

**CORTE DI CASSAZIONE PENALE.**

**Sez. 4, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008**

**Ud. (dep. 29/12/2008 )**

Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, ed ha, pertanto, l'obbligo - quando sussista il concreto rischio di **condotte autolesive**, anche **suicidiarie** - di apprestare specifiche cautele. In applicazione del principio, la Corte ha confermato l'affermazione di responsabilità del primario e dei medici del reparto di psichiatria di un ospedale pubblico per omicidio colposo in danno di un paziente che, ricoveratosi volontariamente con divieto di uscita senza autorizzazione, si era allontanato dal reparto dichiarando all'infermiera di volersi recare a prendere un caffè al distributore automatico situato al piano superiore, ed ivi giunto si era suicidato gettandosi da una finestra.

omissis

Svolgimento del processo

1. Con la sentenza indicata in epigrafe, la Corte di appello di Torino, in riforma della decisione assolutoria di primo grado, condannava alla pena ritenuta di giustizia, riconosciuta la sussistenza delle circostanze attenuanti di cui all'art. **62-bis c.p., D.M.**, responsabile del **reparto di psichiatria dell'ospedale** di (OMISSIS), D.F.G., DO. C., D.C.G. e P.M., medici in servizio presso detto reparto, per avere cagionato con colpa la morte (**reato di cui all'art. 589 c.p.**) di B.G. (che, ricoverato dal (OMISSIS) perchè affetto da disturbo depressivo maggiore, il (OMISSIS) **usciva dal reparto, raggiungeva la finestra del corridoio di altro piano dell'edificio e si gettava nel vuoto**), in particolare, per non avere previsto, con disposizioni al personale infermieristico, la sorveglianza del paziente benchè il medesimo avesse dichiarato di provare improvvisi impulsi autolesivi e, in data (OMISSIS), avesse posto in essere un tentativo di defenestramento (episodio discusso tra tutti i medici del reparto ai quali i pazienti erano unitariamente affidati). Condannava, inoltre, gli imputati ed il responsabile civile A.S.L. n. (OMISSIS) Ospedale di (OMISSIS) (ora Azienda Sanitaria Locale (OMISSIS)), in solido tra loro:

**- al risarcimento del danno alla parte civile** (rimessione delle parti, ai sensi dell'art. 539 c.p.p., davanti al giudice civile per la liquidazione);

**- al pagamento alla stessa, a titolo di provvisionale, immediatamente esecutiva, della somma di Euro 400.000,00;**

- alla rifusione alla parte civile medesima delle spese processuali.

Disponeva, infine, che l'esecuzione della pena inflitta fosse sospesa ai sensi degli artt. 163 c.p. e ss. e che, ai sensi dell'art. 175 c.p., non fosse fatta menzione della condanna nel certificato del casellario a richiesta di privati.

1.1. Avuto riguardo agli specifici punti di gravame formulati nei ricorsi, vanno riepilogati i fatti riportati nel testo della sentenza impugnata.

B. era stato, come si è detto, ricoverato il (OMISSIS).

Il dott. D. lo aveva visitato il precedente 4 marzo e lo aveva descritto come persona in preda ad una "grossa crisi d'ansia".

La dottoressa D.F., nella scheda anamnestica, aveva annotato che da circa due - tre settimane vi era stata comparsa di "rituali di pulizia (lavarsi continuamente le mani), astenia, difficoltà ad effettuare le normali attività quotidiane ed a recarsi al lavoro, vissuti di colpa e sentimenti di angoscia" e che, nell'ultima settimana, vi era stato un "aggravamento del quadro clinico".

Il B. era sembrato, comunque, "lucido, collaborante ed orientato nel tempo e nello spazio"; erano apparse "conservate" capacità critica e di giudizio, benchè l'ansia eccedesse i limiti fisiologici, l'umore fosse depresso ed il paziente lamentasse insonnia.

Il ricovero (volontario) era stato deciso per un "approfondimento diagnostico e terapeutico".

Il giorno successivo al ricovero ((OMISSIS)) il paziente si era mostrato abulico, astenico e ansioso.

Nelle giornate susseguenti si era registrata un'alternanza di stati di ansia e di angoscia ((OMISSIS)), di dichiarato benessere ( (OMISSIS)), di insofferenza al ricovero ((OMISSIS)).

Il giorno (OMISSIS), però, B. era stato sorpreso, all'interno della stanza singola di altro paziente, "mentre cercava di mettere in atto un tentativo di defenestramento".

Il (OMISSIS) aveva riferito di svegliarsi continuamente durante la notte ma di non avere più avuto ansia.

La sera, però, dopo essersi incontrato con la moglie, era apparso confuso.

Aveva manifestato l'intenzione di non alimentarsi e di non voler vedere nessuno, ma poi aveva cenato regolarmente ed accettato la visita della sorella.

Il giorno dopo si era mostrato preoccupato per le "cose dette alla moglie".

Era comunque sembrato "più tranquillo" e nel pomeriggio aveva chiesto di poter uscire con la moglie.

Era, quindi, uscito dalle ore 13,40 alle ore 20,00.

Infine, il (OMISSIS), come annotato dalla dottoressa DO., in servizio quel giorno, il B., dopo avere riferito di essere stato bene "in permesso" e di avere "riposato a tratti", uscito dal reparto, si era lanciato dalla finestra del corridoio del quarto piano dell'edificio.

L'infermiera G. aveva dichiarato che l'uomo le aveva chiesto di poter uscire dal reparto (situato al secondo piano) per andare a prendere il caffè; gli aveva aperto la porta proprio mentre anche altro paziente le aveva chiesto di poter prendere un caffè.

Era allora uscita dal reparto per dire al B. di prendere anche quest'altro caffè, ma non l'aveva più visto.

Lo aveva chiamato credendo che fosse sceso "alle macchinette", ma l'uomo non aveva risposto.

A quel punto si era accorta che l'ascensore segnava "il quarto piano".

Era salita di corsa per le scale e nel reparto neurologia c'era la porta aperta.

Aveva così avuto modo di constatare quanto accaduto.

1.2. Come si è detto, il giudice di primo grado aveva assolto gli imputati, ritenendo:

- che non vi fosse stato "errore diagnostico" da parte degli psichiatri in quanto non era provato che il B. fosse affetto da "depressione maggiore", cioè dalla forma di depressione nella quale è più forte il rischio suicidiario, e che così fosse lo avevano affermato anche i consulenti tecnici del pubblico ministero e della parte civile, i quali avevano contestato agli imputati soltanto di avere trascurato la circostanza che gli antidepressivi, compreso l'(OMISSIS), fornivano un risultato "apprezzabilmente stabilizzato" dopo una quindicina di giorni (sicché, prima dello scadere di detto termine, le cautele verso il ricoverato avrebbero dovuto essere "maggiori", tanto più che, nel caso di specie, si doveva tenere conto del segnale di allarme del giorno (OMISSIS));

- che, comunque, sussisteva rapporto di causalità tra l'omesso accompagnamento del B. fuori dal reparto ed il suicidio, nel senso che l'evento hic et nunc non si sarebbe verificato se, durante il periodo di latenza della terapia, fosse stato adottato un divieto di uscita dal reparto;

- che, peraltro, il suicidio non era prevedibile in quanto: a) nè il personale medico nè quello infermieristico aveva "sentito dal malato discorsi allarmanti e specifici"; b) il giorno (OMISSIS) il B. si era limitato a scuotere le robuste sbarre della finestra (non aveva, in altre parole, tentato di buttarsi anche perchè l'intento sarebbe stato irrealizzabile); c) negli ultimi giorni, vi era stato "qualche miglioramento", "qualche attenuazione dei sintomi";

- che, inoltre, non era esigibile una condotta di vigilanza e di custodia da parte dei medici perchè il B. era ricoverato "in regime volontario". 1.3. In seguito all'impugnazione del Procuratore generale, del Procuratore della Repubblica e della parte civile la Corte di appello aveva ritenuto gli imputati responsabili dell'omicidio colposo. Dopo aver ricordato che la sussistenza del rapporto di causalità tra l'omessa sorveglianza ed il suicidio era stata riconosciuta anche dal primo giudice, la Corte di merito, in relazione all'esigibilità di una condotta di vigilanza da parte del medico nei confronti di un paziente in regime di ricovero volontario, premetteva:

- che la fine del modello "custodialistico" non aveva fatto venire meno l'esigenza di una "compresenza vigilante" da attuarsi nell'ambito di un'alleanza terapeutica con il paziente "del quale è doveroso cercare il consenso";

- che la L. 13 maggio 1978, n. 180 aveva segnato il passaggio ad un sistema basato sulla cura, ma non aveva definito il contenuto del relativo obbligo, lasciando che il medesimo fosse modellato sulle concrete esigenze del paziente, senza escludere eventuali momenti di custodia purchè concordati;

- che, nella specie, il consenso del B. esisteva ed era valido (era stato manifestato sia con la richiesta di ricovero, sia con la successiva accettazione del regime di divieti di uscita, salvo specifiche autorizzazioni);

- che era provato che la libertà del B. fosse stata "ristretta", con il consenso suo e dei suoi familiari, più volte (e senza effetti negativi sul suo stato psichico), sia in base alle regole generali del reparto, sia in base a decisioni assunte, per lo specifico caso, dalla equipe medica.

Da ciò derivava, secondo la Corte territoriale, che, contrariamente a quanto affermato dalle difese degli imputati, il divieto di uscita dal reparto o, comunque, l'autorizzazione all'uscita con accompagnamento "non erano in astratto contrari al regime di ricovero volontario". Occorreva chiedersi, pertanto, perchè dette regole non fossero state osservate anche il (OMISSIS).

1.4. All'interrogativo la Corte d'appello rispondeva affermando la Corte che la sorveglianza e l'accompagnamento del paziente fuori dal reparto (e per tutta la durata dell'uscita) fossero condotte doverose in considerazione:

- della gravità del quadro clinico: alcuni dati anamnestici, quali la riforma dal servizio militare per patologia depressiva o la "familiarità" della depressione (tentativo di suicidio del padre), erano stati trattati con superficialità dagli imputati; dalla cartella clinica non risultava alcuna evoluzione "verso un superamento della sintomatologia depressiva"; la moglie del B. aveva dichiarato che il dottor D. le aveva riferito che il marito necessitava di sorveglianza "ventiquattro ore su ventiquattro";

- del tentativo di defenestramento del giorno (OMISSIS):

l'infermiera R.P. aveva visto il B. che, nervoso ed arrabbiato, imprecava e si agitava, percuotendo le sbarre di plexiglass della finestra della stanza di altro degente; la dottoressa D.C., pur tentando in dibattimento di ridimensionarne la portata, aveva, nella cartella clinica, annotato che il B. aveva riferito "di provare impulsi autolesivi improvvisi e da mettere in atto" ed infatti quel giorno i medici, dopo essersi consultati, avevano concordato con il paziente il divieto di uscire dal reparto, informando del medesimo il personale infermieristico. Lo stesso B., inoltre, aveva riferito alla moglie di avere fatto "una cosa brutta ... cercato di buttarsi dalla finestra". 1.5. Era da escludere, pertanto, secondo la Corte, che il suicidio fosse imprevedibile.

E non a caso i sanitari avevano "mutato rotta" dopo l'episodio del (OMISSIS), decidendo di vietare al B. l'uscita dal reparto, di sottoporlo ad osservazioni e colloqui e, soprattutto, "di aumentare il dosaggio dell'antidepressivo".

Soltanto nell'immediatezza dell'episodio del giorno (OMISSIS), quindi, le scelte degli imputati non erano state inadeguate.

Nei giorni successivi, invece, la vigilanza era stata inspiegabilmente allentata e l'osservazione del paziente era stata affidata all'evidenza di dati empirici (come il fatto che apparisse tranquillo), neppure discussi con i familiari.

A fronte di tale messe di elementi - proseguiva la Corte - gli imputati si erano difesi dall'addebito di omessa sorveglianza affermando che il giorno del fatto non erano emersi elementi che giustificassero controlli.

I consulenti tecnici del pubblico ministero e della parte civile avevano, tuttavia, giustamente osservato che certi sintomi di apparente benessere erano, durante il periodo di latenza della terapia antidepressiva, inaffidabili.

I permessi di uscita dall'ospedale non si sottraevano alla regola dell'accompagnamento, anche se attuata mediante delega ai familiari;

la stessa regola, pertanto, avrebbe dovuto essere applicata anche per l'uscita dal reparto.

La mancata applicazione, nel giorno del tragico evento, andava inquadrata nella più generale "situazione di errata sottovalutazione e di negligenza".

Nessuna verifica era stata compiuta al rientro dal permesso del sabato (OMISSIS), anche perchè i permessi del sabato e della domenica erano già stati decisi il venerdì "nell'ottica di una precipitosa dimissione" che ignorava le preoccupazioni esternate dai familiari.

E anche in occasione della concessione dei permessi non vi era stata adeguata comunicazione tra medici e familiari.

Il giorno (OMISSIS), la moglie, dopo avere appreso che al marito, nonostante quanto accaduto il giorno precedente, era stato concesso un permesso di uscita, aveva manifestato la propria sorpresa, oltre che la propria preoccupazione, alla dottoressa DO. che si era limitata a risponderle: "vede, va a giorni".

Ma se "va a giorni" - osservava la Corte - era oltremodo doveroso informarsi su come fosse "andato" il permesso.

Se la condotta degli imputati nella gestione del caso fosse stata improntata all'osservanza della normativa in materia, segnatamente delle disposizioni di cui al D.P.R. 10 novembre 1999 (di approvazione del progetto di tutela della salute mentale per il biennio (OMISSIS)), i medici avrebbero potuto acquisire dai familiari importanti informazioni sulla condizione del B. e, di riflesso, attivare una maggiore attenzione ed approntare le necessarie misure di sorveglianza.

Se vi fosse stata comunicazione tra medici e familiari si sarebbe, in particolare, appreso che il (OMISSIS), in occasione dell'uscita con la famiglia, il paziente aveva manifestato gli stessi sintomi del momento del ricovero e ciò, durante il periodo di latenza della terapia antidepressiva, andava interpretato come indice di un aggravamento della patologia.

Ma così non era stato.

E questo spiega perchè l'infermiera G., quella mattina, aveva aperto la porta per lasciare uscire il B..

Nessun medico le aveva detto nulla e si era, pertanto, basata sul fatto che il giorno prima fosse stato concesso al paziente un permesso di uscita.

1.6. La Corte di appello illustrava, poi, le ragioni poste alla base della condanna di tutti gli imputati.

1.6.1. Quanto al D., osservava che il medesimo si era volontariamente assunto il compito di provvedere ai primi due colloqui con il B. e con la moglie ed all'impostazione della terapia.

Aveva, inoltre, discusso con le colleghe del grave episodio del (OMISSIS), approvando l'aumento della terapia farmacologica (ciò a dimostrazione del fatto che l'episodio era stato comunque interpretato come tentativo di defenestramento).

D. aveva, inoltre, lasciato che B. fosse gestito all'interno di un reparto: a) privo di presenza medica dalle ore 12 del sabato alle ore 8 della domenica; b) dove la domenica le riunioni con gli infermieri "saltavano"; c) dove l'infermiera di guardia alla porta di uscita non riceveva le necessarie istruzioni.

D. aveva, dunque, avuto un ruolo attivo nella gestione del caso.

1.6.2. Con riguardo alle imputate, la Corte osservava che esse avevano agito in equipe, partecipando alle decisioni sul trattamento del paziente.

Mai si erano manifestate contrapposizioni interne.

La loro attività era apparsa costellata da disattenzione ed incuria.

La dottoressa P. avrebbe dovuto, il pomeriggio del giorno (OMISSIS), sottoporre ad osservazione il paziente, ma non lo aveva fatto, affermando di avere avuto altre cose più urgenti da fare (salvo, poi, non saper dire quali).

La dottoressa DO. aveva appreso, in occasione del primo colloquio, numerosi dati sulla storia del paziente, ma non aveva disposto approfondimenti, iniziative o quant'altro.

I dati anamnestici erano stati riportati nella cartella clinica, ma anche gli altri componenti dell'equipe non

ne avevano discusso (al punto che D. aveva affermato di non esserne neppure stato informato).

L'ultima riunione riguardante il B. si era tenuta il venerdì (OMISSIS) ma, a causa degli errori di valutazione del caso e di comunicazione con i familiari, si era deciso di concedere permessi "preventivamente autorizzati a prescindere dalla verifica del loro esito".  
2. Avverso l'anzidetta sentenza, hanno proposto ricorso per cassazione gli imputati ed il responsabile civile, per mezzo dei rispettivi difensori, chiedendone l'annullamento.

3. I difensori degli imputati D. e P. deducono:

- violazione degli artt. 40, 43 e 589 c.p. (e delle correlate disposizioni dell'art. 27 Cost. e della L. 13 maggio 1978, n. 180 e L. 23 dicembre 1978, n. 833, nonché del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, art. 63);
- mancanza, contraddittorietà o manifesta illogicità della motivazione della sentenza impugnata, nonché travisamento della prova risultanti dal testo del provvedimento impugnato e da altri atti del processo.

3.1. La Corte, nel confermare la responsabilità degli imputati, non avrebbe adeguatamente valutato gli elementi probatori e i contributi scientifici acquisiti.

La motivazione della sentenza impugnata sarebbe, inoltre, del tutto mancante con riferimento alla ritenuta attendibilità delle dichiarazioni della parte civile.

In proposito, la difesa premette che i giudici di appello avrebbero omesso di "smentire" quanto affermato dai consulenti di parte, dottori PI.El. e GO.Re., i quali avevano concordemente osservato che la prevenzione o la predizione del suicidio rappresenta "uno degli aspetti più difficili della clinica e della ricerca, non essendosi ancora individuato un comportamento suicidiario definito e deducibile".

In particolare, la Corte non aveva replicato all'osservazione difensiva secondo cui il suicidio non è l'effetto di una condotta attiva altrui che il paziente subisce, ma è il frutto di un comportamento autonomo del paziente medesimo, il risultato di una decisione immediata o della manifestazione di un intento che il paziente cerca di occultare e che, come tale, a meno che non sia concretamente prevedibile, rappresenta

causa autonoma sopravvenuta a norma dell'art. 41 c.p., comma 2.

I profili di imprevedibilità del suicidio e l'inesistenza di errori inescusabili erano stati - osservano i ricorrenti - ampiamente trattati dai consulenti tecnici della difesa ma non hanno trovato alcuna "citazione in sentenza".

Non corrisponde, inoltre, al contenuto degli atti affermare che i consulenti di parte non avevano frapposto obiezioni all'affermazione secondo cui la terapia farmacologica aveva un tempo di latenza di almeno quindici giorni, entro il quale l'osservazione avrebbe dovuto essere compiuta in regime di totale e costante controllo custodiale.

Avevano, invero, i consulenti della difesa osservato che i farmaci somministrati, cd. di terza e quarta generazione, pur avendo una concreta efficacia in tempi rapidi, non erano caratterizzati da "regole tempistiche certe". 3.2. La difesa osserva, poi, che la sentenza impugnata è priva di motivazione in ordine alla prova della colpa, segnatamente della "difformità" della condotta dei sanitari rispetto ai parametri di diligenza, prudenza e perizia.

In campo psichiatrico, perchè sia formulabile un giudizio di colpa, non è sufficiente la prevedibilità dell'evento, ma è necessario che sia superato "il limite del rischio consentito", tenendo conto altresì del grado di difficoltà tecnico - scientifica e dei margini di opinabilità che il caso presenta, oltre che della riconoscibilità della situazione di pericolo.

Per provare la colpa occorre rinvenire una regola che affermi che ad un soggetto affetto da depressione non psicotica, con buona consapevolezza di malattia e buona reazione al farmaco, non possa essere riconosciuta, nell'ambito di una corretta relazione terapeutica, alcuna autonomia e debba essere realizzata una situazione di custodia e di vigilanza "coincidente con la negazione di spazi di libertà e la presenza immancabile e prolungata di personale di accompagnamento".

Ma una regola di questo genere non esiste.

E tutti gli specialisti hanno affermato che B. "mostrava buona coscienza di malattia, con chiara adesione alla terapia ed alle regole, e consapevolezza critica ... in un contesto di miglioramento delle condizioni" (anche se,



in una occasione, aveva dichiarato di avere provato impulsi autolesivi).

Detti enunciati annullano in radice - proseguono i ricorrenti - la possibilità che un errore di valutazione "circa l'affidabilità del paziente" possa essere definito gravemente colposo.

Nel contesto delineatosi, il permesso di uscire dal reparto senza accompagnamento era una gesto terapeutico in concreto non trasmodante il limite del rischio consentito.

La sentenza impugnata non offre "certe e coerenti argomentazioni a smentita di detto assunto".

Si aggiunga che, a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 180 del 1978, non sussiste, in capo al medico psichiatra, una posizione di garanzia in funzione neutralizzatrice del pericolo di atti autolesionistici a meno che il paziente non sia nelle condizioni di essere sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio per avere, in quanto inconsapevole del proprio stato di malattia, rifiutato le cure. I giudici di appello avevano scorporato dal tutto soltanto gli elementi idonei a sostenere l'ipotesi accusatoria, trascurando di considerare che B. aveva manifestato, di regola, sentimenti diversi da quelli di morte.

Così facendo la Corte di merito aveva fatto coincidere - conclude la difesa sul punto - il parametro terapeutico con quello custodialistico.

3.3. Ed anche a voler ritenere provata la contestata condotta colposa, la sentenza impugnata - sostengono i ricorrenti - è priva di motivazione in ordine alla prova del rapporto di causalità.

La Corte doveva chiedersi, e non lo aveva fatto, se fosse possibile affermare che il B., ipotizzando la sospensione del permesso di uscita dal reparto, non avrebbe comunque attuato il proposito suicida con modalità diverse all'interno del reparto medesimo o "a breve distanza di tempo". 3.4. I difensori dei ricorrenti trattano, poi, del "travisamento della prova".

Non era vero che i sanitari non si fossero informati sulle condizioni del B. in occasione dei suoi rientri in ospedale successivi al tempo trascorso all'esterno con i suoi familiari.

Le affermazioni evocanti l'assenza di comunicazione e di confronto tra personale sanitario e familiari sarebbero del tutto infondate, oltre che ispirate da una non attenta verifica dell'attendibilità delle dichiarazioni della parte civile.

Sul punto la Corte aveva omesso di considerare che gli infermieri del reparto avevano riferito che i colloqui con i parenti erano frequenti.

Inoltre, le condizioni del paziente al rientro dei permessi erano sempre state puntualmente osservate da medici ed infermieri.

La decisione impugnata, ignorando dette testimonianze, aveva tratteggiato un'inesistente situazione di isolamento del B..

In realtà, le testimonianze delle infermiere G. e L. dimostravano che le stesse avevano valutato la situazione, prima di aprire al B. la porta del reparto, ritenendo che "potesse scendere".

Si trattava, tra l'altro, di personale specificamente formato ed esperto.

Riportando, poi, le dichiarazioni della moglie della vittima, la Corte aveva omesso di considerare che durante l'uscita del giorno precedente, B. aveva mantenuto un atteggiamento sereno, affettuoso e giocoso con il figlio, progettando una vacanza all'estero per le imminenti vacanze pasquali.

3.5. La sentenza si presta a censure - secondo i ricorrenti - anche nella parte in cui ha, in modo manifestamente illogico, ritenuto sussistente la prova di un tentativo di suicidio nell'episodio verificatosi il giorno (OMISSIS).

Anche il geometra BR., responsabile dell'ufficio tecnico dell'ospedale, aveva confermato l'assoluta implausibilità dell'ipotesi del defenestramento, date le caratteristiche delle sbarre che presidiavano la finestra.

Tutti gli infermieri, oltre agli imputati, avevano in dibattimento confermato che il B., nell'occasione, avesse escluso intenzioni suicide.

La Corte di merito aveva, invece, ritenuto il contrario, enfatizzando il significato di quel gesto attraverso un'acritica valorizzazione delle dichiarazioni della

moglie ed una "reificazione" di quanto annotato dalla dottoressa D.C. nella cartella clinica.

3.6. Da ultimo, i ricorrenti si soffermano sul principio di affidamento. La sentenza sarebbe priva di motivazione in ordine alle affermazioni dell'imputato D. di avere egli confidato che ciascuno si comportasse adottando le regole precauzionali del caso.

Illogicamente la Corte di merito avrebbe sostenuto che D. si fosse volontariamente assunto un compito attivo nella gestione del caso, benchè il suo ruolo non gli imponesse un obbligo di presenza quotidiana in ospedale.

Non avevano i giudici di appello considerato che mai, dal momento del ricovero a quello del fatto, D. aveva visitato e neppure incontrato il B., il quale era stato affidato ad una struttura competente e collaudata, gestita da operatori medici di provata formazione specifica e professionalità, organizzata secondo principi ispirati alla cura ed all'osservazione del paziente.

In una sola occasione D. aveva partecipato ad una riunione di equipe e mai la moglie del B. si era rivolta a lui con richieste di alcun genere o anche soltanto per riferire qualcosa.

Mai, inoltre, era stato interpellato dai medici del reparto, dirigenti di primo livello (soltanto una volta era stato da loro succintamente informato del decorso).

Mai, infine, aveva interferito nei momenti decisionali relativi ai permessi esterni o alle autorizzazioni ad uscire dal reparto.

Il rispetto dell'altrui autonomia imponeva un ridimensionamento della posizione di garanzia del D..

Egli era tenuto a rappresentarsi l'errore diagnostico e clinico del sanitario sottordinato soltanto qualora esso fosse stato estraneo alla sfera di autonomia di quest'ultimo e qualora questi non si fosse attenuto alle istruzioni e direttive impartitegli.

Non può sussistere violazione di regole cautelari nella condotta di un soggetto in posizione apicale quando la metodica per affrontare un problema o una situazione sia prevista, strutturata e condivisa nel gruppo di

lavoro, quando la formazione specialistica degli operatori sia garantita e quando la circolarità delle informazioni sia stata costantemente attuata.

Risulta, infine, illogica la motivazione della sentenza impugnata là dove pretende, come comportamento doveroso del D., un "divieto aprioristico perdurante un tempo indefinito".

Argomentazione che vale anche per la dottoressa P. che era rimasta assente da venerdì (OMISSIS) alla domenica (OMISSIS) e aveva, nei giorni precedenti, diligentemente svolto la propria attività. 4. Il difensore delle imputate D.F., DO., D.C. e P. articola due motivi.

**4.1. Con il primo motivo il difensore deduce violazione della L. 13 maggio 1978, n. 180 e degli artt. 40 e 43 c.p..**

**Rileva, anzi tutto, che il suicidio era imprevedibile,** dati gli evidenti segni di miglioramento del B. che bene accettava le cure prestategli.

Il primo tentativo di defenestramento altro non era, in realtà, **se non la mera conseguenza di uno "scatto di ansia e di timore".**

**B. era stato sempre adeguatamente curato; si era, inoltre, sempre proceduto a ricoverarlo quando ne aveva fatto richiesta.**

Non era, inoltre, destinatario di alcun trattamento sanitario obbligatorio.

4.2. Con il secondo motivo il difensore lamenta la manifesta illogicità della motivazione della sentenza impugnata in ordine alla ritenuta sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta delle imputate e l'evento.

La condotta delle imputate si era rivelata sempre conforme alle leggi ed ai regolamenti sanitari.

I giudici di appello avevano, inoltre, affermato, per dimostrare la sussistenza del rapporto di causalità, che l'uscita dal reparto avrebbe aumentato il rischio suicidiario.

Avevano, però, in tal modo applicato la formula, ripudiata dal sistema penale, dell'aumento o della mancata diminuzione delle chances di salvezza.

La sentenza impugnata - conclude il difensore - non ha dimostrato, quindi, che l'azione doverosa omissa avrebbe scongiurato il verificarsi dell'evento lesivo.

5. Il difensore del responsabile civile prospetta due motivi.

**5.1. Con il primo motivo deduce l'erronea applicazione della L. 13 maggio 1978, n. 180.**

Sostiene che, qualora il soggetto, in stato di grave alterazione psichica, accetti di sottoporsi ad un trattamento volontario, non è suscettibile di coercizione, nè è esigibile un dovere, da parte del medico, di vigilanza e custodia nei suoi confronti.

5.2. Con il secondo motivo lamenta violazione dell'art. 40 c.p., nonchè "contraddittorietà ed illogicità" della motivazione della sentenza impugnata in ordine alla ritenuta sussistenza del rapporto di causalità. Precisa che, come affermato dal consulente tecnico dott. PLEL., il suicidio non era prevedibile, nè prevenibile, tenuto conto che non vi poteva essere "vigilanza 24 ore al giorno".

Sussiste pertanto - conclude il ricorrente - il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva rispetto agli altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, segnatamente l'iniziativa suicida del B..

Motivi della decisione

**6. I ricorsi, che vanno congiuntamente trattati essendo accomunati dalla critica alle affermazioni di responsabilità, non possono trovare accoglimento.**

**7. La sentenza impugnata è, invero, come più avanti si ribadirà, caratterizzata da un adeguato e convincente apparato argomentativo sulle questioni di interesse ai fini del giudizio di responsabilità e non è inficiata dalle denunciate violazioni di legge (in particolare in tema di colpa e di rapporto di causalità).**

7.1. Va ricordato, in via di premessa, che oggetto del controllo da parte della Corte di cassazione è soltanto la motivazione risultante dal testo del provvedimento impugnato, vale a dire il ragionamento probatorio che giustifica il giudizio sui fatti.

La Corte deve limitarsi a verificare, analizzando il testo del provvedimento impugnato, la coerenza dell'argomentazione, la corretta applicazione delle regole che presiedono alla valutazione delle risultanze probatorie e dei precetti della logica, controllando che il giudice del merito abbia dato esaustiva risposta ai motivi, specificamente prospettati, che non siano manifestamente infondati e che esprimano (quanto a rilevanza probatoria) decisività.

E soltanto in caso di manifesta (cioè evidente, immediatamente percepibile, macroscopica) contraddittorietà o illogicità la motivazione, quindi la decisione, può essere cassata.

E' pur vero che, a seguito delle modificazioni apportate all'art. 606 c.p.p., comma 1, lett. e), dalla L. 20 febbraio 2006, n. 46, il vizio di motivazione rilevante può ora risultare, oltre che dal testo del provvedimento impugnato, anche "da altri atti del processo", purchè siano "specificamente indicati nei motivi di gravame"; che, in altre parole, all'illogicità intrinseca della motivazione (cui era equiparabile la contraddittorietà logica tra argomenti della motivazione), caratterizzata dal limite della rilevanza testuale, si è affiancata la contraddittorietà tra la motivazione e l'atto a contenuto probatorio.

L'informazione "travisata" (la sua esistenza - inesistenza) o non considerata deve, peraltro, essere tale da inficiare la struttura logica del provvedimento stesso.

Inoltre, la nuova disposizione impone, ai fini della deduzione del vizio di motivazione, che l'"atto del processo" sia "specificamente indicato nei motivi di gravame".

Sul ricorrente, dunque, grava, oltre all'onere di formulare motivi di impugnazione specifici, anche quello di individuare ed indicare gli atti processuali che intende far valere (e di specificare le ragioni per le quali tali atti, se correttamente valutati, avrebbero dato



luogo ad una diversa pronuncia decisoria), onere da assolvere nelle forme di volta in volta adeguate alla natura degli atti in considerazione.

Resta, comunque, sempre esclusa, la possibilità di una nuova valutazione delle risultanze acquisite, da contrapporre a quella effettuata dal giudice di merito, attraverso una diversa lettura, sia pure anch'essa logica, dei dati processuali o una diversa ricostruzione storica dei fatti o un diverso giudizio di rilevanza o attendibilità delle fonti di prova.

Un motivo che riproponga in sostanza una rilettura delle fonti nel senso anzidetto non è consentito dalla legge ed è, pertanto, inammissibile ai sensi dell'art. 606 c.p.p., comma 3. 7.2. Nel caso in esame, si risolvono in una non ammessa rilettura delle fonti di prova i profili degli articolati motivi (del ricorso presentato nell'interesse degli imputati D. e P.) descritti ai precedenti punti 3.4 e 3.5.

**In proposito la Corte di merito ha spiegato, con estrema chiarezza, interpretandone la deposizione, che l'infermiera G., l'ultima persona ad avere visto vivo il povero B.G., non era stata informata del fatto che il medesimo, per esplicito divieto, non avrebbe potuto uscire dal reparto se non accompagnato.**

**La circostanza era - secondo i giudici di appello - sintomatica del fatto che gli imputati, nonostante avessero percepito ed elaborato i segnali di allarme scaturiti dall'episodio del precedente giorno (OMISSIS), non avevano previsto ed organizzato un adeguato sistema di osservazione e di vigilanza.**

Non vi è stato, dunque, da parte della Corte di appello alcun travisamento dei dati probatori, segnatamente di quelli, rilevanti nel caso di specie, riferibili al periodo successivo all'episodio del giorno (OMISSIS).

**Nè, d'altra parte, la difesa dei ricorrenti specifica quali sarebbero gli altri atti del processo dotati di forza esplicativa o dimostrativa, tale da disarticolare il ragionamento svolto dalla Corte di appello in relazione alle dichiarazioni rese dalla G..**

Quanto, poi, al sopra citato episodio (la cui valutazione è oggetto di critiche anche nell'ambito del secondo

motivo del ricorso presentato nell'interesse delle altre imputate: v. supra 4.1), la Corte aveva desunto **trattarsi di allarmante gesto autolesivo** sia dal referto della Dott.ssa D.C., **sia da quanto B. stesso aveva riferito ai sanitari presenti**, oltre che, naturalmente, dalle determinazioni mediche ed organizzative immediatamente assunte e che segnavano un mutamento di rotta (caratterizzato, in particolare, dall'aumento del dosaggio del farmaco antidepressivo e dall'incremento della vigilanza) rispetto al precedente atteggiamento (v. supra 1.4 e 1.5).

Ed appare di tutta evidenza come non sia rilevante se quell'impulso autolesivo avrebbe potuto in concreto, in quello specifico contesto, tradursi in un effettivo defenestramento; ciò che rileva è il gesto nel suo intrinseco significato e nel valore al medesimo attribuito, in relazione alle condizioni del paziente, dagli stessi sanitari. Va detto, infine, per concludere sul punto, che la Corte di merito stigmatizza le carenze di informazione e di comunicazione soprattutto con riguardo ai periodi successivi al menzionato episodio, **proprio perchè lo stesso avrebbe dovuto giustificare un irrigidimento, non un allentamento, della sorveglianza.**

In tal senso, ed in tale contesto, le critiche rivolte alla Corte con riguardo alla valutazione delle dichiarazioni rese **dalla moglie del B. si rilevano non pertinenti**, oltre che non decisive, perchè gli elementi dimostrativi delle carenze evidenziate erano aliunde desumibili.

7.3. Come si è accennato, la struttura logica e giuridica della motivazione della sentenza impugnata **è immune dai vizi** prospettati dai ricorrenti; è, infatti, aderente al quadro probatorio ricavato dalle già citate dichiarazioni testimoniali e coerente nella valutazione degli elementi desunti dalla documentazione ospedaliera, segnatamente dalla scheda anamnestica, dal diario dei giorni di ricovero e dai dati relativi all'evoluzione della terapia farmacologica (soprattutto successivamente all'episodio verificatosi il (OMISSIS)).

La condanna presuppone che nel caso concreto sussistano tutti gli estremi, oggettivi e soggettivi, della fattispecie, **in particolare la titolarità della posizione di garanzia** in capo ai medici, la prevedibilità in concreto dell'evento-morte (suicidio) non impedito ed il rapporto di causalità tra la condotta colposa addebitata e l'evento. Come si è visto, la sentenza

impugnata affronta tutti questi temi e ritiene dovuto ed esigibile un regime di vigilanza, sebbene il B. fosse in ricovero volontario (v. supra 1.3 e 1.4), afferma la prevedibilità del suicidio (v. 1.5) e la sua evitabilità attraverso il comportamento alternativo lecito (richiamandosi alla sentenza di primo grado: v. 1.2 e 1.3) e spiega perchè il fatto colposo sia da attribuirsi congiuntamente agli imputati (v. 1.6).

7.4. Le difese degli imputati D. e P. (v. supra 3.2) e del responsabile civile (v. 5.1) hanno sostenuto che, a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 180 del 1978, non sussisterebbe, in capo al medico psichiatra, una posizione di garanzia in funzione neutralizzatrice del pericolo di atti autolesionistici, a meno che il paziente non sia nelle condizioni di essere sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio in quanto, inconsapevole del proprio stato di malattia, rifiuti le cure.

L'affermazione non può essere condivisa.

**7.4.1. La L. n. 180 ha - come giustamente affermato dalla Corte di merito (v. supra 1.3) - sancito la fine del modello custodiale e segnato il passaggio, in una logica volontaristica, ad un sistema di cura fondato sulle concrete esigenze del paziente e sul suo consenso.**

E così, invero, gli imputati avevano impostato il rapporto terapeutico con il B. per giungere ad introdurre, per le sue concrete esigenze di cura, momenti di custodia concordati (non può, nel caso di specie, mettersi in dubbio che il paziente avesse coscientemente accettato il regime di divieti di uscita, salvo specifiche autorizzazioni), come tali non contrari al regime di ricovero volontario.

In tal modo impostato il rapporto terapeutico in regime consensuale di custodia - vigilanza temporanea (riferita al periodo necessario perchè la terapia farmacologica producesse risultati apprezzabili), medici e personale ausiliario erano, dunque, **onerati di una posizione di garanzia a contenuto terapeutico e, in particolare, erano tenuti a fare quanto in loro potere per evitare che la malattia degenerasse nel compimento di atti autolesivi.**

**7.4.2. Anche fuori dalle ipotesi di ricovero coatto lo psichiatra è titolare di una posizione di garanzia, sullo stesso gravando doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte autolesive (e, naturalmente, eterolesive).**

In applicazione dei consueti canoni in tema di responsabilità medica, il paziente che si trovi ricoverato in un reparto psichiatrico deve essere correttamente curato.

In altre parole, lo psichiatra, al pari di qualsiasi altro medico curante, ha l'obbligo giuridico di curare la malattia mentale nel miglior modo possibile, con tutti gli strumenti che ordinamento e scienza pongono a sua disposizione.

Detto obbligo ha in sè quello di salvare il paziente dal rischio di condotte autolesive, dovendo ritenersi che le stesse rappresentino un'estrinsecazione, quando non una conseguenza, della patologia che lo affligge.

Ciò che l'ordinamento richiede allo psichiatra è di contrastare il rischio di condotte siffatte, attivandosi con gli strumenti terapeutici di cui può disporre.

**E se lo psichiatra ha in cura una persona che presenti un concreto pericolo di suicidio, la posizione di garanzia comporta l'obbligo di apprestare cautele specifiche** (così, ad esempio, nel caso di ricovero volontario, invitare il personale infermieristico alla massima sorveglianza; prevedere, nel caso in cui il paziente intenda uscire dalla struttura, che lo accompagnino persone qualificate ed informate).

7.5. Una volta stabilito, comunque, che un regime di vigilanza è compatibile con il ricovero volontario e che esso, in una prospettiva di alleanza terapeutica con il paziente, può diventare dovuto ed esigibile, il problema in concreto si sposta sulla verifica delle cognizioni (per valutare la gravità della situazione) e dei mezzi a disposizione dei garanti.

L'analisi compiuta sul punto dalla Corte territoriale è particolarmente incisiva, sia là dove riferisce della sottovalutazione dei dati anamnestici (valutazione che la difesa dei ricorrenti neppure contesta), sia, soprattutto, nella parte in cui valuta il più volte citato episodio del (OMISSIS) ed il tipo di intervento approntato, nell'immediatezza, dai sanitari (v. supra 1.4).

7.6. Con specifico riferimento alla colpa ipotizzata, la sentenza è - come si è visto (1.5) - congruamente motivata in relazione a tutti i profili di interesse, segnatamente in ordine alla prevedibilità ed evitabilità del suicidio, nonchè all'esigibilità in concreto da parte dei sanitari di condotte idonee a prevenire l'evento.

Le censure formulate dai ricorrenti ( D. e P. nei motivi descritti ai punti 3.1 e 3.2; le altre imputate nei motivi di cui ai punti 4.1 e 4.2) non riescono a scalfire la congruenza del discorso giustificativo che sorregge il convincimento, tanto più che si risolvono (almeno in gran parte) in un'interpretazione alternativa degli elementi probatori che oltrepassa i limiti del sindacato logico della motivazione. Le doglianze prendono, invero, le mosse da circostanze di fatto indimostrate (che il B. fosse affetto da depressione non psicotica; che le sue condizioni fossero in miglioramento; che l'autorizzazione ad uscire dal reparto non "trasmodasse il rischio consentito") e sviluppano considerazioni inconsistenti (come quelle secondo cui la Corte di appello non avrebbe preso in considerazione le affermazioni dei consulenti tecnici di parte).

La Corte di appello ha dato, per contro, adeguatamente risalto alla circostanza che il B. **fosse soggetto ad alto rischio suicidiario**, in considerazione della natura della malattia diagnosticata, dei dati anamnestici, dell'episodio del (OMISSIS).

Tale concreto pericolo imponeva, dunque, l'apprestamento di adeguati presidi cautelari (il divieto di uscita, senza accompagnamento, dal reparto) e l'affidamento dell'osservanza dei medesimi ad un personale debitamente informato.

Giusto affermare, pertanto, che la condotta tenuta dagli imputati era in contrasto con il modello di condotta imposto dalla regola di diligenza (quella che, nelle stesse circostanze concrete, avrebbe tenuto l'homo eiusdem condicionis et professionis), il cui rispetto era necessario per evitare la prevedibile realizzazione di gesti autolesivi.

L'apprezzamento da parte della Corte di tali situazioni fattuali è costruito in termini logici, fa richiamo a congrue massime di esperienza e non può, pertanto, essere sindacato in questa sede.

7.7. I ricorrenti (per D. e P. v. punto 3.3, per le altre imputate v. 4.2 e per il responsabile civile v. 5.2)

sostengono, pur svolgendo considerazioni parzialmente diverse, che la decisione impugnata sarebbe mancante di motivazione (o la stessa sarebbe manifestamente illogica) in ordine alla sussistenza del rapporto di causalità tra condotta (l'omissione di vigilanza e, in particolare, l'omessa previsione e comunicazione del divieto di uscita del B., se non accompagnato, dal reparto) ed evento.

La corte si è richiamata sul punto alle considerazioni svolte dal giudice di primo grado (v. supra 1.2 e 1.3).

Non risulta, peraltro, che i ricorrenti, per quanto carenti di interesse all'appello, abbiano prospettato al giudice di tale grado, mediante memorie, atti, dichiarazioni verbalizzate, l'avvenuta acquisizione dibattimentale di altri e diversi elementi probatori, favorevoli e nel contempo decisivi, pretermessi dal giudice di primo grado nell'economia di quel giudizio (cfr. Cass. S.U. 30 ottobre 2003, Andreotti, RV 226093). Le doglianze sono, in ogni caso, inammissibili perchè il richiamato giudizio di sussistenza del rapporto di causalità posto alla base della decisione di condanna non è, nel caso di specie, sindacabile, avendo il giudicante fornito una motivazione immune da censure, siccome del resto basata su una considerazione fattuale incontrovertibile: l'autorizzazione all'uscita dal reparto aveva rappresentato la premessa imprescindibile per la realizzazione delle condizioni che avevano reso possibile il gesto suicidiario.

Se, dunque, gli imputati avessero tenuto il comportamento alternativo lecito (si fossero, in altre parole, comportati in maniera osservante della regola cautelare) l'evento non si sarebbe verificato. In altre parole, il comportamento alternativo corretto (imporre, e comunicare al personale infermieristico in servizio, il divieto di uscire dal reparto senza accompagnamento) sarebbe stato in concreto idoneo ad evitare l'evento dannoso.

Si aggiunga che l'evento ha rappresentato proprio la concretizzazione del rischio che la regola stessa (il divieto, durante il periodo di latenza della terapia farmacologica, di uscire dal reparto senza accompagnamento) mirava a prevenire.

Nè vi era ragione di chiedersi - come sostengono i ricorrenti - se l'evento (suicidio) si sarebbe verificato anche qualora gli imputati avessero tenuto la condotta doverosa.

Come le Sezioni Unite di questa Corte (Cass. S.U. 10 luglio 2002, Franzese) hanno avuto modo di precisare, il rapporto di causalità tra la condotta omissiva e l'evento va accertato alla stregua del cd. giudizio controfattuale che deve rispondere al quesito, mediante un enunciato esplicativo "coperto" dal sapere scientifico del tempo, se, mentalmente eliminato "il mancato compimento dell'azione doverosa, il singolo evento lesivo, hic et nunc verificatosi, sarebbe, o non, venuto meno.

7.8. Sostiene la difesa che illogicamente la Corte di merito aveva affermato che D. si fosse volontariamente assunto un compito attivo nella gestione del caso.

La doglianza è manifestamente infondata, oltre che genericamente formulata.

Era risultato, invero, che proprio il D. avesse condotto i primi due colloqui con il B. e con la moglie, procedendo all'impostazione della terapia.

Altro dato rilevante era che l'imputato avesse discusso con le colleghe dell'episodio del (OMISSIS), approvando l'aumento della terapia farmacologica (il che confermava che l'episodio era stato interpretato come gesto di particolare gravità determinato da un impulso autolesivo).

Anche al D. dovevano, pertanto, attribuirsi le gravi negligenze che avevano contrassegnato il periodo successivo e, in particolare, le circostanze riferibili al sabato ed alla domenica (assenza di medici in reparto dalle ore 12 del sabato alle ore 8 della domenica;

mancanza della prevista riunione medici - infermieri; mancanza di istruzioni all'infermiera di guardia alla porta di uscita).

Irrilevante appare, dunque, il richiamo, contenuto in ricorso, al principio di affidamento.

Ugualmente inconsistenti sono le doglianze prospettate nell'interesse della Dottoressa P., essendosi accertato che la stessa avrebbe dovuto, il pomeriggio del giorno (OMISSIS), sottoporre ad osservazione il paziente, ma non lo aveva fatto, affermando di avere avuto altre cose più urgenti (salvo, poi, non saper dire quali).

**8. Al rigetto dei ricorsi consegue la condanna dei ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali.**

**I ricorrenti vanno, inoltre, condannati alla rifusione in solido delle spese in favore della parte civile che si liquidano in complessivi Euro 5.000,00 (cinquemila), oltre accessori come per legge.**

P.Q.M.

rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali, oltre alla rifusione in solido delle spese sostenute dalla parte civile nel presente giudizio che liquida in complessivi Euro 5.000,00, oltre accessori come per legge.

**Così deciso in Roma, il 27 novembre 2008.**

**Depositato in Cancelleria il 29 dicembre 2008**

(FONTE: <http://www.dirittosanitario.net> )