesta, elementi questi ultimi che hanno contribuito ad aggravare lo stato di deperimento organico in cui il paziente già si trovava a causa della grave denutrizione da cui era affetto.

E', infatti, l'anzidetta alterazione dei processi metabolici la causa prima della morte di Cu., che, producendo, come si è detto, il deterioramento e la morte delle cellule, di cui sono composti gli organi, ha innescato quella che i periti' hanno definito la causa ultima dell'exitus, che può essere dipesa sia da motivi cardiaci, come sostenuto dai consulenti del p.m., sia da problemi neurologici, come sostenuto dai consulenti delle parti civili.

Tale ricostruzione dei fatti è l'unica che consente di spiegare, come sarà più ampiamente argomentato in seguito, la costellazione di segni e di sintomi che il paziente presentava: estrema magrezza, mancanza di tessuto adiposo e di massa muscolare, bradicardia, diuresi osmotica, valori alterati della sodemia, azotemia, della glicemia, dell'amilasi, della lipasi e assenza di chetoni nelle urine.

Le spiegazioni alternative sulla causa della morte, fornite dai consulenti di parte, hanno, invece, il limite di avere analizzato in modo frammentario le predette evenienze fattuali, dando rilevanza a singoli segni e non valutando in modo complessivo la predetta sintomatologia.

I consulenti tecnici del p.m. hanno, infatti, appuntato l'attenzione sul dato fattuale della bradicardia registrata il 17.10.2009, al momento dell'ingresso del paziente presso l'Ospedale Sandro Pertini,

ritenendo, come si è detto, che la morte di St. Cu. sia attribuibile "ad insufficienza cardio-circolatoria acuta per bradicardia marcata".

Tale tesi, tuttavia, non tiene conto dei numerosi ulteriori dati obiettivi che il caso presenta (estrema magrezza, mancanza di tessuto adiposo e di massa muscolare, diuresi osmotica, valori alterati della sodemia, azotemia, della glicemia e assenza di chetoni nelle urine) ed è smentita dal fatto che la bradicardia giunzionale, registrata il 17.10.2009, era emodinamicamente ben tollerata dal paziente, tanto da non richiedere alcun provvedimento terapeutico o farmacologico.

La bradicardia non può, quindi, di per sé stessa giustificare la morte di Cu., sebbene ciò non escluda, come osservato dai periti, che essa ... possa aver contribuito, comunque, inserita in un substrato clinico favorevole (denutrizione, epilessia, squilibrio idroelettrico, insufficienza renale, farmaci ad azione bradicardizzante) allo sviluppo di una morte su base aritmica, determinata, però, quale causa prima, dalla sindrome da inanizione, che può avere comportato, a cagione del "raggrinzimento" delle cellule sopra descritto, un aggravamento di una problematica cardiaca di per sé non importante *quoad vitam*

I consulenti delle parti civili hanno, invece, valorizzato il dato neurologico, pervenendo, quindi, ad affermare la correlazione tra i traumi subiti da St. Cu. e la sua morte. Tale tesi, come quella dei consulenti del p.m., ha il limite di essersi soffermata quasi esclusivamente sulle evenienze traumatiche riscontrate sul corpo di Cu., senza prendere in considerazione l'ulteriore sintomatologia sopra descritta.

D'altra parte, la diagnosi di vescica neurologica, posta dai citati consulenti, basata sul dolore, accusato dal paziente, in zona sacro - coccigea e sul rinvenimento, in sede autoptica, di 1400 cc di urina nella vescica, è smentita dalla sostanziale normalità del quadro neurologico, constatata dallo specialista dell'ospedale Fatebenefratelli e dal fatto che, in assenza degli imprescindibili accertamenti diagnostici a riscontro della predetta vescica neurologica, il rinvenimento di 1400 cc di urina nella vescica di Cu., al momento dell'autopsia, può essere riferita a un difetto di funzionamento del catetere.

Quanto precede, non esclude, come rilevato dai periti, che la causa ultima della morte sia rinvenibile nell'instaurarsi di processi neurologici, ma, lo si ribadisce, legati al deterioramento cellulare, determinato dalla sindrome da inanizione.

La tesi dei consulenti degli imputati, che hanno sostenuto che Cu. è deceduto, in modo inatteso e imprevedibile, per "morte cardiaca improvvisa" è smentita, come osservato dal giudice di primo grado, dai dati obiettivi sopra descritti e dalle plurime patologie da cui egli era affetto (epilessia, dipendenza da sostanze droganti, abuso di alcolici), che lo rendevano un soggetto a elevato rischio. Solo per completezza, posto che da quanto precede si desume l'affidabilità dei postulati scientifici, sui quali i periti hanno fondato le proprie conclusioni, si osserva che i consulenti tecnici della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e sull'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, le cui conclusioni sono state riportate nella memoria depositata dal difensore di Fi. alla I Corte di assise di appello (cfr. faldone 25 n. 82), hanno ritenuto che la morte di St. Cu. è dipesa da "una sindrome metabolica iperosmolare di natura prerenale dovuta a una grave condizione di disidratazione. Il decesso si deve allo squilibrio metabolico e soprattutto idroelettrico conseguente alla mancata assunzione di cibo e liquidi in modo regolare e sufficiente ", il che conferma che la soluzione prospettata dai periti trova conforto anche nel parere di altri membri della comunità scientifica.

Quanto alla metodologia utilizzata dai periti, va osservato che questi ultimi, partendo, con ragionamento induttivo, dal dato obiettivo dell'estrema magrezza del cadavere di Cu., che li ha portati a porre il sospetto di una morte dovuta a "sindrome da inanizione", hanno, poi, verificato, con metodo deduttivo, se tale sospetto fosse suffragato dalla verifica anatomopatologica e clinica del caso.

Da detta verifica è emerso che il confronto tra il quadro anatomopatologico, descritto dai vari autori nelle persone decedute per sindrome da inanizione, e quello presentato da Cu., al momento dell'autopsia, delinea la convergenza di alcuni dati obiettivi vale a dire: l'incontestabile esiguità del

peso di St. Cu. (pari, al momento dell'esame esterno del cadavere, a 37 chilogrammi per un'altezza di 162 centimetri) e la totale mancanza di pannicolo adiposo e di muscolatura.

Non si condividono le critiche dalla difesa degli imputati, per cui la sindrome da inanizione sarebbe esclusa dal fatto che gli organi del paziente non presentavano, in sede autoptica, le caratteristiche proprie di tale patologia, ossia il rimpicciolimento degli organi.

Va osservato, in proposito, che non sempre la morte da digiuno implica la predetta caratteristica, essa, infatti, non è presente nella descrizione del reperto anatomico- patologico fatta da Filippi e da Rai Bahadur Jasing P. Modi (cfr. pag. 83 e 84 della perizia). D'altra parte, gli stessi periti hanno evidenziato che, il quadro necroscopico della morte da inanizione è un quadro aspecifico, fatto di reperti comuni anche ad altre causa di morte, e che, conseguentemente, la definitiva conferma del fatto che St. Cu. è morto per uno stato acuta inanizione, pur in presenza del suddetto quadro anatomopatologico tipico di tale tipo di decesso, emerge dalla storia clinica del soggetto e dalla sintomatologia, desumibile dalla copiosa documentazione medica e, soprattutto, dagli esiti degli esami di laboratorio eseguiti sia prima sia dopo la detenzione.

Un primo dato obiettivo di riscontro del fatto che la morte di St. Cu. è stata causata dalla "sindrome da inanizione ", è rinvenibile, come si è già osservato, nell'estrema magrezza di quest'ultimo e nella mancanza di pannicolo adiposo e di muscolatura.

L'organismo, come si è avuto modo di osservare, in caso di digiuno o di insufficiente nutrizione, dopo avere esaurito le scorte di glucosio epatico, aggredisce al fine di reperire le risorse idriche ed energetiche per sopravvivere, prima, la massa grassa e, quindi, quella magra, il che spiega la predetta mancanza di pannicolo adiposo e di muscolatura.

E' incontestabile, infatti, che St. Cu., al momento dell'autopsia, pesasse 37/38 chili e che avesse un'altezza di 162 centimetri, con la conseguenza che il dato ponderale del paziente il 22.10.2009, prima del decesso, fosse di 39/40 chili, dovendosi aggiungere a quello rilevato, il 23.10.2009, in sede autoptica le perdite idriche post mortem, pari a circa 2 chili.

Quest'ultimo dato, a differenza di quanto sostenuto dalle difese degli imputati, non è spiegabile, esclusivamente, con la costituzione magra del paziente e non rappresenta, pertanto, un dato fisiologico, come è dimostrato dalle risultanze processuali, che indicano che il normale peso del paziente era superiore a 39/40 chili.

E, infatti, dalla documentazione medica, acquisita agli atti del processo (relativa ad accessi di St. Cu. presso ospedali della capitale e ASL in riferimento a lesioni riportate a seguito di cadute e al suo stato di tossicodipendenza) è emerso che il peso del predetto, registrato nel corso delle visite fatte presso la ASL il 2.8.2007 e il 21.12.2007, era, rispettivamente, di 60 chili e di 56 chili, vale dire di circa 20/16 chili in più, rispetto al dato ponderale del 22.10.2009 (39/40 chili).

Né ci sono ragioni convincenti per ritenere, come sostenuto dalle difese degli imputati, che il dato rilevato nel 2007 sia frutto di un'errata misurazione.

Pur non essendovi dubbi sul dato obiettivo della magrezza patologica di St. Cu., non può sottacersi che più problematica è l'individuazione del peso di quest'ultimo al momento del suo ingresso, il 16.10.2009, presso la Casa Circondariale di Regina Coeli e, quindi, del calo ponderale verificatosi tra il 16.10.2009 e il 22.10.09, giorno della morte.

Va osservato, al riguardo, che gli esperti nominati dal primo giudice si sono basati al fine di individuare detto dato ponderale, sulle annotazioni del personale del predetto istituto penitenziario, per cui il peso di St. Cu. era, al netto degli indumenti, di 50 chili, rilevando, conseguentemente, una perdita ponderale tra il 16.10.2009 (data ingresso Regina Coeli) e il 22.10.2009 (data della morte) di 10/11 chili.

Il giudice di primo grado, come si è sopra osservato, ha, in conformità dei parametri presi in considerazione dai periti, ritenuto verosimile il dato del peso di 50 chili registrato presso il carcere di Regina Coeli, in quanto supportato anche dalle dichiarazioni della sorella di Cu., che ha dichiarato che il congiunto pesava intorno ai 49 chili.

La Corte di assise di appello ha, invece, ritenuto, accogliendo i rilievi delle difese degli imputati prospettati negli atti di impugnazione, che il dato ponderale indicato nella documentazione del

carcere è frutto di un errore, in quanto un calo di 10 chili in cinque giorni e mezzo è inverosimile, anche alla luce della dichiarazioni del testimone Pa., istruttore della palestra frequentata da St. Cu., che ha rappresentato che quest'ultimo a settembre 2009, poco prima dell'arresto, pesava 44 chili, e del personale sanitario della struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, che ha dichiarato che il paziente, nel periodo di degenza presso detta struttura, avrebbe consumato almeno una parte le bevande e le pietanze che gli venivano somministrate. La Corte di Cassazione ha, incidentalmente, evidenziato, in proposito, che l'errore in cui sarebbe incorso il personale del carcere di Regina Coeli nell'attribuire a Cu. un peso ponderale netto pari a 50 chili è "plausibile - ma non dimostrato".

Orbene va, innanzitutto, osservato che l'eventuale errore circa il peso di Cu., al momento dell'ingresso presso il carcere di Regina Coeli, non smentisce le conclusioni cui sono pervenuti i periti nominati dalla Corte di assise circa la causa della morte del predetto. Basta richiamare, in proposito, quanto riferito all'udienza del 16.1.2013 dagli esperti nominati dalla Corte di assise (professori Gr. e Ia.), secondo cui anche se il peso del paziente, al momento dell'ingresso presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, fosse, come sostenuto dalla difesa degli imputati, inferiore a quello di 50 chili, "la situazione non cambia", anzi ciò vorrebbe dire che le condizioni fisiche di St. Cu. nel momento dell'arrivo presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, erano ancor più gravi di quelle da loro ipotizzate.

D'altra parte, hanno aggiunto gli esperti, le condizioni fisiche del ragazzo, già prima dell'arresto, erano caratterizzate da un peso corporeo e da una massa corporea al limite del precipizio, della malnutrizione grave quoadvitaen ossia dal limite più basso accettabile. Quanto precede non esime, tuttavia, questa Corte dal dovere affrontare la problematica in esame, posto che l'eventuale errore sul dato ponderale registrato dal personale dell'anzidetta struttura carceraria potrebbe comportare rilevanti riflessi sul cosiddetto giudizio controfattuale, ossia sulla probabilità logica che St. Cu., trovandosi al momento del ricovero in condizioni più gravi di quelle ipotizzate dai periti, se adeguatamente curato, avrebbe potuto salvarsi.

Va osservato, in proposito, che dalle dichiarazioni, rese nel corso del dibattimento da persone qualificate, vale a dire dai medici che sono venuti a contatto con il paziente, dopo il suo arresto e prima del suo ingresso presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, emerge che St. Cu. già presentava una magrezza patologica.

Ro. De. An., medico in servizio presso il carcere di Regina Coeli, che ha visitato Cu. il 16.10.2009, ossia al momento del suo ingresso presso detto istituto penitenziario, ha dichiarato (cfr. udienza del 16.9.2011 pag. 6112 delle trascrizioni) che il peso e l'altezza di quest'ultimo venivano rilevate dall'infermiera, e di avere constatato una "magrezza, una magrezza eccessiva, perché ha tolto i pantaloni in questo modo" (ossia senza aprirli) "perché avessi dovuto fargli una puntura non avrei trovato un gluteo dove farla ..", era molto emaciato in questo senso, non possiamo dire cachettico però era una persona emaciata, una persona magra, una magrezza non fisiologica".

Ce. Ca., medico di guardia in servizio presso il pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli la sera del 16.10.2009, ha dichiarato, nel corso del dibattimento: "la cosa che ricordo bene è che era risolto magro. Mi colpì la sua magrezza... ricordo questo stato di importante magrezza, quasi consunzione. Anche il suo volto ... era un volto... diciamo così, abbastanza emaciato, ecco, mi colpì che avesse poca massa muscolare, risolto poca".

Fr. Tr., neurologo dell'Ospedale Fatebenefratelli, che ha eseguito la sera del 16.10.2009, la consulenza neurologica richiesta dal dott. Ca., ha dichiarato nel corso del dibattimento (cfr. udienza del 4.7.11 pag. 68/85) che il paziente era "molto magro, se vogliamo anche troppo magro, quindi una magrezza eccessiva".

Fa. Fa., medico del Fatebenefratelli, che ha dato il cambio al dott. Ca. presso il citato pronto soccorso la sera del 16.10.2009, ha dichiarato (cfr. udienza 16.9.2011 pag. 153/189) che "quello che mi ricordo sicuramente era il suo stato di magrezza".

Da quanto precede, si desume che, all'occhio di personale qualificato, Cu. è sembrato una persona di una magrezza "non fisiologica" già prima del suo ricovero presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, circostanza quest'ultima che non è in sintonia con il dato ponderale

rilevato presso il carcere di Regina Coeli.

E, invero, se St. Cu., che era alto 162 centimetri, avesse avuto un peso 50 chili, la sua magrezza non sarebbe stata percepita dai predetti medici con la drammaticità sopra indicata. Suscita perplessità in ordine all'affidabilità dei rilievi effettuati dal personale del predetto Istituto penitenziario, anche il fatto che, al momento dell'ingresso, è stata registrata un'altezza di 168 centimetri, 6 centimetri in più dell'altezza effettiva di St. Cu., desumibile dall'autopsia e dalle dichiarazioni dei congiunti, circostanza quest'ultima che induce a ritenere che ci sia stata una certa approssimazione nella rilevazione dei dati in questione, che, peraltro, non si è accertato precisamente da chi siano stati rilevati posto che il De An ha dichiarato, genericamente, che vi aveva provveduto l'infermiera.

Ulteriore smentita del dato ponderale rilevato dal personale di Regina Coeli, emerge dalle dichiarazioni di Lu. D. Pa., di Pa. e di Br. Ma., che hanno confermato che il peso di St. Cu. prima del suo ingresso nel carcere più volte citato era inferiore a 50 chili.

Lu. D. Pa. (cfr. udienza del 18.1.2012), cognato di St. Cu., ha rappresentato, infatti, che il cognato, negli ultimi tre anni, praticava il pugilato e che si allenava per rientrare nei "pesi mosca", sicché doveva mantenere un peso sotto i 50 chili.

Pa.(cfr. udienza del 5.4.2012), istruttore di kickboxing di Cu., ha evidenziato che quest'ultimo frequentava la palestra da circa un anno, ossia dal settembre/ottobre 2013, e che a settembre 2014 aveva notato un'accentuazione del suo deperimento fisico, tanto è che lo metteva sulla bilancia e constatava che pesava meno di 50 chili.

Su contestazione della difesa rispetto a quanto dichiarato nel verbale di sommarie informazioni rese alla p.g. il 26.11.2009, Pa. ha, peraltro, affermato che St., in quell'occasione, pesava "40 chili e arrotondato sicuramente sotto i 50 chili", ulteriormente sollecitato il testimone ha precisato che "Avrà fatto 43 chili, 42 chili e mezzo arrotondando", più vicino ai 40 chili che ai 50 chili.

Br. Ma. (cfr. udienza del 23.5.2011 pag. 101 delle trascrizioni), agente di polizia penitenziaria, ha dichiarato di avere chiesto a Cu. se era anoressico e lui gli aveva risposto che doveva stare sotto i 44 chili perché faceva il pugile.

Quanto alle dichiarazioni dei prossimi congiunti di St. Cu. (Gi. Cu., suo padre, cfr. udienza 16.5.2011 pag. 86 trascrizioni, e Ilaria Cu., sua sorella, cfr. udienza del 23.5.2011 pag. 26 trascrizioni) che, secondo il primo giudice, costituiscono riscontro al dato ponderale emergente dalla documentazione di Regina Coeli, in quanto essi riferiscono che il peso abituale era di 49/50 chili, va osservato che esse non fugano i dubbi sulla correttezza del predetto dato ponderale registrato presso l'istituto penitenziario sia perché non si riferiscono specificatamente a quel momento, sia perché sono in contrasto con le testimonianze di persone, che hanno avuto percezione del dato ponderale mediante diretto accertamento con strumenti meccanici (Pa.) e che riferiscono, comunque, dati relativi a un momento più vicino all'ingresso di St. Cu. presso il carcere di Regina Coeli (Pa. e DI Pa.). In conclusione, è rimasto provato che St. Cu. nel 2007 pesava 56/60 chili, che, successivamente, nel 2008, quando aveva intrapreso lo sport del pugilato, il predetto, dovendo rientrare nei pesi mosca, pesava, per sua volontà, sotto i 50 chili fino a arrivare a 43/44 chili a settembre 2009, poco prima dell'arresto e dell'ingresso presso il carcere di Regina Coeli, e a 39/40 chili il 22.10.2009, giorno del decesso. Quest'ultimo dato ponderale è inferiore di 3/4 chili rispetto a quello a quello del settembre 2009, poco prima dell'arresto e dell'ingresso a Regina Coeli, e di 20 chili rispetto a quello registrato nel 2007.

Non vi è dubbio, pertanto, che l'estrema magrezza di St. Cu., la mancanza di tessuto adiposo e di muscolatura, il suddetto dimagrimento, anche se non nella misura indicata dai periti quanto al periodo 16.10.2009, sono dati obiettivi di natura non fisiologica, che confermano, unitamente a quelli che si andranno ad analizzare, la correttezza dell'individuazione della causa della morte nella sindrome da inanizione.

Ulteriore elemento di fatto, che alla luce dei postulati scientifici sopra indicati, conferma la tesi per cui St. Cu. è morto per inanizione, è ricavabile dal bilancio idrico del paziente nel periodo di degenza presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, emergente dagli esiti degli esami ematici, dalla diuresi, controllabile in quanto il 17.10.2009 era stato posizionato presso l'Ospedale

Fatebenefratelli un catetere, e dalla correlazione tra le perdite idriche e il calo di peso. Va, in proposito, osservato che le difese degli imputati hanno contestato il dato, ritenuto provato dai periti nominati dalla Corte, per cui Cu., nel predetto periodo di degenza, non ha bevuto e mangiato a sufficienza, ritenendo che, invece, vi è la prova, desumibile dalle dichiarazioni dei testimoni escussi durante il dibattimento, del contrario e che l'insussistenza di tale elemento smentisce la tesi degli esperti in base alla quale la morte di St. Cu. è stata determinata da lesività per mancanza di cibo e liquidi.

Ritiene, al contrario, questa Corte che Cu., durante la permanenza presso la predetta struttura, non ha mangiato e bevuto a sufficienza, come emerge, in primo luogo, dal fatto che il 20.10.2009, ossia tre giorni dopo il ricovero, la dott.ssa Br. (cfr. cartella clinica) ha raccomandato al paziente, che rifiutava la terapia infusioneale, l'idratazione orale e che analogo comportamento è stato tenuto dalla dott.ssa Co. il 21.10.2009 (cfr. cartella clinica).

Quanto precede dimostra che gli stessi medici, che hanno avuto in cura St. Cu. presso la predetta struttura, hanno, a partire dal 20.10.2009, percepito che il paziente era disidratato, sintomo quest'ultimo che non beveva a sufficienza, con conseguente squilibrio idrico.

Inoltre, dal diario infermieristico emerge che il 21.10.2009 era stato prescritto di controllare se il paziente beveva, tanto è che nel foglio terapia nella giornata del 21.10.2009 appaiono i simboli relativi alla quantità di bicchieri di liquidi assunti.

A dette risultanze, che già di per sé stesse smentiscono le asserzioni difensive, vanno aggiunte le dichiarazioni rese dai testimoni e dagli stessi imputati nel corso del dibattimento, Gi. Ma., infermiera in servizio il 18.10.2009, il pomeriggio del 19.10.2009 e il pomeriggio del 20.10.2009, Bo., infermiere in servizio la mattina del 19.10.2009, del 20.10.2009 e del 21.10.2009, Sp., infermiere in servizio il pomeriggio del 18.10.2009 del 19.10.2009, Fl., infermiere in servizio la notte tra il 17.10.2009 e il 18.10.2009, la mattina del 20.10.2009 e la notte tra il 21.10.2009 e il 22.10.2009, hanno dichiarato che il paziente mangiava e beveva poco, salvo qualche bicchiere di tè (due la giornata del 19.10.2009) e qualche succo di frutta e che solo a partire dal 21.10.2009 veniva controllato a vista che bevesse per via orale.

La Br. (cfr. udienza del 18.10.2011 pag. 103 e ss. delle trascrizioni) e la Co. (cfr. udienza 28.2.2012 pag. 147 trascrizioni) hanno dichiarato di avere notato l'aumento dell'azotemia, segno di disidratazione, rispettivamente, il pomeriggio del 20.10.2009 e il pomeriggio del 21.10.2009. E, infatti, dalle analisi pervenute nel reparto della struttura protetta il 19.10.2009 alle ore 18.54, relative al prelievo della mattina, è emerso che l'urea (azotemia) aveva un valore di 161 mg/dl, molto più alta dei valori normali e più che raddoppiata rispetto ai valori registrati il 17.10.2009 presso l'Ospedale Fatebenefratelli.

Nonostante tale dato di allarmante disidratazione, dovuta a un insufficiente assunzione di liquidi, il paziente ha avuto diuresi, constatata attraverso lo svuotamento della sacca dell'urina, nella norma, circostanza quest'ultima che dimostra lo squilibrio tra entrate e uscite idriche, che in base ai postulati scientifici sopra esposti pone in pericolo la sopravvivenza a causa dell'eccessiva concentrazione di soluti.

E, infatti, dal momento del ricovero presso la struttura protetta al decesso, il paziente ha prodotto 6.600 cc di urina; dalla documentazione emerge, infatti, che il 18.10.2009 sono state svuotate cc 700 di urina, il 19.10.2009 cc 1600, il 20.10.09 cc 700, il 21.10.2009 cc 1500 e la mattina del decesso cc 700 (anche se non annotati cfr. dichiarazioni Ma.) a cui devono aggiungersi cc 1400 rinvenuti nella vescica al momento dell'autopsia. A tali uscite devono essere sommate quelle per perspiratio,, calcolate dai periti in circa 5 litri (perspiratio cutanea 3 litri e perspiratio polmonare 1,7 litri) e quelle per le feci, non quantificabili, sicché le uscite complessive sono pari, calcolandole in difetto, stante la mancanza del dato delle feci, a circa 12 litri in quattro giorni e mezzo.

Le entrate idriche per bocca (esogene) non possono essere determinate con esattezza, mentre quelle endogene sono pari a 3 litri di acqua.

Per ipotizzare, dunque, che vi fosse l'equilibrio idrico indispensabile alla vita, tra entrate e uscite idriche, sarebbe necessario ritenere che le entrate esogene, ossia l'acqua assunta per via orale da

Cu., fosse di circa 9 litri di liquidi in quattro giorni e mezzo, circostanza quest'ultima smentita dal fatto che, come sopra rilevato, il paziente, nel periodo di degenza, ha mangiato e soprattutto bevuto poco.

Le perdite idriche suddette, che non sono state determinate da una correlativa assunzione di liquidi per via orale, sono, invece, da porsi in relazione con la perdita di liquidi corporei e, quindi, di peso. E, infatti, in base ai postulati scientifici, di cui si è detto, lo squilibrio idrico determina la progressiva concentrazione plasmatica dei soluti, con la conseguenza che, poiché le cellule non sono, per loro natura, capaci di modificare la concentrazione dei soluti, se l'osmolarità, vale a dire la concentrazione di soluti nell'acqua extracellulare, diminuisce, l'acqua entra nelle cellule, se, invece, come è avvenuto nel caso in esame, l'osmolarità aumenta, ossia s'incrementa la concentrazione di soluti per diminuzione dei liquidi, la cellula si restringe e l'acqua esce (dichiarazioni Prof. Ia. udienza del 19.12.12 pag. 12 e ss. trascrizioni), con conseguente perdita di liquidi corporei, "raggrinzimento" delle cellule e alterazione dei processi metabolici vitali.

Quanto precede, trova conferma nell'esito degli esami ematici e delle urine correlati all'equilibrio idro-elettrico: il 30.9.2009 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Vannini l'osmolarità plasmatica, che sta a indicare, coi-ne si è detto, la concentrazione di particelle (elettroliti, urea, creatinina, ecc.) disciolte in una soluzione, è di 299 mOsm/L, mentre il 17.10.2009, questo dato aumenta, salendo a 310 mOsm/L. Il 19.10.2009 l'urea è alta e si manifesta un trend di aumento della creatinina e di emoglobina e; al contrario la glicemia è molto bassa, la diuresi non ha chetoni. Il 21.10.2009 l'urea, la creatinina e la sodemia sono ulteriormente aumentate e l'osmolarità sale a 320 mOsm/L. L'aumento della concentrazione dei sali, dovuto alla diuresi osmotica, innesca, dunque, quel processo di "raggrinzimento" delle cellule che porterà al decesso del paziente.

Non sono condivisibili le critiche avanzate dai consulenti tecnici degli imputati per cui la diagnosi diuresi osmotica non è configurabile nel caso in esame, perché si tratta di fenomeno che richiede complesse analisi per il suo accertamento, che non sono state eseguite.

E, infatti, i consulenti di parte per sostenere l'assenza di diuresi osmotica, sono stati costretti a spiegare la quantità di urina prodotta nella norma, con il fatto, smentito dalle risultanze processuali sopra indicate, che Cu. ha assunto, nel periodo del ricovero presso la struttura protetta, liquidi a sufficienza.

Le evenienze, che confermano l'esattezza della tesi dei periti circa la causa della morte di Cu., consistono non solo nell'estrema magrezza di quest'ultimo, nella perdita di peso, sebbene in misura inferiore rispetto a quella indicata dagli esperti nominati dalla Corte di assise, ma soprattutto nell'esito degli esami del sangue e delle urine del 19.10.2009, che confermano anche la presenza di diuresi osmotica.

Passando all'analisi di detti esami, va, innanzitutto, evidenziato che non sono condivisibili le critiche avanzate dal difensore di D. Ma. Pr. circa l'inesattezza dei dati di riferimento riportati nella tabella 3 a pag. 95 della perizia.

E, invero, le difformità, peraltro di poco conto, tra i valori di riferimento (o valori nella norma) riportati nelle analisi espletate presso l'Ospedale Fatebenefratelli e quelli riportate nella predetta tabella (esempio: il valore di riferimento del sodio, nel primo caso, viene indicato in mEq/L 135-150, mentre nella tabella in mEq/L 135-145) sono spiegabili con le diverse metodologie e i diversi strumenti utilizzati dai diversi laboratori di analisi.

Dall'esito degli esami ematici e delle urine emerge, invece, che si è innestato in St. Cu. quel processo di distruzione di proteine di struttura e di enzimi, che sono indisponibili e indispensabili per la vita.

Prendendo in considerazione la tabella 3 sopra indicata, emerge che prima del 19.10.2009, i valori degli esami ematici si discostano di poco da quelli di riferimento: il sodio, registrato il 17.10.2009 presso l'Ospedale Fatebenefratelli, è pari a 151 mEq/L, più alto di 6 mEq/L rispetto a quello registrato il 30.9/2009 presso il Pronto Soccorso Vannini, pari a 145mEq/L, dato quest'ultimo, peraltro, acquisito nel corso del processo e non conosciuto dagli imputati; l'osmolarità, registrata il 17.10.2009 presso l'Ospedale Fatebenefratelli, è pari a 310, superiore di un punto rispetto a quella

di 299, rilevata il 30.9.2009 presso il Pronto Soccorso Vannini, dato quest'ultimo, come il precedente non conosciuto dagli imputati e che si discosta non in modo rilevante dal valore massimo di riferimento di 300; l'emoglobina e l'ematocrito sono di poco al di sotto dei valori minimi di riferimento, l'azotemia e la creatinina sono, invece nella norma.

I risultati degli esami ematici e delle urine del 19.10.2009, indicano, invece, in modo incontrovertibile che è in atto un esaurimento massivo e progressivo delle scorte grasse e, quindi, un catabolismo proteico. E, infatti, l'azotemia (urea), che indica la distruzione da parte dell'organismo delle proteine, è alta (161 mg/dl rispetto a 77 mg/dl registrato presso il Fatebenefratelli superiore al limite massimo di riferimento di 110 mg/dl); i chetoni, che sono sottoprodotti del metabolismo dei grassi, sono assenti nelle urine; la glicemia è molto bassa (40 mg/dl inferiore al valore minimo di riferimento pari a 60 mg/dl) e la creatinina aumenta, segno quest'ultimo palese di disidratazione. Altra conferma del processo di inanizione in atto è data dai risultati delle analisi del 21.10.2009, dai quali emerge un ulteriore aumento della creatinina, dell'azotemia, della sodemia e dell'osmolarità. Dal 19.10.2009 sono presenti, dunque, un insieme di segni e di sintomi, consistenti nell'estrema magrezza del paziente, nella perdita di peso, nella diuresi osmotica, nell'aumento dell'azotemia, nell'assenza di chetoni nelle urine e nel valore molto basso della glicemia, che trovano coerente spiegazione esclusivamente nella diagnosi di lesività da mancanza di cibo e liquidi.

Ulteriori sintomi della grave malnutrizione, da cui era affetto Cu., sono rinvenibili nella compromissione della termoregolazione e nella bradicardia.

E, infatti, come osservato dai periti, la malnutrizione grave colpisce tutti gli organi e apparati (funzione mentale, muscolare, respiratoria), tra i quali il cuore, che essendo un muscolo, perde massa, con diminuzione della gittata cardiaca, bradicardia e ipotensione, e compromette, con l'inattivazione rapida dell'ormone tiroideo T3, la termoregolazione con ipotermia.

Sotto quest'ultimo profilo va rilevato che Cu. ha lamentato, in varie occasioni, che aveva brividi di freddo.

Vengono in rilievo, in proposito, le dichiarazioni del carabiniere Gi. Co. (cfr. udienza 28.4.2011 pag. 181 e ss. trascrizioni) della Stazione CC Tor Sapienza, dove il paziente ha trascorso la notte successiva all'arresto, ossia quella tra il 15.10. e il 16.10.2009, il quale ha chiamato il 118, al fine di far visitare l'arrestato, che lamentava freddo e mal di testa e che aveva detto di soffrire di epilessia. L'infermiera Gr. Ol. (cfr. testimonianza udienza 4.7.2011 pag. 101 e ss), in servizio il 17.10.2009 presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, ha dichiarato che Cu. lamentava nausea e dolenzia diffusa e aveva brividi di freddo, ma non febbre.

Quanto alla bradicardia, va osservato, sotto il profilo della sintomatologia, che il 17.10.09 il paziente, dopo essere stato trasferito dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli all'Ospedale Pertini, è stato sottoposto a elettrocardiogramma (ECG), dal quale, sebbene fosse incompleto per mancanza delle derivazioni precordiali V I e V6, è risultato un ritmo atriale basso, o giunzionale, alla frequenza di 46 bpm; l'ECG è stato ripetuto pochi minuti dopo ed è risultato ancora incompleto, indicando, però, nuovamente un ritmo atriale basso o giunzionale di 42 bpm.

Va, al riguardo, precisato che l'annotazione, vergata nel diario clinico alla data 21.10.09 (cfr. diario clinico pag. 18 elaborato del consulente tecnico dell'imputata Co., Prof. Na. D. Lu., in cui è stampata una immagine ingrandita dell'annotazione), che nel capo di imputazione, in conformità a quanto sostenuto dai consulenti del p.m., è stato riferito alla frequenza cardiaca, in realtà, riguarda, come correttamente rilevato dal giudice di primo grado (cfr. pag. 141 della sentenza), la temperatura.

Quanto precede è desumibile dal fatto che l'annotazione indica il numero 36,3, ossia un decimale che non può che riferirsi la temperatura.

Ciò premesso, si osserva che la predetta bradicardia atriale/giunzionale, evidenziata dalle ECG, non costituisce, come si è già detto, spia di un disturbo elettrico del cuore, con conseguente non necessità di cure, essendo ben tollerata emodinamicamente dal paziente.

Essa, piuttosto, rappresenta un ulteriore sintomo della grave situazione di malnutrizione da cui era affetto il paziente, come è confermato dal fatto che nei soggetti anoressici nervosi è generalmente

constato un rallentamento del battito cardiaco, cui deve aggiungersi la concomitante assunzione da parte di Cu. di farmaci bradicardizzanti quali CONTRAMAL (sommministrato o per il dolore sacro-coccigeo), il Ga. e il Ri. (necessari per la cura dell'epilessia).

I periti hanno, al riguardo, rappresentato che tale "bradicardia ... può aver contribuito, inserita, come detto, in un substrato clinico favorevole (denutrizione, epilessia, squilibrio idroelettrico, insufficienza renale, , farmaci) allo sviluppo di una morte su base aritmica. In sostanza, la bradicardia può essere stata, come si è avuto modo di osservare, causa ultima del decesso di St. Cu., quale conseguenza, però, della grave malnutrizione, da cui il paziente era affetto.

Passando all'insorgenza e l'evoluzione della "sindrome da inanizione" nel caso in esame, va osservato che, come già detto, essa varia a seconda dell'età del soggetto, del peso di partenza, delle eventuali patologie intercorrenti (Cu. era epilettico, aveva subito lesioni alla testa e in zona sacrale, era tossicodipendente e, in base a quanto da lui riferito aveva il morbo celiaco) e dell'eventuale assunzione di liquidi (cfr. pag. 83 della perizia).

In base ai dati rinvenibili da documentati scioperi della fame con exitus (tre carcerati turchi, dieci militanti dell'IRA , un sarto USA cfr. pag. 99 e 100 della perizia) la perdita di peso letale in caso di sciopero estremo è di circa 21-25 chili pari al 31-41 % del peso iniziale, dati questi ultimi esse si accordano con quelli raccolti in precedenza nell'Ospedale del ghetto di Varsavia, di Krieger e di Knight.

I dati relativi a scioperi della fame non esitati nel decesso, ovvero interrotti prima della irreversibilità (Minnesotaexperiment e otto carcerati brasiliani), indicano, invece, una perdita del 28% del peso ideale.

Si premette che il BMI, ossia il body mass index o indice di massa corporea, inette in relazione, con una semplice formula matematica (peso in chili diviso per il quadrato dell'altezza espressa in metri) l'altezza con il peso del soggetto. Il risultato di tale formula classifica il soggetto in un'area di peso che può essere: normale - sottopeso - sovrappeso - obesità di medio grado - obesità di alto grado.

Il BMI letale in caso di sciopero estremo è compreso tra i 12 e 16 chili/metro quadro.

Ciò premesso e applicando le suddette indicazioni al caso in esame, va osservato che il 2.8.2007 il peso di St. Cu. era 60 chili, non lontano dal peso ideale di 61,3 kg., sicché il BMI era, di 22,01 chili/metro quadro; il 21.11.2007 il peso era di 56 kg. e il BMI era di 20,6 chili/metro quadro.

Il 22.10.2009, al momento del decesso, egli aveva un peso, come si è detto, di circa 39/40 chili, ossia circa di 21 chili inferiore al peso ideale, di 20 chili inferiore al peso registrato ad agosto del 2007 e di 4 chili al di sotto quello, che probabilmente aveva al momento dell'ingresso presso la Casa Circondariale di Regina Coeli (43/44 chili).

Il BMI era, pertanto, di 14,6 chili/metro quadro: si tratta di un valore di malnutrizione grave (Fidanza 1974, Sobotka, 2004; Bistran , 2008), peggiore di quello di soggetti in digiuno non esitato in decesso e dell'ordine di grandezza di quello dei soggetti deceduti per sciopero della fame. Quanto precede conferma l'esattezza delle conclusioni di periti circa le cause della morte di St. Cu..

Quanto all'evoluzione della sindrome, va osservato che, come evidenziato a proposito del dato ponderale di St. Cu., il peso di quest'ultimo, al momento dell'arresto e del suo ingresso presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, era inferiore a quello, tenuto presente dai periti, di 50 chili, essendo quantificabile in circa 43/44 chili. Il BMI, in quel momento, era, quindi, di 16,38 chili/metro quadro e non di 18,4 chili/metro quadro, come considerato dai periti, con la conseguenza che già prima del ricovero presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini Cu. aveva un BMI indice di malnutrizione grave quoad vitam ossia, secondo la letteratura internazionale, al di sotto del "limite più basso accettabile".

E' evidente che l'ulteriore perdita di peso, rispetto al quello registrato il 16.10.2009, determinatasi nel corso della degenza presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, anche se in misura minore (circa 4 chili) rispetto a quella tenuta presente dai periti (circa 10 chili), su un soggetto affetto da patologie e in situazione di stress è stata fatale.

Passando alla condotta degli imputati, va osservato che prima del 19.10.2009, la sintomatologia di St. Cu., costituita sostanzialmente dall'estrema magrezza, mancanza di tessuto adiposo e di

muscolatura, non consentiva di porre la diagnosi di "sindrome da inanizione" posto che i sanitari non conoscevano i dati ponderali del paziente registrati nel 2007 (né il risultato delle analisi eseguite presso l'Ospedale Vannini nel settembre 2009), che i valori delle analisi, eseguite presso l'Ospedale Fatebenefratelli, si discostavano di poco rispetto a quelli normali e che la bradicardia, rilevata al momento dell'ingresso presso l'Ospedale Sandro Pertini, peraltro non approfondita per il rifiuto di Cu. di sottoporsi a ECG, non indicava un disturbo elettrico del cuore, senza contare che il paziente era stato ricoverato per tutt'altra patologia ossia per le lesioni lombo-sacrali.

Il quadro sintomatologico diventa, invece, completo ed evidente con i risultati delle analisi del sangue e delle urine eseguiti il 19.10.2009; da questo momento i sanitari, se avessero letto congiuntamente tutti i dati clinici, avrebbero potuto porre la corretta diagnosi.

Non può, peraltro, disconoscersi, sulla scorta di quanto hanno rappresentato gli stessi i periti, che si tratta di una diagnosi non facile, non rientrando la complessa materia né le normali competenze di un medico; tuttavia, deve ritenersi che gli odierni imputati, che operavano a continuo contatto con pazienti in stato di detenzione, che, attuando spesso "scioperi della fame", presentavano problematiche nutrizionali e metaboliche analoghe a quelle di Cu., avrebbero dovuto, soprattutto alla luce degli accertamenti del 19.10.2009, pervenire alla predetta diagnosi, attivando, quindi, l'intervento di un nutrizionista e/o trasferendo il paziente in un reparto di terapia intensiva.

Va, in proposito, osservato che il dott. D. Ma. Pr. ha visionato per primo, essendo in servizio alle ore 18.54 del 19.10.2009 (cfr. annotazione sul referto delle analisi e dichiarazioni Ma., per cui i prelievi sono stati effettuati la mattina del 19.10.2009, ma gli esiti delle analisi sono pervenuti solo nel tardo pomeriggio perché erano stati trasmessi per errore al reparto di medicina di urgenza), i risultati delle analisi relative ai prelievi effettuati la mattina del 19.10.2009, e, nonostante l'aumento dell'azotemia, del sodio, il trend di aumento della creatinina dell'emoglobina e dell'ematocrito, con conseguente progressiva concentrazione plasmatica dei soluti, e la glicemia molto bassa, riscontrate in un soggetto con magrezza patologica e bradicardia, non ha posto la diagnosi di "sindrome da inanizione" né, conseguentemente, i necessari presidi sanitari per curarla.

L'imputato, per quanto dallo stesso riferito (cfr. udienza del 28.2.2012 pag. 100 e ss), posto che dalla cartella clinica non emerge che abbia praticato alcuna cura dopo la lettura delle analisi (l'ultima annotazione nella cartella clinica relativa al pomeriggio del 19.10.2009 risale alle ore 16.30), nonostante allarmato dai "valori dell'azotemia e della glicemia" (pag. 116 delle trascrizioni dell'esame), ha ritenuto: il primo dato (azotemia) non grave, posto che sia la creatinina che la diuresi erano normali (in realtà la creatinina era aumentata da 0,6 mg/dl registrata presso il P.S. Fatebenefratelli a 0,93), e il secondo dato (glicemia) giustificato dal fatto che il paziente la sera prima aveva digiunato. Si tratta, all'evidenza, di una lettura frammentaria dei sintomi, che non ha consentito di porre la diagnosi corretta.

La dott.ssa D. Ca., in servizio il pomeriggio del giorno successivo (20.9.2009), si è limitata, in base a quanto emerge dal diario clinico, ad annotare il rifiuto del paziente di effettuare l'ECG e la visita. L'imputata, nel corso delle dichiarazioni spontanee (cfr. udienza 7.3.2012 pag. 3), ha, peraltro, dichiarato di avere raccomandato al paziente, stante l'alterazione degli esami del sangue, di bere, avendo quest'ultimo rifiutato la terapia infusionale.

Solo il 21.10.2009 la D. Ca. ha dato atto, nel diario clinico, del rifiuto da parte del paziente alla terapia idratante endovenosa, ma non ha preso nella dovuta considerazione non solo gli esami del 19.10.2009, ma neanche quelli del 21.10.2009, così omettendo di pervenire alla diagnosi di lesività da mancanza di cibo e liquidi.

Lo stesso dicasi per la dott.ssa Br., in servizio nel pomeriggio del 20.10.2009, che presa visione degli esami eseguiti il 19.10.2009, constatato l'aumento dell'azotemia, dell'amilasi e della lipasi, ha proposto al paziente terapia infusionale con soluzione fisiologica, che quest'ultimo ha rifiuto, e ha raccomandato, pertanto, idratazione orale (cfr. cartella clinica).

Il medico, sebbene abbia intuito la situazione di grave disidratazione, in cui versava il paziente, non tenendo in debito conto gli altri sintomi, non è pervenuto alla corretta diagnosi e non ha preso, pertanto, i provvedimenti necessari a salvaguardare la salute del paziente.

La dott.ssa Co., in servizio il pomeriggio del 21.10.2009, si è preoccupata dell'esito degli esami di quel giorno e ha proposto nuovamente una idratazione endovenosa che è stata rifiutata dal paziente, e ha annotato nel diario clinico che Cu. non si alimentava dall'ingresso in reparto, ma che accettava di idratarsi per via orale.

L'imputata, nonostante abbia constatato la gravità della situazione, si è rivolta al dirigente di primo livello dott. Fi., e, insieme a quest'ultimo, hanno deciso di prospettare la situazione al magistrato che aveva disposto la misura cautelare nei confronti di Cu., il quale ben poco avrebbe potuto fare in ordine alla situazione del paziente.

In sostanza, tutti i medici, che hanno curato il Cu. dopo il 19.10.2009, pur avendo a disposizione tutti gli elementi per diagnosticare la sindrome da cui lo stesso era affetto, non ne hanno nemmeno sospettato l'esistenza e non hanno, pertanto, prestato le cure necessarie, individuate dagli esperti nella consulenza di un nutrizionista, che avrebbe potuto valutare la situazione metabolica e il bilancio idrico, e, successivamente, quando alla situazione si è via via aggravata, nel ricovero dello stesso in un reparto di terapia intensiva.

Quanto alle argomentazioni della difesa circa l'insussistenza della colpevolezza degli imputati, state la configurabilità nella fattispecie in esame della "colpa lieve" di cui al decreto c.d. BALDUZZI, questa Corte condivide le considerazioni del primo giudice.

Va premesso, al riguardo, che l'invocata innovazione legislativa esonera da responsabilità il terapeuta, in caso di colpa lieve, quando egli si sia attenuto ad accreditate linee guida o ad affidabili pratiche terapeutiche.

Ciò accade qualora il professionista si orienti correttamente in ambito diagnostico o terapeutico, si affidi cioè alle strategie suggeritegli dal sapere scientifico consolidato, inquadrando correttamente il caso nelle sue linee generali, e tuttavia, nel concreto trattamento, commetta qualche errore pertinente proprio all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze ed alle peculiarità che gli si prospettano nello specifico caso clinico. In tale ipotesi la condotta sarà soggettivamente rimproverabile, in ambito penale, solo quando l'errore sia non lieve.

La "colpa lieve", viene anche in rilievo qualora, sebbene in relazione alla patologia trattata le linee guida indichino una determinata strategia, le peculiarità dello specifico caso suggeriscano addirittura di discostarsi radicalmente dallo standard, cioè di disattendere la linea d'azione ordinaria. Una tale eventualità può essere agevolmente ipotizzata, ad esempio, in un caso in cui la presenza di patologie concorrenti imponga di tenere in conto anche i rischi connessi alle altre affezioni e di intraprendere, quindi, decisioni anche radicalmente eccentriche rispetto alla prassi ordinaria.

In sostanza, nella logica della novella il professionista, che inquadri correttamente il caso nelle sue linee generali con riguardo ad una patologia, e che, tuttavia, non persegua correttamente l'adeguamento delle direttive allo specifico contesto, o non scorga la necessità di disattendere del tutto le istruzioni usuali per perseguire una diversa strategia che governi efficacemente i rischi connessi al quadro d'insieme, sarà censurabile, in ambito penale, solo quando l'acritica applicazione della strategia ordinaria riveli un errore non lieve (cfr. tra le altre Sez. 4, Sentenza n. 47289 del 2014).

Da quanto precede emerge che l'applicazione della normativa suddetta presuppone che il medico si sia orientato correttamente in ambito diagnostico o terapeutico e che abbia inquadrato correttamente il caso nelle sue linee generali.

Ciò non è avvenuto nella fattispecie in esame poiché, per i motivi che si sono esposti, gli imputati hanno, colposamente, ommesso di diagnosticare la sindrome da inanizione, da cui il paziente era affetto, di inquadrare il caso nelle sue linee generali e, conseguentemente, di attuare i presidi terapeutici necessari.

Non è condivisibile, poi, il rilievo difensivo, per cui sarebbe configurabile nel caso in esame il principio di affidamento, dovendosi condividere le considerazioni espresse sul punto dal primo giudice.

E, infatti, in base alla giurisprudenza della Corte di Cassazione, in tema di colpa professionale ogni sanitario è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche

mansioni svolte, all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico, senza che possa invocarsi il principio di affidamento da parte dell'agente che non abbia osservato una regola precauzionale su cui si innesti l'altrui condotta colposa, poiché la sua responsabilità persiste in base al principio di equivalenza delle cause (Sez. 4, Sentenza n. 30991 del 06/02/2015 Ud. (dep. 16/0712015) Rv. 264315).

Nel caso in esame, come si è osservato a proposito della posizione dei singoli medici, ciascun terapeuta, a partire dal 19.10.2009, giorno in cui le analisi del sangue e delle urine, come si è detto, indicavano che la sindrome da inanizione era in atto, ha colposamente omesso di valutare in modo complessivo la sintomatologia al fine di pervenire alla corretta diagnosi e di somministrare le cure' appropriate.

Una volta appurato che la causa della morte di St. Cu. è rinvenibile nella "sindrome da inanizione " e accertato che i medici hanno colposamente omesso, a partire dal 19.10.2009, di porre la corretta diagnosi e attivare gli idonei strumenti terapeutici (consulenza di un nutrizionista e ricovero del paziente in un reparto di terapia), ci si deve chiedere se sussiste il collegamento eziologico tra la condotta omessa e l'evento mortale.

Va, al riguardo, osservato che questa Corte non condivide le critiche avanzate negli atti di appello dagli imputati, per cui, essendo Cu. un paziente di difficile gestione e che aveva, in varie occasioni, rifiutato le visite, le cure e gli esami propostigli, se i medici, ove diagnosticata la sindrome da inanizione, gli avessero proposto le terapie idonee a salvargli la vita, egli non avrebbe, verosimilmente, prestato il consenso e non sarebbe, quindi, stato possibile evitare il suo decesso. Come osservato dal primo giudice (cfr. da pag. 142 a 144), il consenso al trattamento sanitario, che trova fondamento nell'art. 32 della Costituzione, richiede una corretta, completa e analitica informazione da parte del medico e così specularmente la efficacia del dissenso presuppone una idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e sulle eventuali alternative diagnostico terapeutiche.

La Corte di Cassazione ha, infatti, affermato il principio (cfr. C. Cass. Sez. 4 ud 17.1.2014 sentenza n. 100/2014) per cui "in tema di colpa medica, il rifiuto di cure mediche consiste nel consapevole e volontario comportamento del paziente, il quale manifesti in forma espressa, senza possibilità di fraintendimenti, la deliberata e informata scelta di sottrarsi al trattamento medico. Consapevolezza che può ritenersi sussistente solo ove le sue condizioni di salute gli siano state rappresentate per quel che effettivamente sono, quantomeno sotto il profilo della loro gravità ".

Nel caso in esame non vi è stata, al contrario, tale rappresentazione posto che gli stessi medici hanno omesso di diagnosticare la sindrome e non si sono resi conto delle gravi condizioni in cui versava il paziente.

D'altra parte, l'unico rifiuto documentato e regolai-mente sottoscritto -di St. Cu. è quello del 21.10.2009, come emerge dal diario clinico, in cui la dott.ssa Co. da atto che "si propone al paziente reidratazione endovenosa, ma il paziente rifiuta perché vuole parlare prima con il suo avvocato e con l'assistente della comunità CEIS di Roma. Lo stesso rifiuta anche di alimentarsi, come sta facendo fin dall'ingresso, per lo stesso motivo. Per lo stesso motivo rifiuta anche di effettuare ecografia all'addome". E' facile constatare che non vi è traccia di una corretta informazione sul trattamento terapeutico, cui era condizionata la sopravvivenza di Cu..

Destano, peraltro, perplessità le dichiarazioni rese al riguardo dalla dott.ssa Br. (cfr. udienza del 28.2.2009 pag. 48), in base alle quali il paziente era stato correttamente informato dei rischi cui andava incontro con il rifiuto di terapia idrante per endovena e del suo rifiuto di praticare detta terapia, e, tuttavia, l'informazione e il relativo rifiuto non erano stati annotati nel diario clinico in quanto detta annotazione rappresenterebbe "la formuletta che si usa quando si pratica - no?- la medicina difensiva".

A prescindere dall'originalità della definizione di medicina difensiva data dalla dott.ssa Br., non può sottacersi che la funzione del diario clinico non è certo quella di agevolare tale tipo di pratica sanitaria, esso, piuttosto, rappresenta il mezzo per fornire ai medici, che si susseguono nella cura della persona ricoverata in ospedale, tutti i dati aggiornati sull'evoluzione della sua malattia, in

rapporto non solo alle cure prescritte, ma anche al profilo della persona, ivi compresi eventuali rifiuti di terapie, che devono indurre i medici, nel quadro dell'alleanza terapeutica che li tiene uniti al paziente, nella ricerca di ciò che è bene, rispettando i percorsi culturali di ciascuno, ad adottare una strategia della persuasione, essendo il compito del sanitario anche quello di offrire la massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e sofferenza.

Passando, dunque alla sussistenza del nesso causale va evidenziato che gli esperti nominati dalla Corte di assise hanno ritenuto che i parametri ponderali registrati nel pomeriggio del 16.10.2009 presso la Casa Circondariale di Regina Coelí, considerati in relazione alla diagnosi di morbo celiaco, e gli esami eseguiti nel pomeriggio del 17.10.2009 presso l'Ospedale Fatebenefratelli indicavano già un importante stato di malnutrizione, che andava adeguatamente monitorato con adeguati accertamenti ed esami.

Va osservato, in proposito, che tale giudizio espresso dai periti non tiene conto dei dati fattuali emersi nel corso dall'istruttoria dibattimentale ossia che il peso di St. Cu., al momento dell'ingresso presso la casa Circondariale di Regina Coeli, non è individuabile, per i motivi sopra indicati, in quello di 50 chili, con la conseguenza che non è verificato quel calo ponderale, la cui sottovalutazione viene rimproverata agli imputati, e che la diagnosi di morbo celiaco è soltanto stata riferita dal paziente, mentre i prossimi congiunti di quest'ultimo hanno dichiarato che il congiunto non lo aveva e che spesso drammatizzava le sue condizioni di salute.

Da quanto precede discende, che gli imputati si sono trovati, in realtà, dinanzi a una persona, certamente molto magra, ma che non aveva subito il calo ponderale di più di 10 chili e le cui analisi, come si è sopra detto, non mostravano, un'importante alterazione dei valori, tenuto anche conto che i sanitari non conoscevano il dato ponderale registrato presso la ASL nel 2007 e non avevano a disposizione gli esami effettuati il 30.9.2009 presso il Pronto Soccorso del Vannini. Il raffronto tra gli esiti delle analisi eseguite il 16 e il 17.10.2009 presso l'Ospedale Fatebenefratelli e quelle eseguite il 18.10.2009 presso l'Ospedale Sandro Pertini (cfr. pag. 95 della perizia) indicano un valore del sodio, dell'osmolarità di poco superiori a limite massimo e il valore dell'emoglobina e dell'ematocrito di poco inferiori al parametro di riferimento, elementi insufficienti a porre la già difficile diagnosi di "sindrome da inanizione".

Sono, invece, gli esami del 19.10.2009, come si è detto, che rapportati a quelli del 16 e 17.10.2009, indicano la grave situazione di malnutrizione del paziente (costante aumento dell'emoglobina e dell'ematocrito - indice di concentrazione da deidratazione; aumento degli esami di funzionalità epatica, compatibili con una malnutrizione e con la concentrazione plasmatica; valore della glicemia di 40 mg/dl, indice di digiuno; l'azotemia e creatinina in aumento; il peso specifico urinario (1028) superiore ai limiti massimi; l'assenza di chetoni nelle urine, sintomo che il corpo ha scarse o nulle riserve di grassi) ed è, pertanto, a partire da questo momento che i sanitari avrebbero dovuto sospettare che Cu. era affetto da inanizione e attivare, quindi, la consulenza di un nutrizionista per eseguire gli accertamenti metabolici e quelli del BPM necessari a porre la corretta diagnosi.

Ciò premesso, va osservato che il cosiddetto giudizio controfattuale deve essere basato su quelle che erano le condizioni fisiche del paziente il pomeriggio (ore 18.54) del 19.10.2009, quando i sanitari (in particolare D. Ma. Pe.) sono venuti a conoscenza degli esiti delle analisi relative al prelievo della mattina.

E, allora, ci si deve chiedere se ipotizzando che gli imputati il 19.10.2009 alle ore 18.54 avessero diagnosticato la sindrome da inanizione e avessero, di conseguenza, consultato un nutrizionista e ricoverato Cu. in un reparto di terapia intensiva per alimentarlo e idratarlo, alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, fondato, oltre che su un ragionamento di deduzione logica basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto, il suo decesso non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore.

In proposito, i periti hanno affermato che "l'allarme rosso era in atto con gli esami del 19.10.2009 e che, da questo momento Cu., per avere un trattamento appropriato, doveva essere trasferito in una

struttura di terapia intensiva. Un trasferimento e un trattamento immediato avrebbero probabilmente ancora consentito di recuperare il paziente. E' intuibile che se il trasferimento del paziente fosse stato rimandato le di lui possibilità di sopravvivenza si sarebbero proporzionalmente e progressivamente ridotte, fino a raggiungere livelli molto bassi in data 20.10.2009 ed a annullarsi in data 21.10.2009. Si è consapevoli che questo è un giudizio approssimativo, ma è impossibile esprimersi diversamente, in quanto, nell'assenza di precisi riferimenti bibliografici, il giudizio è tratto dalla esperienza clinica personale di uno di noi (Ia.).

Premesso che gli imputati Co., D. Ca., Fi. e Br. sono venuti a conoscenza del risultato delle analisi solo a partire dal 20.10.2009, quando, in base a quanto sostenuto dagli stessi periti la situazione era ormai definitivamente compromessa, va osservato, quanto alla posizione del D. Ma. Pr., che come più volte detto, è venuto a conoscenza degli esiti degli esami il 19.10.2009, che il giudizio controfattuale espresso dai periti, in proposito, tradisce l'approssimazione del coefficiente di probabilità statistica mancando una casistica di momento sul punto, visto che gli stessi periti riferiscono di essersi basati esclusivamente sull'esperienza di un membro del collegio peritale. A ciò deve aggiungersi che i risultati delle analisi del 19.10.2009, come emerso dall'istruttoria dibattimentale, sono pervenuti, a causa di un disguido, nel reparto, in cui era ricoverato il paziente, soltanto alle ore 18.54 del 19.10.2009 e che il 20.10.2009, secondo i periti, le possibilità di sopravvivenza di St. Cu., anche se trasferito in un reparto di terapia intensiva erano molto basse, con la conseguenza che non può ritenersi che vi fosse un "alta probabilità logica", che in quelle poche ore si sarebbe salvata la vita del paziente o ridotto l'intensità lesiva della patologia. Ma vi è di più.

Da quanto detto a proposito del peso di Cu., emerge che già prima del suo ingresso presso la struttura protetta, il suo BMI era di 14,6 chili metro/quadro, ossia di poco superiore a quello di 13 chilometro quadro indicato dai periti come letale e significativamente inferiore a quello di 18,5 chili/metro quadro considerato il limite minimo accettabile (cfr. pag. 100 della perizia).

Appare, allora, logicamente poco probabile che Cu. si sarebbe salvato se i sanitari avesse posto in essere la condotta omessa il 19.10.2009 alle ore 18.54 visto che le sue condizioni erano ben peggiori di quelle ipotizzate dai periti, che hanno, peraltro, espresso, come sopra rilevato, un giudizio approssimativo.

In realtà, la malnutrizione di Cu. era, a stare ai parametri indicati dai periti, in stato di avanzato rischio quoad vitam già a settembre 2009, come riconosciuto dal Prof. Ia., e, a maggior ragione il 19.10.2009, sicché non vi è un'elevata probabilità logica che eventuali presidi terapeutici posti in essere in tale data, peraltro nel tardo pomeriggio, avrebbero potuto salvare la vita del paziente o ridurre la lesività della malattia.

Né può ritenersi, come adombrato dai periti, che le condizioni più gravi di Cu., avendo al momento dell'ingresso presso il carcere di Regina Coeli un peso molto inferiore a quello ivi registrato, incidano negativamente sulla posizione processuale degli imputati, che avrebbero dovuto, a maggior ragione, rendersi conto della malattia da cui il paziente era affetto, in quanto, come già evidenziato, l'estrema magrezza del Cu. a fronte di analisi che, fino al 19.10.2009, non evidenziavano discostamenti rilevanti dai valori normali e del fatto che il ricovero era stato determinato da tutt'altra malattia, non era di per sé sufficiente a porre la corretta diagnosi.

Alla stregua di quanto precede la sentenza della III Corte di assise di Roma deve essere riformata, dovendo gli odierni imputati essere assolti dal reato di omicidio colposo ai danni di St. Cu. perché il fatto non sussiste, non essendo stato dimostrato che se i predetti avessero posto

in essere la condotta omessa (diagnosi e terapia della sindrome da inanizione), allorquando la sintomatologia era indicativa della malattia (19.10.2009), da cui il paziente era affetto, avrebbero potuto, alla stregua di un giudizio di elevata probabilità logica, salvare la vita del paziente o ridurre la lesività della malattia.

All'assoluzione degli imputati consegue la revoca delle disposizioni civilistiche emesse con la sentenza di primo grado.

La complessità del processo e il carico di lavoro dell'ufficio hanno giustificato la fissazione di un

termine di novanta giorni per il deposito della motivazione.

PQM

Visti gli artt. 605, 627 c.p.p.

Giudicando in sede di rinvio dalla Corte di Cassazione, in riforma della sentenza della terza Corte di assise di Roma in data 5 giugno 2013, appellata dal Procuratore della Repubblica, dal Procuratore Generale, da Fi. Al., da D. Ma. Pr. Lu., da D. Ca. Si., da Co. St. e da Br. Fl., assolve il Fi., il D. Ma. Pr., la D. Ca., la Co. e la Br. dal reato di omicidio colposo in danno di Cu. St. poiché il fatto non sussiste e, per l'effetto, revoca le statuizioni civili della sentenza di primo grado nei loro confronti. Fissa in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione.

Roma, 18 luglio 2016

Depositata in cancelleria il 06/10/2016.