

Omicidio, responsabilità dello psichiatra per il comportamento del paziente

Tribunale Bologna, sez. III penale, sentenza 04.04.2007

È responsabile per omicidio colposo il medico psichiatra che non somministra la corretta terapia al proprio paziente, laddove quest'ultimo, proprio a causa dell'errata somministrazione, compia un omicidio.

Tribunale di Bologna - Sezione III Penale

Sentenza 4 aprile 2007

REPUBBLICA ITALIANA, IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

...omissis.....

Del delitto di cui agli artt. 40 co. 2^a, 41 e 589 c.p. perché, per colpa consistente in negligenza, imprudenza, imperizia e violazione di norme e regole della medicina psichiatrica, con autonome condotte colpose, rivestendo tutti nelle rispettive qualità (XX medico psichiatra che aveva in cura G. M., L. M. coordinatrice della Comunità X., A.P. responsabile medico del Dipartimento di Salute Mentale per la struttura ed A. C. medico psichiatra, A. G. assistente sociale referente istituzionale del Dipartimento di Salute Mentale – giudicate separatamente) posizioni c.d. di “garanzia” relativamente alla terapia ed alla custodia di G. M., paziente psicotico affidato alle loro cure, cagionavano il decesso (evento che avevano l'obbligo giuridico di impedire) di C. A., educatore presso la struttura residenziale psichiatrica convenzionata “Comunità X. “, il quale mentre saliva in camera per portare i farmaci al G. M. veniva attinto da colpi di coltello ad opera dello stesso G. M., soggetto riconosciuto anche in precedenza totalmente incapace di intendere e di volere per vizio di mente e socialmente pericoloso, riportando ferite letali;

in particolare:

tutti omettendo di valutare adeguatamente i sintomi di aggressività, anche specifica nei confronti di C., manifestati da G. M. nel periodo immediatamente precedente il delitto ed i deliri di veneficio; inoltre,

XX riducendo la terapia farmacologica neurolettica da somministrarsi al paziente così da renderla inidonea a contenerne la pericolosità sociale, ed omettendo altresì di richiedere tempestivamente un T.S.O. per il paziente; Laura M. omettendo di valutare adeguatamente i segnali di grave allarme riferiti all'interno della comunità dal personale e relativi alla situazione del G. M. e non adottando in tal modo i necessari provvedimenti a tutela del C., avvisando gli operatori del Centro di Salute Mentale; A. P. ed A. C. omettendo di registrare le necessarie note cliniche sulla cartella ambulatoriale del G. M. negli anni antecedenti il delitto, ed omettendo altresì di segnalare come il passaggio di terapeuta della dr.ssa A. P. alla dr.ssa A. C. e da quest'ultima al dr. XX fosse avvenuto a causa della difficoltà riscontrata dai primi due psichiatri nello stabilire una relazione terapeutica col paziente; omettevano poi di redigere il piano individuale di trattamento per G. M. che era previsto nelle procedure del DSM e di verificare che il progetto terapeutico fosse formulato e verificato con la necessaria frequenza; A. G., omettendo di vigilare affinché la frequenza e la qualità delle comunicazioni tra gli operatori di “X.” e quelli del CSM fosse tale da garantire ai pazienti un'assistenza adeguata.

In Imola, il 24.5.2000.

avverso la sentenza emessa dal G.U.P. di Bologna in data 25/11/2005 che ha pronunciato il seguente dispositivo:

Visti gli artt. di legge in epigrafe, 62 bis c.p., 442, 533 e 535 dichiara XX colpevole del reato ascrittogli in rubrica e, concessegli le circostanze attenuanti generiche, applicata la diminuzione per il rito, lo condanna alla pena di mesi quattro di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali. Visti gli artt. 163 e ss. c.p., ordina che l'esecuzione della pena come sopra inflitta rimanga sospesa nei confronti del predetto XX per anni cinque alle condizioni di legge.

Visti gli artt. 538 e ss. C.p.p., condanna XX al risarcimento dei danni in favore delle parti civili costituite I. B., M. B. e (omissis) [rectius: figlio di C. A. e M. B. N.d.R.], da liquidarsi in separato giudizio innanzi al competente giudice civile.

Condanna il predetto XX al pagamento, a titolo di provvisionale immediatamente esecutiva, della somma di euro 50.000,00 a favore di I. B. e (omissis) [rectius: figlio di C. A. e M. B. N.d.R.] e di euro 20.000,00 a favore di M. B..

Condanna altresì il medesimo alla rifusione delle spese processuali sostenute dalle stesse parti civili, che liquida in complessivi euro 4.640,00 (escluse le spese in quanto non documentate), oltre a IVA e CPA, come per legge, a favore di I. B., e euro 4.720,00, oltre a IVA e CPA, a favore di M. B. e (omissis) [rectius: figlio di C. A. e M. B. N.d.R.].

CONCLUSIONI P.G.: conferma sentenza

CONCLUSIONI DIFENSORI DELLE PARTI CIVILI: Avv. Massimo Jasonni e Avv. Domenico Morace: Conferma della sentenza di condanna penale con condanna al risarcimento dei danni delle spese delle parti civili

CONCLUSIONI DIFENSORE DELL'IMPUTATO: Avv.to Magnesi: Riforma sentenza di primo grado - Produce brevi note d'udienza.

Avv.to Giampaolo – chiede si tenga conto del parere pro veritate a firma del Prof. V., non come tale, ma come memoria difensiva sottoscritta dagli avvocati difensori dell'imputato, così come è stata depositata. Insiste per l'assoluzione con la formula che la Corte riterrà a giustizia.

Svolgimento del processo

Con sentenza del GUP del Tribunale di Bologna in data 25.11.2005 XX è stato condannato alla pena, sospesa, di mesi quattro di reclusione per il reato di omicidio colposo (artt. 40/2, 41 e 589 c.p.) in danno di C. A., commesso in Imola il 24.5.2000, oltre che al risarcimento del danno, da liquidarsi in separato giudizio civile, e a provvisionale immediatamente esecutiva in favore delle parti civili costituite.

In particolare, il XX era imputato, insieme alla coordinatrice della Comunità X. e ad altri operatori sanitari della struttura, le cui posizioni sono state separate, di avere concorso, nella sua qualità di medico psichiatra che aveva in cura G. M., paziente psicotico, per colpa generica e specifica, consistita questa nella violazione delle norme e regole della medicina psichiatrica, nella causazione della morte di C. A., educatore della comunità (evento che aveva l'obbligo giuridico di impedire), il quale, mentre saliva nella camera per portare i farmaci al G. M., veniva da questi attinto con colpi di coltello, con conseguente suo decesso: il XX aveva ommesso di valutare adeguatamente i sintomi di aggressività anche specifica nei confronti del C., con deliri di veneficio, riducendo la terapia farmacologica neurolettica così da renderla inidonea a contenerne la pericolosità e omettendo altresì di richiedere tempestivamente un T.S.O. (trattamento, sanitario obbligatorio).

La prima udienza del 19.9.2006 è stata differita per l'adesione dei difensori ad astensione dalle udienze proclamata dall'Avvocatura.

All'udienza odierna, presente l'imputato, dopo che la Corte ha respinto, con ordinanza allegata al verbale, la richiesta dei difensori dell'imputato di acquisire una consulenza tecnica psichiatrica espletata in causa civile e ha dichiarato non utilizzabile un parere pro veritate di uno psichiatra depositato con nota del 20.12.2006, il Consigliere delegato ha tenuto la prescritta relazione, all'esito della quale il Procuratore generale, i difensori delle parti civili costituite (il difensore di M. B. e (omissis) [rectius: figlio di C. A. e M. B. N.d.R.] ha prodotto una memoria) e i difensori dell'imputato hanno concluso come indicato in epigrafe, con deposito da parte di questi ultimi di note d'udienza.

Preliminarmente, i difensori dell'imputato avevano formulato alle parti civili, limitandosi queste a prenderne atto, offerta di un risarcimento di 270.000 euro, oltre alle spese legali già liquidate e alla rivalsa INAIL, peraltro in adempimento di sentenza penale di condanna, non definitiva, pronunciata dalla Sezione di Imola del Tribunale di Bologna nei confronti di L. M., coordinatrice della comunità X..

Motivi della decisione

Il primo giudice ha in primo luogo ricostruito il fatto utilizzando le indagini di polizia.

Il 24.5.2000 la polizia di Stato di Imola intervenne nella comunità X., ove era stata segnalata l'aggressione di un inserviente da parte di un paziente. Gli agenti constatarono che G. M., affetto da schizofrenia paranoide cronica, aveva accoltellato, attingendolo nella regione sottoclaveare sinistra, l'operatore C. A., mediante un coltello da cucina con lama di 22 cm..

I dipendenti della struttura evidenziarono il peggioramento dello stato di mente del G. M..

D. lo mette in relazione con la modifica del trattamento farmacologico.

La coordinatrice L. M. riferisce i contatti col dott. XX, che aveva diminuito il dosaggio delle iniezioni. Il 15 maggio informa il medico del peggioramento, poi gli chiede di anticipare la visita prevista per il 23, che fu in effetti eseguita il 18. Il medico ripristinò l'iniezione, che fu fatta il 19 dalla dottoressa Y., medico di base. Il 22 informa il medico che il paziente non assume le gocce e questi le riferisce che vuole ripristinare le compresse di Clopixon.

L'imputato dichiara alla polizia giudiziaria di seguire il G. M. dal novembre del 1999. Ogni tre settimane gli faceva l'iniezione, ma, su richiesta del paziente e per non aggravare i problemi parkinsoniani che presentava, decide di diminuire la dose dell'antipsicotico, invitando però gli operatori all'attenzione. Sui contatti con la L. M., dà una versione sostanzialmente corrispondente a quella della coordinatrice. Il 23 maggio la L. M. gli riferì comportamenti deliranti, lui le disse di introdurre nella terapia il Clopixon.

La dottoressa A.P. informò la dottoressa A. C. e il dott. XX che l'ex primario dott. Vinci aveva a suo tempo raccomandato di non diminuire la terapia somministrata al G. M..

L'assistente F. ha riferito che, a seguito del decesso di due ricoverate, il paziente rifiutava di nutrirsi e di assumere la terapia orale.

La donna delle pulizie G. afferma che il G. M. le disse che lì si moriva.

Olivieri, donna legata al C.: questi le disse di avere subito minacce di morte da parte del G. M., anche con un coltello.

Nel procedimento penale concernente l'omicidio volontario, il consulente tecnico del P.M., prof. A., che eseguì una perizia psichiatrica sul G. M., ha affermato che il medesimo era affetto da schizofrenia paranoide, che lo rendeva incapace di intendere e di volere e socialmente pericoloso, presentando un quadro clinico con frequenti manifestazioni di violenza e aggressività. Dal maggio del 1984 assumeva antipsicotici depot.

Il primo giudice cerca poi di ricostruire la condotta di vita del G. M., che dal 1995 si trovava nella comunità X., sulla base della documentazione ivi esistente (cartella clinica, diario degli operatori e verbali delle riunioni).

Dalla documentazione emerge una aggressività mai sedata fino in fondo. Nella cartella clinica non vi sono però annotazioni fino al marzo del 1999.

Il primo intervento documentato del dottor XX risale all'1.10.1999.

Il 22 novembre annota che il quadro psicopatologico resta invariato, ma non presenta più significativi episodi di recrudescenza.

Il 16.3.2000 il dott. XX riduce alla metà la dose di Moditen.

Il 7 aprile viene iniettata l'ultima fiala, prima di quella del 19 maggio.

Il 24 aprile il dott. XX annota che il calo non ha avuto effetto negativo e decide di provare a sospendere.

I principali episodi di scompenso psicotico emergenti dalla documentazione della comunità sono i seguenti:

- il 2 ottobre 1999, a seguito di un diverbio con altro ricoverato, nasconde un coltello fra le gambe, "per difendersi" all'occorrenza;
- il 22.1.00 tenta per due volte di toccare e baciare un'operatrice;
- il 18 febbraio afferma di sentirsi contaminato dal cibo;
- il 3 e l'11 aprile lamenta la sparizione del denaro dal suo conto in banca, senza ascoltare le spiegazioni fornitegli;
- l'11, il 12 e il 15 maggio teme di essere avvelenato;
- il 14 dimostra preoccupazione;
- il 15 si mostra arrabbiato e non dorme;
- il 16 si lamenta del dott. XX ed è sospettato di buttar via le gocce;
- il 17 dice che il suo medico è morto;

- il 18 (visita anticipata del dott. XX) il medico annota che da alcuni giorni non si alimenta, temendo venefici, nega ogni problema ed è aggressivo; occorre utilizzare il medico di base per fargli assumere il depot, che non va più tolto non essendo affidabile l'assunzione della terapia orale;
- il 19 gli viene comunicata la morte di due ospiti e afferma che stanno morendo tutti, che hanno ammazzato le sue donne; la dottoressa Y. riesce a fargli accettare la puntura,
- benché ripeta di temere per la sua vita, accusando un operatore di avere ucciso Deanna e che lui invece vuole vivere
- il 21 e il 22 prima rifiuta la terapia, poi prende le gocce, minacciando di morte l'operatrice;
- il 22 orina contro una porta, rifiuta la terapia e minaccia di morte un'operatrice;
- il 23, al C. che gli ha portato la terapia orale, chiede di lasciarlo vivere, afferra una "padella" e lo colpisce.

Risultano anche ulteriori annotazioni sul fatto che lamentava che le sue donne (le due pazienti decedute) erano state ammazzate. Nel verbale della riunione degli operatori del 23 maggio si annota che i segnali di scompensamento sono arrivati prima del decesso delle due donne e sono cresciuti di intensità e di numero.

Lo stesso giorno il dott. XX annota che il G. M. ha assunto l'iniezione e che ha introdotto il Ciopixol, permanendo gli aspetti persecutori, non essendo certa la regolare assunzione di Entumin.

Oltre al prof. A., gli specialisti che in primo grado si sono occupati del caso sono stati: I. e S., consulenti tecnici del P.M., i quali, fra l'altro, hanno rilevato la sussistenza di gravi inadempienze del personale in relazione alla custodia dei coltelli, l'inadeguatezza della terapia disposta dal dott. XX anche in relazione alle minacce di morte che il paziente formulava; i periti nominati dal GUP, T. e A.; i consulenti tecnici della difesa dell'imputato, B. C. e B.; il consulente tecnico delle parti civili, Borghesi.

I consulenti del P.M. hanno evidenziato che la motivazione della decisione di modificare il trattamento farmacologico non era fondata, sia perché l'imputato aveva una sommaria conoscenza del caso clinico sia perché la relazione col paziente non era stata ancora stabilita, mentre le patologie organiche di cui soffriva il G. M. erano non gravi e stabilizzate; le richieste del paziente di diminuire la terapia non dovevano essere prese in considerazione, poiché egli era inconsapevole della malattia.

Dei rilievi dei consulenti tecnici della difesa dell'imputato si dirà più avanti.

I periti del giudice affermano: i pazienti schizofrenici multiepisodici dovrebbero essere in remissione da almeno cinque anni prima di discutere l'interruzione del trattamento antipsicotico; la riduzione di dose non dovrebbe essere superiore al 20% di quella precedente e vi dovrebbe essere un intervallo fra i tre e i sei mesi fra le riduzioni; il paziente era da sempre particolarmente difficile e molto problematico da gestire, data la sua scarsa accettazione della terapia, le sue cariche aggressive, la sua scarsa tolleranza delle frustrazioni; al momento della modifica della terapia non era un soggetto in remissione sintomatologica, ma un paziente ad alto rischio di scompensamento, con persistenza di forti componenti di aggressività e sintomi positivi;

l'imputato avrebbe dovuto allungare i tempi di somministrazione del depot, portando gradualmente gli intervalli da tre a sei settimane; se si decide l'interruzione di un trattamento antipsicotico, dovrebbero essere prese precauzioni, quali una graduale riduzione per parecchi mesi, una maggiore frequenza delle visite, strategie di intervento precoce sensibilizzando il paziente e la famiglia; la scelta di reintrodurre il Moditen a scompenso conclamato non è stata corretta, poiché la sintomatologia era ormai fuori controllo, si sarebbe dovuto somministrare un farmaco più incisivo e a maggiore velocità di azione; sussiste un legame causale fra la modificazione della terapia e la riacutizzazione della patologia schizofrenica, con comparsa di scompenso acuto, e vi è un nesso, quanto meno di concausalità, fra tale scompenso e l'aggressione in danno dell'operatore.

Il primo giudice ha ritenuto di avere individuato i seguenti profili di colpa nei confronti dell'attuale appellante:

- la modifica della terapia farmacologica, prima riducendo e poi sospendendo la somministrazione del farmaco depot in assenza di una adeguata anamnesi e senza una adeguata valutazione della situazione di recrudescenza dei sintomi di aggressività, senza coordinarsi con gli operatori della comunità;
- la non commisurazione della qualità e quantità delle visite alla reale necessità e cogenza della situazione, e non avere accompagnato la riduzione della terapia con misure di supporto;
- nel non avere richiesto il TSO al momento della evidenza dello scompenso psichico.

In base alle risultanze della perizia d'ufficio, il giudice ha ritenuto che fosse per il medico prevedibile l'evento morte del C..

Quanto al nesso di causalità, ha ritenuto che questo fosse all'evidenza sussistente in relazione al mancato ricovero del paziente in regime di TSO.

Quanto agli altri profili di colpa, ha aderito alle conclusioni dei periti d'ufficio, secondo cui la modifica del trattamento farmacologico comportò la recrudescenza della patologia che ha poi portato al tragico atto.

Né costituirebbe elemento rilevante il fatto che il 20% dei pazienti psicotici ha ricadute anche ricevendo iniezioni depot, poiché la modificazione del trattamento farmacologico ha certamente agevolato le condizioni del manifestarsi dello scompenso.

Né avrebbe rilievo il fatto che, ricoverato dopo l'omicidio in ospedali psichiatrici giudiziari e sottoposto a dosi massicce di farmaci depot, il G. M. abbia manifestato aggressività, in quanto egli era stato traumatizzato sia dall'omicidio commesso che dall'ambiente paracarcerario.

I difensori dell'imputato, nell'atto di appello, dopo avere riportato la concezione di un autore in materia di colpa professionale del medico (art. 40 c.p., nesso di causalità, colpa), esaminano anche l'istituto della colpa generica nelle sue tre componenti, sostengono:

- il giudice ha errato quando ha ritenuto che: spetta allo psichiatra il controllo dei sintomi e dei comportamenti del paziente; la farmacoterapia è lo strumento per controllare il paziente; i comportamenti del malato di mente sono sempre manifestazione della malattia ed egli per definizione non risponde di alcuna sua azione; delle sue azioni risponde lo psichiatra, che può controllarlo, rivestendo quindi posizione di garanzia;

- i periti e il C.T. del P.M. hanno errato quando hanno ritenuto di aderire, influenzati dalla consulenza Ariani, al modello di malato mentale riduzionistico biologico, correlando il delirio alla modifica del trattamento farmacologico e non agli eventi della comunità;
- non risultava la pericolosità sociale del G. M., avuto riguardo ai suoi lievi precedenti penali;
- l'imputato non doveva investigare sulla pericolosità del paziente, mentre non venne adeguatamente informato degli episodi di delirio dagli operatori della comunità;
- il dott. XX non è risultato medico neghittoso, in base alla sequenza degli avvenimenti, al progetto e alla frequenza delle visite, non esistendo linee guida sulle informazioni dovute ai familiari e agli operatori di comunità;
- i periti di parte e d'ufficio, in materia di linee guida nel trattamento del paziente schizofrenico, giungono a conclusioni opposte; è possibile, dopo cinque anni senza episodi psicotici, interrompere la terapia, mentre i periti d'ufficio, in reazione alle percentuali di riduzione del 20% e alle indicazioni temporali, non chiariscono se si riferiscano ai farmaci depot; una autorevole Clinica di Londra dà linee guida seguite dal XX;
- non si può con certezza attribuire alla terapia farmacologica il ruolo di unica causa dello scompenso;
- dovevano essere accolte le deduzioni dei periti (d'ufficio, in parte, e della difesa dell'imputato), che hanno chiarito: il dott. XX non ha mai interrotto la terapia antipsicotica; gli intervalli di somministrazione della terapia depot possono andare da tre a sei settimane; nella scheda del farmaco Moditen si legge che in taluni soggetti le iniezioni sono distanziabili di sei settimane o anche più, in G. M. intercorsero sei settimane fra la penultima del 7.4.00 e l'ultima a dose piena, quindi la terapia è stata dilazionata ai limiti di quanto previsto dalle linee guida e dal manuale del prodotto; i tempi di eliminazione del depot sono lunghi o lunghissimi, la ricaduta dopo la sua sospensione può avvenire a distanza dai tre ai sei mesi (questo vale per i pazienti in monoterapia, ma G. M. era in politerapia); i tempi di eliminazione sono ancora più lunghi in pazienti anziani e con acciacchi e problemi epatici; in mancanza di un dosaggio ematico del principio attivo eseguito nelle ore immediatamente precedenti la reintroduzione del depot non è possibile affermare con certezza la sussistenza di nesso di causalità fra la riduzione della terapia e la recrudescenza della patologia; la profilassi antipsicotica non esclude la comparsa di ricadute (il 20% nell'arco di un anno); le gravi malattie degli altri ospiti della comunità hanno avuto un ruolo nel viraggio in senso depressivo dell'abituale delirio di beneficio del paziente, mentre la comunicazione del decesso di due donne fu data al G. M. dopo la reintroduzione a dosaggio pieno della terapia depot; l'equilibrio psicopatologico del G. M. era più sensibile ai fattori socioambientali che alla terapia (in condizioni di detenzione e con altissime dosi di neurolettici le manifestazioni di aggressività rimangono elevate o persino aumentano, mentre l'aggressività diminuisce in funzione della maggiore stabilità ambientale);
- non vi erano le condizioni per l'attivazione della procedura di TSO;
- non sussiste nesso di causalità fra la mancata attivazione della procedura del TSO e l'evento, in quanto non vi è certezza che la richiesta sarebbe stata accolta;
- anche applicando i criteri della sentenza Franzese, non vi è prova di nesso fra il trattamento farmacologico e l'evento: è stata la condotta del G. M. a cagionare la morte, non la diminuzione

del farmaco; gli stessi periti del giudice affermano che in condizioni terapeutiche ottimali il 20% degli schizofrenici ha ricadute.

Nell'atto di appello viene trascritta una consulenza tecnica (F. e G.) d'ufficio disposta in causa civile intercorrente dinanzi alla Sezione di Imola del Tribunale di Bologna fra gli eredi C., la AUSL di Imola e la cooperativa X., che ha concluso che nulla può essere addebitato all'imputato, si trattò di una scelta terapeutica giustificata, forse doverosa, con valutazione ex post si trattò di errore scusabile, non c'erano i presupposti del TSO.

I difensori concludono per l'acquisizione di detta consulenza e per l'assoluzione dell'imputato.

La difesa di parte civile ha presentato memoria con cui si oppone all'acquisizione dell'atto.

Con nota del 20.12.06 i difensori dell'imputato hanno presentato un parere pro veritate del prof. V., che conclude in senso favorevole all'appellante.

Deve in primo luogo evidenziarsi che questa Corte, come già accennato, ha respinto la richiesta dei difensori dell'imputato di acquisire la citata C.T.U. (il cui testo è stato trascritto nell'atto di appello, come espressamente indicato, allo scopo di "permettere l'acquisizione in copia originale dell'elaborato"), ritenendo l'acquisizione dell'atto non compatibile col rito abbreviato e comunque non necessaria per la decisione.

Il Collegio ha altresì ritenuto di dichiarare inutilizzabile il citato parere pro veritate, avente natura sostanziale di consulenza tecnica, effettuata da persona che non è stata ritualmente nominata consulente di parte nel presente processo.

Il materiale probatorio sul quale deve fondarsi la presente decisione è pertanto corrispondente a quello già vagliato nella sentenza di primo grado e sopra indicato nelle sue linee essenziali.

La disamina di tale materiale nonché della sentenza impugnata, dei motivi di appello, delle memorie depositate dalle parti civili e dai difensori dell'imputato, fa ritenere al Collegio che sia da confermare la sentenza appellata, essendo provata, al di là di ogni ragionevole dubbio, la penale responsabilità dell'imputato.

Sussistono sia l'elemento oggettivo del reato, nelle sue componenti di condotta (per un verso commissiva e per altro omissiva), evento e nesso di causalità, sia quello soggettivo.

La condotta rimproverata all'imputato è stata quella di ridurre la terapia farmacologica che da anni conteneva la schizofrenia paranoide da cui il G. M. era affetto.

Egli infatti, su pressante richiesta del paziente, ebbe dapprima a ridurre della metà la dose dell'iniezione di Moditen (16.3.2000), ne praticò un'altra, sempre ridotta (7 aprile), sospendendone quindi la somministrazione.

I periti nominati dal primo giudice hanno ritenuto che non sussistessero i presupposti per la riduzione della terapia, citando linee guida internazionali secondo le quali la riduzione può essere fatta solo dopo cinque anni di mancanza di episodi psicotici.

Nel caso in questione, il paziente aveva manifestato sintomi di scompenso (episodio del coltello del 2 ottobre, del sospetto di essere contaminato dal cibo del 18 febbraio) e si trattava di

paziente particolarmente difficile, tanto che l'ex primario dott. Vinci si era a suo tempo raccomandato che non fosse mai ridotta la terapia al G. M..

Inoltre, le modalità della riduzione non sono stati conformi alle prescrizioni delle linee guida, secondo cui le stesse devono essere eseguite a passi distanziati di non più del 20 per cento l'uno dall'altro.

A seguito della riduzione della dose iniettabile, e della sospensione decisa il 24 aprile, il paziente è pervenuto a uno scompenso conclamato (lamentando la sparizione del denaro dal conto in banca senza accettare alcuna spiegazione al riguardo, manifestando in plurime occasioni il timore di essere avvelenato, apparendo preoccupato e insonne, affermando che il suo medico era morto).

Contrariamente a quanto sostenuto dai difensori, il dott. XX, quale medico psichiatra che, non importa a quale titolo, aveva in cura il G. M., rivestiva posizione di garanzia nei confronti del paziente, nel senso che doveva impiegare la migliore scienza ed esperienza per curare la malattia da cui era affetto sia a vantaggio del paziente che per evitare che terzi subissero danni da condotte aggressive del medesimo determinate da scompensi psicotici.

I periti affermano la sussistenza del rapporto di causalità fra la riduzione della terapia, erronea, le sue erronee modalità, e lo scompenso acuto, quindi fra questo e l'atto omicidiario.

Quanto ai rilievi dei difensori in punto di modificazione della terapia antipsicotica, gli stessi non appaiono fondati:

- è mera questione terminologica stabilire se il dott. XX avesse o meno interrotto la terapia antipsicotica, avendo i periti formulato il loro condivisibile convincimento sulla esistenza del rapporto di causalità in base alla cronologia dei fatti: l'iniezione di Moditen, che veniva praticata ogni tre settimane, è stata ridotta alla metà il 16 marzo, è stata praticata nella stessa misura il 7 aprile ed è stata ripristinata nella originaria dose il 19 maggio;

- il fatto che il farmaco Moditen, secondo la casa produttrice, possa essere somministrato a intervalli da tre a sei settimane o anche più, di tal che la terapia è stata dilazionata ai limiti di quanto previsto dalle linee guida e dal manuale del prodotto, va ovviamente letto nel senso che tali limiti possono essere raggiunti nelle patologie più lievi, dovendo il farmaco essere modulato secondo la situazione psichiatrica del soggetto, ma nel caso del G. M. la gravità della sua situazione imponeva il mantenimento della posologia e comunque una riduzione calibrata con le modalità indicate dai periti;

- la medesima osservazione vale con riguardo all'argomento dei tempi di eliminazione del principio attivo, essendo stata errata sia la riduzione a metà della dose sia la mancata somministrazione intorno al 28 di aprile;

- la non conoscenza del livello di principio attivo di Moditen nel sangue del G. M. nelle ore precedenti la reintroduzione del depot non ingenera dubbi sulla sussistenza del nesso di causalità, poiché certamente tale livello, avuto riguardo ai tempi di somministrazione e mancata somministrazione del farmaco, erano notevolmente ridotti rispetto a quelli che sarebbero stati presenti in caso di mantenimento della terapia originaria;

- il fatto che la profilassi antipsicotica non escluda la comparsa di ricadute, nella percentuale del 20 per cento nell'arco di un anno, non assume rilievo determinante per l'esclusione del nesso causale, posto che nel caso di specie risulta provato che lo scompenso psichico, con

conseguente aggressione omicidiaria, fu provocato, quale fattore concausale, dalla modifica del trattamento terapeutico;

· non è significativo che il G. M. abbia manifestato sintomi di aggressività durante i ricoveri in ospedale psichiatrico giudiziario conseguenti all'omicidio perpetrato, poiché oramai egli era in preda a uno scompenso difficilmente reversibile e l'ambiente, paracarcerario, si rivelava per lui stressante.

Inoltre, la visita del 18 maggio, anticipata rispetto alla data prevista, con ripristino dell'originaria terapia (pur col sospetto che il G. M. non assumesse quella orale) ha comportato l'adozione di misure che non erano idonee a contenere il paziente, in particolare non essendogli stata somministrata una dose adeguata di Clopixol (farmaco a immediato effetto antipsicotico).

È vero che il 19 maggio è stata comunicata al G. M. la morte di due ospiti della struttura alle quali era legato, ma tale notizia di carattere stressante può avere contribuito ad aggravare la condizione psichica, che però già in precedenza era stata gravemente scompensata dalla condotta dell'imputato, che, una volta resosi conto dell'evidenza dello scompenso, non vi pose rimedio con terapia adeguata.

A fronte di un positivo accertamento che la condotta dell'imputato ha causalmente contribuito, in concorso con altri fattori (quale, ad esempio, la mancata custodia dei coltelli da cucina nella struttura) - che peraltro non presentano carattere di eccezionalità -, all'evento, deve evidenziarsi che, in presenza del mantenimento della terapia, l'evento omicidiario non si sarebbe, con ogni probabilità, verificato, in quanto le condizioni del paziente, considerato in fase di remissione, nel corso degli ultimi anni non avevano dato luogo a episodi significativi di aggressività, avendo la condotta dell'imputato quanto meno aggravato la situazione del paziente, che aveva dato segnali recenti che dovevano suscitare una certa preoccupazione.

In base alle argomentazioni tecniche dei periti, deve altresì ritenersi che, qualora, a scompenso conclamato, il dott. XX avesse adottato adeguate misure terapeutiche di pronta efficacia, non vi sarebbe stata l'aggressione omicidiaria.

Quelle esaminate sono le condotte di tipo commissivo che hanno concorso a causare l'evento, ma vi è anche una condotta omissiva che si trova in tale rapporto di causalità: l'omessa richiesta di trattamento sanitario obbligatorio, che avrebbe comportato il ricovero coatto del G. M. in struttura ospedaliera e quindi avrebbe impedito il verificarsi dell'azione omicidiaria.

Sussistevano, ad avviso del Collegio, i presupposti perchè il dott. XX richiedesse tale misura, che l'esperienza insegna essere di pronta adozione: nella visita del 18 maggio (sei giorni prima dell'omicidio) il medico ebbe la percezione dell'evidenza dello scompenso acuto, cui reagì con misure inadeguate, ma soprattutto si trovò di fronte a un rifiuto di assumere la terapia iniettiva (sia pure edulcorato con la manifestazione dell'intenzione di assumerla dal medico di base) e alla inaffidabilità che il paziente assumesse la terapia farmacologica orale.

Poiché l'art. 2 della Legge 13 maggio 1978, n. 180 prevede che il trattamento sanitario obbligatorio per i malati di mente in regime di degenza ospedaliera sia disposto quando esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici che non siano accettati dall'infermo e le circostanze non consentano l'adozione di tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere, il medico doveva formulare la proposta, avuto anche riguardo all'inaffidabilità della assunzione dei farmaci orali.

Che poi sia stato lo scompenso psichico a provocare, quale fattore concausale, l'azione omicidiaria è di tutta evidenza, posto che il G. M. aveva manifestato il convincimento che le sue amiche erano state uccise e temeva anch'egli di essere avvelenato dagli operatori della comunità, anzi proprio dal C., nei cui confronti aveva già formulato minacce, passando a vie di fatto.

Accertata la sussistenza dell'elemento oggettivo del reato ascritto all'attuale appellante, si deve verificare se sussistano profili di colpa, generica o specifica, nelle condotte rimproverategli.

In punto di colpa specifica, si deve particolarmente verificare se l'imputato si sia discostato dalle migliori regole della disciplina della medicina psichiatrica.

In base alle valutazioni peritali, si osserva che fu errata, in quanto attuata in difformità dalle linee guida in materia, la decisione di accedere alla richiesta del G. M. di modificazione della terapia, in quanto effettuata in difetto di una adeguata anamnesi, remota e recente, del comportamento dell'interessato, anamnesi che, se effettuata, avrebbe dovuto condurre al mantenimento del trattamento terapeutico vigente: risultavano infatti remoti episodi di forte aggressività e recenti sintomi di riacutizzazione della malattia (episodio del coltello e del conto bancario), che sconsigliavano la modifica del trattamento terapeutico.

Si dice da parte dei difensori, i quali al riguardo hanno anche presentato un quadro sinottico, che il dott. XX non conosceva tutti gli episodi allarmanti di cui si era reso protagonista il G. M., ma ciò è da addebitarsi a negligenza dell'imputato, il quale, prima di modificare il trattamento farmacologico, aveva il dovere di documentarsi adeguatamente, quanto meno facendosi esibire il diario tenuto dagli operatori e i verbali delle riunioni dei medesimi, nonché, una volta ridotto e sospeso il Moditen, pretendere di essere personalmente informato di qualsiasi evenienza negativa.

È in ogni caso provato che al dott. XX fu riferito di episodio che doveva metterlo in allarme, in quanto sintomatico di un delirio, quello della lamentata sparizione del denaro in banca, senza la comprensione delle ragioni giustificative date dagli operatori.

L'imputato si è difeso affermando, fra l'altro, di avere agito allo scopo di alleviare la sintomatologia fisica del paziente, ma i periti hanno ho affermato che tale sintomatologia non era grave ed era stabilizzata, di tal che non trovava adeguata giustificazione la scelta della modifica farmacologica.

Né le modalità di attuazione della riduzione sono state conformi alla migliore scienza psichiatrica, in quanto effettuata in tempi troppo rapidi e con eccessiva diminuzione, addirittura del 50 per cento, mentre al massimo doveva essere pari al 20 per cento e, caso mai, avrebbe dovuto essere maggiormente distanziata la somministrazione della dose intera.

Si è detto, da parte delle difese, che le modalità seguite non si discostano dalle indicazioni del foglietto illustrativo del farmaco Moditen, ma tali indicazioni potevano trovare attuazione in un ben diverso tipo di paziente, non in un soggetto a elevato rischio di ricadute quale era il G. M..

Del tutto errata, poi, per quanto già motivato, la decisione di sospendere la somministrazione dell'iniezione, nonostante fosse stato informato dei deliri del G. M. in ordine al conto in banca, giungendo addirittura ad annotare nella cartella clinica (il 14 aprile) che il calo non aveva avuto effetti negativi e che provava a sospendere l'iniezione.

Vi è anche da rilevare che, in concomitanza con la riduzione e la sospensione della terapia, il dott. XX avrebbe dovuto, senza limitarsi a raccomandare una maggiore vigilanza agli operatori, verificare di persona, incrementando il numero delle visite, le condizioni del paziente, anche in relazione all'organizzazione della struttura di ricovero, meramente residenziale.

Il dott. XX si è reso senz'altro conto dell'errore commesso, quando ha anticipato la visita programmata al 18 maggio, in quella sede decidendo il ripristino del Moditen e successivamente, informato dai responsabili della struttura, di introdurre un farmaco antipsicotico a pronto effetto (il Clopixol), ma in dose inadeguata all'urgenza e alla gravità della situazione, di nuovo violando le regole della migliore scienza psichiatrica.

Circa la mancata attivazione della procedura di T.S.O., il dott. XX, con profilo che sembra di colpa generica, pur trovandosi di fronte a una situazione di aggressività, manifestata nel corso della visita del 18 maggio anche nei suoi confronti, a un rifiuto di assumere il farmaco – sia pure accompagnato dalla accettazione della puntura da parte del medico di base -, al fondato sospetto di inaffidabilità di assunzione di farmaci orali, ha ritenuto di non disporre il ricovero in struttura ospedaliera, che avrebbe garantito la somministrazione del trattamento terapeutico, affidandosi erroneamente, da un lato, all'inaffidabile volontà del paziente, dall'altro a una organizzazione della struttura di tipo residenziale (sia sufficiente evidenziare che 'non vi erano psichiatri interni né infermieri professionali).

Per le ragioni esposte, si ritiene di dover confermare la sentenza impugnata, con condanna dell'appellante alle ulteriori spese processuali del grado.

L'appellante deve altresì essere condannato alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili costituite, che sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Letti gli artt. 592 e 605 c.p.p.;

conferma la sentenza pronunciata dal GUP del Tribunale di Bologna in data 25.11.05, appellata dall'imputato XX, che condanna al pagamento delle ulteriori spese processuali relative a questo grado del giudizio.

Condanna altresì l'imputato a rifondere le spese sostenute dalle parti civili costituite, che liquida in euro 2.400,00 a favore della parte civile I. B. ed euro 2.400,00 a favore delle parti civili M. B. e (omissis) [rectius: figlio di C. A. e M. B. N.d.R.], oltre spese generali, IVA e CPA.

Termine per il deposito della motivazione: gg. 90.

Bologna, 12 gennaio 2007