

N. 42393/09 RG NR

N. 1057/13 RG TRIBUNALE

Inviato estratto al Pubblico Ministero

il:

N. RG Dep.Sentenze

IRREVOCABILE IL :

N. Reg. Esecuz.

N. Campione Penale

Redatta scheda il :



TRIBUNALE PENALE DI MILANO

REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

Il Giudice Dr. **Fabio Roia**, della sezione **IX** penale,

all'udienza del **8 aprile 2014**, ha pronunciato e pubblicato la seguente

SENTENZA

nei confronti di :

DSR nata a Santa Severina (KR) 10/6/1958 – **presente** –

Elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Pietro Gorgoglione in Milano
Viale Regina Margherita,30.

Difesa di fiducia dall'Avv. Pietro Gorgoglione con studio in Milano Viale Regina
Margherita,30 sostituito ex art.102 cpp dall'Avv. Gianluca Sala.

MM nata Corigliano Calabro (CS) il 9/2/1976 – **presente** -

Elettivamente domiciliata presso lo studio degli Avv.ti Ilaria Caminiti e Luigi Isolabella in Milano Via Fontana,4

Difesa di fiducia dagli Avv.ti Ilaria Caminiti – **presente**- e Luigi Isolabella – **presente** -

IMPUTATE

del reato di cui agli artt. 113, 589 cp perché cooperando tra loro, nelle loro rispettive funzioni, DSR di psicologa e MM di psichiatra, entrambe in servizio presso la Casa Circondariale di Milano San Vittore, per colpa consistita in negligenza imprudenza ed imperizia ed in particolare con violazione delle regole dell'arte medica e dei doveri inerenti alla loro qualifica pubblica nell'ambito della casa circondariale sopra indicata, cagionavano la morte del detenuto CL avvenuta per asfissia meccanica da impiccagione.

In particolare erravano nel valutare il rischio suicidiario sussistente in capo al CL malgrado:

- fosse persona incapace di provvedere a se stessa a causa dei disturbi psichici dai quali era affetto - "disturbo organico della personalità derivato da pregresso grave trauma cranico, con sintomi paranoidei e impulsività instabile"- e del quale dovevano aver cura trattandosi di detenuto presso la casa circondariale di Milano San Vittore ove le indagate svolgevano la loro attività professionale psicologica e psichiatrica;

-la storia clinica del detenuto fosse puntualmente annotata nella sua cartella clinica relativa sia ad osservazioni e diagnosi precedenti alla sua carcerazione sia ad osservazioni e cure effettuate dal medesimo personale medico di San Vittore a partire dal 13.10.2008 e delle numerose sollecitazioni effettuate dal difensore del predetto;

-la presenza di ingravescenti condizioni psichiche ed in particolare di " un ben evidente quadro psicotico persecutorio" come certificato sia in data 17.6.2009 dal dott. Gordon sia in data 1.7.2009 dal Dott. Jacobs - psichiatri presso la casa circondariale di Pavia,

- la presenza di reiterati gesti autolesionistici, etero-aggressivi e tentativi di suicidio avvenuti, tra gli altri, nelle seguenti date: 3 maggio 2009 aggressione ad agente penitenziario ed affermazioni autolesionistiche ; 25 maggio 2009 tentativo di impiccagione con eritema alla base del collo; 30 maggio 2009 taglio della pelle del collo; 8/9giugno 2009 ferite da taglio al collo auto-in ferie ; 15 giugno 2009 ferite lacero avambraccio destro e sinistro e sul collo;

- 27 giugno 2009 ingestione volontaria di una lametta; 4 agosto 2009 ferite da taglio superficiale e profonde braccio ed avambraccio destro; 9 agosto 2009 ferite superficiali all' avambraccio destro auto procurate;

- la dichiarata auto-sospensione del trattamento farmacologico (referto visita psichiatrica M 4.8.2009)e conseguentemente omettevano di adottare le doverose misure medico-sanitarie e di controllo carcerario necessarie e sufficienti a tutelare la salute psicofisica del paziente ed a prevenire gesti autolesionistici limitandosi colposamente a:

- sottoporre la persona offesa a due soli colloqui psicologici ex art. 80 o.p. (dr.ssa DSR) ed una sola visita psichiatrica (Dr.ssa M) nonostante il detenuto CL fosse stato trasferito dalla casa circondariale di Pavia in quella di San Vittore il 30.7.2009 con Fono nr 98068.3 matr del PRAP Lombardia poiché la prima struttura carceraria era stata ritenuta inidonea a gestire e contenere il paziente per la sua necessità di avvalersi di assistenza psichiatrica permanente presso il reparto psichiatrico denominato COMP;

-allocare il detenuto in celle inidonee al suo stato psichico e in particolare disponendo la dott. DSR (prov. DSR del 30.7.2009) la dimissione del paziente dal SAV e dal CAR e l'ubicazione del detenuto in "CAR medio rischio" senza sorveglianza a vista, e così in seguito la dott. M (prov. Dr M 4.8.2009) sull'erroneo assunto che il soggetto apparisse "prezioso ed immaturo" e non considerando i numerosi precedenti gesti autolesionistici e i tentativi di suicidio sopra riportati. In Milano dal 30.7.2009 al 12.8.2009 (data della morte).

Responsabile civile

Ministero Della Giustizia – nessuno è presente –

Assistito dall'Avv. Dello Stato Gabriella Vanadia - presente

Parti civili

prossimi congiunti di CL:

CM (padre) – presente

CA (madre) - assente

CV e A (fratelli) - assenti

assistiti di fiducia dall'avv. **Andrea DEL CORNO con studio in Milano Via Besana,9 – presente -**

In esito all'odierno dibattimento, le parti hanno rassegnato le seguenti

CONCLUSIONI

Il **Pubblico Ministero** nella persona di Dott.ssa Perrucci:

Chiede la condanna di entrambe le imputate, riconosciute le attenuanti generiche, alla pena di anni uno e mesi 4 di reclusione

Il **Difensore di parte civile**, nella persona di Avv. Andrea Del Corno:

Deposita conclusioni scritte e nota spese.

Per il **responsabile civile** nella persona dell'Avv. Gabriella Vanadia:

Chiede escludersi la responsabilità del Ministero della Giustizia e quella penale delle imputate.

Le **Difese**, nella persona degli Avv.ti:

Gianluca Sala per **DSR**: Chiede l'assoluzione dell'imputata perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, in sub ordine minimo della pena con la concessione dei benefici di legge.

Ilaria Caminiti per **M**: chiede l'assoluzione dell'imputata perché il fatto non sussiste o per non aver commesso il fatto;

Luigi Isolabella per **M**: chiede l'assoluzione perché il fatto non sussiste.

IN FATTO ED IN DIRITTO

1) Il processo. Con sentenza in data 6 giugno 2012 la Corte di Assise di Milano dichiarava la propria incompetenza per materia, operando invero un controllo preliminare sull'imputazione in assenza di una qualsiasi attività di approfondimento istruttorio svolto, in merito al reato contestato a DSR e MM, rispettivamente psicologa e psichiatra in servizio presso la Casa Circondariale di Milano San Vittore – artt. 110, 591 comma 1 e 3 c.p. in relazione al suicidio del detenuto CL avvenuto all'interno dell'istituto penitenziario in data 12 agosto 2009- riqualificando il fatto come delitto previsto e punito dagli articoli 113 e 589 c.p., di competenza del Tribunale di Milano in composizione monocratica, e trasmettendo gli atti al Pubblico Ministero in sede per quanto di competenza. All'esito dell'udienza preliminare, nell'ambito della quale si costituivano parti civili i prossimi congiunti di CL, CM – padre -, CA – madre- e CV e A – fratelli-, il Giudice disponeva il rinvio a giudizio di DSR e MM per il reato di omicidio colposo commesso in cooperazione colposa fra loro in relazione, sostanzialmente, ad una erronea valutazione del rischio suicidario effettuata nei confronti del detenuto CL il quale decedeva per asfissia meccanica da impiccagione all'interno della casa di reclusione di Milano in data 12 agosto 2009. Alla prima udienza dibattimentale del 14 maggio 2013, presente anche il responsabile civile regolarmente citato Ministero della Giustizia rappresentato e difeso dall'Avvocatura dello Stato, le parti formulavano le rispettive richieste in ordine all'assunzione delle prove dichiarative e documentali che il Tribunale ammetteva con ordinanza ex art. 495 c.p.p. riservandosi in merito ad una eccezione riguardante l'esclusione del responsabile civile, eccezione che veniva disattesa alla successiva udienza del 14 maggio 2013 come da ordinanza riportata a verbale. A tale udienza si procedeva all'assunzione della testimonianza di Congia Sergio e Corfiati Incoronata operatori di polizia penitenziaria in servizio al momento dei fatti. All'udienza del 20 giugno 2013 veniva sentito l'avvocato Maria Pina Blanco difensore di CL nei diversi procedimenti penali che lo avevano interessato ed autrice di diverse istanze mirate alla verifica delle condizioni di salute del suo assistito in relazione

soprattutto alla compatibilità con il regime carcerario, nonché, ai sensi dell'art. 210 c.p.p., la dr.ssa Cuccio Anna psichiatra e responsabile del reparto di osservazione psichiatrica della casa di reclusione di Milano San Vittore. All'udienza del 16 luglio 2013 si procedeva all'esame del consulente tecnico del Pubblico Ministero dr. Paolo Abbate, del medico Untaru Andrea quale soggetto intervenuto nel momento di accertamento del suicidio della parte lesa, dell'agente scelto MA in servizio presso le celle a rischio al momento del gesto anticonservativo e di Baklou Youssef, detenuto per altra causa in seguito ad un provvedimento di esecuzione di pene concorrenti ed affetto da un disturbo di personalità con tratti di antisocialità, presente nel reparto delle celle a rischio del carcere di Milano San Vittore nella serata del suicidio di CL. All'udienza del 24 ottobre 2013 si procedeva all'audizione dei testi Manzelli Gloria, direttrice della casa di reclusione di Milano San Vittore, Nigro Francesco, medico dirigente dell'istituto penitenziario di Milano il quale, fra l'altro, rappresentava che nel 2008 si erano verificati 340 gesti di autolesionismo da parte dei detenuti con un trend in calo rispetto al rapporto con la popolazione carceraria e Russo Biagio, agente di polizia di penitenziaria. All'udienza del 19 novembre 2013 venivano assunti a testimonianza CL Michele, padre di L, il consulente tecnico di parte civile Bianchi Paolo, i medici Reza Zaden Sefideeh e Arzani Maria Paola. All'udienza del 10 dicembre 2013 si procedeva all'esame di Klaudina Krutani, infermiera professionale in servizio presso il carcere di Milano San Vittore, e Pedrazzoli Laura, psicologa in servizio presso la stessa casa di reclusione e quindi, con il consenso delle parti processuali, venivano acquisiti i verbali di sommarie informazioni rese in data 12 agosto 2009 da PE, FG e RE detenuti all'interno della cella 112 del quinto reparto della casa di reclusione di Milano San Vittore unitamente a CL nel momento del suo gesto suicidario. All'udienza del 28 gennaio 2014 si procedeva all'esame dei consulenti tecnici della difesa Marino Roberto, Pettorossi Riccardo e Ambrosi Paolo, risentito in controesame anche alla successiva udienza, e quindi MM rendeva l'esame richiesto dal Pubblico Ministero. Alla successiva udienza dell'11 febbraio 2014, terminato il controesame dell'imputata MM, anche la psicologa DSR rendeva l'esame e quindi, con il consenso degli attori processuali, venivano acquisiti i

verbali degli interrogatori resi dalle imputate in fase preprocessuale. All'udienza del 27 marzo 2014, dichiarata dal Tribunale chiusa la fase di assunzione delle prove con piena utilizzabilità del materiale probatorio acquisito, il Pubblico Ministero il difensore delle parti civili, del responsabile civile e della difesa DSR illustravano le rispettive conclusioni registrate e trascritte. All'udienza dell' 1 aprile 2014 concludeva la difesa di MM e quindi, aggiornato il processo all'odierna udienza per le repliche delle parti, che venivano puntualmente svolte, il Tribunale pronunciava la sentenza.

2) La teoria del rischio consentito nella valutazione del rischio suicidario in carcere. Non sfugge a questo Tribunale l'enorme problematica, accentuata dalle condizioni di sovraffollamento carcerario del sistema italiano e dal conseguente rapporto concretamente insufficiente fra operatori penitenziari e numero di detenuti – basti pensare che nel caso concreto nel reparto V composto da 6 celle con una capienza che va dai 3 ai 4 detenuti (cfr. anche piantina documento 3 produzioni difesa DSR) erano presenti soltanto due operatori di polizia per il piantonamento e la sorveglianza a vista dei detenuti "a causa della mancanza di personale" (cfr. testimonianza resa da MA) con evidente commistione e incompatibilità di funzioni da svolgere in un ambito dove erano presenti tutti soggetti con problematiche di matrice psichiatrica nonché un detenuto nuovo giunto – Presilli Pietro- il quale doveva essere sorvegliato per h 24, in un contesto, secondo la testimonianza della direttrice del carcere dr.ssa Manzelli Gloria, che prevedeva per il c.d. servizio nuovi giunti, non interessante peraltro la situazione di CL che proveniva da altra struttura carceraria, anche 54 ingressi al giorno e che comportava la condizione di "fare tutto in fretta" - riguardante la prevenzione del suicidio nelle carceri e la necessità di formulare della valutazioni, in punto di censura dei comportamenti, che nascono dalla concretezza delle situazioni ambientali con trasposizione dei principi alla complessità di un settore, quello della valutazione del rischio suicidario, dove, fra l'altro, non esistono linee guida accreditate dalla comunità scientifica o comunque protocolli codificati e dove la scienza stessa si muove su binari molto fluidi e incerti. Peraltro, proprio in tale

ottica, non si può non rilevare come la comunità scientifica (cfr. per esempio "La prevenzione del suicidio nelle carceri", World Health Organization e International Association for Suicide Prevention, 2007) o il Ministero della Giustizia (cfr. fra l'altro Quaderni ISSP numero 8 dicembre 2011: *"Gli istituti penitenziari hanno l'obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti ed un eventuale fallimento di questo momento può essere perseguito ai fini di legge. E' necessario quindi che il personale segua una specifica formazione indirizzata agli aspetti preventivi del fenomeno, insieme agli operatori sanitari, in particolare nel delicato momento dell'accoglienza dei nuovi giunti*) abbiano compiuti notevoli sforzi sul piano della formazione del personale e della organizzazione dei servizi in un'ottica concreta di prevenzione di gesti autoconservativi estremi atteso che i detenuti rappresentano certamente un gruppo ad alto rischio suicidario. Il citato documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede un programma di prevenzione del suicidio che deve articolarsi sui momenti dell'addestramento del personale carcerario; dello screening all'ingresso; della osservazione dopo l'ingresso; della gestione post-screening basata sull'osservazione, comunicazione, intervento sociale, ambiente fisico e architettura, trattamento psichiatrico, nonché sullo studio dei tentativi a scopo manipolatorio dove *"in realtà non è facile differenziare l'automutilazione da un tentativo di suicidio, neanche chiedendo al detenuto stesso quale fosse il suo intento, anche perché vi sono indicazioni che molti atti suicidari raccolgono in sé sia un alto livello di intento suicidario, sia le motivazioni manipolative."*

Secondo uno studio prodotto dalla difesa M (cfr. documento 2 produzioni udienza 1 aprile 2014), che il Tribunale richiama per evidenziare i dati complessivi del fenomeno, nel 2007 negli istituti carcerari italiani si sono verificati 54 suicidi, 610 tentati suicidi, 3.687 gesti di autolesionismo su una presenza di 49.193 detenuti.

Proprio nel settore della responsabilità professionale gravante in carico allo psichiatra in caso di erronea valutazione del rischio suicidario di un soggetto a lui affidato, sul piano dell'esercizio della tipica posizione di garanzia esistente nel rapporto fra operatore sanitario e paziente, la giurisprudenza, che questo

Tribunale ritiene di condividere, partendo dal presupposto che non sarebbe praticabile una ipotesi dove tutti i pazienti presentanti dei fattori di rischio suicidario venissero, proprio per eliminare tale tipo di rischio, sottoposti a misure contenitive estreme – in ambiente carcerario la coercizione fisica del detenuto ai sensi dell'art. 82 DPR 230/2000, la sorveglianza a vista esercitata 24 ore su 24, in altri ambienti la segregazione, l'immobilizzazione o altro – ritiene possibile la realizzazione di una condotta che non elimini il rischio ma tenda a governarlo, sempre comunque nell'ottica di una prevenzione dell'evento, con l'accettazione da parte dell'ordinamento giuridico di quei fattori che non possono essere eliminati in una comparazione concreta e bilanciata di tutti gli elementi esistenti al momento dell'intervento compiuto dal sanitario il cui giudizio sulla condotta deve essere rimesso al processo e finalmente al giudice. (cfr. Cass Sez. 4 del 22/11/2011 n. 1848). Invero "rischio consentito", o "aggravamento del rischio consentito" non significa esonero dall'obbligo di osservanza delle regole di cautela, ma rafforzamento di tale obbligo in relazione alla gravità del rischio, il quale solo in caso di rigorosa osservanza di tali regole potrà effettivamente ritenersi consentito per quella parte che non può essere eliminata (Cass. Sez. 4 del 12/11/2008 n. 4107 fattispecie nella quale due medici avevano per negligenza consentito ad un paziente affetto da gravi problemi psichici, l'esercizio di un'attività pericolosa ovvero l'uso delle armi: il paziente aveva ucciso due persone ne aveva ferite quattro e poi si era suicidato). Peraltro osserva il Giudice, non condividendo le argomentazioni della difesa M in punto di ruolo dello psichiatra nel suo rapporto con il paziente detenuto, come proprio nella fattispecie particolare di trattamento sanitario psichiatrico di un soggetto in stato di detenzione il medico debba necessariamente coniugare dei profili di intervento che potrebbero essere anche fra loro configgenti, imponendosi pertanto delle scelte di tipo prioritario e particolari rispetto ai normali parametri di lettura dell'esercizio dell'attività sanitaria. Primariamente, ex art. 32 Costituzione, il piano della salute dell'individuo il quale, in quanto soggetto non incapace, deve esprimere il proprio consenso al progetto terapeutico intrapreso dallo psichiatra, salute che tuttavia deve essere considerata anche sotto il profilo della tutela della

incolumità e della vita del soggetto detenuto in quanto assoggettato ad una condizione, quella carceraria, la cui esistenza o modificazione non è nella disponibilità né del terapeuta né del paziente essendo rimessa ad un soggetto terzo, l'Autorità Giudiziaria, che interviene con i provvedimenti restrittivi o per assicurare la tutela della collettività o per rendere effettivo il principio costituzionale della irrogazione della pena come momento di rieducazione del condannato. In altri termini non si può accordare in assoluto, in una situazione come quella del paziente psichiatrico ristretto in un istituto di pena, la prevalenza al profilo della alleanza terapeutica fra medico e paziente, ammesso che poi la patologia psichiatrica concretante sofferta lo consenta, a fronte per esempio di una assunzione farmacologica indotta o imposta, qualora tale alleanza comporti dei concreti rischi sul piano della incolumità del detenuto, a causa di gesti autolesionistici o auto conservativi, o di terze persone presenti od operanti all'interno dell'istituto potendosi, in tale evenienza e quantomeno per un periodo di tempo limitato, accettare anche un piano di intervento terapeutico che privilegi l'aspetto contenitivo e stabilizzante rispetto a quello meramente curativo. Anche in tale caso, dunque, si tratta di gestire concretamente il rischio derivante dalla pericolosità personale, intesa come possibilità di realizzare gesti autodistruttivi, e diffusa, rispetto alle persone presenti nell'istituto, del detenuto psichiatrico in un attento bilanciamento di esigenze diverse.

3) La storia clinica di CL. In data 24.09.2008 CL è stato arrestato presso il salone biglietteria della Stazione Centrale di Milano, per aver commesso due rapine, impossessandosi della borsetta di due donne, dopo averle colpite con un pugno al volto. Con sentenza del Tribunale di Milano del 04.11.2008, CL è stato condannato ad anni 2 di reclusione ed al ricovero, al termine della detenzione, presso una casa di cura e di custodia per sei mesi. Con sentenza del G.I.P. presso il Tribunale di Milano del 10.06.2009, CL è stato condannato ad anni 2 di reclusione ed al ricovero, al termine della detenzione, presso una casa di cura e di custodia per sei mesi.

CL è stato, quindi, visitato da numerosi psicologi e psichiatri, fino al 12.08.2009, quando, detenuto presso la casa circondariale di San Vittore a Milano, si è suicidato, impiccandosi con una corda realizzata con il lenzuolo.

3.1 Il trauma cranico

In seguito ad un incidente in motocicletta, CL è stato ricoverato presso l'Ospedale di Garbagnate con diagnosi di *trauma cranioencefalico, petecchie emorragiche intracerebrali multiple*. Le relazioni cliniche del 10.04.1998, del 12.02.1999 e del 15.07.1999 evidenziano un buon recupero sul versante motorio ed anche sul versante cognitivo, ma *domina ancora atteggiamento precipitoso, impulsivo e talvolta disinibito*. Il referto ambulatoriale di rieducazione neuromotoria dell'Ospedale di Garbagnate del 20.02.2001 ha evidenziato che *permangono disturbi comportamentali, con note di aggressività in aumento*. Da una TAC effettuata in data 30 settembre 2008 presso l'ospedale Niguarda di Milano e valutata dal consulente della difesa dott. Roberto Marino non emergono "segni ne' di patologia acuta neuro cerebrale, ne' di esiti di lesioni ovvero atrofia cerebrale".

3.2 I ricoveri presso il reparto di neuro riabilitazione "Nostra Famiglia" ed i disturbi comportamentali.

CL è stato ricoverato presso il centro di neuroriabilitazione "Nostra Famiglia" di Bosisio Parini tra il 22.05.2001 e lo 01.06.2001 e dal 04.06.2001 al 06.06.2001.

Nella relazione di dimissione, si mettono in evidenza: *problemi comportamentali caratterizzati da aggressività, irritabilità e impulsività, sporadici abusi di alcool e uso di droghe leggere, con conseguente incapacità di mantenere il lavoro; livelli di ansia e di depressione sopra ai limiti di norma ; rabbia, ostilità ed uno stile comportamentale di tipo anassertivo - aggressivo*.

3.2 Il ricovero presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di Menaggio (12.7.2002-19.7.2002) ed il primo gesto autolesivo.

Nel periodo tra il 12..7.2002 e il 19.7.2002, CL è stato ricoverato presso il reparto di psichiatria dell'Ospedale di Menaggio in regime di TSO a seguito di: *episodio di agitazione psicomotoria durante il quale il paziente si è mostrato gravemente minaccioso ed etero aggressivo; taglio autoinferto a livello addominale tramite un coltello*. Il ricovero ha messo in evidenza: *reticenza verso le cure o i controlli clinici; uso di alcolici e stupefacenti; carattere impulsivo e facilità all'aggressione fisica*. CL è stato dimesso in data 19.07.2002 con diagnosi di: reazione psicotica affettiva con stato misto, personalità borderline.

3.3 La ricaduta a partire dal 2004: la relazione psichiatrica del 14 luglio 2004 ed i successivi ricoveri.

A partire dal mese di maggio 2004, circa, la situazione di CL appare notevolmente peggiorata. La dott.ssa Volpi nella relazione del 14 luglio 2004 evidenzia: *abuso frequente di sostanze stupefacenti (cannabinoidi, cocaina); aggressività in ambito familiare; richieste continue di denaro ai familiari*. Nel mese di marzo 2005 CL viene ricoverato presso il reparto di rianimazione del CPS di Cinisello Balsamo per *Insufficienza respiratoria acuta, scatenata da abuso di sostanze stupefacenti e alcol*.

Tra il 2005 e il 2007 CL è stato preso in carico da varie Comunità, sempre con risultati deludenti e incapace di proseguire un serio percorso di cura e riabilitazione.

In data 18.5.2007 è stato ricoverato in regime di TSO presso l'Ospedale Bassini – fino al 25 maggio 2007-, dov'è stato accompagnato dalle Forze dell'Ordine per: *stato di agitazione psicomotoria e agiti pantoclastici; mancata accettazione del ricovero, contenimento e ricovero in TSO; paziente praticamente incontattabile al colloquio per atteggiamento fatuo e ostile; agitazione psicomotoria in stato di etilismo acuto.*

3.4 La comunità Gulliver: maggio-agosto 2008.

La dott.ssa Gualandi, che ha avuto in cura CL presso la Comunità Gulliver di Bregazzana, ha evidenziato: *difficoltà adattative di CL; frequenti atteggiamenti polemici; incostante adesione alle cure; scarsa tolleranza alle frustrazioni; necessità di supporto relazionale da parte degli operatori.*

3.5 Il ricovero presso l'ospedale Niguarda di Milano: relazione clinica dott. Zanobio (29.9.2008).

CL è stato ricoverato presso il reparto di psichiatria dell'Ospedale Niguarda, dopo il fatto di reato del 24.09.2008. La relazione dello psichiatra dott. Zanobio del 29.09.2008 ha evidenziato che: *il paziente è apparso sempre lucido e collaborante; il pensiero è apparso esente da patologia di marca psicotica; l'umore si è mantenuto nei limiti; le funzioni cognitive si sono mostrate solo lievemente rallentate ma nella norma; la capacità di controllo sulla volontà si è osservata nella norma; marcata positività a cannabis e cocaina.*

Al termine dell'analisi, il dott. Zanobio ha concluso per la diagnosi di disturbo della personalità misto con tratti antisociali e instabilità emotiva; mancanza di acuzie psichiatrica tale da giustificare la prosecuzione del ricovero ospedaliero.

CL è stato ricoverato ancora presso l'Ospedale Niguarda dal 02.10.2008 al 13.10.2008, quando è stato dimesso con diagnosi di: *poliabuso di sostanze stupefacenti. Disturbo di personalità NAS*

3.6 La detenzione presso la casa circondariale di Milano San Vittore

CL giungeva presso la Casa Circondariale di San Vittore in data 13.10.2008, dove veniva collocato in cella a medio rischio suicidario rischio fino a valutazione psichiatrica.

In pari data veniva effettuata valutazione psichiatrica globale di massima sul livello di rischio (procedura nuovi giunti) che evidenziava: *detenuto logorroico, sufficientemente compensato; assenza di problematiche di acuzie tali da rendere necessaria la Cella ad Alto Rischio (CAR) valutazione globale di massima sul livello di rischio: suicida minimo, violenza minimo.*

In data 14.10.2008 CL veniva visitato dallo psichiatra dottor Borghi che riscontrava: *paziente accetta con disponibilità la visita; paziente vigile e orientato nei parametri; sufficientemente adeguato sul piano di comportamento; paziente congruo nell'umore, che appare in assi, non emergono screzi nell'ideazione e/o nella percezione; si dispone che CL venga rimosso dal CAR e ubicato nei raggi comuni in cella di osservazione psichiatrica*

CL veniva sottoposto ad ulteriore visita psichiatrica con la psichiatra dottoressa M che rilevava: *paziente acritico rispetto al proprio stile di vita disfunzionale, alla dipendenza da droghe (TD) e*

al reato commesso; non emergono disturbi della forma né del contenuto del pensiero; tono dell'umore sostanzialmente in asse; non ansia riferita, sonno e alimentazione regolari; mancanza di anomalie comportamentali; buona capacità di adattamento e integrazione; paziente tranquillo e adeguato nel comportamento, concludendo per: dimissione dalla cella di osservazione psichiatrica e ubicazione in una cella infermeria, onde evitare che l'eccessiva stimolazione che egli subisce nel contesto attuale possa portarlo a scompensare la condizione di equilibrio psicologico di cui attualmente gode.

Si segnalano alcuni disturbi nel mese di dicembre 2008: agitazione psicomotoria (visita in P.S. del 12.12.2008); ansia ed insonnia (segnalazione 18.12.2008); insonnia (annotazione 20.12.2008).

3.7 Visite psichiatriche del 08.1.2009 (Dott.ssa M) e del 02.3.2009 (Dott.ssa CUOCCIO)

In data 8.1.2009 la psichiatra dottoressa M ha visitato nuovamente CL riscontrando: *riferisce periodo di particolare preoccupazione a causa dell'avvicinarsi di un'udienza in Tribunale; non si evidenziano segni di acuzie di tipo psichiatrico; richiesta di aiuto psicofarmacologico per controllare la sintomatologia ansiosa.* In data 2.3.2009, la psichiatra dottoressa Cuoccio visitava CL verificando: *paziente tranquillo e accessibile al colloquio; tono dell'umore in asse; riposo notturno regolare; riferisce sufficiente adattamento nell'attuale ubicazione.* CL è stato dimesso dalla cella infermeria ma, in data 20.3.2009 è stato segnalato: sciopero della fame e dei farmaci.

3.8 La relazione psichiatrica della Dott.ssa M del mese di marzo 2009.

In data 10.3.2009, l'avv. Bianco, difensore di CL, ha inviato un fax alla C.C. San Vittore evidenziando: peggioramento dello stato psichico di CL; tensione; acuto e profondo stato di sofferenza che altera il pensiero e i discorsi; incompatibilità dello stato di salute mentale di CL con lo stato di detenzione.

In seguito alle osservazioni del difensore, la psichiatra dott.ssa M ha redatto una relazione psichiatrica sullo stato di salute di CL, mettendo in luce: *disponibilità del paziente ai colloqui; mancanza di disturbi della forma o del contenuto del pensiero; tono dell'umore sostanzialmente in asse; momenti d'ansia ben gestiti dalla terapia psicofarmacologica; buone capacità di adattamento al contesto nel rispetto delle regole imposte e di quelle di buona convivenza con gli altri detenuti; difficoltà a tollerare le sollecitazioni ambientali nei reparti comuni, fonte di grande ansia e angoscia; regolare assunzione della terapia psicofarmacologica.*

3.9 Le visite ed i colloqui psicologici di aprile 2009. La situazione sembra aggravarsi verso la fine di aprile 2009. Nel corso di un colloquio psicologico del 20.4.2009 si rileva: episodio lipotimico; il paziente si dice agitato perché i concellini lo avrebbero invitato ad andarsene per un fatto accaduto all'esterno di cui nega la veridicità; si volta spesso per guardarsi le spalle; possibile pensiero a sfondo persecutorio; stato di agitazione.

In data 22.4.2009 CL viene ulteriormente visitato dalla psichiatra dottoressa Cuoccio che mette in evidenza: il paziente lamenta *intolleranza alla permanenza in carcere; strumentalizzazione della propria patologia con simulazione dei sintomi più strani al solo fine di ottenere cambi di ubicazione e trasferimento in altro istituto; tono dell'umore in asse; assenza di sintomi psicotici; insonnia.*

In pari data, tenuto conto del grande stato di agitazione e dell'immotivata preoccupazione del paziente verso i propri familiari, ritenuti in pericolo, CL è stato ubicato in cella con sorveglianza a vista. In data 26.4.2009 è stato sottoposto ad un altro colloquio psicologico che evidenzia: *crisi di rabbia e scompenso a sfondo persecutorio; preoccupazioni per l'incolumità dei familiari (in seguito ad un mancato colloquio) e per la sua sicurezza personale.*

In data 27.04.2009, la psichiatra dott.ssa Cuoccio ha effettuato un'ulteriore visita psichiatrica accertando: *forte stato di ansia; comportamento manipolatorio tipico della situazione psicopatologica di base del paziente; durante il colloquio, continua a fare affermazioni che poi ritratta, nel momento in cui si chiedono delucidazioni in merito e la fonte di tali dichiarazioni; mancanza di sintomi psicotici acuti in atto; tono dell'umore in sufficiente compenso; comportamento bizzarro al solo fine di attirare l'attenzione.*

3.10 L'aggressione del maggio 2009 ed il presunto gesto auto conservativo.

In data 3.05.2009, CL, in seguito ad un diverbio, ha aggredito un agente. Il giorno successivo 4.5.2009, è stato sottoposto a visita psichiatrica che ha messo in evidenza: *paziente critico sull'episodio; irrequietezza, impossibilità di controllare l'impulsività; forte stato di ansia.*

In data 6.5.2009, la psichiatra dott.ssa Cuoccio ha sottoposto CL ad ulteriore visita psichiatrica accertando: *regolare assunzione della terapia psicofarmacologica; sensi di colpa per l'aggressione all'agente; quadro psicopatologico in sufficiente compenso; viene confermata la sorveglianza a vista.*

La successiva visita medica del 11.5.2009 evidenzia contusioni per rissa senza conseguenze importanti.

Nel corso di un ulteriore colloquio psicologico, effettuato in data 13.05.2009, si evidenzia: *stato di agitazione, durante il colloquio il paziente si volta ripetutamente per guardare dietro le sue spalle; riferisce di: "far fatica qui a starci dentro con la testa"; appare a tratti dubbia la conservazione dell'esame della realtà.*

In data 22.05.2009, è stata eseguita un'ulteriore visita psichiatrica da parte della psichiatra dott.ssa Cuoccio la quale evidenziava: *disponibilità al colloquio; Il paziente continua a lamentare i sintomi più strani per attirare l'attenzione e chiede di poter andare in ospedale; atteggiamento infantile e immaturo; intolleranza all'attuale ubicazione e intolleranza alla sorveglianza a vista ansia.*

In data 25.05.2009 viene segnalato un gesto autolesivo con tentativo di impiccarsi da parte di CL, come annotato dal medico di PS: *tentativo di impiccagione; eritema alla base del collo: ubicazione presso CDT reparto CONP per osservazione e cura ubicazione senza lacci, cinture e*

lenzuola, con il solo materasso. Sul punto, c'è un referto medico del 25.05.2007 (ore 13.47) del dott. Reza con diagnosi di tentato suicidio tramite impiccagione.

Nella segnalazione del 25.05.2009 a cura dell'agente Russo Biagio, si riferisce tuttavia che CL: ha manifestato atteggiamenti di squilibrio, avvicinava una penna stilo al collo, dichiarava "voglio morire per seguire mia madre." La relazione veniva confermata dal Capo Reparto

Nella successiva visita psichiatrica del 26.05.2009, la psichiatra dott.ssa Cuoccio parla solo di "gesti bizzarri": *Il paziente continua a manifestare gesti bizzarri al solo scopo di attirare l'attenzione All'esame psichico appare lucido e orientato Mancanza di sintomi psicotici Il paziente riferisce di non avere alcuna intenzione suicidi aria Tono dell'umore in asse, riposo notturno regolare Quadro psichico in sufficiente compenso Presenza degli aspetti tipici della condizione psicopatologica di base: atteggiamento immaturo, platealità da insicurezza e fragilità personologica* Nel referto medico del 30.07.2009 del dott. Vianini si fa riferimento ad un tentativo di impiccagione del 25.05.2009.

In data 27.05.2009 è stata redatta un'ulteriore redazione psichiatrica dalla dott.ssa Cuoccio: *Scompenso psichico graduale Riaccutizzazione della sintomatologia ansiosa Note disforiche e bizzarrie del comportamento Difficoltà a tollerare le sollecitazioni ambientali Stato ansioso e a tratti disforico Aspetti megalomaniaci rispetto alla capacità di controllare il comportamento Mancanza di disturbi della forma e del contenuto del pensiero Tendenza a strumentalizzare la patologia psichiatrica al fine di attirare l'attenzione.*

In seguito, si evidenzia un intervento di P.S. non datato: *Stato depressivo. Ferita da taglio al polso sinistro Paziente riferisce di non avere più voglia di vivere*

In data 30.05.2009 CL viene portato ancora in P.S. e medicato per un *gesto di autolesionismo, con lieve taglio della pelle del collo. CL ha minacciato di suicidarsi.*

3.11 Il periodo di detenzione presso la casa di reclusione di Pavia

In data 01.06.2009 CL è stato trasferito presso il carcere di Pavia, dove, a distanza di pochi giorni, manifesta ancora: preoccupazione per problemi familiari; crisi di pianto.

In data 06.06.2009 è stato sottoposto a visita psichiatrica dallo psichiatra dottor Gordon il quale rileva *Paziente preoccupato, vigile e ben orientato Tono dell'umore in asse senza evidenza di acuzie psichiatriche Riferisce che si è ben ambientato, sonno e alimentazione regolare Preoccupazione perché convinto della morte del padre; viene rassicurato e si tranquillizza Nega in modo assoluto pensieri autolesionisti e anticonservativi.*

Presumibilmente il giorno successivo, 07.06.2009 CL viene medicato per un altro gesto autolesivo: *Tagli semiprofondi bilaterali agli avambracci e laterocervicali bilaterali superficiali 11 punti di sutura a seta Paziente agitato e paranoico Si consiglia attenta sorveglianza*

In data 08.06.2009, si è verificato un ulteriore atto autolesionistico: *Ferite da taglio al collo non degne di sutura Agitazione psicomotoria con fenomeni paranoidi e deliranti.*

Un ulteriore atto autolesionistico è stato posto in essere nei giorni successivi: *Ferite lacero sull'avambraccio destro e sul sinistro (di minore entità) e sul collo*

CL viene dunque sottoposto ad ulteriore visita psichiatrica in data 17.06.2009 il cui esito viene così trascritto: Riferisce di aver sentito della morte del padre e del fratello Nega pensieri autolesionistici e anticonservativi Diagnosi: Stato psicotico persecutorio Mantenimento della sorveglianza. Una ulteriore visita psichiatrica in data 22.06.2009 evidenzia: *Quadro persecutorio Nega pensieri autolesionistici anticonservativi.*

* In data 15.06.2009 CL ha scritto all'avv. Bianco una missiva del seguente tenore:

"il mio voglio rimanere solo non significa senza la famiglia, ma significa lasciate stare la mia famiglia... oggi dovevo venire al funerale di mamma e papà ma come al solito riferirono che mi rifiutavo. Ora penso che la mia pazienza sta per finire e non so cosa oltre a essermi tagliato tutto agirò di conseguenza non so in che modo ma lo farò. O mi prendo con qualcuno oppure non so..."

3.12 L'istanza dell'avvocato alla Corte di Appello di Milano

In data 22.06.2009, l'avv. Bianco propone istanza urgente ai sensi dell'art. 299 c.p.p. alla Sez. III della Corte d'Appello di Milano, prospettando l'incompatibilità di CL allo stato di detenzione in carcere e chiedendo, quindi, la revoca della misura cautelare in carcere, nonché l'immediato ricovero presso idonea struttura sanitaria per le adeguate cure psichiche.

La Corte d'Appello richiede una relazione al personale medico della C.C. di Pavia, che evidenzia l'ingravescenza delle condizioni psichiche di CL e rappresenta che trattasi di soggetto sofferente psichico che necessita di un attento, assiduo e specialistico trattamento psichiatrico suggerendo la necessità di procedere al trasferimento urgente presso un'altra struttura protetta, al fine di rendere possibile le cure mediche necessarie (relazione del 01.07.2009).

In data 14.07.2009, la Corte d'Appello rigettava la richiesta del difensore anche all'esito della relazione redatta dal dott. Alecci della struttura carceraria di Pavia che evidenziava: *Condizioni psichiche ingravescenti Paziente si sente minacciato e perseguitato Quadro di scompenso psichico con tematiche deliranti Scarsa compliance alla terapia farmacologica (finge di ingerire i farmaci ma non deglutisce) Richiesta di trasferimento ad altra struttura protetta.*

3.12 L'episodio della presunta ingestione di una lametta: le valutazioni del dott. Gordon

In data 28.06.2009 CL ha riferito di avere ingerito una lametta a scopo autolesionistico e risulta positivo al metaldetektor in prossimità dell'addome. Condotta d'urgenza presso il PS San Matteo di Pavia, gli esami radiologici hanno dato esito negativo.

Lo psichiatra presso il PS ha evidenziato: *Paziente al colloquio vigile, lucido, eloquio fluente, umore in asse, non quote d'ansia Emergono contraddizioni e versioni differenti del racconto Presunti e numerosi lutti familiari, "percepiti" dal comportamento degli altri detenuti (psicosi) Atteggiamento manipolatorio e contraddittorio (anche in riferimento alla terapia farmacologica, per cui riferisce ora eccessiva sedazione ora insonnia) Prevale atteggiamento manipolatorio con finalità secondarie, ricerca di benefici secondari (es. trasferimento ad altra struttura)*

In data 01.07.2009, CL viene sottoposto ad un'altra visita psichiatrica in carcere, con lo psichiatra dottor Jacob Gordon che evidenzia: *Irrequietezza psicomotoria Paziente molto sospettoso Nesso dell'eloquio con andamento circostanziale Tematiche persecutorie Riferisce di sentirsi strano e che la realtà non gli sembra reale Nega pensieri autolesionisti anticonservativi Quadro persecutorio Paziente in osservazione e attenta sorveglianza* La relazione dello stesso giorno del dott. Gordon evidenzia ancora: *Autolesionismo in relazione a una (mai avvenuta) perdita dei genitori. Quadro Psicotico Persecutorio. ATTEGGIAMENTI AUTOLESIONISTICI IMPORTANTI. Consigliato trasferimento a struttura psichiatrica giuridica. Rifiuto terapia farmacologica: povera compliance alle cure.*

In data 08.07.2009 CL viene visitato ancora dallo psichiatra dottor Jacob Gordon che evidenzia: *Difficoltà a distinguere la realtà dalla non realtà (riferisce che sulla RAI hanno parlato del suo caso) Nega pensieri autolesionisti anticonservativi Sintomi psicotici persecutori*

3.13. Il nuovo trasferimento alla casa circondariale dei Milano San Vittore

Viene disposto il trasferimento da Pavia alla C.C. San Vittore con FONO DEL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA n.° 98068.3 Datato: 27 Luglio 2009 così articolato: *Con riferimento al fax ministeriale a margine indicato, diretto anche a codesta direzione, preso atto della relazione sanitaria allegata, sentito il parere del medico di questo provveditorato, disponesi - previa nulla osta dell'autorità giudiziaria, ove occorra - trasferimento temporaneo alla Casa Circondariale Milano rep. CDT del detenuto CL (...) per ivi avvalersi dell'assistenza medica adeguata di cui necessita. Direzione Milano è invitata ad aggiornare dopo periodo di tempo, la Direzione Generale dei detenuti, nonché questo ufficio in ordine all'evoluzione delle condizioni di salute del detenuto , trasmettendo dettagliata relazione medica (...).*

3.14 Il rientro di CL presso la casa di Milano (30.07.2009 – 12.08.2009)

In data 30.07.2009 CL viene trasferito nuovamente presso la C.C. San Vittore. All'esito della visita medica che evidenzia; *Paziente scompensato Continua a riferire presunte morti in famiglia* viene ubicato al settore psichiatrico del carcere (CONP)

Lo stesso giorno viene dimesso dal CONP per mancanza di posti e il dottor Vianini del P.S. di San Vittore evidenziava: *Soggetto infantile, immaturo, insicuro e spesso con gesti bizzarri* disponendo l'ubicazione in cella a basso rischio suicidario fino a nuova valutazione psichiatrica.

In data 30.07.2009 la **psicologa Roberta DSR** ha compilato il modulo di dimissione dalla Sorveglianza a Vista e, rilevato il disturbo della personalità nonché la circostanza che il soggetto non ha mai posto in essere gesti anticonservativi ha proposto (e disposto) la revoca della sorveglianza a vista (SAV) e ubicazione in cella di osservazione psichiatrica 115 a medio rischio.

In data 02.08.2009 gli agenti della C.C. San Vittore hanno riferito di un altro episodio autolesionistico di CL sorpreso da un agente a tagliarsi il braccio destro con un coltello di plastica. Viene portato in P.S. e medicato: *Ferite da tagli superficiali e profonde avambraccio destro.*

CL viene visitato dalla psichiatra dott.ssa M in data 04.08.2009 con le seguenti osservazioni: *Soggetto pretenzioso e immaturo Contenuto del pensiero a carattere persecutorio: gli agenti lo provocherebbero annunciandogli tragedie familiari Probabili dispercezioni uditive Paziente anaffettivo, polarizzato per lo più sull'ottenimento di quanto chiede, acritico Riferisce di aver messo in atto gesti autolesivi reattivamente a provocazioni ambientali*

La sera del 04.08.2009 CL compie due ulteriori gesti autolesionistici; Ferita da taglio superficiale (ore 19.07) Ferite da taglio superficiali e profonde braccio e avambraccio destro (ore 21.45).

Si verifica un altro gesto autolesivo in data 09.08.2009: Ferite superficiali all'avambraccio destro autoprocuratesi.

In data 12.08.2009 CL è deceduto per asfissia meccanica da impiccamento, avvenuto con un lenzuolo intorno al collo annodato ad una cerniera della finestra del bagno. Ora del decesso: 01.05.

Dall'annotazione di servizio redatta dall'agente MA – acquisita all'udienza del 16 luglio 2013- si evince: *"il sottoscritto in servizio con turno 24.00/8.00 presso le celle a rischio del 5° reparto informa che verso le ore 00.30 nell'effettuare un giro di controllo vedevo il detenuto (CL) ubicato presso la cella 112 nel suo interno mentre fumava una sigaretta. Dopo circa dieci minuti un altro detenuto mi chiamava sottovoce, detenuto PE) dicendomi che il CL era sulla finestra non capendo cosa intendesse mi avvicinavo e dallo spioncino vedevo il detenuto che si era impiccato, prontamente chiamavo all'attenzione l'assistente Congia Sergio in servizio al primo e secondo piano dello stesso reparto e subito entravo per cercare di tirarlo giù, riuscivo nell'immediatezza a slegare il lenzuolo che gli avvolgeva il collo e che era appeso sulla cerniera della finestra."*

Dalle dichiarazioni rese dai suoi compagni di cella (numero 112) PE, FG e RE(acquisite all'udienza del 10 dicembre 2013) si evince che (PE): *"Ho potuto verificare che il CL per tutta la giornata di ieri appariva triste infatti continuava a piangere. Più volte io e i miei compagni di cella abbiamo cercato di parlargli per comprendere le motivazioni...ma lui non ha voluto dare alcuna spiegazione. Verso mezzogiorno il CL è stato chiamato per fare colloquio con i propri familiari facendo poi rientro nel tardo pomeriggio. Nonostante l'incontro con i genitori mi è parso molto triste e più volte è scoppiato in lacrime. Sino alle ore 20.00 il CL è rimasto coricato sulla propria branda senza parlare con nessuno. Poi si è alzato dal letto ed ha ricominciato nuovamente a piangere e non ha neppure voluto cenare. Per più di un'ora il CL ha camminato all'interno della cella apparendo turbato. Alle ore 00.45 circa mi sono svegliato per andare in bagno e, nell'aprire la porta del locale, ho visto il CL impiccato alla finestra....Il CL ha assunto la terapia alle ore 20.00...(Non abbiamo informato il personale di polizia dello stato del CL) Ricordo però che il CL verso le ore 21.00 di ieri sera ha chiesto all'agente la possibilità di uscire dalla stanza per camminare liberamente sul piano senza precisare il motivo. L'agente lo ha informato che non era possibile".*

Il FONO MINISTERIALE n.° 517/09/UC del 12 Agosto 2009 DOPO IL DECESSO DI CL riporta: "Al momento dell'ingresso, è stato posto dal medico del Pronto Soccorso in cella a basso rischio fino a valutazione psichiatrica per diversa ubicazione. Nella stessa data, l'esperta psicologa (dott.ssa DSR) a seguito della segnalazione del sanitario effettuava tempestivamente un colloquio con il detenuto. La stessa provvedeva a revocare la sorveglianza a vista e a disporre solo un'attenta sorveglianza, dal momento che il soggetto era noto da precedente carcerazione per disturbo della personalità ma non aveva mai posto in essere gesti anticonservativi."

Estrapolando dunque i dati più significativi si può osservare, sul piano degli episodi auto ed etero lesivi e gli atti definiti come tentativi di suicidio, la seguente dinamica : Luglio 2002 Taglio autoinferto a livello addominale con un coltello in seguito ad abuso di alcolici e ad un diverbio con la madre. 20 Marzo 2009 (San Vittore) Sciopero della fame e dei farmaci in carcere 3 Maggio 2009 (San Vittore) Aggressione ad un agente colpito con una testata. 21 Maggio 2009 (San Vittore) Ferita da taglio al polso sinistro Riferisce di non avere più voglia di vivere 25 Maggio 2009 (San Vittore) Tentativo di Impiccagione 30 Maggio 2009 (San Vittore) Gesto di autolesionismo: lieve taglio della pelle del collo Minaccia di suicidio 07 Giugno 2009 (carcere di Pavia) Tagli semiprofondi bilaterali agli avambracci e laterocervicali bilaterali superficiali 11 punti di sutura 8 Giugno 2009 (carcere di Pavia) Ferite da taglio al collo non degne di sutura 15 Giugno 2009 (carcere di Pavia) Ferite lacero sull'avambraccio destro e sul sinistro (di minore entità) e sul collo 28 Giugno 2009 (carcere di Pavia) Riferisce ingestione di lametta. Esami radiografici tutti negativi 2 Agosto 2009 carcere di San Vittore Ferite da tagli superficiali e profonde avambraccio destro autoinferte con coltello di plastica 4 Agosto 2009 carcere di San Vittore Ferita da taglio superficiale (ore 19.07) Ferite da taglio superficiali e profonde braccio e avambraccio destro (ore 21.45) 9 Agosto 2009 carcere di San Vittore Ferite superficiali all'avambraccio destro autoprocuratesi 12 Agosto 2009 carcere di San Vittore Impiccagione che determina il decesso. Sul piano invece della valutazione del rischio suicidario effettuata dai diversi operatori sanitari si osserva invece il seguente piano di intervento:

CARCERE SAN VITTORE 13 Ottobre 2008 (Dott. Tobia Latella): Ubicato in Cella a Medio Rischio Fattori di rischio suicida: NO aspetti epidemiologici anamnestici, NO aspetti di personalità, NO aspetti affettivi Suicida Minimo, Violenza Minimo 14 Ottobre 2008 (Dott. Claudio Borghi) Trasferimento da Cella a Medio Rischio raggi comuni in cella di osservazione psichiatrica 06 Novembre 2008 (Dott. Maria M) Trasferimento da cella osservazione psichiatrica in CELLA INFERMERIA 08 Gennaio 2009 (Dott. Maria M) Non si evidenziano segni di acuzie di tipo psichiatrico 10 Marzo 2009 (Dott. Gabriele Gori) Dimissione da cella infermeria Nuova Ubicazione in cella infermeria per Incapacità di integrarsi nei raggi comuni (relazione Dott. M 24.03.2009) 20 Aprile 2009 (incomprensibile) Possibile pensiero a sfondo

persecutorio: proposto monitoraggio per stabilire se si tratta di effetto reale o patologico 22 Aprile 2009 (Dott.ssa Cuoccio) Consiglia al paziente di fare istanza per trasferimento ad altro istituto 26 Aprile 2009 (Dott.ssa Caglio) Dispone visita psichiatrica con precedenza 26 Aprile 2009 (Dott. Nasser) Ubicazione in cella con sorveglianza a vista 27Aprile 2009 (Dott.ssa Cuoccio) Mantenimento in cella con sorveglianza a vista 3 Maggio 2009 (Dott. Vianini) Ubicazione al CONP Per mancanza di posti Ubicazione in Cella ad Alto Rischio (CAR sempre con sorveglianza a vista) 4 Maggio 2009 (Dott.ssa Roberta DSR) Dispone mantenimento in Cella ad Alto Rischio (CAR) 4 Maggio 2009 (Dott.ssa Cuoccio) Mantenimento in cella con sorveglianza a vista (SAV 26 Maggio 2009 (Dott. Cuoccio) Mantenimento in cella con sorveglianza a vista (SAV) Non necessita ricovero al reparto COMP

CARCERE A PAVIA 1 Giugno 2009 (sigla CL) Attenta sorveglianza 15 Giugno 2009 (omissato) Ubicazione in cella infermeria 1 Luglio 2009 (Dott. Gordon) Consiglia ricovero in struttura psichiatrica giudiziaria

SECONDO PERIODO A SAN VITTORE 30 Luglio 2009 (Dott.ssa Lleshi / Dott. Leanza) Ubicazione al CONP Per mancanza di posti Ubicazione in Cella a Medio Rischio 30 Luglio 2009 (Dott. Vianini) Ubicazione in Cella a Basso Rischio con SAV 30 Luglio 2009 (Dott.ssa DSR) REVOCA SORVERGLIANZA A VISTA Ubicazione in AT (attenta sorveglianza), in cella a Medio Rischio (provvisorio) con piantone ed osservazione psichiatrica.

4) Le indagini psichiatriche effettuate

4.1 La perizia psichiatrica del dott. Federico Durbano del 31.10.2008

In data 31.10.2008, CL è stato sottoposto a visita psichiatrica dal dott. Federico Durbano, al fine di accertare la capacità di intendere e di volere al momento del fatto di reato, la capacità di stare in giudizio e la pericolosità sociale. Il perito ha accertato la sussistenza di un disturbo mentale riportando la seguente diagnosi:” da quanto emerge dai dati raccolti e dalla documentazione agli atti, indubbiamente CL soffre di un disturbo mentale a valore di malattia, che coinvolge in maniera significativa sia le capacità volitive che quelle critiche, soprattutto quando non in adeguato trattamento psicofarmacologico. Nello specifico, appare evidente dalla storia di L come la maggior parte delle sue problematiche siano derivate dagli esiti del grave trauma cranico subito all’età di 17 anni. Sicuramente ne è esitato un disturbo della personalità originato da un danno organico cerebrale. Altrettanto sicuramente, tale vulnus è utilizzato da CL per autoassolversi dai suoi

comportamenti e sfuggire ad una reale presa in cura dei diversi servizi che di lui si devono occupare. CL ha mostrato anche di avere, nella storia passata, aspetti di personalità, non definibili in termini di disturbo, abbastanza problematici: scarsa costanza agli studi, tendenza alla vita di strada, uso di cannabinoidi CL è affetto da malattia neuropsichiatrica cronica – disturbo di personalità organico – con riacutizzazioni episodiche legate all’abuso di sostanze stimolanti e/o alla sospensione delle terapie stabilizzanti. Tale malattia, nei momenti di riacutizzazione, rende il soggetto totalmente incapace di intendere e di volere”

4.2 La consulenza tecnica del dott. Paolo Abbate del 5 maggio 2010, consulente del Pubblico Ministero (udienza 16/7/2013)

Dopo aver ripercorso la storia clinica di CL , il CT del Pubblico Ministero ha evidenziato un Disturbo Organico di personalità o Modificazione della personalità, dovuta sia al trauma cranico dell’adolescenza sia ad aspetti disfunzionali della personalità di L, potenziati dal trauma stesso. Si tratta, in particolare, di un “tipo combinato” di disturbo che mescola la tipologia “labile” (labilità affettiva), “aggressiva”, “disinibita” (mancato controllo degli impulsi), “paranoide” (sospettosità e ideazione paranoide). La carcerazione ha determinato un progressivo peggioramento del comportamento, dovuto all’intolleranza alle frustrazioni connesse con la pena e per il maggior livello di stress. Tale progressivo disadattamento ha comportato ripetuti gesti autolesionistici, disturbi dell’ideazione, episodi di colluttazione. Evidenzia il consulente che, al momento del decesso, il quadro del paziente si trovava in una fase di non compenso clinico, tanto da mostrare disturbi più evidenti a carico della sfera emotiva ed affettiva, oltre che comportamentale, e verosimili aspetti psicotici, di fatto certificati in numerose osservazioni specialistiche. Specifica, inoltre, che la tendenza a strumentalizzare la patologia psichiatrica al fine di attirare l’attenzione (rel. dott.ssa Cuoccio del 27.05.2009), con adozione di modalità particolarmente eclatanti (aggressività verso gli altri, autolesionismo, atteggiamenti polemic...) costituiva espressione di un disagio autenticamente riconducibile ad uno stato di malattia.

Conclude, quindi, evidenziando come la patologia psichiatrica di CL fosse da tempo particolarmente attiva e sintomatica. Il quadro clinico era, quindi, incompatibile con il regime carcerario e le condizioni psichiche non compatibili con lo stato di carcerazione.

A parere del consulente, infine, le misure adottate per la carcerazione di CL non sono state pienamente idonee e sufficienti a tutelarne la salute psico-fisica ed a prevenirne atti autolesionistici, in quanto sarebbe stata necessaria un'osservazione più costante e in un luogo più protetto, come quello ospedaliero.

In sede di esame dichiarativo, svoltosi all'udienza del 16 luglio 2013, il consulente precisava che il detenuto presentava uno scivolamento di natura psicotica con tratti paranoidei evidenziati dalla ritenuta morte dei genitori con un deciso aggravamento delle condizioni riscontrate durante la permanenza a Pavia tanto che il trasferimento a San Vittore era stato determinato dalla necessità di ricoverarlo in un centro di osservazione psichiatrica non presente nell'istituto di provenienza; che la dr.ssa DSR aveva, in data 30 luglio 2009 nell'ambito della visita effettuata, sottostimato il rischio suicidario evitando anche di rivalutare successivamente la situazione personale e trascurando i dati oggettivi derivanti dall'attività autolesionistica posta in essere dal detenuto con una escalation dei gesti quasi quotidiana; che era stato assunto, sostanzialmente, da parte di entrambe le professioniste, un atteggiamento attendista quando si doveva disporre, alternativamente, il ricovero di CL in una struttura ospedaliera, in OPG oppure in cella con sorveglianza a vista anche se la sorveglianza a vista può rappresentare, per l'evidente invasività, un fattore di aumento di stress; che l'intervento della dr.ssa M del 4 agosto 2009 risultava comunque preciso e coerente con il programma da lei intrapreso -*" la visita racchiude un'osservazione sicuramente pertinente e la compilazione di un diario clinico preciso...è coerente con quello che stava succedendo. C'è l'attestazione della sospensione della farmacoterapia e l'impegno della psichiatria nel convincere il soggetto a riassumere il farmaco o a concordare una terapia sostitutiva"*- anche se si doveva pensare alla introduzione di un diverso regime di sorveglianza atteso che *" il soggetto presenta anche uno*

scompenso di natura persecutoria e psicotica...e bisognava valutare il rischio suicidario che era importante e quindi poteva eventualmente essere migliorata la misura di sorveglianza” ; che comunque CL non aveva mai realizzato gesti diretti a determinare la propria morte atteso che , comunque, nell’ambito della violenza autolesiva risulta difficile distinguere l’attività manipolatoria da quella univocamente auto aggressiva.

4.3. La consulenza tecnica della parte civile dott. Paolo Bianchi (udienza 19 novembre 2013).

Dopo avere ricostruito la storia clinica di CL, il consulente della parte civile, nell’elaborato scritto acquisito al materiale di giudizio, evidenziava che il paziente era “affetto da un disturbo organico di personalità, oggi definibile come modificazione della personalità di tipo combinato dovuta a un pregresso trauma cerebrale. Tale quadro, di cui prima della carcerazione faceva parte anche la tendenza all’abuso di sostanze stupefacenti, era complicato da un livello intellettivo ai limiti inferiori della norma. Al momento del suicidio messo in atto dal signor CL la patologia presentava una fase di riacutizzazione con prevalenza di di sintomi paranoidei ed impulsività instabile, in maniera tale da non apparire allo scrivente compatibile con la carcerazione. Le misure adottate per la carcerazione del CL, alla luce del quadro clinico al momento del decesso e nel periodo precedente nonché delle segnalazioni sanitarie, non appaiono pienamente idonee e sufficienti a tutelarne la salute psico-fisica ed a prevenire atti autolesionistici.” Sempre in sede di elaborato scritto il dott. Bianchi, citando la circolare del Ministero della Giustizia del 30/12/1987 “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti” recepita con ordine di servizio n. 47/88 del 9 maggio 1988 dalla Direzione della Casa Circondariale di Milano al quale veniva allegato un elenco di “fattori di rischio suicida in ambiente carcerario”, individuava “almeno dieci fattori di rischio rispetto alle undici voci citate in elenco” (cinque voci riguardanti gli aspetti della personalità e sei voci riguardanti gli aspetti affettivi, cfr. documento in atti) aggiungendo “...se non era a rischio suicidario lui, vorremmo capire chi lo sia”. In sede di esame dichiarativo, svoltosi all’udienza del 19 novembre 2013, il consulente

precisava: il rischio suicidario non è un rischio codificabile, bisognerebbe comportarsi come se tutti volessero suicidarsi perché è difficile la valutazione del rischio; prima del trasferimento a Pavia i comportamenti di CL erano altalenanti anche lo stesso poteva definirsi una scheggia impazzita; l'accertato disturbo schizo-organico rendeva impossibile un'alleanza terapeutica; durante la degenza a Pavia il detenuto era stato sottoposto ad un carico farmacologico maggiore rispetto alla terapia adottata al carcere di San Vittore; a prescindere dalla valutazione sulla diagnosi, dovendosi poi valutare in concreto il rischio di suicidio, un agente modello concreto sul piano del comportamento doveva essere identificato nella dr.ssa Anna Cuoccio che aveva adottato e prescritto interventi di tutela del detenuto ritenuti adeguati.

4.4. Le consulenze tecniche delle difese dottori Roberto Marino e Riccardo Petterossi (DSR) e Ambrosi Paolo (MM) (udienze 28 gennaio 2014 e 11 febbraio 2014).

I consulenti tecnici della difesa DSR evidenziavano, soprattutto a commento della valutazioni espresse dai consulenti del Pubblico Ministero e della parte civile, che CL non era affetto da un disturbo su base organica, invero mai diagnosticato da nessun altro operatore sanitario e da escludersi in base all'esito di una TAC effettuata in data 20 settembre 2008, bensì da un disturbo borderline della personalità in soggetto tossicodipendente che lo portava ad avere agiti autolesivi, ma mai anticonservativi, per ottenere dei benefici nell'ambiente carcerario che soffriva particolarmente; che la diagnosi formulata dalla dr.ssa DSR era coerente con la cartella clinica e che al 30 luglio 2009 il detenuto presentava un rischio suicidario generico comune alla popolazione carceraria e che era impossibile la previsione di un gesto anticonservativo finale; che CL aveva anzi, nel periodo immediatamente precedente al suicidio, una buona progettualità e che comunque la situazione non era peggiorata rispetto ai precedenti periodi di detenzione a Milano e Pavia, istituto dal quale era stato dimesso per un semplice invio al reparto psichiatrico permanente carcerario denominato CONP; che " il regime di sorveglianza a vista (1440 minuti al giorno) non è una pratica terapeutica tanto che il D.A.P nel 2013 emanava delle nuove disposizioni nelle quali si impone di passare dalla

sorveglianza ordinaria alla sorveglianza "dinamica": tale sorveglianza è molto meno invasiva e lascia molti più spazi di libertà al detenuto. L'applicazione di tali direttive ha condotta a una drastica riduzione degli agiti auto lesivi" (cfr. relazione dr. Marino); che non riveste senso alcuno valutare il comportamento della dr.ssa DSR sulla base di attività svolte da altri operatori e su quanto da loro deciso dovendosi sempre aggiornare la situazione; che occorre distinguere da rischio suicidario generico e da crisi suicidaria, non presente in seno a CL al momento dell'intervento della psicologa, la quale evidenzia dei precisi segnali di allarme normalmente verbali.

Il consulente tecnico della difesa MM, prof. Paolo Ambrosi, rappresentava al Tribunale, contestando quanto affermato dal dr. Bianchi in punto di presenza di 10 fattori di rischio su 11 indicatori in seno a CL, peraltro sottolineando come in materia mancassero delle linee guida o dei protocolli accreditati dalla comunità scientifica, che la parte lesa era affetta da un disturbo di personalità non su base organica e che non vi erano elementi per ritenere che il detenuto avesse mai manifestato una intenzionalità suicidaria; che in particolare "la dr.ssa M, con riferimento alla questione farmacologica, ha cercato di realizzare il difficile equilibrio tra il rispetto delle esigenze e dei bisogni del paziente e la tutela della sua salute psichica, che rendeva comunque necessaria l'assunzione di un farmaco antipsicotico; la prescrizione del Risperidone al posto del Serenase mirava dunque alla ricerca di un'alleanza terapeutica con il paziente; per quanto riguarda la valutazione del gesto auto lesivo compiuto 2 giorni prima e di natura assolutamente lieve (usando un coltello di plastica e senza che fossero necessari punti di sutura) la dr.ssa si è preoccupata di accertarsi che il paziente fosse consapevole della sua natura reattiva all'ambiente carcerario e non riflettesse dunque una intenzionalità suicidaria. Sulla base di questa valutazione appare del tutto inopportuna la proposta di un aggravamento del livello di sorveglianza anche alla luce di tutte le evidenze fornite da innumerevoli fonti che concordavano sulla sua intolleranza a questo regime di sorveglianza, in particolare a quello esteso sulle 24 ore" (cfr. elaborato scritto acquisito al materiale di giudizio). In merito ai gesti autolesivi compiuti da CL all'esito del suo ingresso nella casa circondariale di Milano san

Vittore e segnatamente: in data 02.08.2009 *ferita da taglio superficiali e profonde avambraccio destro...si auto lesionava tagliandosi con un coltello di plastica...riferiva di aver problemi personali e familiari che lo hanno indotto a compiere tale gesto*; in data 04.08.2009 alle ore 19.07, alcune ore dopo il colloquio con la dr.ssa M, *giunge in PS per autolesionismo. Ferita da taglio superficiale. Medicazione a piatto. Già ubicato in cella rischio. In attesa di visita psichiatrica. Paziente tranquillo e collaborante.*" Ore 21.45: *"giunge in PS per autolesioni. Ferite da taglio superficiali e profonde braccio ed avambraccio dx. Punti seta 0.3 medicazione"*; in data 09.08.2009 *Autolesionismo, ferite superficiali all'avambraccio destro autoprocuratesi. Medicazione a piatto 1 cpr paracetamolo 500 mg. Rimozione punti sutura ferita o precedente avambraccio destro"*, il consulente osservava: " si tratta quindi di 4 episodi di autolesionismo nell'arco di una settimana, un pattern comportamentale di condotte auto lesive che sembra riprodurre quello che si era visto al momento dell'ingresso nel carcere di Pavia, dove vi erano stati 3 episodi nell'arco di 8 giorni."

5) L'eventuale interruzione del nesso di causalità. La condotta posta in essere dall'agente di polizia penitenziaria MA. In data 15 gennaio 2010 preveniva alla Procura della Repubblica di Milano una missiva dell'avvocato Giovanni Marchese, difensore di fiducia di Bakhoul Youssef detenuto presso il carcere di San Vittore per la violazione delle legge sugli stupefacenti, con la quale si evidenziava di avere ricevuto "durante il mese corrente una lettera manoscritta siglata da Youssef Bakhoul" riguardante il suicidio di CL. In tale lettera, acquisita al materiale di giudizio, il detenuto scriveva: *"sono ancora schoccato dal suicidio di un compagno di sventura che è stato provocato d'avanti a me al punto che la guardia stessa gli ha consigliato di mettersi una corda e lui l'ha fatto sul serio. Sono disposto a dirlo avanti a qualsiasi autorità"*. Sentito, su richiesta della difesa, a testimonianza all'udienza del 16 luglio 2013 Youssef Bakhoul confermava la circostanza evidenziata nella missiva inviata al proprio difensore precisando che l'operatore di polizia penitenziaria in servizio al reparto 5, identificabile in MA il quale, sempre in sede di audizione

testimoniale, negava al contrario l'avvenimento, dopo le ore 24, alla richiesta formulata da CL relativa alla volontà di incontrare un medico, richiesta rafforzata dalla comunicazione che in caso contrario si sarebbe tagliato, rispondeva con la frase "prendi pure una corda ed impiccati", sottolineando come tale fatto l'avesse riferito prima al compagno di cella e quindi al comandante senza avere avuto riscontro alcuno decidendosi quindi di scrivere la lettera al proprio avvocato. Osserva il Tribunale come la testimonianza resa dal detenuto Youssef Bakhoul, peraltro sofferente sul piano psichiatrico – con diagnosi di disturbo della personalità con tratti di antisocialità- tanto da avere subito in precedenza ricoveri in OPG e da dovere assumere ancora psicofarmaci quali lo Xanax e il Depakin e in conflitto con l'operatore di polizia penitenziaria MA avendo avuto un precedente diverbio, possa anche ritenersi verosimile, in tal caso evidenziandosi una scarsa professionalità proprio dell'agente di polizia il quale avrebbe violato una norma di comportamento elementare nel rapporto con il detenuto posto in cella a rischio consistita nell'evitare di assumere atteggiamenti di tipo provocatorio, con conseguente responsabilità diretta del Ministero della Giustizia in punto di addestramento dei propri operatori addetti ad un reparto sensibile quale quello delle celle a rischio anche di osservazione psichiatrica, ma indifferente sul piano della interruzione causale fra condotta ed evento. Invero, sul piano fattuale, proprio l'imputata MM, confermando peraltro una circostanza conoscibile secondo l'applicazione di parametri di comune esperienza, ha evidenziato in sede di esame, riferendosi a tale episodio, come spesso capita che gli agenti provochino i detenuti arrivando a pronunciare frasi quantomeno inopportune. Peraltro, come dichiarato dai concellini di CL, la situazione di forte sofferenza della parte lesa si era manifestata ancora prima del colloquio di tarda mattinata intervenuto con i suoi familiari, ai quali aveva detto, presentandosi in ritardo, sporco, vestito male, sospettoso "questa sera ci vediamo a casa" (cfr. testimonianza resa dal padre CM), con ciò evidenziandosi una evidente deriva comportamentale e psicotica progressiva che lo avrebbe indotto alla fine della giornata ad impiccarsi. Peraltro, per giurisprudenza costante, il rapporto di causalità tra l'azione e l'evento può escludersi solo se si verifici una causa

autonoma e successiva che si inserisca nel processo causale in modo eccezionale, atipico ed imprevedibile, e tale non può essere considerata la condotta provocatoria di un operatore penitenziario, mentre non può essere escluso il nesso causale quando la causa successiva abbia solo accelerato la produzione dell'evento destinato comunque a compiersi sulla base di una valutazione dotata di un alto grado di credibilità razionale o di probabilità logica (cfr. fra le tante Cass. Sez. 4 del 6/11/2003 n. 10430 e 19/2/2013 n. 10626). La probabile attività provocatoria posta in essere dall'agente di polizia MA, impegnato peraltro dalla direzione dell'istituto a svolgere mansioni fra loro incompatibili – sorveglianza a vista dei detenuti del reparto e sorveglianza h 24 del detenuto nuovo giunto Presilli Pietro arrestato per i fatti connessi alla gestione della clinica Santa Rita di Milano- non può dunque che avere, anziché interrompere il nesso causale, agito come fattore di rafforzamento in un processo di programmazione suicidaria che era già in essere nella mente di CL ed evidenziare particolari responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria sul piano della preparazione degli agenti di custodia addetti a mansioni così delicata, dell'organizzazione dei servizi, della contrazione di risorse in termini di reclutamento di personale.

6) La diagnosi, il rischio suicidario, le disfunzioni organizzative, la condotta delle imputate.

6.1 L'accurata rappresentazione di tutto il materiale di giudizio formatosi, volutamente riprodotta in forma analitica per favorire la comprensione del ragionamento valutativo, consente al Tribunale di ritenere indifferente il problema, peraltro affrontato lungamente da tutte le parti processuali, relativo alla diversa diagnosi formulata, o formulabile, rispetto alla patologia, riconducibile evidentemente alla sfera psichica, sofferta da CL. Scorrendo infatti tutta la storia clinica della parte lesa e le diverse valutazioni offerte al processo dai consulenti si potrà osservare come siano stati effettuati dagli esperti giudizi diagnostici alternativi ed a volte fra loro configgenti. Soltanto per citare due valutazioni psichiatriche fornite da medici certamente terzi rispetto alla vicenda giudiziaria all'attenzione del giudicante, a conferma di

quanto appena osservato, basti rilevare come il dr. Zanobio, dell'ospedale Niguarda di Milano, ebbe a formulare la diagnosi, in data 29 settembre 2008, di "disturbo della personalità misto con tratti antisociali e instabilità emotiva" e come invece, sebbene in un contesto diverso da quello tipicamente clinico, di natura clinico-forense, il dr. Durbanò, in data 31 ottobre 2008, propose la diagnosi di "disturbo della personalità organica" originato da un danno organico cerebrale, diagnosi probabilmente viziata dall'assenza della TAC effettuata in data 30 settembre 2008 presso l'ospedale Niguarda di Milano e refertata come "segni ne' di patologia acuta neuro cerebrale, ne' di esiti di lesioni ovvero atrofia cerebrale".

La neutralità del dato relativo all'esatto accertamento della diagnosi, non vertendosi ovviamente in una ipotesi di accusa per responsabilità professionale da omessa o errata diagnosi clinica, deriva dalla condivisione di quanto osservato dal consulente della difesa M. dr. Ambrosi Paolo in punto di correlazione fra malattia psichiatrica sofferta e probabilità di gesto suicidario, e quindi presenza di un rischio suicidario specifico, ricorrendo tale situazione soltanto nei casi di pazienti affetti da depressione maggiore, patologia di cui certamente, proprio guardando le diverse ipotesi avanzate da tutti gli psichiatri coinvolti nella vicenda clinica e giudiziaria di CL, non soffriva la parte lesa. Certamente, qualora si volesse propendere per la diagnosi proposta di disturbo della personalità con tratti di antisocialità, aumenterebbe, proprio per la particolarità del quadro morboso sofferto, la possibilità di ritenere che molti dei gesti auto lesivi posti in essere da CL fossero compiuti proprio per un intento di natura manipolatoria avente come finalità ultima quella di ottenere benefici sul piano del trattamento detentivo, ma anche tale dato, che può dirsi peraltro pacificamente acquisito nel materiale di giudizio, si presenta indifferente nel complessivo panorama valutativo. **6.2** Peraltro, volendo affrontare il problema dibattuto fra i consulenti delle parti processuali circa la necessità di distinguere decisamente il gesto autolesivo da quello realmente anticonservativo e ciò al fine di scandagliare la reale volontà dell'agente in merito ad una intenzionalità di natura semplicemente dimostrativo-manipolatoria rispetto ad una decisa idealità suicidaria, ritiene il Tribunale, seguendo peraltro le indicazioni

contenuto nel documento di indirizzo scientifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sopra citato, che, ferma restando una catalogazione di massima ed un addestramento professionale degli operatori non specializzati mirato al riconoscimento di semplici attività simulatorie poste in essere dai detenuti per ottenere condizioni di restrizione individuale migliori a quelle esistenti, ogni attività posta in essere definibile autolesionistica debba essere letta singolarmente nel complesso degli elementi in relazione all'entità del gesto, alla frequenza degli episodi posti in essere, alla sintomatologia esistente ed alla condizione psichica dell'agente. Proprio seguendo le indicazioni fornite dal libro, sempre prodotto dalla difesa M all'udienza del 1 aprile 2014 "In carcere: del suicidio ed altre fughe", risulta necessario comprendere per ogni gesto autolesionistico la finalità, la presenza o meno dell'intento manipolatorio da parte dell'attore, in altre parole la genesi psicologica e l'approdo finale alla luce di tutti gli elementi, personali ed ambientali, presenti e ciò nell'ambito, riscontrato anche in questo processo, di una reale ed esistente confusione diffusa, sul piano della percezione, della segnalazione e della trascrizione nei documenti che compongono la cartella del detenuto, nei diversi operatori del carcere. Basti pensare, soltanto a titolo esemplificativo, che nella comunicazione di notizia di reato del 4 maggio 2009 inviata alla Procura della Repubblica di Milano e riguardante la denuncia di CL per il reato di cui all'art. 337 c.p., gli operatori di polizia penitenziaria Zago Daniele e Federico Manuela (V.Comm.) scrivevano "il detenuto CL, soggetto noto a questo Ufficio Comando per i suoi trascorsi disciplinari e per i gesti anticonservativi che quasi giornalmente pone in essere.....", con ciò dimostrando un' evidente improprietà di linguaggio foriera di possibili equivoci se il problema venisse affrontato soltanto sul piano della catalogazione astratta del comportamento a prescindere dalla lettura analitica del gesto e del contesto emozionale ed ambientale di riferimento.

6.3 Ancora, ma sempre ragionando su un piano astratto e certamente prima del periodo che si ritiene rilevante e che deve essere circoscritto dal 3 maggio 2009, data in cui CL aggrediva un agente di polizia penitenziaria rompendo il suo equilibrio psichico – il dr. Vianini riferisce nella visita medica effettuata in

pari data "disturbo psichico ndp con vomito psichico...date le affermazioni autolesive e di paura di eventuali aggressioni si ubica al CONP e per mancanza di posto su ubica in CAR alto"-, alla detenzione presso il carcere di Pavia ed a quella successiva, purtroppo terminale, presso la casa circondariale di Milano, si può affermare che CL fosse affetto da un rischio suicidario definibile generico, ma comunque superiore a quello comune alla popolazione carceraria e determinato dalla semplice condizione di detenzione in quanto il soggetto era affetto da una alterazione del comportamento su base psichiatrica che lo induceva a compiere attività auto ed eteroaggressive, ma che tale rischio si stava progressivamente aggravando quantomeno dall'indicato episodio di scompenso risentendo fortemente dei due fattori riguardanti la dislocazione ambientale ed il trattamento farmacologico adottato dai diversi medici.

6.4 Per quanto riguarda l'altro fondamentale tema del processo relativo al regime di sorveglianza al quale era stato sottoposto, o avrebbe dovuto essere sottoposto, CL, appare acquisito al materiale di giudizio il dato che mai alla parte lesa era stato applicato il regime massimo di vigilanza, come si evince dalla cartella del detenuto e dalle dichiarazioni testimoniali acquisite, rappresentato da una sorveglianza a vista per 24 ore con un operatore di polizia penitenziaria dedicato alla visualizzazione di tutti i comportamenti del detenuto e con l'annotazione manuale in un apposito registro delle attività poste in essere durante il controllo, atteso che sia durante la permanenza presso il Sesto Secondo Reparto Protetti, dove CL era stato associato per problemi intervenuti con gli altri detenuti e con il personale di polizia penitenziaria, sia presso il reparto celle a rischio sussisteva una vigilanza qualificata, la cui intensità dipendeva anche dal fattore di rischio suicidario indicato dal sanitario (alto, medio, basso), ma non assoluta. Peraltro, come si ricava anche dall'ordine di servizio n. 40 del 2001 e dalla testimonianza resa dalla dr.ssa Cuoccio, nemmeno presso le celle psichiatriche del reparto CONP era prevista una sorveglianza h 24 posto che *"nella cella di osservazione psichiatrica non c'è la sorveglianza a vista, c'è solo l'attenta sorveglianza: l'attenta sorveglianza, in pratica al paziente vengono tolti lacci e cinture e il paziente viene monitorato".* Questo monitoraggio, peraltro, appare un dato

fondamentale del trattamento dei detenuti, poichè, se compiuto con frequenza ed attenzione, dovrebbe consentire di percepire l'evoluzione della sintomatologia e quindi la gestione del disturbo psichiatrico in tempi quasi reali.

Anche nella casa circondariale di Pavia, che non era dotata di celle dedicate alla gestione del rischio suicidario, CL, come riferito dalla direttrice del carcere Iolanda Vitale con una nota prodotta dalla difesa M ed acquisita al materiale di giudizio, *"dalla data di ingresso è stato sottoposto a grande sorveglianza su richiesta del sanitario per disturbi comportamentali e pregressi atti autolesionistici. Questa casa non è provvista "di celle a rischio" e qualora dovessero esserci gravi rischi autolesionistici si pone il soggetto all'unica forma di sorveglianza prevista in questi casi ossia la Grande Sorveglianza da parte del personale di Polizia Penitenziaria"*. Si badi, in armonia con quanto sopra osservato e condiviso per esempio dal consulente della parte civile dr. Bianchi in punto di non decisività della catalogazione del gesto nella categoria dell'autolesivo o dell'autoconservativo, come anche la direttrice dell'istituto penitenziario di Pavia faccia riferimento a "gravi rischi autolesionistici" in maniera impropria probabilmente includendo in tale affermazione anche attività che potrebbero determinare la morte dell'autore della condotta autoaggressiva. Peraltro, e questo appare un altro elemento certo acquisito al processo, CL, come probabilmente molti altri detenuti sofferenti sul piano psichiatrico di sindromi associabili a quella presente nella parte lesa, soffriva particolarmente del regime di sorveglianza che trovava invasivo e destabilizzante, ma che comunque riusciva a controllare se collocato in determinati contesti, circostanza quest'ultima avvalorata dal fatto che durante la permanenza presso il carcere di Pavia, segnatamente nel periodo 10-30 luglio 2009, la parte lesa, pur sottoposta ad un regime di attenta sorveglianza ma allocata in una cella singola adiacente al locale infermeria, non ha evidenziato problematiche di tipo auto od etero aggressive, con ciò apparendo più probabile, come sottolineato peraltro dalla stessa dr.ssa M, che CL soffrisse più la presenza dei cancellini che quella degli agenti di vigilanza.

Si può pertanto affermare con certezza che la gestione del paziente CL comportava l'adozione e l'applicazione di metodiche e di piani di intervento particolari, anche di tipo estremo sul piano della esigibilità della condotta e nell'ottica primaria della salvaguardia della vita del soggetto, rimanendo la condizione della necessità di doversi muovere sempre all'interno della struttura carceraria per decisione dell'Autorità Giudiziaria.

6.5 Certamente dal 3 maggio 2009 CL si scompensa al punto che la dr.ssa Cuoccio inserisce nella terapia farmacologica un neurolettico, il Prozin (30 gocce) nella visita del 4 maggio. Il primo segnale di quello "scompenso psicotico, come non lo avevo mai visto prima...ho rilevato che vi fosse uno scivolamento psicotico in accordo con quello che risultava nella cartella di Pavia" accertato personalmente dalla dr.ssa M nella visita del 4 agosto 2009 (cfr. verbale di interrogatorio reso al Pubblico Ministero in data 7 giugno 2010) viene annotato nella visita psicologica del 13 maggio 2009 effettuata dalla dr.ssa Laura Pedrazzoli la quale riporta in cartella: *stato di agitazione, durante il colloquio il paziente si volta ripetutamente per guardare dietro le sue spalle; riferisce di: "far fatica qui a starci dentro con la testa"; appare a tratti dubbia la conservazione dell'esame della realtà".*

Peraltro, dopo il suo ingresso - 1 giugno 2009- presso la casa di reclusione di Pavia, a seguito di un trasferimento dettato da motivi sostanzialmente disciplinari e di cautela personale a causa di un ambiente avvertito o diventato per la parte lesa ostile per le frizioni con i detenuti ed il personale di polizia penitenziaria, si verificano i seguenti episodi definibili di autolesionismo, probabilmente collegati anche alla intolleranza soggettiva al nuovo ambiente reclusivo: 7 giugno 2009 tagli semiprofondi bilaterali agli avambracci e laterocervicali bilaterali superficiali 11 punti di sutura; 8 giugno 2009 ferite da taglio al collo non degne di sutura; 15 giugno 2009 ferite lacero sull'avambraccio destro e sul sinistro (di minore entità) e sul collo; 28 Giugno 2009 riferisce ingestione di lametta, Esami radiografici tutti negativi. I sanitari intervengono sul paziente confermando la terapia farmacologica approntata a San Vittore (Depakin 500 2 cp, Rivotril 35 gocce, Talofen 50 gocce, poi sostituito con Zyprexa 10 mg, Valium 80 gocce, introducendo su indicazione

della dr.ssa Arzani dell'ospedale di Pavia dopo l'episodio della presunta ingestione della lametta, un neurolettico, Serenase 2% 20 gocce in data 28 giugno), disponendo un regime di attenta e allocando finalmente il detenuto in data 10 luglio 2009 in una cella a singola sempre adiacente al locale infermeria.

Certamente, dovendosi convenire con quanto rilevato dal Pubblico Ministero, durante la permanenza presso il carcere di Pavia CL presenta un certo aggravamento della patologia, o quantomeno una forte diversificazione della sintomatologia, come rilevato da tutti i medici che lo hanno visitato. Invero in data 6 giugno 2009 veniva sottoposto a visita psichiatrica dal dr. Gordon il quale rilevava *Paziente preoccupato, vigile e ben orientato Tono dell'umore in asse senza evidenza di acuzie psichiatriche Riferisce che si è ben ambientato, sonno e alimentazione regolare Preoccupazione perché convinto della morte del padre; viene rassicurato e si tranquillizza Nega in modo assoluto pensieri autolesionisti e anticonservativi.* In data 7 giugno 2009 veniva medicato per un gesto autolesivo: *Paziente agitato e paranoico Si consiglia attenta sorveglianza.* In data 8 giugno 2009: *agitazione psicomotoria con fenomeni paranoidi e deliranti.* CL veniva dunque sottoposto ad ulteriore visita psichiatrica in data 17 giugno 2009 il cui esito viene così trascritto: *Riferisce di aver sentito della morte del padre e del fratello Nega pensieri autolesionistici e anticonservativi Diagnosi: stato psicotico persecutorio Mantenimento della sorveglianza.* Una ulteriore visita psichiatrica in data 22 giugno evidenzia: *Quadro persecutorio Nega pensieri autolesionistici anticonservativi.* In data 15.06.2009 CL scriveva al suo difensore una missiva del seguente tenore: *"il mio voglio rimanere solo non significa senza la famiglia, ma significa lasciate stare la mia famiglia... oggi dovevo venire al funerale di mamma e papà ma come al solito riferirono che mi rifiutavo. Ora penso che la mia pazienza sta per finire e non so cosa oltre a essermi tagliato tutto agirò di conseguenza non so in che modo ma lo farò. O mi prendo con qualcuno oppure non so..."* In data 28 giugno 2009 la psichiatra dr.ssa Arzani del pronto soccorso dell'ospedale San Matteo di Pavia evidenziava *Paziente al colloquio vigile, lucido, eloquio fluente, umore in asse, non quote d'ansia Emergono contraddizioni e versioni differenti del*

racconto Presunti e numerosi lutti familiari, "percepiti" dal comportamento degli altri detenuti (psicosi) Atteggiamento manipolatorio e contraddittorio (anche in riferimento alla terapia farmacologica, per cui riferisce ora eccessiva sedazione ora insonnia) Prevale atteggiamento manipolatorio con finalità secondarie, ricerca di benefici secondari (es. trasferimento ad altra struttura). In data 1 luglio 2009, CL veniva sottoposto ad un'altra visita psichiatrica in carcere, con il dr. Jacob Gordon che evidenziava: *Irrequietezza psicomotoria Paziente molto sospettoso Nesso dell'eloquio con andamento circostanziale Tematiche persecutorie Riferisce di sentirsi strano e che la realtà non gli sembra reale Nega pensieri autolesionisti anticonservativi Quadro persecutorio Paziente in osservazione e attenta sorveglianza.* La relazione dello stesso giorno redatta dallo stesso psichiatra evidenzia ancora: *Autolesionismo in relazione a una (mai avvenuta) perdita dei genitori. Quadro Psicotico Persecutorio. Atteggiamenti autolesionistici importanti. Consigliato trasferimento a struttura psichiatrica giuridica. Rifiuto terapia farmacologica: povera compliance alle cure.* In data 8 luglio 2009 CL viene visitato ancora dallo psichiatra dr. Gordon che evidenzia: *Difficoltà a distinguere la realtà dalla non realtà (riferisce che sulla RAI hanno parlato del suo caso) Nega pensieri autolesionisti anticonservativi Sintomi psicotici persecutori.* Ancora nella relazione redatta dal dott. Pasquale Alecci, su richiesta della Corte di Appello di Milano, si evidenziava: *Condizioni psichiche ingravescenti Paziente si sente minacciato e perseguitato Quadro di scompenso psichico con tematiche deliranti Scarsa compliance alla terapia farmacologica (finge di ingerire i farmaci ma non deglutisce) Richiesta di trasferimento ad altra struttura protetta.*

6.6 Il trasferimento alla casa circondariale di Milano, disciplinato dal fonogramma del Ministero della Giustizia del 27 luglio 2009 (Con riferimento al fax ministeriale a margine indicato, diretto anche a codesta direzione, preso atto della relazione sanitaria allegata (Alecci), sentito il parere del medico di questo provveditorato, disponesi – previa nulla osta dell'autorità giudiziaria, ove occorra – trasferimento temporaneo alla Casa Circondariale Milano rep. CDT del detenuto CL (...) per ivi avvalersi dell'assistenza medica adeguata di cui necessita. Direzione Milano è invitata ad aggiornare dopo periodo di tempo, la

Direzione Generale dei detenuti, nonché questo ufficio in ordine all'evoluzione delle condizioni di salute del detenuto, trasmettendo dettagliata relazione medica (...), peraltro nemmeno anticipato alla direzione della casa di reclusione di Milano (!), di CL, il quale certamente in questa fase presenta un aumento del rischio suicidario per l'intervenuto quadro di scompenso psicotico, quadro mai evidenziato dal detenuto durante la precedente permanenza nel carcere di San Vittore e che la stessa imputata M rileva nella prima ed unica visita che effettuerà in data 4 agosto 2009 come sopra ricordato, non viene affrontato adeguatamente sul piano organizzativo dalla struttura penitenziaria di ricezione. Preme sottolineare a questo Tribunale come sia fondamentale distinguere le omissioni e le manchevolezze complessivamente imputabili all'amministrazione penitenziaria locale e nazionale, evidentemente rilevabili nella mancata verifica preventiva di disponibilità di posti ai reparti CONP o CNT di Milano, nella passività dei responsabili degli stessi reparti di rinvenire con urgenza una collocazione nel reparto CONP a CL, anche attraverso lo spostamento di altro detenuto magari affetto da problematiche psichiatriche meno attuali e pericolose per l'incolumità personale, di disporre il trasferimento di CL presso un reparto psichiatrico di una struttura ospedaliera o giudiziaria o, al limite, di coinvolgere ulteriormente l'Autorità Giudiziaria in punto di rivalutazione della compatibilità del detenuto con il regime carcerario, rispetto alle condotte, sostanzialmente omissive, oggetto di addebito penale mosso dal Pubblico Ministero alle accusate, risultando evidentemente questo l'unico perimetro di giudizio possibile in questa sede. Occorre pertanto verificare in concreto gli elementi che erano a conoscenza, o dovevano essere a conoscenza, delle imputate, le condotte omissive da loro poste in essere, l'esigibilità di una o più condotte alternative e la loro idoneità, con un giudizio prognostico ex ante di grande probabilità, ad impedire l'evento suicidario.

6.6.1. MM interviene su CL, per la prima e unica volta, con la visita del 4 agosto 2009 essendo a conoscenza, per sua stessa ammissione, di tutta la vicenda clinica e comportamentale vissuta dal detenuto primariamente presso la stessa casa di reclusione di Milano San Vittore, dove però lo aveva visto l'ultima volta nel marzo del 2009, e quindi presso la casa di reclusione di Pavia.

Fra gli elementi di valutazione di cui è in possesso vi è certamente il primo episodio autolesivo commesso a Milano in data 2 agosto e consistito in *ferita da taglio superficiali e profonde avambraccio destro...si auto lesionava tagliandosi con un coltello di plastica...riferiva di aver problemi personali e familiari che lo hanno indotto a compiere tale gesto*, e la circostanza che CL tende a soffrire nei primi giorni di ambientamento in una struttura diversa ponendo in essere comportamenti autolesivi. Anzi, proprio per stessa ammissione effettuata dalla dr.ssa M la quale ha riferito in sede di esame che "*la sua relazione con la polizia penitenziaria era compromessa dai fatti avvenuti a maggio, quella lite sicuramente ha reso reciprocamente tesa quella relazione*", proprio la struttura carceraria di San Vittore doveva considerarsi un ambiente pericoloso per le possibili reazioni, sul piano comportamentale, del detenuto il quale infatti era stato precedentemente trasferito a Pavia al fine di allentare una tensione relazionale esistente puntualmente ricreata dall'amministrazione penitenziaria con il nuovo trasferimento a Milano. Ancora, l'imputata non risulta informata del provvedimento adottato dalla dr.ssa DSR in data 30 luglio 2009, che peraltro verrà eseguito soltanto in data 10 agosto con effetti potenzialmente devianti e ingannatori per gli agenti di polizia penitenziaria addetti alla sorveglianza che riscontrano sul brogliaccio delle consegna "grande sorveglianza" la "dimissione" del detenuto (cfr. registro in atti), con il quale si proponeva la "revoca SAV e ubicazione in Attenta Sorveglianza in cella di osservazione psichiatrica (115). Tenere ubicato in CAR medio rischio finchè non si libera posto". La dr.ssa M, come da lei stessa riferito in sede di esame, confidando sulle sue conoscenze dirette, tuttavia risalenti nel tempo, di CL e sull'elemento di natura scientifica che non "può esistere un disturbo psicotico che rimane muto per venti giorni", pur prendendo atto di uno "scivolamento psicotico e di un disturbo del pensiero e dell'organizzazione" propende, proprio sulla base della visita effettuata che comporta il diretto contatto con il paziente, per riaffermare la diagnosi di disturbo persecutorio e di ricercare un'alleanza terapeutica con la parte lesa che riferiva di avere sospeso la terapia NL e ansiolitica anche per disturbi secondari legati alla somministrazione dei farmaci impostando la

somministrazione di Depakin 500 3 cp (stabilizzatore dell'umore), Risperdal 1 mg 3 fiale (neurolettico) e sospendendo il Rivotril (altro stabilizzatore dell'umore introdotto a San Vittore in data 8 gennaio 2009) ed il Valium (sedativo introdotto sempre a San Vittore il 27 aprile 2009). Lo stesso consulente del Pubblico Ministero, esprimendo una valutazione mirata sulla condotta tenuta in questa fase dall'imputata, l'ha ritenuta *"coerente con quello che stava succedendo..... C'è l'attestazione della sospensione della farmacoterapia e l'impegno della psichiatria nel convincere il soggetto a riassumere il farmaco o a concordare una terapia sostitutiva"*. Peraltro, sul piano della valutazione della condotta alternativa, non appare sufficientemente certo che il mantenimento della terapia farmacologica somministrata dai sanitari di Pavia sarebbe stato elemento idoneo ad evitare il suicidio di CL, atteso che, a giudizio del Tribunale, il dato farmacologico è soltanto uno dei tre elementi che hanno inciso sull'assenza di gesti autolesivi della parte lesa durante l'ultimo periodo di permanenza presso la struttura carceraria pavese dovendosi individuare gli altri due nella sistemazione del detenuto in una cella singola, condizione evidentemente a lui gradita e che a Milano non era stata ricreata, e nella presenza, all'interno della struttura, di personale di polizia e di altri detenuti con i quali non aveva mai avuto nessun problema di tipo relazionale, condizione ambientale esattamente antitetica rispetto a quella milanese. Peraltro, alla data del 4 agosto 2009, pur dovendosi osservare come la dr.ssa M abbia sostanzialmente disatteso in maniera impropria delle valutazioni effettuate da colleghi fidandosi troppo di una sua opzione diagnostica basata anche su una storia personale del paziente datata e non più attuale senza l'attivazione di alcuna riflessione di equipe con gli psichiatri di Pavia, sussiste il dubbio, sul piano della esigibilità del comportamento, su cosa avrebbe dovuto fare l'imputata posto che, in quel momento, una situazione di tipo attendista, qualificata però da un'osservazione psichiatrica che non è stata sviluppata soprattutto dalla responsabile del reparto dr.ssa Cuoccio, poteva anche essere confacente rispetto alla situazione complessivamente esistente che comunque, occorre ricordarlo, doveva necessariamente evolversi con la destinazione di CL presso il CONP dove, è vero, nulla sarebbe forse cambiato in

termini di sorveglianza, ma dove, come riferito dalla dr.ssa Cuoccio, il paziente-detenuto sarebbe stato sottoposto ad un monitoraggio clinico con osservazione diretta dell'evoluzione del quadro sintomatologico.

In altri termini non si può affermare, con un alto grado di probabilità, che il mantenimento della terapia farmacologica, modificata dalla dr.ssa M non a causa di una ritenuta incompatibilità di una plurima somministrazione di neurolettici, dovendosi altrimenti affermare una incompetenza professionale dei precedenti medici che tale terapia avevano impostato (Cuoccio, Gordon, Arzani) , ma nel tentativo di ricercare una compliance con il paziente al fine di fargli assumere i farmaci, fosse un atteggiamento esigibile a quel momento e, soprattutto, idoneo a scongiurare l'evento mortale in presenza delle altre due situazioni stressanti costituite dalla collocazione nelle celle plurime del CAR e dalla detenzione in quell'ambiente milanese che era diventato per la parte lesa, sul piano della percezione soggettiva, fortemente ostile. Certamente, ed in tal senso il Tribunale rileva il comportamento gravemente omissivo probabilmente da ascrivere alla responsabile del CONP, ed in parte alla stessa imputata, non essendo tuttavia emerso in modo chiaro chi dovesse seguire, sul piano psichiatrico, l'evoluzione del quadro sintomatologico della vittima dopo la visita del 4 agosto 2009, CL doveva essere costantemente monitorato e, in via essenziale, trasferito al CONP. La conseguenza sul piano della valutazione decisoria non può che essere una pronuncia si sensi dell'art. 530 comma secondo c.p.p. per la presenza di una prova insufficiente sul punto della esigibilità di una condotta alternativa idonea ad impedire l'evento

6.6.2. Il comportamento tenuto dalla dr.ssa **DSR**, psicologa e quindi dotata di uguali competenze rispetto alla psichiatra sul piano della valutazione di un rischio suicidario che si stava progressivamente consolidando anche se non abilitata, ovviamente, all'intervento farmacologico sul detenuto, appare al contrario francamente censurabile sul piano dell'imperizia e della negligenza non potendosi, in considerazione della presenza di ulteriori tre episodi auto lesivi posti in essere da CL, in un contesto ambientale divenuto difficile per quanto sopra riferito a causa delle relazioni complesse con i detenuti e il personale di polizia e con una deriva psicotica comunque accertata anche dalla

dr.ssa M, ritenere opportuno ancora un atteggiamento di tipo attendista da parte dell'imputata. Invero la dr.ssa DSR, dopo la prima visita del 30 luglio 2009, rivede il paziente in data 8 agosto dopo che in data 4 agosto alle ore 19.07, alcune ore dopo il colloquio con la dr.ssa M, CL era giunto *in PS per autolesionismo. Ferita da taglio superficiale. Medicazione a piatto. Già ubicato in cella rischio. In attesa di visita psichiatrica. Paziente tranquillo e collaborante.*, ed alle ore 21.45: *"giunge in PS per autolesioni. Ferite da taglio superficiali e profonde braccio ed avambraccio dx. Punti seta 0.3 medicazione"*. Nell'ambito di tale colloquio, rimanendo sostanzialmente sulla valutazione diagnostica e di rischio del 30 luglio malgrado la realizzazione di tre gesti autolesionistici, la psicologa decide, quasi fideisticamente, "di non decidere" scrivendo nel referto : *Colloquio PRAS Il soggetto è giunto in codesto istituto per avvalersi del CDT Al momento è ubicato in CAR. Ha messo in atto gesti auto lesivi per futili motivi. Chiede insistentemente adeguata ubicazione. Si rivede a breve.*" La dr.ssa DSR, che pure viene a conoscenza dell'ultimo episodio auto lesivo posto in essere da CL in data 9 agosto (*Autolesionismo, ferite superficiali all'avambraccio destro autoprocuratesi. Medicazione a piatto 1 cpr paracetamolo 500 mg. Rimozione punti sutura ferita o precedente avambraccio destro*) e che ha conoscenza del più grave gesto auto lesivo, tanto da comportare l'applicazione di punti di sutura, posto in essere dalla parte lesa in data 4 agosto alle ore 21.45, non adotta nessun tipo di intervento, anche di tipo decisamente sollecitatorio nei confronti dei soggetti responsabili delle strutture, quali il richiedere una visita psichiatrica per valutare a questo punto l'efficacia della terapia adottata dalla dr.ssa M – visita peraltro calendarizzata nell'annotazione della dr.ssa Andreea Untaru intervenuta proprio il 4 agosto alle ore 21.45 per applicare i punti di sutura al detenuto ("In attesa di visita psichiatrica")- , il coinvolgere la responsabile del reparto dr.ssa Cuoccio, o la stessa dr.ssa M, per sollecitare il ricovero presso il CONP dove CL sarebbe stato finalmente "monitorato", l'attivarsi per richiedere un ricovero in una struttura sanitaria ospedaliera o giudiziaria o, comportamento in questo caso davvero esigibile per la situazione personale e ambientale che si era progressivamente creata, disporre una sorveglianza a

vista h 24 del detenuto in attesa di adottare una delle misure sanitarie-trattamentali sopra indicate. Soltanto in considerazione della progressiva condotta, peraltro connotata da frequenza, autolesiva posta in essere da CL, da leggersi ovviamente nel complesso di tutti i dati clinici rilevati anche dai sanitari della casa di reclusione di Pavia, primo fra tutti l'aspetto persecutorio che il detenuto viveva proprio all'interno della casa di reclusione di San Vittore a causa della inadeguatezza relazionale di questo contesto carcerario, era realmente esigibile una condotta di totale controllo del detenuto finalizzata a privilegiare l'aspetto della sua protezione anche rispetto a quello squisitamente terapeutico. Per usare un passaggio suggestivo della discussione della difesa M, evidentemente riferito alla posizione della dr.ssa Cuoccio, occorre intervenire quando il sangue era visibile, quando si vedevano i tagli sul braccio e sul collo e cioè quando, limitatamente al veicolo accusatorio portato all'attenzione di questo Tribunale, il quadro complessivo della vicenda era, o doveva comunque essere, a conoscenza della dr.ssa DSR incaricata di effettuare dei colloqui psicologici dall'amministrazione ai sensi dell'art. 80 O.P.. Il colloquio avuto con la psicologa Laura Pedrazzoli in data 10 agosto 2009, sul quale le difese hanno puntato per escludere l'esistenza di un rischio suicidario attesa la progettualità, astrattamente incompatibile con l'intenzione autosoppressiva, registrata in quella data da CL, in realtà, a parte le solite manifestazioni di intento finalizzate a modificare lo stato di detenuto evidenziate dalla parte lesa, evidenzia ancora quegli atteggiamenti persecutori - associati ad uno stato di confusione mentale e ad una difficoltà a sostenere il regime carcerario- che hanno caratterizzato l'evoluzione progressiva della sintomatologia sofferta e quello scivolamento psicotico già riscontrato, limitandoci alle osservazioni effettuate nell'ambito della casa circondariale di San Vittore, dalla dr.ssa M nella visita del 4 agosto. Simili valutazioni comportano una affermazione certa di penale responsabilità dell'imputata in relazione al reato a lei ascritto.

7) Il trattamento sanzionatorio deve essere orientato dai parametri di cui all'art. 133 c.p.. A DSR possono essere concesse le circostanze attenuanti

generiche per il comportamento processuale tenuto e comunque ispirato ad una leale collaborazione nell'ottica di una comprensione effettiva di tutte le complesse dinamiche fattuali e giuridiche della vicenda giudiziaria. In relazione all'assenza di precedenti penali ed al grado non elevato della colpa, favorita certamente da una deresponsabilizzazione diffusa all'interno delle singole competenze della struttura carceraria, si ritiene equo applicare la pena base di anni 1 di reclusione diminuita di 1/3 ex art. 62 bis c.p. a mesi 8 di reclusione. Dalla condanna discende ai sensi dell'art. 535 c.p.p. l'obbligo per l'imputata del pagamento delle spese processuali. In relazione all'assenza di precedenti giudiziari possono essere concessi i doppi benefici di legge anche in considerazione della certa sensibilizzazione professionale che la dr.ssa DSR avrà maturato all'esito di questa esperienza processuale.

8) La posizione del Ministero della Giustizia quale responsabile civile.

Nel richiamare l'ordinanza pronunciata all'udienza del 14 maggio 2013 in tema di rigetto dell'eccezione di estromissione del responsabile civile che, anche per riferimento concettuale, si riporta integralmente (Il rapporto di lavoro con l'amministrazione penitenziaria risultava differente per le due professioniste in quanto la dottoressa DSR stipulava, con la Casa Circondariale Milano, accordo professionale individuale per l'espletamento dell'attività di Esperto negli Istituti e Servizi per adulti dell'Amministrazione Penitenziaria per l'anno 2009, mentre la dottoressa MM era vincolata da contratto di prestazione libero professionale per l'assistenza sanitaria intramuraria per l'anno 2009 con la 'Azienda Ospedaliera "L. Sacco" di Milano; osservato tuttavia che l'esistenza o meno del lavoro subordinato non è condizione dirimente per escludere meccanicamente le responsabilità dell'Amministrazione e ciò in relazione alla circostanza che i professionisti svolgevano comunque attività all'interno della struttura carceraria sottoposta a controllo e osservazione di natura funzionale e gerarchica da parte di personale dipendente del Ministero della Giustizia; rilevato che ai sensi dell'art. 2049 c.c. i padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti e che pertanto lo stesso risulta quindi applicabile ogni qualvolta sussista una relazione qualificata tra l'attività del padrone o del committente e il comportamento dell'ausiliario, risultando sufficiente che l'incombenza svolta debba determinare una situazione tale da agevolare e rendere possibile il fatto illecito e l'evento dannoso - c.d. occasionalità necessaria- (cfr. fra le altre Cass. Sez. IV penale n. 17049/2011); rilevato che in tali termini si

sono espresse Cassazione Sez. IV penale sent. n. 7521/1979 prevedendo che la responsabilità civile dello Stato per atti colposi di funzionari e dipendenti sussiste ogni qualvolta sia ravvisabile un rapporto di dipendenza senza che sia necessaria l'esistenza di un vero e proprio rapporto di impiego e Cassazione Sez. IV penale sent. n. 38154/2009 in fattispecie relativa a responsabilità della F.I.G.C. per danni provocati per colpa professionale dal medico sportivo esterno che abbia attestato l'idoneità alla pratica sportiva agonistica di un atleta successivamente deceduto; rilevato peraltro che ai sensi del D.P.C.M. del 1 aprile 2008 allegato B, che disciplina il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria, è prevista l'attivazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio attraverso " la definizione di protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria" con ciò prevedendosi espressamente una unitarietà di intervento modulata anche in seno all'Amministrazione Penitenziaria con conseguente assunzione primaria di responsabilità), osserva il Tribunale come l'istruttoria dibattimentale abbia rafforzato, valutata la situazione di fatto esistente al 12 agosto 2009, l'esistenza di una responsabilità diretta del Ministero della Giustizia sia sul piano dei principi di immedesimazione organica e di occasionalità necessaria ex art. 28 della Costituzione sia in relazione ad evidenti omissioni sul piano della organizzazione interna e della vigilanza. Con deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. 8/8120 del 1 ottobre 2008 avente ad oggetto " Sanità Penitenziaria. Prime determinazioni in ordine al trasferimento al S.S.N. in attuazione del d.p.c.m. 1 aprile 2008" si stabiliva che "il personale sanitario in servizio negli istituti penitenziari...è trasferito alla Aziende ospedaliere individuate nell'allegato parte integrante del presente provvedimento (CC. Milano San Vittore – A.O. L.Sacco Milano) a decorrere dal 1 ottobre 2008". Peraltro, trattandosi di un evidente processo di trasferimento progressivo di competenze e, conseguentemente, della creazione di un diverso rapporto fra ente di gestione dell'assistenza sanitaria e Amministrazione Penitenziaria, la situazione esistente al momento dei fatti oggetto di attenzione processuale non poteva che essere fluida e non ancora definita, sul piano della trasmigrazione delle competenze, tanto che numerosi operatori in servizio presso la casa circondariale di Milano San Vittore hanno escluso che le competenze in materia sanitaria fossero già di pertinenza del Servizio Sanitario Nazionale. Sul punto specifico la direttrice del carcere Manzelli Gloria,

soffermandosi sul servizio nuovi giunti e sulle visite mediche effettuate ai detenuti in ingresso in collaborazione con gli psicologi, ha affermato che il passaggio "delle competenze al SSN si è realizzato verso la fine del 2009, primi del 2010". Anche l'imputata DSR, peraltro legata contrattualmente alla struttura carceraria dovendo effettuare un'attività di consulenza ai sensi dell'art. 80 O.P. ed essendo stata trasferita al SSN anche l'assistenza psicologica soltanto in data 21/12/2009 (delibera n. 14230) , in sede di esame ha confermato che all'epoca della vicenda riguardante il suicidio di CL "non si era ancora verificato il passaggio della sanità al SSN che rimaneva di competenza dell'amministrazione della giustizia". Peraltro, sempre sul piano della normazione secondaria, si rileva come nel Decreto della Regione Lombardia n. 14230 del 21/12/2009 avente ad oggetto "Linee di indirizzo regionali per la sanità penitenziaria in attuazione della DGR n. 8120 del 1/10/2008" si preveda che "E' rimessa al Direttore dell'istituto Penitenziario l'organizzazione ed il controllo dello svolgimento delle funzioni proprie dell'istituto ed il coordinamento delle attività che coinvolgono operatori non appartenenti all'Amministrazione penitenziaria i quali svolgono i compiti loro affidati con l'autonomia professionale di competenza (art. 3 DPR 230/2000) e devono essere adeguatamente integrati nell'organizzazione dell'istituto, al pari degli operatori penitenziari", a dimostrazione comunque di una dipendenza quantomeno di tipo funzionale degli operatori sanitari che operano all'interno del carcere dall'Amministrazione Penitenziaria.

Sul piano della responsabilità diretta del Ministero della Giustizia riguardante l'aspetto organizzativo non può non osservarsi come sia stato disposto, con fono del 27 luglio 2009, -peraltro definito "generico" dallo stesso responsabile del centro di destinazione dr. Nigro Francesco- il trasferimento temporaneo alla casa circondariale di Milano reparto CDT (Centro Diagnostico Terapeutico), per "ivi avvalersi dell'assistenza medica necessaria", del detenuto CL in assenza di una preventiva verifica della possibilità di destinare effettivamente il detenuto nel centro medico di San Vittore, condizione questa che, come già rilevato, non si è puntualmente verificata per l'assenza di disponibilità di posti nel reparto con conseguente destinazione della parte lesa in una cella a rischio

e creazione di tutti quegli antecedenti logistici che hanno favorito le condotte oggetto di censura da parte degli operatori sanitari. Ancora, circostanza questa che appare francamente irrazionale, il provvedimento amministrativo di trasferimento del detenuto non è stato anticipato alla direzione della casa circondariale di Milano ma è stato messo a conoscenza degli operatori penitenziari nel momento stesso di arrivo di CL, così come affermato dal dirigente del servizio di San Vittore Nigro Francesco il quale ha evidenziato come il fono del Provveditorato fosse arrivato lo stesso giorno unitamente alla cartella del detenuto. Malgrado le evidenti difficoltà, generate dal sovraffollamento carcerario e dalla contrazione delle risorse, nelle quali lavorano gli operatori del circuito penitenziario non può non rilevare il Tribunale come la gestione del detenuto CL, il quale, giova sottolinearlo, veniva trasferito per motivi di salute dopo l'acquisizione di relazioni cliniche allarmanti sul punto del suo scompenso psicotico, sia stata realizzata dall'Amministrazione Penitenziaria con un approccio burocratico e gravemente negligente. Così come appare superficiale, a prescindere dalle valutazioni sul piano delle responsabilità penali personali, determinandosi una situazione di omessa vigilanza doverosa da parte della direzione della casa circondariale e quindi dell'Amministrazione, l'approccio alla vicenda personale evidenziato dallo stesso responsabile del servizio sanitario del carcere Nigro Francesco il quale non ha mai ritenuto di collocare CL, intervenendo su un altro detenuto magari sofferente in misura minore, al pari di quanto avrebbero potuto disporre le dr.sse Cuoccio e M, all'interno del CONP - Centro di Osservazione Neuropsichiatrica composto di numero 9 celle con disponibilità complessiva di 16 posti letto- o, al limite, del CDT, così frustrando le motivazioni che avevano determinato il Provveditorato a disporre l'urgente trasferimento dalla casa di reclusione di Pavia evidentemente non attrezzata per la gestione della situazione psichiatrica del detenuto.

9) Le statuizioni civili. In merito alle richieste avanzate dalla costituite parti civili CM, CA, CV e CA, rispettivamente padre, madre e fratelli di L, occorre preliminarmente rilevare come il tema del danno potenzialmente sofferto dai

prossimi congiunti della persona deceduta, processualmente rilevante ex art. 187 comma terzo c.p.p., non sia stato oggetto di attenzione processuale e di contraddittorio fra le parti potendo il Tribunale disporre soltanto, come elementi di conoscenza, di quanto riferito dal padre CM in sede di audizione testimoniale e delle valutazioni fornite dal consulente di parte civile dott. Paolo Bianchi (cfr. elaborato del 30 ottobre 2013). In particolare, con specifico riferimento alle richieste voci relative alla personalizzazione del danno biologico ed alla lesione del rapporto parentale, il Giudice non dispone di alcun elemento probatorio di conoscenza, se non quello relativo alla relazione esistente fra CL e il padre M che ha vissuto in maniera emotivamente coinvolgente tutta la vicenda clinica e giudiziaria del figlio, in merito a dati necessari, ai fini di una integrale valutazione del danno soprattutto esistenziale e biologico sul piano della personalizzazione, quali la durata della convivenza fra i familiari e la tipologia dei rapporti e dei legami esistenti all'interno del nucleo di riferimento. Le considerazioni svolte dal consulente tecnico di parte, unitamente alla testimonianza resa da CM, costituiscono dunque soltanto un materiale probatorio parziale che consentono una liquidazione provvisoria del danno, da ritenersi comunque rilevante per la drammaticità della vicenda che ha portato all'impiccagione di un figlio e di un fratello a causa di una gestione inaccettabile della sua situazione personale, peraltro qualificata da una patologia di tipo psichiatrico, da parte dell'amministrazione penitenziaria. Può pertanto essere accolta soltanto la richiesta di liquidazione di una somma a titolo di provvisoria immediatamente esecutiva, dovendosi demandare al giudice civile la determinazione complessiva del danno, nella misura complessiva di Euro 529.000 – pari al 50% della somma richiesta e calcolata sulla base delle tabelle dell'Osservatorio civile in materia - da attribuire con le seguenti quote: Euro 189.975 per CM; Euro 178.299 per CA; Euro 90.714 per CV; Euro 70.810 per CA. La somma dovrà essere corrisposta in solido fra loro dall'imputata DSR e dal responsabile civile Ministero della Giustizia in persona del Ministro pro tempore. Parimenti dovranno essere rimesse da parte dei responsabili le spese di costituzione e giudizio che si liquidano, come da richiesta ed in ragione della estrema complessità della vicenda e del particolare impegno profuso durante

tutta la fase di istruzione, in Euro 13.300 per compensi ed accessori oltre CPA e IVA determinate per legge.

P.Q.M

Visti gli artt. 533-535 c.p.p.

DICHIARA

DSR colpevole del reato ascritte, concesse le circostanze attenuanti generiche, la

CONDANNA

alla pena di mesi 8 di reclusione oltre al pagamento delle spese processuali; pena sospesa e non menzione della condanna a termini e condizioni di legge; visti gli artt. 538 ss c.p.p.

CONDANNA

DSR e il responsabile civile Ministero della Giustizia in persona del Ministro pro tempore in solido fra loro a risarcire alle costituite parti civili CM, CA, CV CA il danno patrimoniale e non patrimoniale da liquidarsi in separata sede e con separato giudizio assegnando alle stesse una provvisionale immediatamente esecutiva che si liquida complessivamente nella somma di Euro 529.000 così ripartita Euro 189.975 per CM; Euro 178.299 per CA; Euro 90.714 per CV; Euro 70.810 per CA, nonché a rifondere alle stesse le spese di costituzione e giudizio che si liquidano complessivamente in Euro 13.300 per compensi ed accessori oltre CPA e IVA determinate per legge; visto l'art. 530 comma secondo c.p.p.

ASSOLVE

MM dal reato a lei ascritto perché il fatto non costituisce reato.

Milano 8 aprile 2014

IL GIUDICE

Dr. FABIO ROIA