R.G. n 1055/10

R.N.R. n. 1793/09

Reg. Sentenza n. 825/12

Depositata in Cancelleria
27 APR. 2013
Il Cancelliere
Dott.ssa Grazia De Rosa

RRC

Avviso deposito al PG

Irrevocabile il

Estratto notificato al contumace
Redatta scheda il
Estratto esecutivo trasmesso
Notificato estratto al contumace

Appello/ricorso proposto il

Corrisposto diritto mediante marche da bollo per Euro 30,05
Apposte sull'originale/sull'istanza.
Addì 22 MAG. 2013
Il Cancelliere

TRIBUNALE DI VALLO DELLA LUCANIA

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL GIUDICE

Dr.ssa Elisabetta Garzo

alla pubblica udienza del 30 ottobre 2012 ha pronunziato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente

SENTENZA

nei confronti di:

1) D[redacted] M[redacted] n. Torchiara il 14/10/1953 residente in Agropoli alla via Difesa elettivamente domiciliato dal 9/12/2009 c/o lo studio dell'avv. Antonio Fasolino in Capaccio via G. Sacco 14 (in sede di interrogatorio)- libero presente

2) B[redacted] R[redacted] n. Salerno il 25/01/1960 ivi residente alla via Salvatore De Renzi n.3 ivi elettivamente domiciliato dal 9/8/2009 (elezione di domicilio confermata il 7/9/2009)- libero assente

3) B[redacted] R[redacted] n. Napoli il 12/02/1975 residente in Aversa alla via Ugo La Malfa n.9/B- elettivamente domiciliato dal 7/9/2009 presso l'Ospedale Civile "San Luca" di Vallo della Lucania, reparto di psichiatria sito in Vallo della Lucania alla via Francesco Cammarota- libero assente

4) M[redacted] A[redacted] n. Eboli il 20/08/1974 domiciliato in Albanella alla via Roma n.48 ivi elettivamente domiciliato dal 9/12/2009- libero non comparso, già contumace

5) D[redacted] M[redacted] n. Lustra il 16/11/1958 residente in Agropoli alla via Bonora n.B/19- elettivamente domiciliato dall'11/12/2009 c/o lo studio dell'avv. Murino Giuseppe in Agropoli alla via Aldo Moro n.14- libero presente

6) R[redacted] A[redacted] A[redacted] n. Sant'Elena Sannita il 25/12/1957residente in Agropoli alla via Europa n.45 ivi elettivamente domiciliata dall'11/12/2009- libera presente

7) D[redacted] A[redacted] n. Cannalonga il 13/06/1946 ivi residente alla via Fiera n.57 ivi elettivamente domiciliato dall'11/12/2009- libero presente

8) C[redacted] D'[redacted] M[redacted] n. Perito il 07/03/1955 ivi residente alla via della Libertà n.44 ivi elettivamente domiciliata dall'11/12/2009- libera assente

9) T[redacted] A[redacted] n. Lustra Cilento il 05/10/1964 ivi residente alla Via Ripetta n.60 ivi elettivamente domiciliato dall'09/12/2009- libero presente

10) G[redacted] A[redacted] n. Vallo della Lucania il 24/04/1974 residente in Montano Antilia alla via Tempone n.22 fraz. Abate Marco ivi elettivamente domiciliato dal 09/12/2009- libero presente

11) M[redacted] M[redacted] n. Agropoli il 04/02/1974 residente in Montecorice alla via Provinciale n. 7 ivi elettivamente domiciliato dall'11/12/2009-libero presente

12) C[redacted] J[redacted] J[redacted] n. Caracas il 30/11/1966 residente in Vallo della Lucania alla via S.Maria di Loreto n.11 ivi elettivamente domiciliato dall'11/12/2009-libero presente

13) L[redacted] A[redacted] n. Ceraso il 01/05/1952 ivi residente alla via Ravera n.4 ivi elettivamente domiciliato dal 09/12/2009- libero assente

14) C[redacted] M[redacted] C[redacted] n. Cannalonga il 18/11/1965 ivi residente alla via Figliarola n. 19 ivi elettivamente domiciliata dall/11/12/2009- libera presente

15) O[redacted] N[redacted] n. Torchiara il 06/05/1953 ivi residente alla c.da Castelluccio n.27/A ivi elettivamente domiciliato dall'11/12/2009-libero presente

16) F[redacted] G[redacted] n. Pagani il 06/12/1959 residente in Vallo della Lucania alla via Tipoldi n.7 ivi elettivamente domiciliato dall'11/12/2009-libero presente

17) R[redacted] R[redacted] n. Montecorice il 30/03/1961 ivi residente frazione Agnone via Marina Nuova n.14 ivi elettivamente domiciliato dal 09/12/2009-libero assente

18) S[redacted] M[redacted]. Pontecorvo il 19/01/1974 elettivamente domiciliato in Agropoli via Frasso Telesino 15 presso Scarano Giuseppe- libero assente

IMPUTATI

Vedi imputazione allegata

D[redacted] M[redacted] E. B[redacted] R[redacted], B[redacted] R[redacted] E, M[redacted]
D[redacted], D[redacted] M[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted]
A[redacted]

A) del reato p. e p. dagli artt. 110. 479 commi I e II c.p. perché. agendo in concorso tra loro. D[redacted] M[redacted] quale primario del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted]. M[redacted] A[redacted] D[redacted] M[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] quali medici in servizio presso il predetto reparto, formavano una falsa cartella clinica (atto facente fede fino a querela di falso relativamente alle attività ed agli interventi espletati) riguardante il ricovero per trattamento sanitario obbligatorio di Mastrogiovanni Francesco. nella quale non davano atto che egli, durante il ricovero. veniva legato al letto con fasce di contenzione ai piedi ed alle mani.

Commesso in Vallo della Lucania dal 31.07.2009 al 04.08.2009

TUTTI

B) reato p. e p. dagli artt. 110, 605 commi 1 e II n. 2 c.p. perché. agendo in concorso tra loro, D[redacted] M[redacted], quale primario del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted], D[redacted] M[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] quali medici in servizio presso il predetto reparto, D[redacted] A[redacted], C[redacted] D[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted] G[redacted] A[redacted], M[redacted] M[redacted], C[redacted] J[redacted] J[redacted] L[redacted] A[redacted], C[redacted] M[redacted] C[redacted] O[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted], R[redacted] R[redacted] e S[redacted] M[redacted] quali infermieri in servizio presso il predetto reparto, privavano Mastrogiovanni Francesco della libertà personale, segnatamente disponendo che egli venisse legato al letto di degenza con delle fasce di contenzione ai piedi ed alle mani senza alcuna interruzione e senza che venisse mai slegato per più di tre giorni, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza dargli né cibo e né acqua, ma solo idratandolo con delle flebo.

Commesso in Vallo della Lucania dal 31.07.2009 al 04.08.2009

C) reato p. e p. dagli artt. 110, 586 c.p. perché. agendo in concorso tra loro. D[redacted] M[redacted] quale primario del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted]. D[redacted] M[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] quali medici in servizio presso il predetto reparto. D[redacted] A[redacted] C[redacted] D[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted] G[redacted] A[redacted]. M[redacted] M[redacted], C[redacted] J[redacted] J[redacted] L[redacted] A[redacted] C[redacted] M[redacted] Ca[redacted]. O[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted] R[redacted] R[redacted] e S[redacted] M[redacted] quali infermieri in servizio presso il predetto reparto. cagionavano la morte di Mastrogiovanni Francesco, deceduto per edema polmonare acuto, segnatamente a seguito della commissione del delitto di sequestro di persona di cui al precedente capo B) e con negligenza, imperizia e imprudenza consistite nel mantenere legato il Mastrogiovanni al letto di degenza con mezzi di contenzione per più di tre giorni, senza alcuna interruzione, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite. senza disporre ed effettuare adeguata sorveglianza ed assistenza in modo da interrompere il progressivo stato di prostrazione fisica e psichica del paziente. senza dargli né cibo e né acqua. ma solo idratandolo con delle flebo. senza slegarlo nemmeno per brevi pause ed a singoli arti.

Commesso in Vallo della Lucania il 04.08.2009

D[redacted] M[redacted], B[redacted] B[redacted]

D) del reato p. e p. dagli artt. 110, 479 commi I e II c.p. perché, agendo in concorso tra loro, D[redacted] M[redacted] quale primario del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, B[redacted] e B[redacted], quali medici in servizio presso il predetto reparto, formavano una falsa cartella clinica (atto facente fede fino a querela di falso relativamente alle attività ed agli interventi espletati) riguardante il ricovero di Mancoletti Giuseppe, nella quale non davano atto che egli, durante il ricovero, veniva legato al letto con fasce di contenzione ai polsi dalle ore 11,50 del 02.08.2009 alle ore 09,12 del 03.08.2009

Commesso in Vallo della Lucania dal 02.08.2009 al 03.08.2009

DI G[redacted], B[redacted], B[redacted], F[redacted], O[redacted], L[redacted], G[redacted], S[redacted], D[redacted], T[redacted], R[redacted]

E) reato p. e p. dagli artt. 110, 605 commi I e II n. 2 c.p. perché, agendo in concorso tra loro, D[redacted] M[redacted] quale primario del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, B[redacted] e B[redacted] quali medici in servizio presso il predetto reparto, F[redacted] O[redacted] N[redacted] A[redacted] G[redacted] A[redacted] S[redacted] M[redacted] D[redacted] A[redacted] T[redacted] R[redacted], quali infermieri presenti in reparto, privavano Mancoletti Giuseppe della libertà personale, segnatamente disponendo che egli venisse legato al letto di degenza con delle fasce di contenzione ai polsi dalle ore 11,50 del 02.08.2009 alle ore 09,12 del 03.08.2009, e senza fornirgli adeguata assistenza, tanto che egli solo fortunosamente nel corso della notte riusciva a bere dell'acqua da una bottiglia appoggiata su di un tavolino, prima avvicinando il tavolino con un piede, poi facendo cadere la bottiglia ed in seguito addentandola con la bocca e riuscendo in tal modo a bere qualche sorso d'acqua.

Commesso in Vallo della Lucania dal 31.07.2009 al 04.08.2009

Conclusioni del P.M.:
affermarsi la penale responsabilità di D[redacted] M[redacted] Ba[redacted] R[redacted], B[redacted] R[redacted] M[redacted] A[redacted] D[redacted] M[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] in ordine ai capi a) e d) della rubrica e con la concessione delle circostanze attenuanti generiche, ritenuta altresì la continuazione, condannarsi ciascun imputato, nelle rispettive qualità, alla pena di anni uno e mesi quattro di reclusione;
affermarsi la penale responsabilità di D[redacted] M[redacted] B[redacted] R[redacted] Ba[redacted] R[redacted] M[redacted] A[redacted], D[redacted] M[redacted], R[redacted] A[redacted] A[redacted] in ordine al reato di cui all'art.589 c.p. così diversamente qualificata l'imputazione sub c) e con la concessione delle circostanze attenuanti generiche, condannarsi D[redacted] M[redacted] alla pena di anni tre di reclusione, B[redacted] R[redacted] e M[redacted] A[redacted] alla pena ciascuno di anni due, mesi sei di reclusione; R[redacted] A[redacted] Ar[redacted] alla pena di anni due, mesi sette di reclusione; D[redacted] A[redacted] T[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted], L[redacted] A[redacted] C[redacted] N[redacted] R[redacted] R[redacted] alla pena ciascuno di anni due di reclusione;
assolversi tutti gli imputati dai reati di cui ai capi b) ed e) perché il fatto non sussiste;
assolversi D[redacted] A[redacted] C[redacted] D[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted] G[redacted] A[redacted] M[redacted] M[redacted] Ca[redacted] J[redacted] J[redacted] L[redacted] A[redacted], C[redacted] M[redacted] C[redacted] Or[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted] R[redacted] R[redacted] e S[redacted] M[redacted] dal reato di cui all'art.589 c.p. così diversamente qualificata l'imputazione sub c) per non aver commesso il fatto.

Conclusioni delle parti civili:
affermarsi la penale responsabilità di tutti gli imputati in ordine ai reati loro rispettivamente ascritti, così come contestati nel decreto di giudizio immediato e condannarsi ciascuno alla pena ritenuta di giustizia nonché, in solido con il responsabile civile, al risarcimento dei danni in favore delle costituite parti civili.

Conclusioni del responsabile civile:
"ritenersi l'assenza di responsabilità anche indiretta della A.S.L. Salerno" e,conseguentemente, "di ogni obbligo di risarcimento".

Conclusioni dei difensori degli imputati:
assolversi gli imputati da tutti i reati loro ascritti ai sensi dell'art.530, 1°comma c.p.p. perché il fatto non sussiste ovvero non costituisce reato; in subordine assoluzione ai sensi del cpv. dell'art. 530 c.p.p.

Svolgimento del processo

Con decreto del 1°febbraio 2010, il G.I.P. di questo Tribunale disponeva il giudizio immediato nei confronti di D[redacted] M[redacted], B[redacted] R[redacted], B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted] D[redacted] M[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] D[redacted] A[redacted] C[redacted] D'[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted] M[redacted] m[redacted] C[redacted] J[redacted] J[redacted] L[redacted] A[redacted] C[redacted] M[redacted] ca[redacted] O[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted], R[redacted] Ra[redacted] e S[redacted] M[redacted] per rispondere dei reati loro rispettivamente ascritti in epigrafe.

Nella prima udienza del 28.6.2010 celebrata in contumacia degli imputati D[redacted] M[redacted] Ba[redacted] R[redacted] Ba[redacted] Ra[redacted] M[redacted] A[redacted], D[redacted] M[redacted] R[redacted] A[redacted] D[redacted] A[redacted], Ca[redacted] L[redacted] A[redacted] O[redacted] N[redacted] e F[redacted] G[redacted], presenti gli imputati C[redacted] D'[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted] G[redacted] A[redacted], M[redacted] M[redacted] C[redacted] M[redacted] C[redacted], R[redacted] R[redacted] e S[redacted] M[redacted], presenti altresì le persone offese Mancoletti Giuseppe ed i prossimi congiunti di Mastrogiovanni Francesco che depositavano atto di costituzione di parte civile e procura speciale, nonché le costituende parti civili Associazione Telefono Viola, Ass.ne UNASAM, Ass.ne ONLUS Robin Hood e Asl Sa 2 in persona del legale rappresentante p.t., il processo veniva rinviato all'udienza del 30.11.2010 al fine di notificare il decreto di giudizio immediato all'avv. Mario Conte, difensore di fiducia dell'imputato Mazza ed all'avv. Giuliana Veneroso difensore di fiducia dell'imputato Scarano.

Nell'udienza del 30.11.2010, accertata preliminarmente la regolare notifica del decreto di giudizio immediato ai predetti difensori, contumaci gli imputati D[redacted] M[redacted] B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted], D[redacted] M[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] D[redacted] A[redacted], C[redacted] J[redacted] J[redacted] L[redacted] A[redacted] O[redacted] N[redacted] e F[redacted] G[redacted], assenti gli imputati C[redacted] D'[redacted] M[redacted] T[redacted] Ar[redacted], G[redacted] A[redacted] M[redacted] M[redacted], C[redacted] M[redacted] C[redacted], e S[redacted] M[redacted], presente R[redacted] Ra[redacted], presente altresì la costituenda parte civile Associazione Comitato di

Iniziativa Psichiatrica, il processo veniva rinviato al 6.12.2010 al fine di decidere in ordine a tutte richieste di costituzione di parte civile ed alle eventuali ulteriori eccezioni delle parti.

Nell'udienza del 6.12.2010 rigettate le eccezioni formulate dai difensori degli imputati di nullità del decreto di giudizio immediato ed altresì, con riferimento alla posizione degli infermieri, di nullità dell'accertamento autoptico per violazione del disposto di cui all'art.360 c.p.p., come da ordinanza della quale veniva data lettura in udienza, il processo veniva rinviato al 14.12.2010 per la decisione delle questioni concernenti la costituzione delle parti civili.

Nell'udienza del 14.12.2010 il Giudice ammetteva la costituzione di parte civile di De Marino Teresa, Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni e Rosalba Mastrogiovanni; di Mancoletti Giuseppe; della A.S.L. Salerno in persona del legale rappresentante p.t. con riferimento al delitto di falso contestato ai capi a) e d) della rubrica, della Associazione *"UNASAM"* in persona del legale rappresentante p.t., della Associazione *"Movimento per la Giustizia Robin Hood"* in persona del legale rappresentante p.t., della Associazione *"Telefono Viola"* in persona del legale rappresentante p.t., e del *"Comitato di Iniziativa Psichiatrica"* in persona del legale rappresentante p.t.; rigettava, invece, la richiesta di costituzione di parte civile avanzata da Franco Veronica e Franco Adelina, figlie di Mastrogiovanni Rosalba, sorella vivente di Mastrogiovanni Francesco, e da Serra Vincenzo. Autorizzava, infine, l'avv. Caterina Mastrogiovanni quale difensore e procuratore speciale della parte civile Mastrogiovanni Caterina, alla citazione del responsabile Civile ASL Salerno in persona del legale rappresentante e Commissario Straordinario, dott. Fe[redacted] D[redacted]

Nell'udienza del 21.12.2010, respinta altresì la richiesta avanzata dall'avv. Domenicantonio D'Alessandro, difensore degli imputati Ba[redacted] Ra[redacted] e Or[redacted] Ni[redacted] di autorizzazione alla citazione del responsabile Civile ASL Salerno ritenendo infondata la questione di costituzionalità dell'art.83 c.p.p. per violazione degli artt. 3, 24 e 97 della Costituzione, veniva dichiarato aperto il dibattimento, rinviandosi al

22.3.2011 anche al fine di consentire la citazione del responsabile civile a cura della parte civile Mastrogiovanni Caterina.

Nell'udienza del 22.3.2011 il dibattimento veniva rinviato al 5.4.2011 per l'adesione dei difensori degli imputati alla astensione nazionale dalle udienze proclamata dall'Organismo Unitario dell'Avvocatura Italiana.

Nell'udienza del 5.4.2011 ammessa la costituzione del Responsabile Civile A.S.L. Salerno in persona del Commissario Straordinario p.t., il P.M., i difensori delle parti civili, del responsabile civile e degli imputati avanzavano le loro richieste di ammissione delle prove orali e documentali ed il Giudice rinviava al 19.4.2011 per ogni decisione sulle stesse.

Nell'udienza del 19.4.2011, il Giudice ammetteva, ai sensi dell'art. 190, comma 1 c.p.p., le prove orali e documentali richieste dal P.M., ivi compresa l'acquisizione dei fotogrammi estrapolati dalla videocassetta sequestrata presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania e l'intera videoregistrazione, trattandosi di documentazione rientrante nella previsione di cui all'art.234 c.p.p.; ammetteva altresì tutte le prove orali e documentali formulate dai difensori del responsabile civile, delle costituite parti civili - ad eccezione della richiesta relativa alla proiezione in aula dell'intero filmato del ricovero del Mastrogiovanni - e degli imputati, autorizzando la citazione dei consulenti e di due testimoni a scelta dei difensori per ciascuna circostanza dedotta nelle liste ritualmente depositate in atti ex art.468 c.p.

In particolare lo svolgimento dell'istruzione dibattimentale, nel corso della quale è stata prodotta una copiosa mole di documenti si è sviluppata come segue.

Udienza del 3 maggio 2011

Sono stati esaminati i testi del P.M. M.llo Costabile Maffia in servizio presso la Stazione Carabinieri di Pollica, acquisendosi, con il consenso delle parti, la richiesta di accertamenti urgenti sulla persona di Francesco mastrogiovanni del 2.8.2009 e la annotazione di servizio del 31.7.2009 entrambe a sua firma nonché Serra Grazia, nipote del defunto Mastrogiovanni ed il suo fidanzato Garofalo Marco.

Udienza del 17 maggio 2011

Sono stati esaminati i testi del P.M. Lamanna Graziano, in servizio presso la polizia Municipale di Pollica, nonché Cusati Assunta acquisendosi, altresì, con il consenso delle parti, il verbale delle sommarie informazioni testimoniali rese dalla stessa ai Carabinieri della Stazione di Acquavella il 25.8.2009 ed altresì il verbale delle sommarie informazioni testimoniali rese da D'Elia Francesco ai Carabinieri della Stazione di Acquavella il 25.8.2009.

Udienza del 31 maggio 2011

E' stato esaminato il teste del P.M. Di Genua Carmela e sono stati acquisiti, con il consenso delle parti, il verbale delle sommarie informazioni testimoniali rese da Spanò Palmina ai Carabinieri della Stazione di Ogliastro Cilento il 18.9.2009, da Mazzarella Vito ai Carabinieri della Stazione di Pollica il 27.8.2009 e da Russo Pasquale ai Carabinieri della Stazione di Montalto Uffugo il 28.8.2009.

Udienza del 14 giugno 2011

Sono stati esaminati i consulenti del P.M. dott. Adamo Maiese, medico legale e dott. Giuseppe Ortano, psichiatra che hanno risposto a tutte le domande formulate dalla pubblica accusa e dai difensori delle parti civili.

Udienza del 4 luglio 2011

E' proseguito l'esame dei consulenti del P.M. dott. Adamo Maiese e dott. Giuseppe Ortano, da parte dei difensori degli imputati.

Udienza del 12 luglio 2011

E' stato esaminato il teste del P.M. Vollaro Giuseppe.

Udienza del 4 ottobre 2011

Sono stati esaminati i testi citati dalle parti civili difese dall'avv. Caterina Mastrogiovanni e, segnatamente, Fiorillo Salvatore, direttore amministrativo all'epoca dei fatti per cui è processo dell'Ospedale di Vallo della Lucania, De Biase Luigi, responsabile del settore previdenza dell'ufficio personale della Direzione Generale della

A.S.L. Salerno, Palladino Pantaleo, Direttore Sanitario dell'Ospedale di Vallo della Lucania e D'Aiuto Loreto.

Udienza del 18 ottobre 2011

Sono stati esaminati i testi del P.M. Galietto Giovanni e Musto Licia nonché il dott. Di Stasio Ludovico, medico legale, consulente tecnico delle parti civili difese dall'avv. Caterina Mastrogiovanni acquisendosi, all'esito della sua deposizione, la relazione di consulenza a sua firma.

Udienza del 15 novembre 2011

L'udienza è stata rinviata al 29.11.2011 per l'adesione dei difensori degli imputati alla astensione nazionale dalle udienze proclamata dall'Unione delle Camere Penali.

Udienza del 29 novembre 2011

Sono stati esaminati il Prof. Luigi Palmieri, Ordinario di medicina legale della Seconda Università degli Studi di Napoli, consulente tecnico della parte civile A.S.L. Salerno acquisendosi, all'esito della sua deposizione, la relazione di consulenza a sua firma, nonché Cirillo Adriano, teste della difesa degli imputati G[redacted] A[redacted] e L[redacted] A[redacted] che in data 4.8.2009, alle ore 08,00 eseguì l'elettrocardiogramma sulla persona del Mastrogiovanni accertandone il decesso

Udienza del 13 dicembre 2011

Sono stati escussi il dott. P[redacted] Pa[redacted] Direttore sanitario della A.S.L. SA, il dott. P[redacted] D[redacted], medico responsabile del Centro di salute mentale di Agropoli e il dott. P[redacted] Al[redacted] Dirigente medico dell'Unità Operativa di salute mentale di Sapri citati dalla difesa dell'imputata R[redacted] A[redacted] A[redacted] (avv. M. Conte).

Udienza del 17 gennaio 2012

Sono state esaminate P[redacted] A[redacted] infermiera professionale della A.S.L. Salerno e Ba[redacted] M[redacted]itate dalla difesa dell'imputata R[redacted] A[redacted] A[redacted] (avv. M.Conte) nonché P[redacted] O[redacted], medico del centro trasfusionale dell'ospedale di Vallo della lucania, citato dalla difesa dell'imputato R[redacted] R[redacted].

Udienza del 31 gennaio 2012

Sono stati esaminati i testi V[redacted] A[redacted],medico psichiatra in servizio presso l'U.O.S.M. di Roccadaspiede, M[redacted] E[redacted],psichiatra già in servizio presso l'ospedale di Vallo della Lucania, T[redacted] F[redacted], medico psichiatra in servizio presso il Centro di Salute Mentale di Vallo della Lucania, Di[redacted] M[redacted] L[redacted], psichiatra già in servizio presso l'ospedale di Vallo della Lucania, S[redacted] A[redacted], infermiere in servizio presso il Centro di Salute Mentale di Vallo della Lucania, L[redacted] E[redacted], sindaco del comune di Castelnuovo Cilento sino all'anno 2004, M[redacted] G[redacted], D'[redacted] D[redacted], T[redacted] C[redacted] circa le modalità dei ricoveri presso il reparto di psichiatra dell'ospedale di Vallo della Lucania, ed altresì P[redacted] G[redacted], dirigente medico di primo livello dell'Unità di Salute Mentale di Agropoli e Di[redacted] W[redacted], medico e commissario sanitario, citati dalla difesa degli imputati R[redacted] A[redacted] A[redacted] M[redacted] M[redacted], S[redacted] M[redacted], B[redacted] R[redacted], R[redacted] R[redacted], D[redacted] M[redacted] e T[redacted] A[redacted]

Udienza del 14 febbraio 2012

Sono stati esaminati la dott.ssa M[redacted] N[redacted] medico legale ricercatore aggregato presso l'Università degli Studio di Foggia ed il dott. Lanzara Guido, medico legale dell'Università degli Studi di Tor Vergata, consulente tecnici degli imputati G[redacted] A[redacted], L[redacted] A[redacted], R[redacted] Ra[redacted], Ca[redacted] J[redacted] J[redacted] T[redacted] A[redacted], O[redacted] Ni[redacted], Co[redacted] M[redacted] Ca[redacted] e D[redacted] A[redacted] acquisendosi, all'esito della loro deposizione, la relazione di consulenza a loro firma nonché il teste della difesa di F[redacted] G[redacted] dott. M[redacted] E[redacted], direttore della struttura di medicina legale dell'Azienda Ospedaliera di Salerno acquisendosi, all'esito, la relazione di consulenza a sua firma.

Udienza del 28 febbraio 2012

Sono stati interrogati la dott.ssa Diana Galletta, medico psichiatra, il prof. Claudio Buccelli, medico legale direttore della scuola di specializzazione in medicina legale dell'Università degli Studi di Napoli, consulenti tecnici dell'imputata R[redacted] A[redacted] A[redacted] acquisendosi, all'esito della loro deposizione la relazione di consulenza a loro

firma, nonché il dott. Paolo Albarello, professore ordinario di medicina legale presso l'università La Sapienza di Roma, citato dalla difesa degli imputati M[redacted] M[redacted] e S[redacted] M[redacted] acquisendosi, all'esito, la relazione di consulenza a sua firma.

Udienza del 13 marzo 2012

Sono stati esaminati il dott. Fiore Francesco, direttore del dipartimento di Salute mentale della ASL di Avellino e il dott. Consalvo Giuseppe, medico legale, citati dalla difesa degli imputati B[redacted] R[redacted], D[redacted] M[redacted] B[redacted] A[redacted] M[redacted] A[redacted] e D[redacted] M[redacted] acquisendosi, all'esito della loro deposizione, la relazione di consulenza a loro firma.

Udienza del 27 marzo 2012

Sono stati interrogati gli imputati D[redacted] M[redacted] e D[redacted] M[redacted].

Udienza del 14 aprile 2012

Sono stati interrogati gli imputati B[redacted] R[redacted] B[redacted] e F[redacted] G[redacted]

Udienza del 24 aprile 2012

Sono stati acquisiti ex art.513 c.p.p. i verbali degli interrogatori degli imputati M[redacted] A[redacted], S[redacted] M[redacted] G[redacted] A[redacted] L[redacted] A[redacted] R[redacted] R[redacted] O[redacted] N[redacted] D'A[redacted] C[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] D[redacted] A[redacted], M[redacted] M[redacted], C[redacted] J[redacted] J[redacted] e C[redacted] M[redacted] C[redacted]

Udienza del 22 maggio 2012

Il Giudice ha provveduto sulle richieste avanzate dalle parti ex Art. 507 del Codice di Procedura penale, e ha disposto l'esame del dottor Michele Verrioli Direttore del servizio di Anatomia ed Istologia Patologica presso il presidio ospedaliero Maria Santissima Addolorata di Eboli, della persona offesa Mancoletti Giuseppe e del Maresciallo Caputo a completamento dei capitoli di prova dedotti dal P.M.

Udienza del 29 maggio 2012.

E' stata escussa la persona offesa Mancoletti Giuseppe, citato dal Giudice ai sensi dell'art.507 c.p.p.

Udienza del 26 giugno 2012

Si è proceduto all'esame del dott. Verrioli Michele direttore del servizio di Anatomia patologica della ASL di Salerno; indi acquisita l'ulteriore documentazione richiesta dalla difesa degli imputati, il Giudice, ritenuto, pertanto, il processo definitivamente istruito e maturo per la decisione, dichiarava chiusa l'istruttoria dibattimentale ed utilizzabili, ai fini della decisione, tutti gli atti legittimamente acquisiti al fascicolo per il dibattimento.

Nell' udienza del 2 ottobre 2012, il P.M. rassegnava le sue conclusioni nei termini trascritti in epigrafe, mentre nelle udienze del 16.10.2012, del 17.10.2012, del 22.10.2012, del 24.10.2012, del 29.10.2012 e del 30.10.2012, i difensori del responsabile civile, delle parti civili e i difensori degli imputati formulavano ed illustravano le loro conclusioni.

I Giudice si ritirava per deliberare, dando lettura del dispositivo e riservando il deposito della motivazione, ai sensi dell'art. 544 co. III c.p.p., nel termine di giorni novanta, poi prorogato di ulteriori gg.90 ai sensi dell'art.154, comma 4 bis disp. Att. C.p.p..

Motivi della decisione

Ritiene questo Giudice che la complessità del dibattimento, articolatosi in numerosissime udienze, le problematiche affrontate circa i limiti e la legittimità della contenzione nonché le cause della morte di Francesco Mastrogiovanni, la spasmodica esposizione mediatica – certamente comprensibile attesa la gravità dei fatti oggetto del processo - impongono di ordinare l'iter motivazionale secondo un preciso schematismo; ciò al fine di non trascurare nessuno degli elementi emersi nel corso della istruttoria e nessuna delle argomentazioni difensive illustrate dai patroni delle parti civili e degli imputati.

Il ricovero coattivo, la degenza ed il decesso di Franco Mastrogiovanni

Sulla scorta delle acquisiste risultanze processuali i fatti possono essere ricostruiti come segue.

In data 31 luglio 2009, alle ore 12,40 Francesco Mastrogiovanni veniva ricoverato presso l'SPDC del presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania in regime di TSO disposto con ordinanza n.53, prot. N.6917 del 31.7.2009 del Sindaco di Pollica Angelo Vassallo per la durata di gg.7.

Ciò in quanto il giorno precedente aveva manifestato anomalie comportamentali del tipo "*agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed etero aggressiva*" che avevano richiesto urgenti interventi terapeutici obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera.

Dalle testimonianze del Comandante dei VV.UU. di Pollica, Tenente Lamanna Graziano e degli agenti Russo Sergio e Monaco Giuseppe è emerso che il 30 luglio 2009 il Mastrogiovanni, alla guida della sua autovettura Fiat Punto tg.CA154JF, non aveva esitato, verso le ore 23,30 a percorrere a forte velocità l'isola pedonale di Acciaroli riuscendo poi ad allontanarsi verso la frazione di Agnone di Montecorice, facendo perdere le sue tracce.

L'indomani, verso le ore 8,30, era ritornato ad Acciaroli percorrendo a velocità elevata il centro abitato "*come se non si accorgesse di cosa stesse succedendo....praticamente lo sguardo era proprio fisso nel vuoto*" (cfr deposizione del teste sottotenente Lamanna Graziano della polizia municipale di Pollica, ud. 17.5.2011) e solo per un soffio non aveva investito un operaio.

Datosi alla fuga, dopo alcuni sorpassi pericolosi nel centro abitato di Agnone Cilento, aveva tamponato un'autovettura Mercedes e, fermatosi nel parcheggio adiacente alla spiaggia di San Mauro Cilento, si era tuffato in mare. Era stato pertanto richiesto l'intervento dei Sanitari del 118 e solo verso le ore 12,00, il Mastrogiovanni, uscito spontaneamente dall'acqua, aveva consentito ai medici di somministrargli dei farmaci per calmarlo tant'è vero che dopo essere salito a bordo dell'ambulanza si era addormentato.

Dalla certificazione a firma del dott. Pellegrino Carmelo, medico del 118 intervenuto presso il Club Costa Cilento – Marina Piccola, località San Mauro Cilento, su richiesta dei Carabinieri di Pollica, si evince che il Mastrogiovanni risultava essere in preda ad *"agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed etero aggressività"; "per le sue condizioni psichiche necessita di urgenti interventi terapeutici, che agli stessi egli non è in grado di prestare il suo consenso e che non sussistono le condizioni perché sia trattato in modo idoneo in ambiente extraospedaliero"*.

Il Pellegrino disponeva, pertanto che il Mastrogiovanni fosse accompagnato presso l'ospedale di Vallo della Lucania per essere sottoposto a TSO obbligatorio, essendo più che probabile il recidivare della sua condotta allorquando fosse cessato l'effetto sedante della terapia.

Anche la dott.ssa Maria Luisa Di Matteo, medico psichiatra intervenuta nella immediatezza su richiesta del 118, convalidava la proposta di applicazione del T.S.O. in condizioni di degenza ospedaliera per gg.7.

Ed infatti il Sindaco di Pollica, Angelo Vassallo, con ordinanza n.53, prot. N.6917 del 31.7.2009 disponeva il riocovero del Mastrogiovanni in regime di TSO per la durata di gg.7.

Giunto presso l'ospedale di Vallo della Lucania, il Mastrogiovanni veniva affidato alle cure del dott. R[redacted] B[redacted] in servizio con turno 08.00-14.00; era presente in reparto anche il primario dott. M.Di[redacted] che, come risulta dal foglio presenze del mese di luglio, debitamente firmato dall'interessato, quel giorno è stato in servizio dalle ore 8,30 alle ore 16,30 circostanza questa documentalmente provata (cfr. produzione dell' avv. Bartolo De Vita, difensore della parte civile ASL Salerno) che porta ad escludere, come pure si è detto nel corso del dibattimento, sia che il Di[redacted] fosse in ferie sia che non fosse in ospedale al momento della sottoposizione del paziente a contenzione.

All'atto del ricovero l'esame obiettivo evidenziava: *"paziente poco curato nella persona, indisponibile alla relazione medico-paziente; mimica, gestualità ed eloquio concitati, facoltà cognitive valide; ideazione delirante, incentrata su tematiche di rivendicazione e nocumento, non*

apparenti dispercezioni, umore ipomaniacale con aggressività verbalmente espressa, capacità di critica e di giudizio compromesse"; veniva pertanto formulata la seguente diagnosi: "*Disturbo schizoaffettivo. Dipendenza da cannabinoidi*".

La cronologia degli accadimenti verificatisi durante la degenza del Mastrogiovanni può essere ricostruita attraverso la documentazione ospedaliera (cartella clinica e diario clinico)in sequestro e le immagini del sistema di video-sorveglianza installato presso il reparto di psichiatria che ha ripreso l'intero periodo del ricovero del Mastrogiovanni, del Mancoletti e degli altri pazienti.

Diario clinico:

31.7.2009, ore 12,40: Il paziente si ricovera in regime di TSO. Si invia comunicazione in D.S. dell'avvenuto ricovero con ordinanza sindacale n° 53 del sindaco di Pollica.

All'ingresso in reparto pratica: Entumin 1 fl. EN 5mg 2 fl+ Trimeton 2 fl per i.m.

Ore 13,15 :il paziente è più tranquillo e riposa a letto.

Si richiedono esami ematochimici di routine, esame delle urine ed ECG.

Si prescrivono Entumin 1 fl + EN 5 mg 1 fl per i.m. x 3 /die.

Ore 14,40 su richiesta dei CC di Pollica pratica prelievo ematico e urinario per sostanze di abuso e etanolo.

Ore 17,00: pervenuti risultati es ematochimici richiesti in urgenza (vedi referto allegato in cartella).

Ore 21,00: Il paziente dorme per cui non viene praticata per il momento la terapia prevista. P.A. 150780 F.C. 88.

Si somministra soluzione glucosata 500 cc per fleboclisi e a seguire soluzione fisiologica 500 cc.

1.8.2009: quadro psicopatologico stazionario. Continua terapia in atto.

2.8.2009: aggiunge in terapia soluzione glucosata 500 cc ev ore 08,00 e ore 14,00

Soluzione fisiologica 500 cc e.v. ore 20,00.

T.C. 36,3 C. P.A. 120/80 mmHg. F.C. 86 b/m

Ore 20,30: Non si somministra terapia delle ore 20,00.

3.8.2009: Perdurano le condizioni di agitazione psicomotoria con irascibilità e declinazione delirante.

Aggiunge in terapia Clexane 4000 U fl:_1 fl s.c.. Pratica terapia infusionale (sol. Glucosata 500 cc sol fisiologica 500 cc

Ore 21,00: la terapia della sera non viene somministrata in quanto il paziente dorme.

4.8.2009: ore 07,20: Improvviso arresto cardiaco cardio-circolatorio. Si richiede consulenza rianimatoria urgente. Intanto pratica flebocortid 2 gr e.v.

Ore 7,35 Consulenza rianimatoria (vedi referto allegato in cartella). *"paziente in arresto circolatorio. Midriasi fissa. IOT si continua massaggio cardiaco esterno. Si richiede ECG che mostra linea isoelettrica. Si constata l'exitus".*

Ore 7,40: assenza di polsi periferici, assenza di battito cardiaco. Si constata il decesso.

Ore 7,52 Pratica ECG (referto allegato in cartella).

Esami ematochimici del 31.7.2009: **cannabinoidi: positivo.** Etanolo: 0,007. I restanti esami per la ricerca di sostanze stupefacenti e/o psicotrope sono tutte negative.

Dall'esame delle immagini del sistema di video-sorveglianza emerge:

31 luglio 2009 ore 13.36/14,00

(Stanza a due letti, spoglia e disadorna. Ogni posto letto è corredato da un comodino, vi è un solo armadio).

Il paziente appare seminudo, ha ancora indosso i pantaloncini da mare che indossava al momento dell'intervento di esecuzione del TSO.

Appare sedato, resta praticamente immobile e sempre nella stessa posizione. Dopo circa 40 minuti (alle ore 14,24) viene coercito da 2 infermieri, mediante fascette dotate di viti di fissaggio applicate ai 4 arti e fissate alle sbarre del letto. Il paziente durante tutta l'operazione appare sempre sedato.

31 luglio 2009 ore 14.31/15,00

Il paziente appare ancora sedato. Gli stessi infermieri procedono al prelievo del sangue e gli applicano un catetere vescicale per il prelievo delle urine (h14.34 min).

Durante la manovra si dimena, si accorge di essere legato, tenta di liberarsi del catetere, ma appare sempre sedato. E' sempre seminudo e scoperto. Entra un'addetta alle pulizie che sembra non prestare attenzione ai degenti presenti nella stanza. Successivamente rientrano gli infermieri che gli applicano la sacca per le urine, lo sistemano meglio a letto, gli abbassano ulteriormente i pantaloncini e lo coprono con un lenzuolo. E' sempre sedato, anche se si dimena, tende ad alzarsi e liberarsi del catetere.

Dunque il 31.7.2009 alle ore 14,24 il dr. R[redacted] B[redacted] unitamente agli infermieri C[redacted] J[redacted] J[redacted]e D[redacted] A[redacted] mentre il Mastrogiovanni dorme, applicano la contenzione meccanica mediante apposizione di fascette a polsi e caviglie per poter eseguire i prelievi richiesti dai Carabinieri di Pollica finalizzati all'applicazione della sanzione amministrativa costituita dalla sospensione della patente di guida.

La contenzione non viene annotata in cartella clinica, né mai lo sarà.

31 luglio 2009 ore15.46/16

Il paziente à sempre sedato, tenta sempre di alzarsi e liberarsi del catetere. Intervengono gli infermieri per sistemarlo meglio (catetere, coercizione e letto).Quando vanno via riprende a dimenarsi.

31 luglio 2009 ore 23.44/01,00

Il paziente è sempre legato, completamente nudo, si dimena e cerca di alzarsi in continuazione. Sono presenti in reparto i medici R[redacted] B[redacted] e A[redacted] M[redacted] e gli infermieri C[redacted] J[redacted] J[redacted]e D[redacted] A[redacted]

1° agosto 2009 ore 14,00

Il paziente è stato spostato in un'altra stanza, è sempre completamente nudo, senza lenzuola e scoperto. E' sempre coercito. E' posizionato a metà del letto, con due cuscini

alle spalle e le gambe penzoloni attraverso le sbarre del letto. Si dimena. Con lui è ricoverata un'altra persona, nuda e legata per un braccio. Dopo circa un'ora viene tirato su verso la testiera del letto, ma sempre a circa metà del letto, e coperto con un lenzuolo.

2 agosto 2009 ore 15,00

Il paziente è sempre coercito, gli è stato messo un pannolone, resta cateterizzato. Sta praticando terapia infusionale.(37 min.) E' ben posizionato nel letto, ha il lenzuolo sotto. Appare sempre sedato. Sta per cadere dal letto (54 min.).Si dimena e scivola dal letto (1.27 min.). Entra prima un signore in pantaloncini che chiama gli infermieri. Viene riposizionato e le legature sono riposizionate. Sta per scivolare ancora, ma è tenuto dal braccio sinistro legato stretto.

3 agosto 2009 ore 9.51/ 10,00

Il Mastrogiovanni è sempre legato, senza lenzuola sopra e quello sotto scivola. Ha il pannolone strappato. Viene praticata la terapia iniettiva. A terra vi è una macchia rossa che come chiariranno gli infermieri....."*è sangue uscito dalla flebo*".L'infermiere e poi l'ausiliaria puliscono. Appare sempre sedato.(5 min) Entra il medico e gli infermieri per una rapida occhiata (11.47/12.47 min.). Scivola verso i piedi del letto e le gambe sono penzoloni attraverso le sbarre.

3 agosto 2009 ore 10,30

Il vidoe mostra l'accesso del dott. Di[redacted] al letto del Mastrogiovanni.

3 agosto 2009 ore 14.23/15

Il paziente è ancora sedato e coercito. Dal letto sono scomparse le lenzuola. Il pannolone è strappato. E' sempre cateterizzato. Un infermiere presente non sembra accorgersene. Poi ritorna insieme ad un altro e gli applica una flebo (8 min). Dopo poco viene coperto alla meglio con un lenzuolo (12 min). Vengono fatte le pulizie(20 min.). Il paziente si dimena continuamente, appare sempre sedato, ha gli occhi semichiusi. Con la mano spinge e fa cadere l'asta della flebo che gli cade addosso, un infermiere interviene dopo circa 3 min. per rimettere a posto e va poi subito via. Sono passati 40 min. dall'inizio

della sequenza e finalmente viene cambiato il pannolone, dopo una leggera detersione della zona genitale ed anale; viene rimesso il lenzuolo sotto e gli viene detersa la faccia con un asciugamano bagnato: nel mentre ha ancora attaccata la flebo. Essendo molto alto scivola sempre con le gambe tra le sbarre del letto.

4 agosto 2009 ore 01,00

Il paziente dorme e si muove poco ed è sempre coercito. Dopo circa 46 min. dall'inizio della sequenza resta immobile, è deceduto.

Nessuno entra nella stanza.

4 agosto 2009 ore 04.55/06

Nessuno entra nella stanza.

4 agosto 2009 ore 06.44/08

L'altro paziente che è nella stanza si alza verso le ore 7 (32 min.), ma non si rende conto di niente. Così pure un infermiere che entra nella stanza sembra non rendersene conto. Dopo 43.30 min. dall'inizio della sequenza entrano il medico e due infermieri. Si rendono conto dell'accaduto. Il medico va via(44.26 min.) Viene prima di ogni altra cosa rimossa la coercizione (45.17 min) e, a seguire, viene praticato il massaggio cardiaco (45.50). Poi rientra il medico,(50.13 min.) assiste ai diversi tentativi di massaggio cardiaco, ma non interviene direttamente. Va di nuovo via. Poi vanno via anche gli infermieri, uno rientra dopo poco e ritenta il massaggio. Giunge il rianimatore che può solo constatare l'avvenuto decesso. Viene infine praticato un ECG.

La visione dei filmati - che, come costantemente affermato in dottrina ed in giurisprudenza costituiscono prova documentale ex art. 234 c.p.p. e rappresentano il compendio accusatorio più significativo del presente processo, ha evidenziato che Francesco Mastrogiovanni, fu contenuto per tutto il periodo del suo ricovero senza manifestare alcun sintomo di violenza né verso sé stesso, né nei confronti dei sanitari e degli altri malati, né di aggressività verbale; inoltre rimase senza mangiare e bere e non fu mai liberato delle fascette impiegate per immobilizzargli i polsi e le caviglie ad eccezione di un'unica volta, il 3 agosto 2009, quando fu slegato per pochi minuti.

Allo stesso modo, anche un altro paziente, identificato per Mancoletti Giuseppe, fu contenuto dalle ore 11,50 del 2 agosto 2009 alle ore 9,12 del 3 agosto 2009.

In entrambi i casi la contenzione non venne annotata in cartella clinica – onde l'imputazione di falso ideologico contestata agli odierni imputati ai capi A) e D) della rubrica – né vennero avvisati i familiari che, in base alle linee guida sulla contenzione fisica in ospedale, devono essere, invece, coinvolti nel processo decisionale anche in considerazione del fatto che viene disposto un intervento sanitario non assistito da un valido consenso del paziente, perchè incapace, per la situazione in cui versa, di prestarlo.

In proposito la nipote del Mastrogiovanni, Serra Grazia ed il fidanzato Garofalo Marco, sentiti al dibattimento hanno affermato che portatisi in ospedale per avere notizie del loro congiunto non erano stati messi a conoscenza del fatto che fosse contenuto.

Serra Grazia (cfr. verbale stenotipico ud. 3.5.2011) rispondendo alle domande del P.M. ha affermato:

"io ho cercato di capire come stava mio zio *facendo delle domande, anche le preoccupazioni che avevano mia madre, mia nonna, tutti gli altri parenti; soprattutto sapevamo che era a mare e quindi se aveva bisogno di indumenti, poi mio zio io lo conoscevo, leggeva sempre e quindi ho pensato ad un giornale, ho fatto queste domande molto semplici. Pero' il medico mi ha detto che no, non aveva bisogno di nulla. E dopo qualche mia domanda e' entrato dentro il mio fidanzato chiedendo se mio zio.., come si stesse alimentando e se si stesse alimentando per capire come stava e mi ricordo che chiese se si alimentava da solo o con delle flebo. E' a questo punto il medico e' sembrato un po'.., ha chiesto al mio ragazzo.., mi e' rimasta impressa questa frase perche' gli ha chiesto se.., gli ha detto "lei e' un infermiere?" in maniera un po' infastidita quindi non ci dava delle risposte chiare, non ci diceva. Ci diceva solo che lui stava seguendo le terapie che doveva seguire, che non aveva bisogno di nulla e la cosa che.., cioe' io volevo vederlo mio zio e non me l'ha fatto vedere perché' ha detto che in quel momento lui stava riposando, doveva riposare e la presenza di un familiare, la mia presenza lo avrebbe agitato, innervosito; comunque non me l'ha permesso.*

PUBBLICO MINISTERO

DOMANDA - Quando lei e' andata davanti al reparto non e' entrata nel reparto ha detto perche' non gliel'hanno consentito. Sa oppure l'ha saputo in via indiretta se suo zio era sottoposto a mezzi di contenzione?

RISPOSTA - Non me ne hanno parlato. No. Il medico non mi ha detto nulla.

DOMANDA - Le hanno detto se suo zio era particolarmente agitato o se era tranquillo all'atto dell'ingresso? RISPOSTA - No.

DOMANDA - L'ha chiesto lei?

RISPOSTA - Io mi ricordo che il medico disse che la presenza di un familiare in quel momento che stava seguendo la terapia lo avrebbe agitato; per questo ho immaginato che in quel momento il medico non mi ha fatto entrare, ho immaginato io.

DOMANDA - Ma quello era l'orario delle visite, qual e' la stata la motivazione per cui lei non e' potuta entrare?

RISPOSTA - Perche' il medico mi ha detto che la mia presenza lo avrebbe agitato, gli avrebbe fatto male.

DOMANDA - Signorina lei ha fatto anche la domanda se erano state fatte delle analisi su suo zio?

RISPOSTA - Si.

DOMANDA - E ci puo' dire che cosa le e' stato riferito dal medico, dal personale che era nel reparto?

RISPOSTA - Io ho chiesto se avessero riscontrato, se mio zio avesse fatto uso di sostanze stupefacenti.

DOMANDA - E quale e' stata la risposta?

RISPOSTA - Ha detto guardando la.., ha sfogliato la cartella clinica e mi ricordo che disse che c'era dalle analisi - non so pero' quale analisi - dalle analisi che erano state fatte in quel momento

si riscontravano delle basse percentuali di cannabis, pero' mi ha detto "si tratta di qualche canna che non ha nulla a che vedere con il problema di suo zio che e' un problema psichico" pero' non..

DOMANDA - Qual era questo problema psichico che ha richiesto il ricovero e il TSO, gliel'ha riferito il medico?

RISPOSTA - Assolutamente no.

DOMANDA - Ha parlato di patologie psichiatriche insomma con lei?

RISPOSTA - No.

DOMANDA - Ne' ha detto se suo zio stava meglio a seguito di questa terapia farmacologica?

RISPOSTA - In quel momento stava riposando in maniera più tranquilla e perciò la mia presenza lo avrebbe poi fatto agitare.....

DOMANDA - Lei ha sostenuto che il medico non era collaborativo, non era molto disposto a parlare di queste vicende. Perche' secondo lei?

RISPOSTA - Perche' sono andata in reparto per vedere mio zio e per capire come stesse mio zio, perche' si trovava li' e cosa aveva, come potevamo aiutarlo, cosa potevamo fare e lui non mi ha risposto a queste domande. Non mi ha detto assolutamente nulla.

Il teste Garofalo Marco, fidanzato della Serra, che l'accompagnò in ospedale il 3.8.2009, rispondendo alle domande del P.M. ha dichiarato che il 3 agosto 2009, di pomeriggio, si era portato nel reparto di Psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania per andare a trovare lo zio della sua fidanzata, Francesco Mastrogiovanni che "*era stato portato li' con trattamento sanitario obbligatorio*".

DOMANDA del P.M. - *Si ricorda in che giorno e' stato condotto in ospedale?*

RISPOSTA - Il 31 credo, qualche giorno prima.....

DOMANDA - Lei e' andato nel reparto dove si trovava lo zio della sua ragazza?

RISPOSTA - Si, siamo arrivati di fronte al reparto.

DOMANDA - A che piano si trovava questo reparto?

RISPOSTA - Credo il secondo, non ricordo bene. Ricordo che di fronte c'era una cappella.

DOMANDA - Siete entrati nel reparto se si ricorda?

RISPOSTA - No. Abbiamo suonato un campanello e ci ha aperto un infermiere.

DOMANDA - Che cosa avete chiesto all'infermiere?

RISPOSTA - Abbiamo chiesto notizie; più che altro la mia ragazza ha chiesto notizie del zio.

DOMANDA - Che cosa le e' stato risposto?

RISPOSTA - Di attendere.

DOMANDA - Di attendere che cosa, di entrare oppure attendere notizie?

RISPOSTA - Di attendere notizie.

DOMANDA - Queste notizie poi le sono state fornite?

RISPOSTA - Siamo stati portati in una saletta adiacente al reparto, alla stanza adiacente al reparto e li' abbiamo atteso una decina di minuti ed arriva un medico.

DOMANDA - Che cosa le ha detto questo medico?

RISPOSTA - Ci disse..

DOMANDA - Sulle notizie che voi richiedevate?

RISPOSTA - Che lo zio era ricoverato li' e stava seguendo una terapia che doveva seguire in poche parole.

DOMANDA - Avete chiesto le condizioni del paziente, in che condizioni si trovasse?

RISPOSTA - Si, piu' che altro la motivazione della visita era sapere se gli servisse qualcosa dato che erano tre giorni che era li', non avevano sue notizie ed era premura della famiglia sapere se servissero indumenti, vestiti, giornali, insomma qualcosa che gli potesse essere utile considerando che veniva da mare.

DOMANDA - Ma la famiglia aveva mandato voi per conoscere le condizioni del suo congiunto oppure le conosceva gia' attraverso altre fonti che lei sappia?

RISPOSTA - Non lo so.

DOMANDA - C'erano altre persone o altre cose da cui loro attingevano notizie?

RISPOSTA - So che apprendevano notizie dal sindaco di Castelnuovo che dava loro notizie sulle condizioni dello zio.

DOMANDA - Il sindaco di Castelnuovo come si chiama?

RISPOSTA - Credo Lamaida.

DOMANDA - E che professione svolge?

RISPOSTA - E' medico al San Luca.

DOMANDA - E quindi poteva dare notizie in questa sua qualita', si poteva informare?

RISPOSTA - Si, perche' lavorando nella stessa struttura poteva informarsi sulle condizioni.

DOMANDA - Voi avete chiesto se il Mastrogiovanni Francesco era cosciente, se stava bene, se era tranquillo, se si alimentava da solo?

RISPOSTA - Questa diciamo che e' una domanda che veniva di conseguenza al fatto che sembrava non avesse bisogno di nulla quindi una persona che non ha niente e non ha bisogno di nulla:..; e' una domanda che e' scaturita proprio da me, proprio per curiosita', mi venne la curiosita' di sapere se si alimentasse da solo oppure tramite qualche flebo e robe varie perche' mi sembrava strano che una persona non avesse bisogno proprio di nulla.

DOMANDA - Che le e' stato risposto?

RISPOSTA - Alla domanda dettagliata del modo con cui si stava svolgendo la sua terapia mi e' stato risposto, cioe' piu' che altro mi e' stato domandato se io fossi un infermiere perche' entravo forse nel dettaglio di alcuni parametri, forse si pensava non mi competessero; pero' alla fine la risposta e' stata che stava seguendo una terapia che doveva seguire.

DOMANDA - Le hanno detto se - il medico o l'infermiere - se il Mastrogiovanni aveva subito dei miglioramenti?

RISPOSTA - L'abbiamo chiesto e c'e' stato detto di no nel senso che ancora era proprio breve la permanenza e la cura e sarebbe stato necessario ancora qualche giorno, una decina di giorni circa.

DOMANDA - Le hanno detto quando sarebbe stato dimesso il Mastrogiovanni?

RISPOSTA - Con precisione no; ci hanno detto solo che servivano almeno un'altra decina di giorni, almeno.

DOMANDA - Hanno fatto riferimento a precedenti ricoveri nella stessa struttura del Mastrogiovanni i medici, gli infermieri?

RISPOSTA - Il medico si, fece riferimento a precedenti ricoveri a causa della preoccupazione che la mia ragazza Grazia mostrava nel sapere in che condizioni fosse lo zio perche' sembrava strano al dottore che lei fosse preoccupata per il suo stato di salute e si giustificava dicendo che gia' altre volte questo paziente aveva subito questo tipo di trattamenti e quindi come se normale che questo accadesse, mentre Grazia era piu' propensa a cercare di capire le motivazioni perche' stando sempre a contatto con lo zio sapeva che comunque lo zio fondamentalmente era una persona che in un reparto psichiatrico non avesse molto da fare a meno che non ci fosse una condizione particolare che lo costringesse li'.

DOMANDA - Il medico le ha detto se i precedenti ricoveri erano avvenuti per TSO?

RISPOSTA - Questo non lo ricordo onestamente. Non lo ricordo.

DOMANDA - Il medico quando ha parlato con lei aveva in mano la cartella clinica del paziente?

RISPOSTA - Si, aveva una cartella clinica che sfogliava; mentre chiedevamo notizie su di lui sfogliava questa cartella clinica.

DOMANDA - Le ha parlato di analisi che erano state compiute sul paziente?

RISPOSTA - Si. Aveva detto che era stato riscontrato nelle analisi una traccia di cannabis che non era pero'.., non poteva essere causa del male che aveva in quel momento, quindi il suo ricovero non era dovuto a quella presenza di cannabis riscontrata nelle analisi.

DOMANDA - Le ha detto se questo uso di cannabis era remoto o era recente?

RISPOSTA - Credo disse pregresso.

PARTE CIVILE - Avv. Mastrogiovanni -

DOMANDA - E al momento del suo ingresso in ospedale insieme alla sua ragazza in occasione del colloquio avuto con il medico, il medico le parlo' - se lei lo ricorda - che il paziente era stato sottoposto a contenzione?

RISPOSTA - Assolutamente no.

DOMANDA - Non fece assolutamente menzione? RISPOSTA - Non fece nessun riferimento infatti ci fu diciamo.., quando fu chiesto che tipo di terapia stesse seguendo infatti fu totalmente evasivo, non abbiamo saputo nulla di che tipo di terapia stesse facendo.

<u>L'esame autoptico e le ipotesi sulle cause del decesso</u>

Su richiesta del Direttore Sanitario, dott. Pantaleo Palladino, del 4.8.2009 prot. N.1068 del seguente tenore:*"Non essendo stato possibile individuare con sufficiente verosimiglianza le cause del decesso, si richiede riscontro diagnostico"*, il dott. Adamo Maiese, Direttore del Servizio di Medicina legale, effettuò esame autoptico sul cadavere di Francesco Mastrogiovanni ed attestò, nel referto medico depositato in data 5.8.2009 e trasmesso alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Vallo della Lucania, la presenza di *"lesioni (escoriazioni ed ecchimosi) ai polsi, soprattutto a sinistra mentre dall'esame della cartella clinica non risultava che la persona deceduta all'atto del ricovero presentasse delle lesioni somatiche"*.

Veniva, pertanto, disposta dal P.M. consulenza tecnica affidata ai dott.ri A. Maiese, medico legale e G. Ortano, medico psichiatra, al fine di accertare le cause del decesso di Mastrogiovanni Francesco.

L'indagine peritale aveva inizio in data 12.8.2009 in presenza dei consulenti della parte offesa e degli imputati e, all'esito, i C.T.U. rassegnavano le loro conclusioni corredate dai relativi rilievi fotografici.

In particolare affermavano di aver riscontrato all'esame esterno:

"<u>arti superiori:</u> medicazione alla piega del gomito destro, che dopo averla rimossa evidenzia un segno di venipuntura (foto n° 31, 39, 42). N° tre ecchimosi a carico della faccia mediale dell'avambraccio destro, terzo superiore (foto 39, 42 e 45). Escoriazione di forma a "W" a carico del gomito destro (foto n° 30,43). Altra piccola escoriazione posta medialmente alla precedente (foto n°42).

Arto superiore sinistro: a circa 4 cm dal polso, faccia mediale, laterale ed in minima parte dorsale sono presenti n° 5 escoriazioni di varia lunghezza contenute all'interno di un area ecchimotica che presenta una larghezza di cm 4 (foto n° 4, 38, 41,44).

Escoriazione di forma circolare a carico del 5° metacarpo mano sinistra.

"<u>arti inferiori</u>: escoriazione di cm 2 a carico del terzo medio gamba sinistra (foto n° 14). Escoriazione di forma ovoidale con diametro maggiore di cm 2 a carico della regione sopramalleolare mediale sinistra (foto n° 40). Medialmente a questa è presente una piccola escoriazione di cm 0,5 (foto n° 43). Escoriazione di cm 1,5 a carico della postero-mediale gamba sinistra a circa 5 cm dalla caviglia. Piccola escoriazione a carico della faccia anteriore gamba sinistra (foto n° 37).

A carico del mesopiede sinistro, faccia laterale, sono presenti due piccole escoriazioni (foto n°37). Tre piccole escoriazioni sono presenti a carico della regione sopramalleolare esterna piede sinistro (foto n° 18).

Escoriazione lineare faccia esterna piede destro ((foto n° 12) Piccola escoriazione regione sopramalleolare esterna piede destro (foto n°12).

All'esito dell'esame autoptico, i consulenti individuavano la causa della morte del Mastrogiovanni, avvenuta alle ore 01,46 del 4.8.2009 in un *"edema polmonare acuto"."L'edema polmonare acuto è diretta conseguenza delle modalità con cui è stata effettuata la contenzione fisica del de cuius dal 31.7.2009 alle ore 07,20 del 4.8.2009 (momento in cui i sanitari si sono resi conto che il paziente era deceduto)"*.

Aggiungevano altresì che il comportamento del personale sanitario durante la predetta degenza doveva qualificarsi "*negligente*" sia per le modalità con cui era stata praticata la contenzione (***negligenza commissiva***) *"fuori da qualsiasi regola e protocollo"* essendo

rimasto accertato che, per tutto il ricovero, il paziente era rimasto sempre contenuto senza mai essere sciolto,tant'è vero che erano evidenti una serie di lesioni profonde ai polsi e alle caviglie, sia perché il paziente non era stato controllato, monitorato e nutrito per tutto il periodo del suo ricovero (***negligenza omissiva***).

La mancata nutrizione e l'omessa introduzione dei liquidi (se si eccettuano le soluzioni fisiologiche e glucosio)avevano cagionato una disidratazione che *"unitamente al prolungato blocco dei muscoli respiratori, allo stato di agitazione (rilascio di catecolamine), all'uso di farmaci antipsicotici hanno causato l'edema polmonare acuto riscontrato all'esame autoptico e confermato dall'esame istologico"*.

Ed invero la relazione istologica del 27-8-2009 a firma del dott. Michele Verrioli attesta:

- quanto al fegato, che l'insieme dei reperti orienta per *"un'epatite cronica a lieve attività in iniziale fibrosi portale"*;
- quanto al polmone, *"diffusa congestione dei vasi di piccolo e medio calibro, edema polmonare. Assenza di infiltrati flogistici linfocitari e granulocitari interstiziali. Il quadro istologico depone per cospicuo edema polmonare"*.

Pertanto i consulenti del P.M. concludevano affermando che la morte del Mastrogiovanni *"è diretta conseguenza della contenzione fisica cui è stato sottoposto. Contenzione che ha cagionato, per le modalità con cui è stata messa in atto, un edema polmonare acuto che ha causato la morte per sommersione interna"*.

In merito alla formazione dell'edema polmonare in una condizione di contenzione fisica, chiarivano che nel caso in esame si ha una *"disidratazione che comporta una diminuzione del volume di sangue circolante e circolante effettivo, nonché una ispissatio sanguinis.*

"In particolare, a livello del circolo coronario ciò si traduce in un ipoperfusione, con elevato shera-stress, elevata viscosità nei vasi di resistenza: 300-100 micrometri.

La pressione diastolica coronaria che è la più efficiente per l'irrorazione miocardia, specie sub-endocardica, subisce una caduta, a livelli anche molto pericolosi per l'integrità anatomo-funzionale del miocardio. L'esaltata viscosità del sangue fa il resto. Ne risultano compromesse la

dilatazione endotelio-mediata e flusso-mediata. Conseguenza inevitabile di tutto ciò è un ischemia miocardia, specie, come detto, sottoendocardica, con disfunzione sisto-diastolica del ventricolo sinistro e comparsa di aritmie anche maligne, cioè potenzialmente letali."

"Il ridotto riempimento ventricolare comporta una ridotta gittata sistolica, con attivazione barorecettoriale e di impulsi dai recettori cardiopolmonari con intensa attivazione adrenergica e ulteriore aggravamento di quello che viene a configurarsi come un vero e proprio circolo vizioso".

Sottolineavano inoltre come *"i farmaci antipsicotici usati sul soggetto allungano un parametro elettrico fondamentale del cuore: il Q-T corretto, con conseguente facile comparsa di tachiaritmie, specie, se, poi, detti farmaci vengono ad associarsi ad una condizione di ipossia cardiaca, che li può rendere letteralmente micidiali".*

Già nei decenni passati era stato osservato che *"non sempre una ipertensione veno-capillare polmonare è indispensabile per indurre l'edema polmonare acuto; anche una brusca dilatazione del letto vascolare polmonare , con aumentata permeabilità capillare, di natura riflessa, può determinare un edema polmonare acuto".*

I dati clinici e sperimentali riportati da alcuni decenni in particolare da Persico e Samoff, in relazione ad un intervento di fattori neuroemodinamici del determinismo dell'edema polmonare acuto hanno dimostrato che *"una abnorme stimolazione del sistema nervoso centrale (neuropatie, stress psichici, psicofisici, traumi, ecc) o del glomo carotideo, per via simpatica riflessa è in grado di determinare una vaso-costrizione sistemica, con ridistribuzione importante di sangue dal grande al piccolo circolo, con ipervolemia da rapido ritorno al ventricolo destro e, quindi, al circolo polmonare; d'altronde la vaso-costrizione periferica determinerebbe un sovraccarico acuto del ventricolo sinistro, aggravato dall'ipodiastolia ipossica, con conseguente mismatch ventricolare (dissociazione del precarico dal postcarico), insufficienza ventricolare sinistra, ipertensione veno-capillare polmonare critica ed edema polmonare acuto".*

In conseguenza del riflesso nervoso riferito vi sarebbe, in aggiunta, una vasodilatazione attiva, e contestuale aumento di permeabilità delle arteriole e capillari polmonari, da mediazione di amine vasoattive (istamina, bradichinina, prostaglandine ecc.).

"Anche al di fuori dei fattori emodinamici esposti, una condizione di edema interstiziale e/o interstizio alveolare può realizzarsi ugualmente per alterazione diretta della membrana alveolo-capillare, conseguente ad un danno dell'endotelio capillare,danno, da attribuire ad uno stato di ipossiemia (Drinker e coll.).

In un soggetto immobilizzato a letto in maniera coatta, i muscoli respiratori non sono attivati al meglio, i muscoli accessori della respirazione sono praticamente fuori uso, l'addome, che in medicina respiratoria appartiene funzionalmente al torace, e reso pressochè immurato dalle contrazioni spasmodiche e disordinate dell'ammalato; la posizione supina, infine, modifica il rapporto V/Q, rapporto cruciale per l'emostasi; tutto quanto detto innesca inevitabilmente una condizione di ipossiemia e di ipossia multiorgano più o meno grave, con conseguenze che possono essere drammatiche".

"Nel caso in specie non può passare sotto silenzio l'edema polmonare acuto neurogeno, che insorge in un polmone sano (per malattie del SNC, traumi, etc.).

Per effetto della neuropatia centrale e/o del trauma viene ad alterarsi la produzione di Surfactant, tensioattivo fondamentale per la normale funzione respiratoria, ed in mancanza del quale si attiva un meccanismo di suzione dei liquidi dalla membrana alveolo-capillare.

Nell'edema polmonare acuto neurogeno la meccanica ventilatoria è altresì aggravata dalla presenza di disordini periodici della ventilazione, per compromissione dei centri bulbari, con conseguenze variabili sui gas ematici; ipossia e ipocapnia, normocapnia, ipercapnia etc.

Nell'edema polmonare acuto è alterata inoltre la canalizzazione bronchiolare, la produzione già citata di Surfactant, il rapporto ventilazione-perfusione per cui oltre all'edema si configurano ampie zone di iposventilazione e/o atelettasiche, oltre a turbe della conduzione cardiaca, del ritmo cardiaco, dell'ossigenazione del miocardio".

"In conclusione, l'ipovolemia e l'emoconcentrazione con ispissatio sanguinis, associate ad intensa stimolazione neuroendocrina, compromette non solo la funzione cardiaca, ma per i vari fenomeni analizzati, anche la funzione respiratoria.

In particolare, il cuore diviene più rigido e meno "compliante", la gittata sistolica si riduce, le resistenze a monte, superata la soglia presso ria veno-capillare polmonare critica, inducono in un univoco concorso la comparsa dell'edema polmonare acuto".

"L'ipossia miocardia, poi, che si identifica in definitiva con l'ischemia, oltre ad aggravare la meccanica cardiaca, è in grado di innescare, come già ripetuto, aritmie mortali con concorso anche determinante dei disordini elettrolitici concomitanti, spesso, all'ipovolemia".

Infine, come accennato, il maggior numero di farmaci antipsicotici oggi in uso compromette con grande facilità la stabilità elettrica del cuore, con turbe della conduzione ai vari livelli, innesco di fenomeni così detti "da rientro" fino all'innesco delle più gravi forme di aritmie (bibliografia essenziale: Welch Wh: Zur Pathogenese Der Lungenoedem Arch Path. Anat. 69, 106- 1977; Sarnoff S.J. Dis. Chest 22,685, 1952; Drinker CK,; Harvard Univ, Press, Mass, 1945; Chavez-Rivero I. Edema polmonar agudo, Etiopatogenia neumol y cir. Torax.Mex 32,229-1971; baroldi G. et al. Coronary circulation in normal and patholig heart Washinton 1975: 47;Klocke Fj. Measuremennts of coronary flow riserve.....making decisions about patient care. Circulation, 1987: 76; Arieff A.I et al., Fluid Elettrolyte and acid- Base disorders- Churchill-Liv. NY 1985; Myerburg RJ, CastellanosA: Cardiac arrest and sudden cardiac death.In Braunwald E.; Heart Disease Philad. Saunders 1988. Trattato italiano di cardiologia- ANMCO-2000.

Concludevano pertanto i consulenti del P.M. che: *"la contenzione fisica effettuata su Mastrogiovanni Francesco durante tutto il ricovero presso il reparto di psichiatria di Vallo della Lucania (dalle ore 13,30 del 31.7.2009 alle ore 07,20 del 4.8.2008), è stata effettuata fuori da qualsiasi regola e protocollo, tanto che non abbiamo dubbi a definirla "illecita", impropria e antigiuridica.*

Durante il ricovero il soggetto non è stato mai slegato né tantomeno è stato alimentato (come chiaramente si evidenzia nel video in giudiziale sequestro).

Della contenzione fisica effettuata durante tutto il ricovero non vi è alcuna menzione nella cartella clinica di ricovero nè tantomeno esiste un registro delle contenzioni.

La contenzione fisica, effettuata sul soggetto, ha cagionato una serie di lesioni (escoriazioni) a carico dei polsi e delle caviglie.

Tali lesioni sono evidentissime e profonde a carico del polso sinistro, ciò è dovuto ai continui e prolungati movimenti (nel tentativo di liberarsi) effettuati con questo arto da parte del de cuius (vedere video in giudiziale sequestro).

La mancata nutrizione e l'introduzione di liquidi (se si eccettuano le soluzioni fisiologiche) hanno cagionato una disidratazione che unitamente al prolungato blocco dei muscoli respiratori, allo stato di agitazione (rilascio di catecolamine) all'uso di farmaci antipsicotici hanno causato l'edema polmonare acuto, riscontrato all'esame autoptico e confermato dall'esame istologico, che ha condotto a morte Mastrogiovanni Francesco, morte che è avvenuta alle ore 01,46 del 4.8.2009 e non alle ore 07,20 del 4.8.2009, come riportato in cartella clinica (vedere video in giudiziale sequestro)".

"La morte di Mastrogiovanni Francesco, a nostro giudizio, è diretta conseguenza della contenzione fisica a cui è stato sottoposto che ha cagionato, per le modalità con cui è stata messa in atto, un edema polmonare acuto che ha causato la morte per sommersione interna".

Dalla ulteriore documentazione medica in atti emerge che gli accertamenti tossicologici sui reperti biologici prelevati dalla salma del Mastrogiovanni avevano rilevato la presenza di benzodiazepine e segnatamente di "delorazepam" nel sangue in concentrazione di 0,25 mcg/ml e nella bile in concentrazione di 1,75 mcg/ml.

La ricerca di barbiturici, antidepressivi, cocaina e metaboliti, oppiacei, cannabinoidi, anfetamine, neurolettici e antipsicotici aveva avuto, invece, esito negativo.

Le conclusioni dei consulenti d'ufficio circa le modalità di attuazione della contenzione e l'esistenza di un nesso di causalità tra quest'ultima e la causazione della morte del paziente, come qui di seguito si evidenzierà, non sono state, però condivise dai

consulenti degli imputati per i quali il decesso del Mastrogiovanni deve essere ascritto piuttosto *"a morte improvvisa"*.

La disciplina della contenzione ed il rapporto con il TSO

Osserva il Giudice che tenuto conto di ciò che emerso dalle principali fonti di prova acquisite - e segnatamente dal video che documenta la degenza del Mastrogiovanni e dalle conclusioni di consulenti tecnici e periti - è di fondamentale importanza discutere il profilo concernente l'apposizione di mezzi di contenzioni nei confronti dello sventurato Mastrogiovanni.

Si tratta, infatti, della condotta contestata ai fini dell'integrazione del delitto di cui al'art. 605 c.p., individuato quale reato presupposto di quello di cui all'art. 586 c.p.

Prima di affrontare in dettaglio il tema della contenzione è opportuno sgombrato il campo da una possibile suggestione - pure avanzata da taluni propalanti nel corso della istruttoria (cfr. deposizione del dott. P[redacted] P[redacted] direttore sanitario della ASL, ud. 4/10/2011) - che tenderebbe ad equiparare il TSO Trattamento Sanitario Obbligatorio previsto dalla legge n. 833/1978 e la contenzione.

Il predetto teste, deponendo all'udienza del 4.10.2011 ha affermato testualmente: *"il ricovero in TSO è contenzione, quindi l'applicazione delle fascette è uno dei tanti sistemi che si applicano nella contenzione; quindi il ricovero sanitario obbligatorio è una contenzione"*.

Si tratta, però, di un'equazione assolutamente surreale, destituita di qualsiasi fondamento sia sul piano medico-scientifico che su quello giuridico in quanto l'attuazione del TSO in nessun modo autorizza automaticamente l'attuazione di pratiche di coercizione quali appunto la contenzione meccanica.

Il TSO istituito dalla legge 180/1978 meglio nota come "legge Basaglia", è attualmente regolamentato dalla legge 833/1978 che agli artt. 34-35 ha previsto una procedura composita di tipo medico e giuridico; esso riveste carattere di eccezionalità ed indispensabilità e le cure possono essere prestate in condizioni di degenza ospedaliera

solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici; se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere, il legislatore ha consentito la sottoposizione a TSO finalizzata alla tutela del diritto del singolo alla salute ed a garantire l'interesse della collettività che potrebbe essere compromesso dal rifiuto del soggetto a curarsi.

Il TSO deve dunque considerarsi, rispetto alla volontarietà del trattamento che rimane la regola, una eccezione espressamente prevista dal legislatore la cui adozione richiede una procedura articolata "in tre fasi che configurano tre distinte competenze tendenti, nella loro sintesi, alla attuazione del precetto di cui all'art.32 della Costituzione" e segnatamente:

1) fase medica che si esaurisce con una proposta motivata da parte di un medioc della ASL;

2) fase sindacale che termina con l'adozione da parte del Sindaco del provvedimento di autorizzazione al TSO;

3) fase giudiziale con la quale il giudice tutelare emana un decreto motivato con il quale ratifica o meno il provvedimento del Sindaco.

Quanto alla sua durata, il TSO può protrarsi al massimo per 7 giorni anche se è prevista la possibilità che possa essere prolungato qualora ne permanga la necessità.

In ogni caso non v'è alcuna norma che consigli ovvero prescriva al medico in servizio presso un reparto di psichiatria di provvedere alla contenzione fisica dei pazienti sottoposti a TSO. Quanto al Mastrogiovanni, però, come si evince dalle relative cartelle cliniche acquisiste in atti, nel corso dei suoi precedenti ricoveri presso il reparto di psichiatria del nosocomio di Vallo della Lucania in regime di TSO - e segnatamente dal 19 al 30 luglio 2002, dal 18 al 25 agosto 2003 e dal 14 al 22 agosto 2005 sempre con diagnosi di *"crisi di agitazione psicomotoria"* - era stato sempre sottoposto a coercizione fisica.

Dalle relative cartelle cliniche si evince, infatti, che nel 2002 era stato contenuto dalle ore 11,30 del 22.7.2002 alle ore 01,30 del 23.7.2002 e, per il ripetersi di crisi di agitazione psicomotoria con aggressività verso gli operatori, dalle ore 02,00 alle ore 07,00 del 25.7.2002.

Nel 2003, era stato, invece, contenuto per alcune ore durante il ricovero della mattina 19 agosto 2003 ed ancora dalle ore 21,00 del 19 agosto 2003 alle ore 7,45 del 23 agosto 2003.

Si impone, a questo punto, esclusa la simmetria tra TSO e contenzione, evidenziare quali elementi il dibattimento ha consegnato al giudice con specifico riferimento alla contenzione.

Dal punto di vista normativo, il principale riferimento di legge è a tutt'oggi l'art.60 del R.D. 615/1909 che statuisce: " *nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di contenzione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di contenzione*".

Sulla stessa linea l'art.34 prescrive che agli infermieri il ricorso ai mezzi di contenzione è consentito solo "*in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico*".

I principi generali cui occorre far riferimento lì dove si tratti dell'insieme dei trattamenti sanitari sono invece contenuti nell'art. 32 della Costituzione che recita: "*La repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti; nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*".

L'art.13 della Costituzione stabilisce che: "*la libertà personale è inviolabile*" ed al comma 4 prosegue: "*è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà*".

Allo stesso modo l'art. 5 del codice civile tutela l'integrità fisica del soggetto prevedendo: "*Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una*

diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".

Sulla scorta di tali principi la legge 431/1968 riconobbe la possibilità di ricovero volontario e l'istituzione dei centri di igiene mentale.

Si giunse quindi alla riforma psichiatrica, operata con la Legge n.180 del 1978 intitolata *"Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"*, il cui principio ispiratore è quello secondo il quale il malato di mente ha gli stessi diritti degli altri pazienti e quindi non deve essere più curato con la custodia; la cura e il ricovero diventano un libera scelta e solo in casi particolari si può intervenire contro la sua volontà tramite un trattamento sanitario obbligatorio definito comunque atto sanitario; in ogni caso la contenzione si configura quale *"extrema ratio"* nella gestione dei pazienti ricoverati in psichiatria ed è un atto medico che necessita sempre di prescrizione medica ed utilizza mezzi fisici-chimici-ambientali applicati direttamente all'individuo per limitare i suoi movimenti.

Ed invero si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi (fascette specifiche per polsi e caviglie, fascia pelvica, cintura per carrozzina o sedia, fasce di sicurezza per il letto)applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari.

Si parla, invece di:

- *contenzione chimica* con riferimento a quei farmaci che modificano il comportamento, quali tranquillanti e sedativi;
- *contenzione ambientale* in relazione ai cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti:
- *contenzione psicologica o relazionale o emotiva* qualora l'ascolto e l' osservazione empatica diminuiscano l'esclation aggressiva del paziente poiché soddisfano il suo bisogno di sicurezza.

In ogni caso la motivazione che giustifica la decisione di implementare la procedura per l'uso della contenzione è la presenza di comportamenti, da parte del paziente che versa

in stato confusionale e di incapacità ad autodeterminarsi, lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri.

In proposito i C.T.U. Giuseppe Consalvo, medico legale e Michele Lupo, psichiatra, citati dalla difesa degli imputati B[redacted] R[redacted] D[redacted] M[redacted] B[redacted] A[redacted] M[redacted] A[redacted] e D[redacted] M[redacted] premesso che la terapia psichiatrica *"anche in soggetti che apparentemente non mostrano un chiaro e contestuale stato di agitazione ed intenzioni aggressive"* impone un giusto equilibrio tra una terapia sedante ed una precauzionale contenzione, hanno chiarito che un paziente psicotico acuto, che sia o meno sedato *"è un pericolo per gli altri ma anche per sé"*non solo a causa di azioni aggressive ma anche per cadute da crisi di ipotensione ortostatica quando il paziente passa bruscamente dalla posizione supina a quella eretta o di movimenti resi maldestri dalla terapia sedante. Inoltre un paziente psicotico rifiuta le cure e gli accertamenti connessi alla diagnosi e terapia della sua patologia per cui *"la contenzione può essere necessaria per consentire di praticare prelievi e terapie"*.

L'indicazione della contenzione, come è stato confermato da tutti i consulenti tecnici escussi in dibattimento, *è un atto medico* prescrittivo di carattere prevalentemente terapeutico: è il medico che deve prescrivere la contenzione quando tutte le altre situazioni possibili abbiano avuto esito negativo sul comportamento del paziente, valutando in ogni caso le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali.

Ha in proposito chiarito il prof. P.Albarello, consulente tecnico citato dalla difesa degli imputati M[redacted] M[redacted] e S[redacted] M[redacted] *"la decisione di attuare, interrompere o confermare lo stato di contenzione è una decisione clinica, quindi tipicamente dei sanitari"* (cfr. verbale udienza 28.2.2012).

Allo stesso modo il Prof. L.Palmieri, consulente della parte civile ASL Salerno, ha riferito: *"la contenzione deve essere prescritta dal medico anche se non è un atto che deve realizzare materialmente il medico. E' il medico che deve prescrivere la contenzione fisica e deve suggerire agli infermieri il periodo che secondo le norme dovrebbe essere limitato assolutamente al solo tempo necessario a far sì che si possa somministrare una sedazione idonea alternativa alla*

contenzione e quindi è il medico che deve dare le disposizioni al personale infermieristico" (cfr. verbale ud. 4.10.2011)

Del medesimo tenore sono state le deposizioni del dott. D. Pascale consulente dell'imputata R[redacted] A[redacted] A[redacted] per il quale la contenzione è" *un atto che dispone il medico"*, del dott. E. Mainenti, consulente dell'infermiere F[redacted] G[redacted]: *"la decisione della contenzione o della de contenzione è una prerogativa medica , questo è stato stabilito anche dal Comitato Nazionale di Bioetica"* (cfr. verbale ud. 14.2.2012), del dott. G. Consalvo, consulente degli imputati B[redacted] R[redacted] D[redacted] M[redacted] B[redacted] A[redacted], M[redacted] A[redacted] e D[redacted] M[redacted] *"la contenzione è atto medico e comunque tutti gli atti medici vanno annotati in cartella...tant'è vero che se alcuni ospedali danno delle linee guida è proprio in funzione che viene considerato un atto medico"* (cfr. verbale ud. 13.3.2012) ed altresi dei testi dott.ssa E. Mangia e dott.ssa M.F. Torrisi per i quali la contenzione *"è un atto medico che viene fatto su valutazione del medico che dispone la coercizione fisica e poi sarà l'infermiere ad attuare la contenzione"*; se questi si accorge *"che c'è qualcosa che non va, avvisa il medico e poi sarà il medico a valutare se il paziente deve essere scoercito o meno"*.

Anche il dott. A. Maiese, C.T.U. del P.M. ha affermato: *"a mio giudizio la coercizione fisica è atto medico"* ed il dott. G. Ortano ha evidenziato che *"la contenzione, intesa quale strumento finalizzato ad evitare che il paziente possa far male a se stesso o agli altri, è rimessa alla scelta del medico, del dirigente del reparto di psichiatria"* (cfr. verbale ud. 14.6.2011).

In ogni caso tutti i consulenti escussi hanno finito con l'ammettere che la prescrizione della contenzione deve essere motivata; oltre all'imminenza e alla non evitabilità del pericolo, si richiede la proporzionalità del fatto al pericolo valutando cioè i rischi cui il soggetto andrebbe incontro non applicando nel caso concreto la contenzione (cd. *"principio di proporzionalità"*); il che porta ad escludere che possa essere giustificata da motivazioni di carattere punitivo ovvero per sopperire a carenze organizzative.

In proposito le cd. *linee guida sulla contenzione*, generalmente adottate nei reparti di psichiatria sulla scorta delle prescrizioni dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda di Milano, che si pongono a metà strada tra le regole di carattere etico e

deontologico e le prescrizioni giuridiche, prevedono tutta una serie di raccomandazioni da rispettare qualora debba essere utilizzata una contenzione fisica contro la manifesta volontà della persona soprattutto in considerazione del fatto che, come è scritto a pag. 7 delle linee guida "La contenzione fisica in ospedale" dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda di Milano, "*non esistono studi controllati che valutano l'efficacia della contenzione fisica meccanica nei pazienti affetti da gravi malattie mentali*" ("Forza della raccomandazione A").

In particolare deve essere istituito un registro delle contenzioni che riporti data ed ora della contenzione, motivazione e firma del medico, firme di passaggio dell'infermiere (almeno ogni 15 minuti) e controfirma del medico (almeno ogni 8 ore); se la contenzione supera le 24 ore occorre la controfirma di una figura apicale, (Dirigente di Struttura Complessa ovvero Responsabile del servizio)al fine di prevenire affetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione come abrasioni, edemi agli arti superiori e/o inferiori, ematomi o lesioni e non appena si rilevi la loro presenza è indispensabile che la contenzione venga interrotta; allo stesso modo è opportuno che vengano programmati dei momenti di assenza di contenzione per poter garantire il movimento al paziente (generalmente per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte).

In ogni caso la prescrizione deve essere effettuata a seguito di un episodio specifico e non per un futuro indeterminato; qualora nelle 24 ore il paziente modifichi il suo comportamento la contenzione deve essere rimossa.

Alla stregua delle suesposte considerazione deve concludersi che, nel nostro ordinamento, la contenzione non è di per sé attività illecita; in assenza di una disposizione che vieti sempre e comunque il ricorso ad un simile presidio non spetta certamente al giudice sancirne *ex abrupto* l'illiceità; tuttavia, come si è detto, è fondamentale che il ricorso alla contenzione sia assistito da specifiche ragioni giustificatrici e avvenga entro precisi limiti in quanto ci si trova innanzi ad un

trattamento sanitario non assistito dal valido consenso del paziente evidentemente incapace, per la situazione in cui versa di prestarlo.

Infine, per consentirne il controllo, è fondamentale che la contenzione sia adeguatamente documentata nelle sue modalità e nella sua durata.

Diversamente, e dunque in mancanza dei presupposti che la possono giustificare, o addirittura imporre, la contenzione si atteggia quale condotta sicuramente rilevante ai fini della integrazione della fattispecie incriminatrice di cui all'art.605 c.p. ovvero della violenza privata (art.610 c.p.) e/o delle lesioni personali (art.593 c.p.) e/o dei maltrattamenti (art.572 c.p.)

La contestazione del delitto di sequestro di persona

L'ipotesi delittuosa di cui all'art.605 c.p. individua nella libertà personale il bene giuridico oggetto della tutela penale. Secondo la giurisprudenza e la dottrina prevalente la libertà personale si identifica con la libertà di movimento, che può essere lesa da quegli interventi di terzi che pongano ostacoli alla generale possibilità di muoversi o di rimanere fermi nello spazio secondo le proprie determinazioni: "*Integra il delitto di sequestro di persona la condotta che privi la vittima della libertà personale, sia pure non in modo assoluto, per un tempo apprezzabile*" (cfr. Cass., Sez. 1, Sentenza n. 18186 del 08/04/2009 Ud. (dep. 04/05/2009) Rv. 244050).

La giurisprudenza, in determinati casi, ha proposto una diversa nozione di libertà personale secondo cui essa si risolve non già nella libertà di muoversi nello spaziobensì in una libertà da misure coercitive sul corpo, onde sarebbe definibile come il diritto di ciascuno a non subire interventi coattivi sul proprio corpo che "*di per sé ed obiettivamente sottraggono l'essere fisico alla relazioni spaziali, intercludendolo*".

A nulla rileva, inoltre, che la persona offesa sia o meno dotata di capacità psichica. Sul punto appare qui opportuno richiamare quanto statuito dalla Suprema Corte di Cassazione (sez.V, 17 ottobre 1990): "*ai fini della configurazione del reato di sequestro di*

persona deve prescindersi dall'esistenza nell'offeso di una capacità volitiva di movimento e di istintiva percezione della privazione della libertà per cui il delitto è ipotizzabile anche nei confronti degli infermi di mente o di paralitici".

Allo stesso modo è stato affermato (cfr. Cass. Sez.V, sent. N. 6488/2005) che il delitto di sequestro di persona *"è realizzabile in danno sia dell'individuo sano, cosciente e capace di esprimere il proprio aperto dissenso come dell'infante e del demente, del comatoso, del delirante, del dormiente e del paralitico i quali, in quanto persone, devono sempre e comunque vedere garantita la libertà di misure coercitive sul corpo indipendentemente dalla consapevolezza che possono avere di queste".*

In entrambe le pronunce riportate, la Cassazione ha evidenziato che la persona umana è da considerarsi libera non in quanto abbia capacità di muoversi, ma in quanto sia assente da ogni coercizione che sottragga il suo corpo a possibilità di movimento nello spazio.

Nel caso oggetto del presente processo, ritiene questo Giudice che la contenzione praticata nei confronti di Mastrogiovanni Francesco e di Mancoletti Giuseppe fosse assolutamente ingiustificata e irrispettosa dei limiti posti al fine della sua adozione, e quindi tale da integrare il delitto di cui all'art. 605 c.p.

E' infatti rimasto accertato che il Mastrogiovanni, ricoverato per *"Disturbo schizoaffettivo. Dipendenza da cannabinoidi"* fu contenuto, con l'uso di fascette ai polsi ed alle caviglie, alle ore 14,00 del 31.7.2009 al fine di praticare il prelievo di urine richiesto dai Carabinieri per accertare se si fosse posto alla guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti; ciò in quanto il paziente si dimenava, così mostrando il suo dissenso all'espletamento dell'indagine clinica - da effettuarsi mediante l'applicazione di un catetere urinario - richiesta dalle forze dell'ordine e, quindi, al di là di qualsiasi contesto terapeutico.

L'esame del filmato relativo al periodo di degenza che costituisce il più grave elemento probatorio a carico degli imputati evidenzia che detta contenzione si protrasse per 83 ore nel corso delle quali rimase sempre sedato e non fu effettuato alcun tentativo di

alimentazione per via orale ma solo con soluzioni di fisiologica e di glucosio per via endovena ritenute dai C.T.U. insuffcienti per equilibrare la perdita di liquidi in considerazione delle caratteristiche fisiche del paziente, alto circa mt. 1,93 e con peso di oltre 90 kg e delle condizioni climatiche particolarmente calde essendo piena estate, né furono programmati momenti di assenza della contenzione; allo stesso modo alcuna cura e medicazione gli venne praticata per alleviare le sofferenze conseguenti allo strofinio delle fascette di contenzione sulla pelle e, segnatamente, come si evince dai rilievi fotografici allegati alla consulena autoptica, alle profonde escoriazioni presenti al polso sinistro.

Il Mastrogiovanni, infine, non fu monitorato, come consigliato dalle linee guida, tant'è vero che i sanitari si accorsero che era deceduto alle ore 07,20 del 4.8.2009 dopo quasi sei ore dall'exitus che, secondo i consulenti del P.M., si verificò alle ore 01,46 del 4.8.2009.

Quanto al Mancoletti risulta che si ricoverò volontariamente presso l'Unità Operativa di Psichiatria del P.O. di V.L. dal 28.7.2009 al 12.8.2009 per *"agitazione psicomotoria"*. All'ingresso fu formulata la seguente disgnosi: " *paziente completamente mutacico, depresso, angosciato, con grave inibizione psico-comportamentale. Appare confuso, irrequieto, in preda a probabili allucinazioni visive. Presenza di anomalie del comportamento. Non collaborante.*"

Nel corso della degenza presentò uno stato febbrile per cui venne sottoposto anche a consulenza infettivologica e trattato, oltre che con psicofarmaci con eparinoidi, antibiotici e terapia infusionale.

Dalla visione del filmato e dalle deposizioni testimoniali si evince che proprio in concomitanza con lo stato febbrile il Mancoletti venne sottoposto a contenzione, disposta dal medico di turno, dott. R[redacted]B[redacted]alle ore 11,45 del 2.8.2009 in quanto lo stato confusionale con irrequietezza avrebbe reso impossibile l'effettuazione della terapia infusionale ed antibiotica di cui aveva necessità per la sepsi concomitante.

Ha affermato in proposito l'infermiere P[redacted]: *"il medico ha ritenuto opportuno di legarlo perché era confuso e doveva fare una terapia endovenosa, quindi se non si legava si strappava tutto"*.

Anche in tal caso, l'uso della contenzione – protrattasi per circa 20 ore e mai annotata in cartella – è stata giustificata dalla necessità di prevenire comportamenti non solo aggressivi ma anche oppositivi alla terapia (come strapparsi la flebo e/o il catetere) o potenzialmente a rischio di infortuni quali cadute, girovagare in stato confusionale, ecc..

E non v'è chi non veda che i sanitari che tennero in cura il Mancoletti non avevano alcun obbligo di attuare la contenzione nè apparivano sussistere quelle circostanze giustificative del trattamento contenitivo previste dalla letteratura medica ed in ogni caso non furono coinvolti nella scelta terapeutica i suoi familiari.

Vi è poi un ulteriore elemento emerso nel corso dell'istruttoria, che delinea in maniera ancor più chiara l'esistenza di una sconsiderata abitudine alla contenzione nel reparto in cui furono ricoverati il Mastrogiovanni ed il Mancoletti.

Si tratta di un elemento da tenere in debita considerazione anche con riferimento all'elemento soggettivo del reato in discussione.

Gli stessi testi escussi ad istanza della difesa degli imputati C[redacted] A[redacted] (cfr. verb stenotipico ud. 29.11.2011), P[redacted] Pa[redacted] Pa[redacted] Do[redacted] A[redacted] P[redacted] A[redacted] (cfr. verb stenotipico ud. 13.12.2011, Pulcini Angela, Barletta Maria cfr. verb stenotipico ud. 17.1.2012), V[redacted] A[redacted], M[redacted] E[redacted], T[redacted] M[redacted] F[redacted], Sa[redacted] A[redacted], L[redacted] A[redacted], C[redacted] A[redacted] M[redacted] M[redacted] G[redacted], D[redacted] D[redacted], T[redacted] G[redacted] P[redacted] Gi[redacted] e Di M[redacted] Walter cfr. verb stenotipico ud. 31.1.2012) hanno riferito che la contenzione era, comunque, utilizzata nel reparto di psichiatria, pur rappresentando *"un'eccezione"*; dalle loro dichiarazioni si evince che, molto spesso, proprio la carenza di personale medico ed infermieristico induceva a disporre la contenzione poiché il malato psicotico, *"anche sedato, può essere pericoloso in quanto gli stessi farmaci possono determinare agitazione ed aggressività"*.

In proposito la dott.ssa Giuseppa Pecora, sentita all'udienza del 20.1.2012, ha ribadito che nei pazienti psicotici sottoposti a terapie neurolettiche è possibile la persistenza di uno stato di torpore psichico conseguente alla sedazione insieme ad uno stato di agitazione con movimenti incontrollati: "i *farmaci che vengono utilizzati per sedare possono dare irrequietezza, confusione...non è che se il paziente è sedato significa che è tranquillo*".

Del medesimo tenore sono state le dichiarazioni del dott. Domenicantonio Pascale (cfr. verbale stenotipico ud. 13.11.2011) per il quale "*la sedazione non è l'annullamento tout court della sintomatologia del paziente psicotico.....la sedazione molte volte è accompagnata da disforia, oppure da atteggiamenti comportamentali comunque pericolosi per sé stesso e per gli altri" che giustificano il ricorso alla contenzione fisica*".

Occorre, però, rilevare come i presunti comportamenti aggressivi del Mastrogiovanni e del Mancoletti – e quindi pericolosi per loro stessi e per gli altri - non trovino riscontro nelle immagini registrate dalle telecamere del sistema di controllo interno.

Quanto al Mastrogiovanni, anche a voler ritenere l'opportunità della sottoposizione a contenzione al fine del richiesto prelievo, non si comprende - né gli imputati lo hanno spiegato - perché tale misura si sia protratta per tutta la durata della degenza sino al tragico epilogo della sua morte.

Sulla scorta delle suesposte risultanze probatorie, ritiene questo Giudice che, sia con riferimento alla posizione processuale del Mastrogiovanni che a quella del Mancoletti, sussista l'ipotesi delittuosa di cui all'art.605 c.p. poiché l'atto di contenere, di legare il paziente al letto con fascette alle mani ed ai piedi ha comportato quella "privazione della libertà" che integra l'elemento oggettivo del delitto di sequestro di persona.

In proposito la Suprema Corte ha affermato (cfr. Cass, sez.V sent. 28509/2010) che "*ai fini dell'integrazione del delitto di sequestro di persona è sufficiente l'impossibilità della vittima di recuperare la propria libertà di movimento anche relativa a nulla rilevando la durata dello stato di privazione della libertà che può anche essere breve a condizione che sia giuridicamente apprezzabile*".

Nel caso di specie non v'è alcun dubbio che per il Mastrogiovanni questa privazione della libertà si protrasse 83 ore ininterrottamente e per il Mancoletti venti ore; il video mostra che, quanto al primo, la immobilizzazione non gli consentiva alcun autonomo movimento, come ad esempio piegare le gambe o sedersi sul letto, e che mai fu scontenuto per essere sottoposto a toletta personale, anzi per tutta la durata del ricovero l'unica pulizia che gli fu praticata fu quella di cambiargli il pannolone.

Dal punto di vista soggettivo, il delitto di sequestro di persona richiede il dolo generico rappresentato dalla coscienza e volontà di tenere legata la persona che, nella fattispecie in esame, a parere di questo Giudicante, indubbiamente sussiste sia pur limitatamente alla posizione processuale dei medici chiamati a rispondere del delitto di cui all'art.605 c.p.

Afferma la Suprema Corte, *"Il reato di sequestro di persona richiede, sotto il profilo soggettivo, la consapevolezza di infliggere alla vittima una illegittima privazione della libertà personale"* (Cass., Sez. 6, Sentenza n. 1808 del 09/12/2002 Cc. (dep. 16/01/2003) Rv. 223585).

Nel caso di specie, questa consapevolezza discende da una pluralità di elementi, il primo dei quali è certamente rappresentato dalla mancata annotazione in cartella clinica.

Nessuno dei medici succedutisi nei turni, infatti, si è mai interrogato sul perchè il paziente Mastrogiovanni fosse sottoposto ad una contenzione così invasiva, sia agli arti inferiori che a quelli superiori, né si è chiesto come mai della stessa non vi fosse traccia nel documento (cartella clinica) destinato a certificare le pratiche terapeutiche rivolte al paziente.

Questo dato va affiancato all'altro, di cui si è già detto, dell'abitudine a contenere i pazienti ricoverati nell'SPDC dell'ospedale di Vallo della Lucania.

Non è necessario scomodare la prova logica per mettere in relazione la mancata certificazione in cartella clinica con la consolidata abitudine di ricorrere alla contenzione per sopperire alle carenze strutturali del reparto.

Ciò che più allarma, però, in punto di sussistenza del dolo, è l'assoluta inconsistenza delle spiegazioni che i medici hanno provato ad offrire proprio in relazione alla scelta di contenere. Gli imputati, infatti, hanno insistito sui pericoli corsi dal paziente (in particolare il pericolo di caduta), ovvero sul loro stato di agitazione. Ebbene, di tutto ciò non vi è alcuna traccia nel video, dove pare, al contrario, che fosse proprio la contenzione a determinare l' atteggiamento di disperazione del Mastrogiovanni.

I medici, in altre parole, non potevano non sapere, per le loro conoscenze specifiche e la loro professionalità, che le patologie riscontrate al Mastrogiovanni ed al Mancoletti non richiedevano il ricorso alla contenzione, e, soprattutto che il suo protrarsi, senza soluzione di continuità, per più giorni, avrebbe ragionevolmente portato ad un'aggravamento delle condizioni generali dei pazienti incidendo, in particolar modo, sul corretto funzionamento meccanico dell'apparato respiratorio. Nonostante ciò, si risolsero a disporla perché rappresentava, comunque, una modalità ordinaria di gestione del paziente ricoverato nel reparto di psichiatria di un ospedale pubblico luogo nel quale, più di ogni altro, dovrebbe essere invece garantito il diritto alla salute.

L'assenza di cause di giustificazione

Esaurito positivamente l'accertamento della conformità oggettiva e soggettiva tra le condotte tenute dagli imputati e la disposizione incriminatrice evocata in contestazione, è compito del giudice – non solo perché oggetto di specifico rilievo da parte del P.M. e dei difensori degli imputati – la valutazione circa l'assenza di cause di giustificazione idonee ad elidere l'antigiuridicità oggettiva delle condotte medesime.

Il problema della '*giustificazione*' dei trattamenti medico-chirurgici è stato a lungo dibattuto in dottrina ed in giurisprudenza, ed il dibattito si è certamente arricchito per

effetto di alcuni casi che hanno destato particolare clamore ed attenzione da parte dell'opinione pubblica.

Il dovere di curare, infatti, si contrappone al diritto del cittadino-paziente di essere informato sui trattamenti cui verrà sottoposto e, se del caso, di rifiutarli e, al contempo, di essere rispettato come persona nel corso dei trattamenti medesimi.

Celebre quanto dolorosa, ad esempio, è stata la strenua fermezza con cui PierGiorgio Welby si è opposto alla prosecuzione delle cure cui era sottoposto, fino a morire.

Dalla vicenda processuale che scaturì da quell'episodio, la giurisprudenza ha argomentato l'esistenza di una scriminante costituzionale, *propria*, poiché operante nei soli confronti del medico che, per espressa volontà del paziente, interrompa un trattamento terapeutico imprescindibile per la sopravvivenza del paziente stesso (scriminante ascrivibile al dovere del medico, costituzionalmente presidiato ex art. 32 Cost., di astenersi dal compiere trattamenti espressamente rifiutati dal paziente).

Di diverso tenore appaiono, invece, le situazioni nelle quali il medico interviene '*coattivamente*' allorché il paziente non sia in grado di manifestare il proprio dissenso, ovvero quelle in cui il medico interviene a scapito ovvero oltre i limiti del consenso eventualmente prestato dal paziente.

Sul punto, particolarmente interessante è la disamina compiuta dalle Sezioni Unite penali nella sentenza 2437/2009, in tema di trattamento '*arbitrario*' ma ad effetto salvifico o comunque migliorativo delle condizioni di vita del paziente.

Il Supremo consesso, nella particolare composizione, si dimostrò infatti tendenzialmente restio a collocare l'attività medica nell'ambito delle cause di giustificazione codicistiche, preferendo – di contro e sulla base della sentenza costituzionale n. 438/2008 e della Convenzione di Oviedo del 4.4.1997 – ribadire l'esistenza di una scriminante costituzionale direttamente afferente all'attività medica, incentrata sul previo consenso informato del paziente, che, con i dovuti accorgimenti, potesse estendersi anche a simili accadimenti.

Esulano dalla necessità di essere "*coperti*" dal consenso i trattamenti sanitari obbligatori e quelli che dimostrano di garantire un esito fausto, cioè un oggettivo miglioramento delle condizioni di vita del paziente.

Alla luce di queste brevi premesse, che appartengono oggi alla comune cultura degli operatori giuridici, è possibile procedere all'analisi dei fatti oggetto di giudizio.

Al fine di meglio rispondere ai rilievi proposti dalle parti, si dovrà scindere l'indagine distinguendo da un lato l'applicazione del TSO al defunto Mastrogiovanni e dall'altro la sottoposizione del medesimo alla pratica della contenzione.

Tale scissione è resa obbligatoria dalla differente ontologia che, agli occhi di questo giudice, manifestano i due presidi sanitari.

Nel corso dell'istruttoria – come già ampiamente rilevato nella pagine precedenti – si è infatti accertato senza tema di smentita che il regime di TSO non implica, né risulta antecedente necessario, dell'applicazione delle misure contenitive per il paziente.

Ebbene, nel caso di specie non può essere posto in dubbio che la vicenda si sviluppa nel contesto di un trattamento sanitario obbligatorio legalmente reso, che, in quanto tale, colloca l'agire medico in una posizione ben diversa da quella ordinaria.

La presenza del provvedimento dispositivo dell'ospedalizzazione coatta, infatti, vincola il sanitario al ricovero anche in presenza di un espresso dissenso del paziente, ma non comporta certo che, nei confronti del malato, il medico sia liberato dai suoi più elementari obblighi di cura e tutela. Il TSO non comporta certo la perdita – per i cittadino sottoposto – dei diritti fondamentali e della dignità di persona umana.

Con riferimento a questo specifico profilo, dunque, non è invero necessario affrontare il problema della sussistenza di una scriminante costituzionale quanto al ricovero del Mastrogiovanni, dal momento che quel ricovero doveva necessariamente essere coattivo. Solo sotto questo limitato aspetto, dunque, i medici hanno adempiuto al dovere di ricoverare il Mastrogiovanni contro la sua volontà.

Il punto è chiedersi, allora, se quel ricovero coattivo rendesse necessaria, immediatamente, senza alternative e senza soluzione di continuità, quella pratica medica ulteriore ed ulteriormente invasiva dei diritti del paziente costituita dall'applicazione dei mezzi di contenzione, ovvero la autorizzasse o imponesse, in qualsiasi modo, che i medici disponessero la contenzione.

L'indagine è dunque approdata al secondo piano delineato in premessa: se la disposizione di mezzi di contenzione sia essa pure coperta da una disposizione scriminante espressa ovvero ricostruita interpretativamente.

Va preliminarmente escluso che possa sussistere la scriminante costituzionale tratteggiata dalle Sezioni Unite nella pronuncia richiamata, non ricorrendone gli elementi costitutivi.

La pratica terapeutica coattiva, infatti, non ha certamente avuto un esito *"fausto"* per il malato, ma anzi, come già osservato, si è posta in stretta connessione causale con il decesso dello stesso.

Peraltro l'istruttoria ha dimostrato che i mezzi di contenzione non siano stati impiegati secondo le *leges artis*, ciò impedendo del pari la ricorrenza delle condizioni di operatività del *dictum* delle Sezioni Unite.

Il discorso va quindi ricondotto nell'alveo delle cause di giustificazione codicistiche. Vi è da chiedersi, cioè, se, pur in mancanza delle condizioni oggettive per configurare la scriminante *propria*, residuino margini utili di applicazione della cause di giustificazione normative.

Il Pubblico Ministero, in particolare, ha invocato a giustificazione delle condotte poste in essere dai medici la causa di giustificazione dell'esercizio del diritto.

Il P.M.nella sua discussione ha così argomentato *"dal momento che gli atti di contenzione e di limitazione della libertà personale e di locomozione sono stati adottati da medici del SPDC di Vallo della Lucania in presenza delle condizioni di necessità ed urgenza e nell'esercizio di*

un'attività medica terapeutica che integra una causa di giustificazione atipica della condotta e dell'antigiuridicità".

Il superamento dei limiti di questa scriminante che pure si è verificato lì dove i sanitari hanno consentito la protrazione della contenzione per più di 12 ore consecutive, integra, infatti, a giudizio della Pubblica Accusa, *"un mero eccesso colposo nella causa di giustificazione che nel caso di specie è irrilevante in quanto il legislatore non ha previsto il delitto di sequestro di persona nella forma colposa".*

La tesi della pubblica accusa non è però condivisibile.

In primo luogo, la scriminante in discussione non può trovare applicazione nel caso di specie poiché non se ne ravvisano i margini di fondamento. L'esercizio del diritto, infatti, entra in gioco in ipotesi di contraddizione dell'ordinamento giuridico, in presenza cioè di una norma che vieta un determinato *facere*, e di una diversa che invece lo autorizza. Il *facere* in questione – evidentemente – è costituito dalla sottoposizione a mezzi di contenzione.

Ebbene, la suddetta condotta non è affatto vietata (in quanto tale) dall'ordinamento, ma al contrario è autorizzata solo ove ne esista la *necessità* e solo nel rispetto dei limiti stabiliti dalla *lex artis*. Questo aspetto è stato già discusso in precedenza, ove si è rilevato come il convincimento di questo giudice sia nel senso di non ritenere illecita la contenzione in quanto tale (la quale rappresenta pur sempre una pratica terapeutica), ma solo la contenzione operata in assenza dei presupposti legittimanti e nelle modalità consentite.

I sanitari, dunque, non vantano né possono invocare l'esistenza di un diritto di contenere, perché siffatto diritto non esiste giuridicamente e corrisponde, eventualmente, all'insorgere di una situazione che richieda inderogabilmente una simile pratica.

Si aggiunga, poi, che non è dato rintracciare la disposizione di legge (*rectius* la fonte) che conferisca l'asserito diritto.

Ma ove anche si volessero superare i predetti argomenti contrari all'emarginazione di un diritto di contenere, a parere di questo giudice risulta invincibile (e dunque dirimente) la circostanza che nel caso di specie non risultano in alcun modo rispettati i limiti all'esercizio del paventato diritto.

Come è noto, infatti, è unanime in dottrina ed in giurisprudenza il riconoscimento dell'esistenza di limiti interni ed esterni all'esercizio del diritto.

Limiti interni sono quelli scaturenti dal necessario rispetto della disciplina extrapenale che costituisce il presupposto della scriminante.

Limiti esterni, invece, sono quelli dovuti dalla presenza di norme poste a presidio di interessi prevalenti rispetto al diritto sostanziato nella scriminante ed estranei alla fattispecie incriminatrice sottesa all'esercizio del diritto stesso (in giurisprudenza, esaustivamente, Cass., Sez. I, 13.12.1983 nel noto caso dei coniugi Oneda).

Nel caso di specie può osservarsi come la pratica della contenzione sia esercitata non solo in spregio delle prescrizioni specifiche dettate dalla *lex artis* (prima fra tutte quella concernente la necessità di disporla) – limite interno – ma anche in assoluto spregio della salute e della vita umana – limite esterno – stante l'ininterrotta protrazione dell'apposizione delle fascette contenitive sul Mastrogiovanni per circa 83 ore.

Rispetto a tale ultimo profilo, in giurisprudenza si è talvolta parlato di necessaria proporzionalità nell'esercizio del diritto. Il Giudice non condivide questa impostazione, che postulerebbe l'introduzione di un requisito non espresso all'operatività della scriminante. È opportuno precisare, per evitare equivoci, che nel caso di specie il discorso resta interamente assorbito nel concetto di limite esterno, poiché l'esercizio del (preteso) diritto di contenere va calmierato con il limite (esterno) della tutela della salute e della vita umana, che non è stato rispettato dai medici operanti.

A tutto voler concedere, il *diritto* di cui intravvede l'esistenza il P.M., dipendente dall'emanazione del TSO, potrebbe sostanziarsi nel *dovere* di provvedere al ricovero del Mastrogiovanni; null'altro.

Ancora una volta va ribadito che il provvedimento dispositivo del TSO non è fonte di diritti in capo ai medici, è semmai impositivo di doveri – quelli concernenti il ricovero; ma dal momento in cui il paziente è ospedalizzato, il medico torna ad essere vincolato al rispetto dei diritti fondamentali della persona umana.

Sul punto, è la stessa normativa di disciplina del TSO a fare chiarezza. Gli articoli 32 e 33 della L. 833/78, infatti, impongono al medico di ricercare e ricevere il consenso del paziente coattivamente ospedalizzato, e di agire sempre nel rispetto della dignità della persona umana e della finalità terapeutica che l'arte medica persegue.

Il paziente in TSO non diviene dunque una *res* di cui il sanitario può disporre (non è, per l'appunto, *oggetto* di un diritto del medico), non subisce la sospensione dei diritti più intimi, connessi al suo permanere essere umano; né cessa di apparire destinatario di cure agli occhi degli esercenti la professione sanitaria.

Il TSO, dunque, non è fonte di alcun nuovo diritto per il medico, né è fonte giuridica del diritto di applicare i mezzi di contenzione, il che preclude ogni possibilità di esplorare i margini di sussistenza dell'eccesso colposo ex art. 55 c.p.

Ad analoghe conclusioni deve pervenirsi in relazione alla sussistenza di un ipotetico adempimento del dovere.

Anche per l'adempimento del dovere, infatti, è necessario rinvenire preliminarmente la fonte impositiva della condotta tipica (da scriminare). Nel caso di specie, una simile fonte non può certo rintracciarsi nel provvedimento di TSO, sia per la natura amministrativa e non medica dello stesso, sia – si ribadisce ancora – per l'assoluta irriducibilità del trattamento obbligatorio con la contenzione.

Il provvedimento dispositivo del TSO, infatti, fonda, sul piano della non contraddizione e del bilanciamento degli interessi, il solo dovere di ricovero; nulla aggiunge in merito alla *doverosità* della contenzione.

Rispetto al TSO, infatti, il medico è mero esecutore dell'ordine proveniente dall'Autorità, e come tale si troverebbe destinatario di obblighi opposti: l'uno che vieta di ricoverare coattivamente un essere umano, l'altro che invece glielo impone.

L'adempimento del dovere, dunque, può coprire e scriminare solo il momento del ricovero coattivo. Di lì in avanti, il medico non si atteggia quale mero esecutore materiale di disposizioni altrui, ma recupera i suoi poteri in punto di valutazione e scelta delle terapie da praticare.

Se queste ultime si rivelassero "*abusive*", nessun pregio scriminante avrebbe l'iniziale dovere di prendere in cura coattivamente il paziente.

Anche per l'adempimento del dovere può concludersi affermando che il provvedimento amministrativo di TSO non è fonte giuridicamente valida del dovere , per il medico, di praticare la contenzione..

Si è detto da parte dei difensori degli imputati Di[redacted] che l'attuale legislazione circa la cura della malattia psichiatrica non ha comunque comportato un esonero dei sanitari dai doveri di sorveglianza e di custodia del malato psichiatrico al fine di scongiurare condotte lesive per sé e per gli altri laddove risultino prevedibili.
Tale obbligo sarebbe collegato alla responsabilità penale per omesso impedimento di un evento che si aveva l'obbligo giuridico di impedire (art.40, 2°comma c.p.).
Da tale regola e purché si tratti di reati commisivi di evento, nascerebbe la posizione di garanzia in capo agli odierni imputati Di[redacted]
Gli elementi necessari perché si costituisca la posizione di garanzia sono da un lato l'incapacità da parte del titolare di tutelare da sé il bene e l'insorgere del rapporto tra garante e garantito.
La Suprema Corte (cfr. Cass. Pen. Sez. IV,sent. 2.3.2002 n.9638)ha avuto modo di stabilire che "*medici e paramedici sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 della Costituzione nei*

confronti dei pazienti la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità".

La posizione di garanzia ha, quindi, per scopo quello di preservare determinati beni giuridici - e nel caso di specie la vita e l'integrità fisica del paziente – da tutti i pericoli che possano minacciarli, qualunque sia la fonte dalla quale scaturiscano. Quanto detto trova riscontro nell'art.51 del codice penale (adempimento di un dovere) per cui anche con riferimento alla cd. posizione di garanzia valgono le considerazioni già espresse in ordine alla insussistenza di detta causa di giustificazione che prescinde da qualsivoglia manifestazione di volontà del titolare del bene giuridico protetto mentre dal consenso del paziente non è possibile discostarsi tranne in casi eccezionali espressamente previsti dalla legge com'è nella ipotesi di sottoposizione a TSO.

Più articolato, invece, è il discorso con riferimento alla causa di giustificazione che più frequentemente è stata invocata e discussa quando la giurisprudenza si è dovuta confrontare con la specifica ipotesi della contenzione medica: lo stato di necessità *ex* art. 54 c.p. (cfr. Cass. 6131/2007 e 19474/2005).

Tutti gli imputati che hanno ritenuto di prendere la parola nel corso del dibattimento ed in genere tutti i difensori, hanno insistito per riconoscere la sussistenza di una necessità impellente e non altrimenti vincibile a che il Mastrogiovanni fosse tenuto fermo al proprio letto di degenza per l'intero periodo di ricovero.

In verità, la "necessità" ha assunto differenti sfumature in talune posizioni difensive, atteso che il Dottor M[redacted] B[redacted]na preferito puntare sulla necessità conseguente alla richiesta – proveniente dalle Forze dell'ordine – di prelievi biologici, mentre gli altri medici hanno ostinatamente descritto uno stato di agitazione psico-motoria del Mastrogiovanni che avrebbe reso pericoloso lasciare il paziente libero di muoversi (rischio caduta), ovvero sintomatico di una non meglio precisato auto/etero aggressività dello stesso.

Prima, dunque, di discutere delle singole ipotesi di necessità invocate dagli imputati, non appare ultronea una preliminare sintesi degli elementi costitutivi della causa di giustificazione in parola.

Affinchè il pericolo di danno alla persona (non volontariamente o colposamente causato da chi invochi la scriminante) possa scriminare l'azione necessitata è indispensabile che il nocumento risulti, o quantomeno appaia all'agente, come grave. La gravità del pericolo, inoltre, deve rivelarsi tale che, unita al pregiudizio causato dalla stessa azione necessitata, risulti comunque paragonabile alla lesione che si andrà comunque a produrre.

Nel caso di specie, dunque, si dovrà comparare il pericolo costituito dal lasciare il Mastrogiovanni libero di muoversi nel reparto in cui era ricoverato, con la lesione inferta al suo diritto di libertà di movimento attraverso l'applicazione dei mezzi di contenzione.

Al giudice, in altre parole, compete una valutazione comparativa tra la situazione necessitante e la reazione necessitata, e il primo polo del predetto binomio attiene precisamente al sindacato sul pericolo attuale di un danno grave alla persona.

L'attualità del pericolo è un predicato non facilmente individuabile: se è agevole assumere che è attuale il pericolo concomitante nel momento in cui si manifesta la reazione necessitata, a fronte di un danno che si prospetti imminente, maggiormente articolate sono quelle situazioni in cui la reazione necessitata si dispieghi per soffocare anticipatamente un pericolo solo eventuale, ovvero quelle in cui il mancato intervento (attraverso la reazione necessitata) genererebbe l'aggravio del rischio di lesione per il bene protetto.

In ogni caso, è indispensabile che l'attualità si riscontri lungo tutto il corso della reazione necessitata, poiché, evidentemente, cessata l'attualità del pericolo, cesserà anche la necessità della reazione penalmente rilevante.

Ancora a proposito della situazione necessitante, il pericolo, secondo l'orientamento tradizionale della giurisprudenza e della dottrina, deve rivestire il carattere dell'inevitabilità. Ciò implica che il giudice del merito appuri l'assenza di ulteriori spiragli di salvezza privi di disvalore penale (in tal senso, Cass., Sez. 3, Sentenza n. 17592 del 12/01/2006 Ud. (dep. 22/05/2006) Rv. 234184, secondo cui: "*Ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità, accanto alla sussistenza del pericolo attuale del danno grave è necessario che non vi sia altra concreta possibilità di salvezza priva di disvalore penale*"). Il pericolo inevitabile, dunque, è quello che non concede all'agente alcuna scelta salvifica attraverso condotte lecite.

Addirittura, secondo la dottrina, e con un'interpretazione forse eccessivamente rigoristica, l'azione necessitata deve costituire l'unica via di salvezza del bene in pericolo.

Quanto alla reazione necessitata, invece, essa deve congiuntamente presentare tre requisiti: quello della costrizione, quello della necessità e quello della proporzione.

La costrizione e la necessità rimandano immediatamente all'inevitabilità del pericolo, poiché postulano che la reazione necessitata – penalmente rilevante – sia l'unica alternativa possibile per l'agente (cfr. Cass., Sez. 3, 19.11.2008).

Il requisito della proporzione, invece, implica un raffronto tra i beni coinvolti nell'azione, che coinvolga però anche la gravità del danno minacciato rispetto all'entità del pregiudizio recato dall'azione tipica.

Terminata questa brevissima disamina delle componenti strutturali dello stato di necessità *ex* art. 54 c.p., è possibile procedere all'analisi dei fatti oggetto di giudizio.

Va preliminarmente affrontato il problema sollevato dalla difesa del Dott. R.B[redacted] concernente la necessità di applicare la contenzione al fine di assicurare il prelievo di urine richiesto dai Carabinieri per accertare se il Mastrogiovanni si fosse posto alla guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti; ciò in quanto il paziente si dimenava così mostrando il suo dissenso all'espletamento dell'indagine clinica da effettuarsi

mediante l'applicazione di un catetere urinario, richiesta dalle forze dell'ordine e, quindi, al di là di qualsiasi contesto terapeutico.

Si tratta, dunque, di mettere a paragone il sacrificio della libertà personale di un cittadino con l'esigenza investigativa – o comunque di polizia – di accertare se abbia assunto sostanze stupefacenti.

Innanzitutto è opportuno rilevare come una simile esigenza non trovi alcuna tutela da parte dell'ordinamento, anzi il prelievo passa sempre attraverso il consenso del soggetto sottoposto. Si osservi al riguardo, solo a mò di esempio, la normativa in tema di alcool-test: il soggetto attenzionato può sottrarsi all'esame del tasso alcoolemico, e a fronte di un simile rifiuto il legislatore, invece di consentire alle forze di polizia di procedere coattivamente, prevede una specifica ipotesi di reato.

Qualunque cittadino dotato di un minimo di raziocinio, ed ogni medico in particolare, comprenderebbe che all'interno del nosocomio, alla presenza di personale infermieristico e dei carabinieri, si sarebbe potuto ottenere in migliaia di altri modi il suddetto prelievo, senza passare per letto di contenzione; certamente il contenimento meccanico, nella modalità in cui è stato operato, non rappresentava l'unica alternativa possibile per perseguire il pur discutibile fine paventato dal Dott. B[redacted].

Ciò evidentemente incide in modo significativo sulla situazione necessitante, atteso che il pericolo non riveste certamente il carattere dell'inevitabilità.

Ma volendo anche ammettere che il sanitario, in quello specifico frangente, per la concitazione, versasse in errore incolpevole sull'elemento in esame, l'assunto difensivo sembra arrestarsi bruscamente innanzi al requisito dell'attualità del pericolo.

Riferita, infatti, alla sola necessità di operare il prelievo, la necessità della contenzione non sarebbe dovuta durare che pochi istanti – appunto quelli necessari ad approntare siringhe e provette.

L'istruttoria e segnatamente le immagini registrate dalle telecamere del sistema di controllo interno al reparto di psichiatria, invece, ha provato che, anche nel prosieguo

del turno del Dott. B[redacted], il Mastrogiovanni rimase ininterrottamente contenuto al letto per ben 83 ore sino al tragico epilogo della sua morte ad eccezione di un'unica occasione quando, nel pomeriggio del 3 agosto, l'infermiere D[redacted] provvide a scontenerlo per pochi minuti ad un sol braccio.

Le lesioni riscontrate in sede di autopsia alle caviglie ma soprattutto ai polsi, ben evidenti nei rilievi fotografici allegati alla perizia autoptica, evidenziano un marcato danno della cute in quei distretti che ha interessato anche gli strati più profondi dell'epidermide fino a coinvolgere anche il derma, che non può essere stato determinato se non dal continuo strofinio delle fascette di contenzione e che, tenuto conto della loro gravità e del breve periodo in cui si determinarono non furono certamente oggetto di alcuna cura da parte dei sanitari.

Infatti la visione del filmato testimonia che dal momento in cui gli furono applicate la fasce di contenzione il paziente non venne più slegato e non gli furono somministrati acqua e cibo, se non attraverso delle soluzioni di fisiologica e di glucosio a mezzo fleboclisi, e tutto ciò senza alcuna manifestazione di aggressività.

Né può spiegarsi tale condotta per lo stato di sedazione e la possibilità di cadute accidentali potendosi tali inconvenienti ovviare attraverso l'impiego di barriere laterali al letto peraltro visibili in alcuni filmati del sistema di videosorveglianza relativi ad altri degenti nel reparto.

Si aggiunga, in definitiva, che le prime immagini del Mastrogiovanni nel reparto mostrano un uomo assolutamente tranquillo, intento a mangiare - da solo – un panino, e successivamente a riposare. Nulla di più incompatibile con il fantomatico stato di agitazione, o la possibilità di recare danno a terzi. Al contrario, come detto, le immagini certificano che fu proprio la contenzione ininterrotta a far nascere e crescere nel Mastrogiovanni il senso di disperazione e paura che lo portò a più riprese a tentare di liberarsi dalle cinghie con cui era bloccato.

Allo stesso modo non può giustificarsi il comportamento assunto dai medici nei confronti del Mancoletti che, pur essendo in regime di ricovero volontario venne

contenuto, come si è già detto, solo in quanto lo stato confusionale con irrequietezza avrebbe reso impossibile l'effettuazione della terapia infusionale ed antibiotica di cui aveva necessità per la sepsi concomitante.

Ritiene, pertanto questo Giudice che una valutazione complessiva delle condotte di cui si è finora discusso non può che portare all'amara conclusione che la contenzione praticata nei confronti del Mastrogiovanni e del Mancoletti fosse assolutamente ingiustificata e comunque irrispettosa dei doverosi limiti imposti nella sua esecuzione; che rappresentava una metodica abituale di gestione dei pazienti ricoverati nel reparto SPDC di psichiatria dell'Ospedale di Vallo della Lucania; che veniva adottata in violazione delle fattispecie costituzionali già richiamate di cui agli artt. 2, 13 e 32 e senza alcuna annotazione in cartella clinica.

La fattispecie di morte o lesioni come conseguenza di altro delitto. Le cause della morte di Franco Mastrogiovanni

Ritenuto pertanto, provato, alla stregua delle suesposte considerazioni, il delitto di sequestro di persona, ritiene il Giudice che sussista altresì la fattispecie criminosa di cui all'art. 586 c.p. contestata agli imputati al capo c) della rubrica risultando accertata l'incidenza causale nell'evento morte della contenzione fisica del Mastrogiovanni.

Va, innanzitutto osservato che non possono condividersi le argomentazioni sostenute dalla pubblica accusa nel corso della sua requisitoria secondo le quali gli imputati devono essere assolti dal delitto di cui all' artt. 605 c.p. ricorrendo la causa di giustificazione dell'esercizio del diritto di cui all'art.51 c.p.; doveva, però, ritenersi provata la loro colpevolezza per il delitto di omicidio colposo così modificandosi l'originaria imputazione ex art.521c.p.p., in relazione alla negligenza dimostrata dai medici nell'espletamento delle loro funzioni di cura e vigilanza nei confronti del paziente Mastrogiovanni.

I medici, cioè, per il P.M., sono caduti in *"un errore diagnostico marchiano non riconoscendo o interpretando correttamente secondo le regole cautelari che presiedono al loro grado e livello di specializzazione medica i sintomi clinici che rivelavano un infarto in atto"*; i sanitari, sulla scorta dell'esito degli accertamenti ematochimici pervenuti il 3 agosto 2009, *"avrebbero dovuto richiedere un'immediata consulenza cardiologica e trasferire il paziente nel reparto UTIC ove sarebe stato adeguatamente assisitito"*.

"La condotta omessa e imposta dalle regole cautelari violate e rientranti nel profilo professionale del medico e del primario avrebbe sicuramente evitato la morte del paziente sulla base di un giudizio probabilistico di natura logica fondato sul dato concreto delle leggi copertura estensibili al caso concreto".

Ritiene questo Giudice che nel caso in esame non è processualmente praticabile la soluzione proposta dalla pubblica accusa, ai sensi dell'art.521 c.p.p., di modificare la qualificazione giuridica dei fatti contestati quale violazione del disposto di cui agli artt. 605 e 586 c.p. con il delitto di omicidio colposo previso dall'art.589 c.p.

La norma di cui all'art.521 c.p.p., invero, al 1°comma consente al giudice di *"dare al fatto una definizione giuridica diversa da quella enunciata nell'imputazione" dirttamente in sentenza e senza alcun previo contraddittorio delle parti"*

Il tema della modifica della imputazione e della corrispondenza tra l'accusa contestata e la sentenza è di strettissima attualità a seguito del pronunciamento della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo recepito ancora con difficoltà dalla giurisprudenza di legittimità.

Da tempo ormai la Corte Europea afferma che il diritto ad un processo equo impone all'autorità giudiziaria di informare l'imputato non solo dei fatti materiali posti a suo carico ma anche della qualificazione giuridica ad essi attribuita così da riconoscergli la possibilità concreta ed effettiva di difendersi.

A seguito della sentenza "Drassich c/Italia" con la quale i giudici di Strasburgo hanno addebitato al ns. ordinamento una violazione strutturale della Convenzione dei Diritti dell'Uomo, la Suprema Corte ha nelle più recenti pronunce precisato che *"occorre garantire all'imputato di interloquire concretamente, sin dalla fase di merito, sulla diversa*

definizione giuridica del fatto" e che "*il diritto al contraddittorio e alla difesa anche in ordine alle questioni giuridiche di qualificazione del fatto deve essere garantito normalmente nella fase in cui si verifica la modificazione*" (cfr. Cass, sez. VI 28.5.2010, Fadda in CED Cass. N.247371; Cass. Sez.I, 11.5.2011, Corsi in CED Cass. N.250275)

Sulla scorta di tali principi che si ritiene di condividere è ormai pacifica la necessità di garantire il contraddittorio sulla qualificazione giuridica in ossequio alle direttrici convenzionali e ancor prima in attuazione dei valori accolti dalla Costituzione Italiana. Dal sistema costituzionale, infatti si desume che la questione non interessa solo il diritto di difesa ma ha una rilevanza più generale atteso che ogni modifica del *nomen iuris* rileva con riguardo al diritto alla prova di tutte le parti e alla necessaria attuazione del contraddittorio, nell'ottica del miglior accertamento del fatto.

Spiegate, dunque le motivazioni che impediscono di praticare la strada suggerita dal P.M., occorre ora valutare la sussistenza o meno, nel caso di specie dell'ipotesi contestata al capo c) della rubrica per la quale la morte del Mastrogiovanni deve essere imputata a tutti gli attuali prevenuti – medici ed infermieri – perché conseguenza del reato di sequestro di persona e segnatamente della contenzione cui questi venne sottoposto "*per più di tre giorni, senza alcuna interruzione, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti, al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza disporre ed effettuare adeguata sorveglianza ed assistenza in modo da interrompere il progressivo stato di prostrazione fisica e psichica del paziente senza dargli né cibo, né acqua ma solo idratandolo con delle flebo, senza slegarlo per brevi pause ed a singoli arti*"

L'art.586 c.p.(Morte o lesioni conseguenza di altro delitto) recita testualmente: "*quando un fatto preveduto come delitto doloso deriva quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione di una persona, si applicano le disposizioni dell'art.83 ma le pene stabilite negli artt. 589 e 590 sono aumentate*".

L'art.83 del c.p. (Evento diverso da quello voluto dall'agente) a sua volta prevede: "*fuori dei casi preveduti dall'articolo precedente, se per errore nell'uso dei mezzi di esecuzione del reato,*

o per un'altra causa, si cagiona un evento diverso da quello voluto si applicano le regole sul concorso dei reati".

L'art.586 c.p. rappresenta, invero, la norma di chiusura del sistema dei delitti contro la vita. Sotto il profilo oggettivo richiede gli stessi requisiti di ogni fattispecie omicidiaria (evento-morte e nesso causale) con la peculiarità che la condotta eziologicamente legata all'evento deve di per sé integrare gli estremi di un delitto doloso diverso dalle percosse o dalle lesioni poiché in tal caso si configurerebbe l'omicidio preterintenzionale.

Sotto il profilo soggettivo è necessario che l'agente non abbia voluto, nemmeno a titolo di dolo eventuale, la morte della vittima; il problema più dibattuto riguarda infatti la possibilità di imputare la morte a titolo di responsabilità oggettiva sulla base del solo nesso di causalità materiale: questione che tuttavia è stata risolta dalle Sezioni Unite della Cassazione (cfr. Cass. SS.UU. 22.1.2009) che, alla luce dei principi costituzionali di cui agli artt. 2, 25 e 27 per i quali la Corte Costituzionale ha ritenuto che non vi è posto nel ns. ordinamento di una terza forma di responsabilità colpevole diversa da quella dolosa o colposa, l'unica interpretazione conforme al principio costituzionale di colpevolezza è quella che richiede anche nella fattispecie di cui all'art.586 c.p. *"una responsabilità per colpa in concreto , ossia ancorata ad una violazione di regole cautelari di condotta ed ad un coefficiente di prevedibilità ed evitabilità in concreto e non in astratto del rischio connesso alla carica di pericolosità per i beni della vita e dell'incolumità personale intrinseca alla consumazione del reato doloso di base.*

Sulla scorta di tali argomentazioni afferma la Corte è *"legittima la sentenza di condanna solo quando la morte della vittima sia stata una conseguenza, in concreto prevedibile ed evitabile, dell'inosservanza di una regola cautelare"* come si è verificato nel caso di specie dovendosi ritenere, a parere del Giudicante, che la morte di Mastrogiovanni fu conseguenza di una contenzione praticata in violazione di ogni prescrizione a tutela del paziente, prevedibile ed evitabile in ragione delle menomate condizioni della parte offesa evidenziate dalle riprese audiovisive e ben visibili ai sanitari che sia pur

occasionalmente si avvicinarono al letto ove era degente in regime di contenzione il Mastrogiovanni.

Il filmato registrato dalla telecamera installata all'interno dell'SPDC dell'Ospedale di Vallo della Lucania è prova documentale certa e non suscettibile di essere smentita dei complessivi quattro giorni di degenza del defunto Mastrogiovanni e del Mancoletti. Le immagini non si prestano a dubbi di sorta e confermano che il primo è stato ininterrottamente contenuto per 83 ore al letto ospedaliero con fascette ai polsi e alle caviglie ed il secondo per circa 20 ore tant'è vero che gli stessi imputati non hanno potuto che ammettere la contenzione cercando, in diverso modo, di giustificarla con argomentazioni che però non hanno superato il vaglio della credibilità.

Appare, a questo punto opportuno ripercorrere le diverse testimonianza dei consulenti del P.M., della parte civile e degli imputati che sono pervenuti a conclusioni differenti sulle cause della morte del Mastrogiovanni, sulla congruità delle misure terapeutiche adottate e sull'incidenza causale tra la contenzione e il decesso del paziente precisandosi, sin d'ora, che non possono condividersi, risultando smentite dall'intero compendio probatorio, le conclusioni dei consulenti della difesa degli imputati per i quali il decesso va ascritto a "*morte improvvisa*" autonomamente idonea a provocare l'exitus e tale da interrompere il nesso causale tra la condotta e l'evento finale.

L'esame dei Consulenti Tecnici

Nel corso dell'istruzione dibattimentale sono stati escussi numerosi consulenti tecnici citati dalle parti i quali sono pervenuti a conclusioni diverse circa le cause del decesso del Mastrogiovanni, la congruità delle misure terapeutiche adottate ed in primo luogo della contenzione fisica cui venne ininterrottamente sottoposto per 83 ore e l'incidenza causale tra il decesso del paziente e la contenzione.

Il dott. **Adamo Maiese**, medico legale ed il dott. **Giuseppe Ortano**, psichiatra, consulenti tecnici del P.M. deponendo al dibattimento rispondendo alle domande delle parti hanno affermato:

PUBBLICO MINISTERO : Allora il dottore Maiese e' il medico legale e quindi e' il dottore che ha visionato il cadavere di Mastrogiovanni Francesco. Ci puo' dire che cosa emergeva dall'esame esterno perché lei ha fatto prima un esame esterno e che cosa poi ha osservato a seguito dell'esame autoptico sul cadavere appartenuto in vita a Mastrogiovanni Francesco?

RISPOSTA DEL DOTTORE MAIESE - *Si. Allora l'esame esterno ed autoptico sul cadavere di Mastrogiovanni lo abbiamo effettuato il giorno 12/08/2009 con inizio alle ore 11:30 presso la sala autoptica dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania. Bisogna tener presente che il cadavere aveva soggiornato in cella frigorifera dalla mattina del 5, sul tardo pomeriggio del 5 fino alla mattina del giorno dell'autopsia, del 12/8. Che cosa presentava il cadavere? All'esame esterno presentava una serie di escoriazioni alcune siero ematiche ed altre francamente ematiche, cioe' nel senso, che cosa significa questo? Bisogna spiegarlo in modo che.. Cioe' nel senso che l'escoriazione si ha quando a livello della cute vi e' una azione tangenziale o un'azione di costrizione o altre costrizioni che hanno un'azione tangenziale. Se interessano solamente la cute abbiamo una crosta linfatica; se abbiamo l'interessamento anche delle papille del derma sieroematiche, se e' piu' profonda ematica, cioe' dipende dalla profondita' della lesione. Dove erano questi lesioni? Erano soprattutto due a maggiore espressivita' a carico del polso di sinistra dove vi erano 5 escoriazioni lineari inglobate in un'area ecchimotica; che cosa significa l'area ecchimotica? L'area ecchimotica significa che una contusione sulla zona si ha uno stravaso ematico. Le altre escoriazioni le abbiamo a carico dei gomiti, soprattutto al gomito di destra mi pare una escoriazione di forma circolare ed inoltre altre escoriazioni erano alle caviglie ed inoltre avevamo un segno di venipuntura, anzi una medicazione con segno di venipuntura al gomito di destra all'interno di un'area ecchimotica gemente una piccola quantita' di sangue, cioe' nel senso che era ancora liquido in quella zona il sangue. Oltre a questo il cadavere presentava, a carico dell'inguine e dello scroto, delle zone di macerazione. Questo era il quadro esterno del cadavere, altro non vi era dal nostro esame esterno.*

DOMANDA - Che cosa sono queste escoriazioni, cioe' quali sono le possibili cause di queste escoriazioni?

RISPOSTA - *Allora, le possibili cause delle escoriazioni.*

Allora, escoriazione come concetto generale e'un'azione tangenziale al derma, alla cute.

Normalmente non sono figurate cioe' noi non possiamo risalire al mezzo che produce queste escoriazioni a meno che in alcuni casi ad esempio un sormontamento di una macchina o strisciamento sul terreno, possiamo dire dalla configurazione di queste ecchimosi di risalire al mezzo produttore. In questo caso noi non abbiamo possibilita' di dire con certezza qual e' il mezzo produttore di queste escoriazioni. Una cosa possiamo dire: che erano recenti, cioe' non senso che sul cadavere queste escoriazioni presentavano esclusivamente una crosta sieroematica e quindi era di formazione recente. Tra l'altro il fatto che..

DOMANDA - Per recente a quando le fa risalire queste escoriazioni?

RISPOSTA - *A 3 - 4 giorni prima, ante mortem, erano sicuramente escoriazioni vitali perche'..*

DOMANDA - Lei sa che il Mastrogiovanni era libero fino al 31, cioe' in stato di liberta' e poi e' stato sottoposto ad un TSO, no?

RISPOSTA - *Si. Fra l'altro questo mi era ben chiaro perche' vedo le cartelle cliniche e il resto. Queste escoriazioni sicuramente non erano post mortem, uno; sicuramente erano in stato vitale e sicuramente non risalivano a piu' di 3 - 4 giorni ante mortem, cioe' durante il ricovero. Queste erano lesioni..*

DOMANDA - Quindi mi sta dicendo che sono avvenute durante il ricovero?

RISPOSTA - *Si, si, su questo.. Anche perche' vi e' una area ecchimotica a carico del polso di sinistra faccia mediale; dalle caratteristiche del colore di queste ecchimosi si risale facilmente all'epoca in cui.., perche' noi sappiamo che l'ecchimosi va incontro alle cosiddette trasformazioni cromatiche: da un colore blu scuro come era in questo caso quando si formano, successivamente prendono un colore rossastro, e infine verdastro e giallo fin quando scompaiono perche' vi e' la cosiddetta trasformazione emoglobinica, dell'emoglobina nella zona viene trasformata e quindi perde quel colore rosso o blu e quindi prende un colore rosso diverso proprio nella trasformazione*

emoglobinica. Cioe' nel senso che il gruppo HB, il nucleo tetrapetrolico dell'emoglobina al centro delle quattro catene dell'emoglobina ha una trasformazione cromatica e quindi abbiamo questo colore diverso. Le uniche ecchimosi che non cambiano colore sono le ecchimosi a livello delle congiuntive in quanto cominciano blu e finiscono blu proprio perche' vi e' una riossigenazione esterna.

DOMANDA - Queste lesioni di cui lei parla e gli stadi delle escoriazioni, era il primo stadio da quando ho potuto capire, era uno stadio che risaliva a quanti giorni prima ha detto?

RISPOSTA - *Sicuramente durante il ricovero, cioe' nei giorni dal 31 in poi.*

PUBBLICO MINISTERO -

DOMANDA - Lei poi parla, a parte di queste escoriazioni, parla di note di macerazione a carico di testicoli?

RISPOSTA - *Dei testicoli e delle pieghe inguinali.*

DOMANDA - Quindi macerazione che cosa vuole..

RISPOSTA - *Cioe' nel senso che c'e' un interessamento probabilmente a contatto con l'urina o il caldo di quella zona probabilmente perche' non e' stato probabilmente lavato in quella zona, ha avuto queste zone di macerazione della cute perche' quella e' una cute molto fine, cioe' a livello dell'inguine e a livello dei testicoli e' una cute moto fine quindi l'aumento di calore in quella zona puo' portare a delle desepitelizzazioni..*

DOMANDA - Passiamo all'esame autoptico. Quando avete iniziato l'esame autoptico?

RISPOSTA - *Mi pare che verso le 13:30. Ah, teniamo presente che a tutte quante le operazioni sono presenti i consulenti di parte della famiglia.*

DOMANDA - Che erano?

RISPOSTA - *Il dottore Lombardo, direttore del Distretto Sanitario di Agropoli e dottore Consalvo per gli indagati. Allora, iniziamo l'autopsia che svolgo io direttamente cioe' senza tecnici. Cominciamo a livello cranico. Noi non troviamo nulla di macroscopicamente evidenziabile ne' a carico dei tessuti molli ne' tanto meno a.carico della teca cranica, non vi sono*

soffusioni emorragiche e cosi' via, tipo urti e cosi' via. L'apertura della scatola cranica: il cervello, le meningi sono integre, sono traslucide ed attraverso le meningi, dopo avere tolto la dura, attraverso le leptomeningi osserviamo un modesto edema cerebrale. A questo punto continuiamo l'esame autoptico, asportiamo l'encefalo; dall'asportazione dell'encefalo lo poniamo sul tavolo settorio, vediamo, confermiamo questo stato edematoso, facciamo i nostri tagli che si fanno normalmente sul cervello, sul *cervelletto e cosi' via, non ci sono patologie macroscopicamente evidenziabili. A questo punto facciamo dei prelievi sul cervelletto e sul cervello per i successivi esami istologici di concordia con i consulenti di parte..*

DOMANDA - Prima che andiamo avanti: questa congestione vasale con sangue fluido e scuro nonche' un modesto edema cerebrale e' ascrivibile a quale fattore?

RISPOSTA - *E' un segno aspecifico nel senso che il concetto di morte non improvvisa, ma di morte in genere quelle che avvengono in breve termine, noi abbiamo questo sangue per attivazione enzimatica, la .. coagulabilita' del sangue all'interno dei vasi e inoltre abbiamo quest'edema cerebrale da sofferenza ipossica nel senso che la diminuzione.. Noi sappiamo una cosa a livello medico: che i due organi importanti per l'estrazione dell'ossigeno superiore al 70 per cento dal sangue sono il cervello e il cuore. Cioe' il primo organo che va in sofferenza nei casi di ipossia e' l'encefalo.....*

A questo punto continuiamo l'autopsia, apriamo il torace e l'addome cioe' nel senso facciamo un'apertura sopra, dal giugulo fino alla linea alba sotto, apriamo, togliamo le coste e guardiamo all'interno del torace. A questo punto vediamo innanzitutto questi polmoni gia' ad un primo esame ispettivo. Ad un primo esame ispettivo a carico del polmone vediamo che questi polmoni hanno un aspetto epatizzante cioe' piu' pieni pero' a questo punto continuiamo l'autopsia, asportiamo tutto, tagliamo a livello della trachea, dell'esofago e portiamo tutto sul tavolo anatomico. Andiamo a guardare il cono della polmonare, se ci sono embolie polmonari, non c'e' niente, non si presenta niente. A questo punto togliamo il cuore intero e lo osserviamo sul tavolo autoptico. Da un esame macroscopico del cuore non si evidenzia alcunche' di patologico macroscopicamente evidenziabile e facciamo poi dei tagli seriati sui polmoni. Gia' al taglio dei polmoni fuoriesce un abbondante quantita' di liquido misto ad aria, cioe' di liquido tanto e' che abbiamo fatto delle foto che alla spremitura questo liquido aumenta.

Che cosa significa? I polmoni normalmente dovrebbero essere soffici nel senso che i polmoni quello che debbono fare e' lo scambio gassoso a carico dei polmoni, cioe' anidride carbonica portarla fuori ed ossigeno portarlo dentro. Come succede tutto questo? Perche' e' importante poi per capire tutti questi i meccanismi successivi; li spieghiamo adesso in modo tale che poi li abbiamo gia'. Allora, a livello terminale, a livello degli alveoli polmonari, perche' poi l'unita' polmonare e' l'alveolo dove avviene lo scambio gassoso tra Anidride carbonica ed ossigeno.Per avere questo scambio abbiamo tre momenti, tre strutture anatomiche:

il capillare che ha una caratteristica particolare con i fori ed attraverso le cellule capillari dell'endotelio in modo tale che sono una caratteristica tale da non fare passare le macro molecole e non fare passare i globuli rossi altrimenti avremmo dei problemi; uno spazio interstiziale virtuale che non e' vero e infine la cavita' dell'alveolo dove arriva l'aria. Che cosa succede a questo livello? Arriva l'ossigeno, attraverso l'ossigeno porta l'emoglobina che e' un cosiddetto legame covalente con l'ossigeno e rilascia l'anidride carbonica che e' un legame piu' debole, e quindi c'e' questo scambio. Come si mantiene tutto questo? Uno la domanda che si pone, come succede tutto questo e il liquido del sangue non passa all'interno degli alveoli? Perche' poi cosi' quando succede questo fatto si puo' avere l'edema polmonare. Allora, all'interno dei capillari, del sangue, della circolazione polmonare - perche' noi abbiamo una grande e una piccola circolazione; la piccola circolazione e' la circolazione che va atrio destro, ventricolo destro, arteria polmonare, vene polmonari, atrio sinistro, cuore sinistro, ventricolo sinistro - a livello dei capillari noi abbiamo una pressione idrostatica di 10 - 12 millimetri di Hg.

Questa è una pressione che tende a portare fuori il liquido dai capillari mentre all'interno sempre dei capillari vi e' una cosiddetta pressione "collodosmotica?" dovuta alle proteine del sangue il quale e' 25 - 26 millimetri di Hg e mantiene all'interno del circolo capillare tutto quanto il sangue, i liquidi. Allora che cosa puo' succedere? E poi c'e' una cosiddetta pressione interstiziale che lo stesso tende a mantenere all'interno dei capillari i liquidi. Allora la domanda che uno si deve porre, che noi ci poniamo: come e' possibile che si possa avere l'edema polmonare? L'edema polmonare si puo' avere per un aumento di pressione all'interno dei capillari polmonari. E qual e' la causa di tutto questo? E' una serie di cause. Allora, tutto quello che interessa la parte sinistra del cuore che diminuisce o blocca la gettata del ventricolo sinistro a valle si ripercuote a monte sui capillari e quindi con aumento di pressione idrostatica. Quali sono le cause? Le cause

possono essere o da cause direttamente da patologie cardiache: stenosi della mitralica - la valvola tra l'atrio sinistro e il ventricolo sinistro – stenosi della polmonare, crisi ipertensive del soggetto cioè nel senso che io tengo una crisi ipertensiva, arrivo a 180 e 120 la minima, io debbo avere una pressione a carico del ventricolo sinistro maggiore per espellere; le aritmie ventricolari, i flutter ventricolari, le aritmie ventricolari dovute a varie cause possono ripercuotersi a monte rispetto a quello che e' una pressione e quindi l'edema polmonare. Quali sono le fasi dell'edema polmonare? Tenete presente che all'interno di questi spazi interstiziali virtuali vi sono i linfatici i quali in un primo momento riescono a sopperire l'aumento di liquido interstiziale; poi abbiamo un edema interstiziale con un piccolo affanno di un soggetto e poi l'edema franco nel senso che vi e' un'invasione, una sommersione interna del soggetto cioe' e' un annegamento cosiddetto interno. Continuiamo quest'esame autoptico, apriamo l'addome, non vi e' liquido libero in cavita'. Troviamo un fegato aumentato di volume, molto aumentato di volume, stridente al taglio, caratteristica di un essere fibrotico che viene poi confermato dall'esame istologico di un'epatite mi pare cronica attiva a bassa intensità".....

"Continuando l'esame autoptico lo stomaco e' completamente vuoto e a carico dell'intestino troviamo feci solide durissime descritte pure in consulenza e mi pare che dall'esame autoptico non riscontriamo piu' niente.

Dagli esami istologici svolti dal dott. Verrioli emergono due cose, una importante e le altre due.., tre veramente. Una: quest'edema polmonare è confermato dall'esame istologico ma era gia' di per se' di una chiarezza a livello macroscopico."

DOMANDA - Quindi i prelievi e gli esami istologici hanno confermato?

RISPOSTA – *" E' una conferma perche' sentio' la nostra parola contro tante parole. Poi a livello istologico del fegato troviamo questa iniziale epatite e poi troviamo, l'anatomo patologo descrive una miocardiosclerosi superficiale.dobbiamo dire che cosa e' la miocardiosclerosi. Normalmente vi sono delle miocardiosclerosi da fatti ipossici delle cellule cioe' nel senso che la cellula cardiaca e' sostituita da tessuto fibroso e l'ipossia puo' portare a questo. Questo e' un quadro che in una certa eta' lo troviamo frequentemente nei soggetti sopra una certa eta', soprattutto sottoendiocardica, sotto il pericardio troviamo queste zone purtroppo di miocardiosclerosi cioe' di*

sostituzione a livello istologico di cellule, di fibrocellule muscolari della muscolatura striata cardiaca con tessuto fibroso. Altro non c'era niente sia all'apertura e cosi' via."

DOMANDA - Prima delle conclusioni vediamo che cosa avete trovato nei liquidi biologici.

RISPOSTA – *"Abbiamo fatto anche l'esame tossicologico dei liquidi e tenete presente che noi non troviamo nell'urina se voi guardate bene anche perche' ci siamo confrontati e non abbiamo trovato niente perche' la vescica era vuota. Come si procede in questo caso? Si procede con il lavaggio vescicale e quel liquido viene sottoposto a indagine. Non troviamo niente perche' il signore aveva il catetere quindi l'urina non si e' proprio fermata all'interno della vescica mentre troviamo dell'Orazepam a carico del sangue e della bile. perche' da dove viene questo Orazepam: e' il principio attivo dell'EN mi pare."*

DOMANDA - E' un sedativo?

RISPOSTA – *"Un ansiolitico minore. Altri farmaci, altre sostanze all'interno del sangue, della bile e del resto del soggetto noi non le ritroviamo dall'esame tossicologico".*

DOMANDA - C'erano tracce di sostanze cannabinoidi o quant'altro?

RISPOSTA – *" Assolutamente nullo; non c'e' niente anche perche' non poteva esserci, se la sarebbe fatta in ospedale visti i tempi e il metabolismo del cannabinoide."*

DOMANDA - Dall'esame della cartella clinica avete accertato qualcosa in tal senso?

RISPOSTA - *Allora, l'esame della cartella clinica. Innanzitutto mi corre l'obbligo di dire una cosa: quando e' arrivato in ospedale, quando e' arrivato questo TSO hanno chiesto l'elettrocardiogramma che il paziente non ha mai effettuato, in cartella clinica non c'e'.*

DOMANDA - Qual era l'esigenza di effettuare l'elettrocardiogramma?

RISPOSTA - *Perche' la prescrizione di farmaci come l'Entumin che può avere effetti di bradicardia e quindi di sviluppo di aritmie ventricolari presuppone la prescrizione di un elettrocardiogramma per vedere se il soggetto puo' sopportare una terapia siffatta perchè all'inizio della terapia fa mi pare due fiale di Orazepam, Entumin una fiala, due fiale di EN e Trimeton che e' un antistaminico con effetto potenziante sull'EN e cosi' via. Quindi fa questi*

farmaci, tanto e' vero che è descritto in letteratura lo sviluppo di edemi polmonari ed di aritmie ventricolari in soggetti che fanno uso di questi farmaci che hanno una range di maneggevolezza, soprattutto questi tranquillanti maggiori - fotidipina mi pare che c'e' - che ha un range di maneggevolezza breve, bisogna stare attenti all'uso di questi farmaci. Nella cartella clinica che cosa noi vediamo? Fanno una visita all'interno, parlano di pressione 180/20 , polso euritmico e cosi' via..

DOMANDA - 180/20?

RISPOSTA - *130/70 va bene, non cambia gran che; cioe' e' una pressione normale, pause libere, frequenza normale e cosi' via, presenta un soggetto in buone condizioni generali eccetto da quello che abbiamo visto noi abbiamo avuto in mano questa cartella dove si parla di una schizofrenia, il soggetto era affetto da schizofrenia in TSO, aveva fatto gia' altri due ricoveri per la stessa patologia quindi possiamo dare per certo che esisteva una patologia di siffatta specie cioe' nel senso sussisteva una patologia di natura psicotica. Anche il quadro che viene descritto e' un quadro psicotico dagli atteggiamenti, dai modi e cosi' via. Nella cartella clinica non si fa menzione di contenzione, non si fa menzione di niente. Niente, alcune volte durante la sera, mi pare solo una sera danno la terapia, per le altre sere parlano di "paziente tranquillo, non si pratica terapia".*

DOMANDA - Lei ha esaminato il video?

RISPOSTA - *Si, abbiamo portato dei punti salienti. Qua c'e' solo un errore che noi abbiamo commesso rispetto all'epoca della morte: non e' alle ore 01:42 ma dal video e' alle ore 02:45 del giorno 4 agosto 2009.*

DOMANDA - Volevo sapere: le conclusioni a cui e' pervenuto lei sulla base delle sue osservazioni, dei suoi accertamenti?

RISPOSTA. *Allora, i risultati dell'esame autoptico, degli esami istologici,tossicologici, del video e la cartella clinica, a mio giudizio vi e' una negligenza commissiva cioe' nel senso legare....in quel modo, per quel periodo di tempo e senza..*

DOMANDA - Perche' risulta legato il paziente?

RISPOSTA - *Si, sempre.*

DOMANDA - Dove, in quale parte del corpo?

RISPOSTA – *"A tutti e quattro gli arti.... Era legato, poi gli arti inferiori a livello del ginocchio erano tra le sbarre del letto ed andavano fuori perche' era alto metri 1.92 - 1.93 quindi era lungo."*

DOMANDA - E le mani?

RISPOSTA - *Le mani erano legate alla sponda, alla sponda del letto sopra.*

DOMANDA - Questa coercizione e' durata quanto?

RISPOSTA - *Dall'una e 35 del 31 alla mattina quando il soggetto e' stato trovato morto.*

DOMANDA - Quand'e' l'ultimo momento che il paziente ha manifestato segni di vita?

RISPOSTA - *Alle 02:42 - 02:43*

DOMANDA - Cioe' qual e' l'ultimo movimento che ha posto in essere?

RISPOSTA - *Alle 02:46 non si e' mosso piu', poi abbiamo visto i vari video, non si e' mosso piu'...*

DOMANDA - Dottore la morte da quale causa piu' prossima e' stata determinata?

RISPOSTA - *La causa della morte e' dovuta ad edema polmonare conseguente a probabile aritmia ventricolare unitamente ad spissaggio sanguinis e l'uso di farmaci anti psicotici unitamente alla muratura dei blocchi del mantice respiratorio addominali dovuti tutti questi muscoli insieme concorrono, anche i muscoli addominali sono a base dei muscoli della respirazione. Se io li muro cioe' nel senso in quella posizione diminuiscono gli atti respiratori e la possibilita' respiratoria con possibile filtrazione, diminuzione e quindi filtrazione all'interno degli alveoli di tutta quanta questa.., la formazione di questa...*

DOMANDA - Quindi l'edema polmonare conseguenza di quest'aritmia ventricolare e...

RISPOSTA - *Che a sua volta...*

DOMANDA - Contenzione che lei dice di natura farmacologica ed anche fisica, e' cosi' dottore?

RISPOSTA - *Fisica soprattutto perche' il soggetto non mangia per quattro giorni. Uno squilibrio idroelettrolitico, la pompa sodio potassio a carico delle cellule cardiache possono portare ad aritmie. L'aritmia a livello del ventricolo porta ad un aumento della pressione idrostatica a carico dei capillari quindi aumento di filtrazione a carico degli alveoli, edema polmonare.*

DOMANDA - Dottore Maiese allora volevo sapere da lei un'ultima cosa: se nella cartella clinica che lei ha esaminato insieme al video, insieme a tutti gli atti e tutti gli accertamenti, se vi era il cenno di qualche misura di contenzione?

RISPOSTA - *No, nella cartella clinica non e' stato fatto mai cenno di contenzione di natura fisica.*

DOMANDA - Quando invece lei l'ha potuto vedere invece?

RISPOSTA - *Si, nel video e' chiarissima la contenzione fisica.*

DOMANDA - E i mezzi di contenzione in che cosa consistevano?

RISPOSTA DEL DOTTOR MAIESE - *Erano delle fascette a viti.*

RISPOSTA DEL DOTTORE ORTANO - *Allora io vorrei se lei mi permette, poiche' ha chiesto al dottore Maiese diverse volte della cartella clinica..*

PUBBLICO MINISTERO - Si.

RISPOSTA - *Direi qualcosa prima sulla cartella clinica perche' lei ha fatto anche una domanda sullo stato di agitazione della persona ma..*

DOMANDA - Sullo stato all'ingresso della persona e..

RISPOSTA - *Io mi posso solo riferire a quello che e' scritto in cartella che do assolutamente per vero.*

PUBBLICO MINISTERO - Certo.

RISPOSTA - *Non ho nessun'altra possibilita' di dirle qual era lo stato al momento dell'ingresso in reparto.*

PUBBLICO MINISTERO - Va bene.

RISPOSTA - *Mi sembra che la diagnosi sia coerente anche con quanto viene detto appreso e con la terapia fatta. Dalla cartella si evince evidentemente che all'ingresso non ci sono problemi di natura fisica di nessun tipo. Io le sto rispondendo forse probabilmente a delle domande che lei ha fatto al dottore Maiese. C'e' questa richiesta di dosaggio dei cannabinoidi; e' stata fatta su richiesta dei Carabinieri io evinco dalla cartella. In un secondo momento e' stata fatta questa richiesta che il referto dice che e' positiva quindi al momento del ricovero..*

DOMANDA - Dipendenza da cannabinoidi?

RISPOSTA - *Quella e' la diagnosi che e' stata fatta, adesso non sappiamo se c'e' una dipendenza.*

DOMANDA - Risulta dalla cartella pero' questo?

RISPOSTA - *Risulta dalla cartella che aveva fatto uso di cannabinoidi, non che ci sia una dipendenza da cannabinoidi; questo non lo posso..*

DOMANDA - No, e' riportato nella vostra relazione. Adesso io..

RISPOSTA - *E' riportato nella cartella; e' la SDO che porta questo tipo di diagnosi: "disturbo schizzo affettivo e disturbo da dipendenza da cannabinoidi". Poi, per risponderle sempre ad un'altra domanda: e' stata fatta la richiesta di elettrocardiogramma e visita cardiologica coerentemente con l'uso di neurolettici, c'e' il modo con cui viene chiesto che si dice proprio questo qua "Mastrogiovanni Francesco in terapia con neurolettici", quindi era stato fatto esattamente per valutare se ci fosse qualche problematica di carattere cardiologico che potesse subire danni ulteriori dalla terapia.*

La terapia che io vedo che e' stata fatta all'ingresso mi sembra coerente, mi sembra abbastanza..

DOMANDA - Entumin e Trimetron?

RISPOSTA - *Entumin, due fiale di EN da cinque milligrammi e Trimetron due fiale. Mi sembra coerente, mi sembra un po' forte pero' voglio dire, mi sembra un dosaggio abbastanza elevato pero' questo dipende dalla valutazione che i medici hanno fatto al momento dell'ingresso quindi diciamo e'..*

DOMANDA - E al momento dell'ingresso se ci puo' riportare e dire l'anamnesi patologica prossima?

RISPOSTA - *Allora, si dice sullo stato psichico: "Paziente poco curato nella persona, indisponibile alla relazione medico-paziente, mimica, gestualita' ed eloquio concitato, facolta' cognitive valide, ideazione delirante incentrata in tematiche di rivendicazione e di nocumento. Non apparenti dispercessioni con aggressivita' verbalmente espresse; capacita' di critiche e di giudizio compromesse", questi sono i dati raccolti.*

DOMANDA - Volevo sapere da lei: il Mastrogiovanni e' stato sottoposto ad un TSO?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Questa e' una cosa ormai certa, risaputa, che rientra nel notorio.

RISPOSTA - *Certo.*

DOMANDA - Ma in precedenza il Mastrogiovanni era stato mai sottoposto a TSO dall'analisi della cartella clinica e dagli atti che lei..

RISPOSTA - *Si, dalla cartella si evincono altri ricoveri.*

DOMANDA - Se ci puo' dire quando sono stati effettuati?

RISPOSTA - *Recupero il dato che non mi ricordo.*

PUBBLICO MINISTERO - Lei e' autorizzato.

RISPOSTA - *Allora, per tale patologia e' stato ricoverato gia' in regime di TSO nel 2002, c'e' il numero della cartella clinica, e nel 2005 con il numero della cartella clinica.*

DOMANDA - In che periodo dottore, se ce lo puo' dire: se era un periodo estivo, invernale o autunnale, non lo sa?

RISPOSTA - *Questo si dovrebbe vedere dalla cartella clinica perche' c'e' solo l'anno, non viene messa la data.*

DOMANDA - Lei ha osservato il video.?

RISPOSTA - *Allora, il video e' composto da diversi grossi frammenti, grossi spezzoni, non e' continuativo per tutto l'orario, cioe' per tutte le ore che il Mastrogiovanni e' rimato in ricovero.*

DOMANDA - Iniziamo dal 31/7.

RISPOSTA - Io la prima cosa che trovo, ho messo una fascia oraria dalle 13:36 alle 14:00 perche' quello che ho visto dal cronometro tra virgolette del video. Io ho visto questa prima immagine che poi e' quella che credo ormai conoscano tutti di Mastrogiovanni ancora con il costume da bagno.

DOMANDA - Che conversa mi pare?

RISPOSTA - *No, io quello non l'ho visto. Ho visto direttamente.., il video che mi e' stato dato parte direttamente dal momento in cui viene coercito.....quindi io vedo la persona che e' sedata, sta dormendo ed arrivano due persone che io presumo siano gli infermieri. Dico presumo perche' e' nostra abitudine in psichiatria non portare il camice per lo piu' quindi non si puo' identificare da una divisa, quindi presumo, non.. Che applicano le fascette di contenzione quelle che si usano normalmente; normalmente, va beh.*

DOMANDA - Eccezionalmente?

RISPOSTA - *Normalmente nel senso che quando si attua la coercizione si usa quel tipo di fascette, c'e' una ditta apposita che le costruisce, che le vende.*

DOMANDA - Come sono fatte queste fascette dottore?

RISPOSTA - *E' un bracciale tra virgolette di cuoio rivestito all'interno di materiale spugnoso, non le so dire precisamente, e poi viene fissato alla rete del letto con dei chiodini, con delle viti per cui io vedo questa prima immagine in cui viene coercito, lui sta ancora dormendo mentre viene coercito, non si sveglia e quindi..*

DOMANDA - Lei dice "appare sedato" nella sua relazione. Che cosa intende con quest'espressione?

RISPOSTA - *Stava dormendo. Appare sedato, appare sotto l'effetto di psicofarmaci, farmaci..*

DOMANDA - Non si muove il paziente, rimane immobile?

RISPOSTA - *Si dimena nel momento in cui.., cioe' si muove un attimo nel momento in cui vengono messe le fascette ma non e' un'aggressivita', cioe' non e' che cerca di impedire l'atto che viene fatto, non e' in condizioni di poterlo fare.*

DOMANDA - Dottore lei descrive anche come vengono fissate queste viti nella relazione. Ce lo puo' dire?

RISPOSTA - *Cioe' le fascette hanno dei buchi tra virgolette, la fascetta viene apposta come l'orologio tra virgolette e poi qui sotto ci sono questi due lembi che combaciano e c'e' un buco tra virgolette, un'asola, come chiamarla, dove viene messa questa vite per bloccare, per impedire che possa essere aperta.*

DOMANDA - Tutti è quattro gli arti erano bloccati con queste fascette?

RISPOSTA - *Si, tutti e quattro gli arti.*

DOMANDA - Io volevo sapere: era necessaria la contenzione secondo la sua esperienza in presenza di un paziente sedato?

RISPOSTA - *Secondo me in quel momento assolutamente no.*

PUBBLICO MINISTERO - Prego, vada avanti dottore.

RISPOSTA - *Poi guardando sempre i vari spezzoni di filmato, successivamente ritornano delle persone ed applicano un catetere. La persona, il Mastrogiovanni e' sempre..*

DOMANDA - Ci puo' dire in che giornata dottore?

RISPOSTA - *Il 31 luglio nella fascia oraria dalle 14:31 alle 15:00 come ho scritto nella relazione.*

DOMANDA - Qual e' la reazione del Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *In quel momento si accorge di essere legato ed incomincia a dimenarsi, almeno questo mi e' sembrato. E' sempre seminudo, questo l'ho gia' detto, nient'altro. Poi ci sono, c'e' la sequenza successiva in cui io vedo che lui cerca di alzarsi dal letto e cerca di liberarsi del catetere; tornano delle persone, lo sistemano meglio, sistemano il catetere, sistemano la coercizione a letto e lui pero' quando vanno via queste persone continua a dimenarsi nel letto. L'annotazione che*

ho fatto successivamente e' che c'e' sempre questo tentativo, questo dimenarsi ed alzarsi dal letto in continuazione.

DOMANDA - Intanto gia' il 31 luglio dottore verso le 23:44 il paziente risulta sempre legato?

RISPOSTA - Si.....Allora, risulta legato da quello che io ho visto sempre, in tutti i fotogrammi del video che ho visto. Viene levata la coercizione dopo che se ne e' contestato il decesso.

DOMANDA - Succede qualcosa di diverso il primo agosto?

RISPOSTA - *Si. E' sempre completamente nudo, questa volta senza nemmeno ne' il pantaloncino ne' tanto meno un pannolone o quant'altro.*

DOMANDA - Come e' la posizione e se e' coercito?

RISPOSTA - *E' sempre coercito. Poiche' e' molto alto, molto grosso, nel cercare di muoversi, di divincolarsi e di muoversi dal letto scivola con le gambe sulla testiera dei piedi, non so come si chiami precisamente, e si trova con le gambe infilate all'interno. Anche questa volta intervengono per rimetterlo..*

DOMANDA - Chi interviene?

RISPOSTA - *Ripeto, sono delle persone che io non riesco ad identificare perche' o non hanno il camice, quasi sempre. A me sembrano degli infermieri.*

DOMANDA - Lei sempre in relazione a questa giornata del primo agosto parla di un altro paziente vicino al Mastrogiovanni.

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Ha individuato chi era e in che condizioni si trovava questo paziente?

RISPOSTA - *C'e' un'altra persona nella stanza che e' coercito soltanto con un braccio.*

DOMANDA - Sempre a letto?

RISPOSTA - *Si, sempre a letto, mi sembra il braccio sinistro. Allora, arriviamo poi al 2 agosto, questa volta gli e' stato messo un pannolone, continua ad essere cateterizzato e sta praticando una terapia infusionale. Poi c'e' questa cosa che mi ha colpito perche' il giorno 3 agosto di*

mattina, mi ha colpito perche' inizialmente nel guardare il vedevo sul computer vedevo solo questa macchia a terra vicino al letto che non si capiva bene cosa fosse; sono riuscito poi ingrandendo e a chiare lettere era evidente che era sangue che usciva dalla flebo che il paziente stava praticando.

DOMANDA - I medici gli infermieri soccorrono il Mastrogiovanni che si trova in quella condizione, con questo sangue che gli fuoriesce?

RISPOSTA - *Io le ripeto, i medici non so, non riesco ad identificarli, ne' medici ne' infermieri. Io mi riferisco a persone che entrano, che entrano nella stanza.*

DOMANDA - Lei parla anche di uno scivolamento del Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si, proprio perche' cosi' lungo le fascette non riescono.., anche se il letto non e' diciamo proporzionale rispetto alla sua statura per cui anche se e' contenuto riesce comunque a muoversi e a scivolare verso i piedi.*

DOMANDA - Ritornando al giorno 2 agosto lei ad un certo punto osserva che le fascette di contenzione vengono riposizionate e legate piu' strette. Che cosa vuole dire?

RISPOSTA - *Perche' scivolava, per questo fatto che scivolava. Sono state riposizionate magari un po' piu' in alto per evitare che scivolasse. Pero' nonostante questo scivola sempre, c'e' sempre questo suo muoversi per andare verso i piedi del letto.*

DOMANDA - A questa coercizione fisica il paziente si e' ribellato o no?

RISPOSTA - *Si dimenava in quell'attimo; evidentemente si.*

DOMANDA - Ha sentito che il paziente chiedeva di essere liberato, ha visto se e' stato liberato?

RISPOSTA - *Non c'e' l'audio.*

DOMANDA - Ha visto in che spazio temporale veniva soccorso, veniva assistito dai medici, da queste persone che entravano?

RISPOSTA - *Si tratta di pochi minuti ogni volta.*

DOMANDA - E per quante ore veniva lasciato cosi' nel letto?

RISPOSTA - *La gran parte del video lo ritrae lasciato cosi', a se stesso.*

DOMANDA - Quindi senza nessuno che lo assistesse?

RISPOSTA - *Quello che si vede nel video e' questo, sono episodi di poca durata, non e' mai..*

DOMANDA - Lei sta dicendo e' piu' il tempo in cui stava da solo che il tempo in cui veniva assistito?

RISPOSTA - *Questo assolutamente si. Ne' tanto meno si e' fatto come.. Allora, la coercizione non e' un atto medico, si interviene soltanto per lo stato di necessita', il non intervenire sarebbe un abbandono, puo' mettere a rischio di abuso.*

DOMANDA - Volevo sapere da lei: anche il giorno 3 agosto lei parla di un paziente cateterizzato?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Sempre il 3 agosto, io mi riferisco a quello che diceva il dottore Maiese poc'anzi sulla macerazione della zona inguinale perche' sembrerebbe che in questo giorno il Mastrogiovanni viene pulito sia pure in maniera molto superficiale?

RISPOSTA - *Molto molto molto superficiale.*

DOMANDA - Ci puo' descrivere che cosa e' accaduto?

RISPOSTA - *Esattamente quello che ho scritto. Gli viene cambiato il pannolone e dopo una leggera detersione della zona genitale ed anale.*

DOMANDA - Chi l'ha eseguita l'operazione?

RISPOSTA - *Gli infermieri, questo e' sicuramente compito degli infermieri. Poi c'e' per me il momento in cui io noto che lui non si muove piu' ed e' la notte del 4 agosto ed e' dopo 46 minuti dal momento dell'inizio della sequenza per cui dovrebbe iniziare all'una di notte, 46 minuti dovrebbe essere circa.*

DOMANDA - Siamo verso l'una e 45 o 2:45 a seconda delle versioni.

RISPOSTA - *Nessuno entra nella stanza.*

DOMANDA - Le persone che entrano nella stanza?

RISPOSTA - *L'ho specificato: non c'e' nessuno che entra nella stanza.*

DOMANDA - Fino a che ora dottore?

RISPOSTA - *C'e' la fascia successiva dalle 04:55 alle 06:00, nemmeno nessuno entra nella stanza; poi la fascia oraria successiva dalle 6:44. Intorno alle sette entra qualcuno nella stanza anzi c'e' una cosa: c'e' un altro paziente nella stanza che si alza, va via..*

DOMANDA - Nella stessa stanza di Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si. Che va via, non si rende conto nemmeno lui che la persona sta in sofferenza o che. Va via, dopo 43 minuti e 30 io ho scritto, pero' puo' darsi che le ripeto, il timer non sia esatto, entrano. A questo punto sono sicuro che entra un medico e due infermieri dopo di che si rendono conto dell'accaduto e viene rimossa la coercizione e poi viene praticato piu' volte questo massaggio.*

DOMANDA - Da parte di chi, dell'infermiere o di chi?

RISPOSTA - *Dell'infermiere. Non mi sembra che il medico sia intervenuto.*

DOMANDA - Ma il medico era presente?

RISPOSTA - *No, e' andato via. E' entrato insieme agli infermieri e poi va via.*

DOMANDA - Quindi gli infermieri procedono al massaggio cardiaco?

RISPOSTA - *Poi rientra, assiste ai vari tentatiti di massaggio cardiaco ma non interviene direttamente.*

DOMANDA - Il medico non sa chi e'?

RISPOSTA - *Era una donna.. Va di nuovo via, poi vanno via anche gli infermieri, poi dopo uno rientra e riprova a fare il massaggio cardiaco. E poi alla fine giunge il rianimatore che constata la morte del Mastrogiovanni.....concludendo, io posso dire che durante tutta la registrazione che ....*

io ho visionato non ho mai visto Mastrogiovanni ne' mangiare ne' sciolto magari anche solo un arto o parzialmente per provare a vedere se non era piu' necessaria la coercizione o meno.

DOMANDA - E la sedazione?

RISPOSTA - *La sedazione c'e' sempre. C'e' sempre tanto e' vero che ci sono le annotazioni in cartella di diversi medici che constatato che il Mastrogiovanni era sedato si decide di non praticare la terapia che era stata prescritta.*

DOMANDA - Poi lei ha esaminato anche il diario clinico, no?

RISPOSTA - Si.

DOMANDA - Con i farmaci che gli sono stati somministrati all'ingresso, gli esami che sono stati effettuati. Se ci puo' dire se c'e' stato un momento in cui il paziente non viene sottoposto a terapia o viene aumentato il dosaggio della terapia?

RISPOSTA - *Allora, al momento del ricovero alle 13:15 si dice "Il paziente e' piu' tranquillo e riposa a letto" vengono richiesti gli esami di routine e si prescrive una terapia per tutta la giornata, cioe' Entumin, una fiala piu' EN da cinque milligrammi, una fiala tre volte al giorno. Subito dopo viene richiesta alle 14:40 su richiesta dei Carabinieri di Pollica si fa il prelievo ematico per la valutazione dell'abuso di sostanze e di alcol. Poi nella stessa giornata alle ore 21:00 c'e' l'annotazione che dice "Il paziente dorme per cui non viene praticata per il momento la terapia prevista". E c'e' una valutazione della pressione arteriosa che e' 150 su 70 con una frequenza di 88 e viene somministrata una soluzione glucosata, e' una fisiologica. Il giorno dopo "quadro psicopatologico stazionario, continua terapia in atto". Il giorno due c'e' di nuovo la terapia infusionale e la valutazione dei parametri.. e alle 20:30 di sera anche questa volta si dice "non si somministra la terapia". Poi il giorno dopo, il 3 agosto l'annotazione dice "perdurano le condizioni di agitazione psicomotoria con irascibilita' e declinazione delirante" e in questo momento c'e' l'aggiunta in terapia di un farmaco che io non riesco a capire qual e' la ragione.*

DOMANDA - E cosa e' questo farmaco?

RISPOSTA - *Cioe' il Clexane che e' un farmaco.., e' un epatirico per cui non c'e' nessuna indicazione per questo farmaco se non quello - ma questa e' semplicemente una pura deduzione*

la mia - se non quello di dire e' coercito, sta in una posizione cosi', per evitare delle trombosi si usa questo tipo di farmaco. Ma non c'e'..

DOMANDA - E questa e' una delle conseguenze della..

RISPOSTA - *Dell'immobilita'....Questo e' un farmaco che si usa tranquillamente quando c'e' una frattura di arto, quando c'e' un lungo periodo di immobilizzazione a letto. Non viene specificato per quale ragione viene aggiunto questo farmaco, e' solo scritto "aggiungi in terapia". E' una pura illazione tra virgolette, una deduzione la mia, non puo' essere una certezza quella che dico.*

DOMANDA - Alle 21:00 la terapia come..

RISPOSTA - *Non viene somministrata un'altra volta quindi la mattina c'e' uno stato di agitazione e alle nove di sera si decide di non somministrare perche' sta dormendo e poi c'e' la morte la notte del quattro. Quindi diciamo durante il ricovero almeno tre volte non ha praticato di sera la terapia che era stata prescritta perche' stava dormendo....Era abbastanza sedato al punto tale da dormire, cioe' stava tranquillo. Almeno questo si legge dall'annotazione.*

DOMANDA - Ma dalla cartella clinica sembrerebbe che l'arresto sia avvenuto alle 07:20 del 4 agosto e non all'una e 45

RISPOSTA - *A me dall'analisi del video di Mastrogiovanni dall'una e 46 o dalle due e 46 se abbiamo sbagliato l'orario, non si muove piu', resta fisso in quella posizione. Che sia morto a me pare proprio di si.*

DOMANDA - Perche' e' stata richiesta un ECG visto che la morte era avvenuta quattro ore prima?

RISPOSTA DEL DOTTORE MAIESE - *Allora, quando si muore in ospedale si deve fare un elettrocardiogramma che deve mostrare una linea isoelettrica per dire che il soggetto e' morto. E deve essere un elettrocardiogramma..*

DOMANDA - Il soggetto presentava pure una midriasi?

RISPOSTA - *La midriasi e' dovuta al rilasciamento dei muscoli della pupilla ma poi il fatto che era morto il soggetto nel momento in cui arriva il rianimatore dice che lo intuba e cosi' via, il paziente non viene intubato, e' morto.*

DOMANDA - Dottore ma i segni tanatologici che dimostravano la morte antecedente quali erano oltre al video che lo fa vedere?

RISPOSTA - *Si. Quello che dobbiamo dire noi, cioe' a livello di esame autoptico..*

DOMANDA - Quindi lei dalla prova filmata lo deduce?

RISPOSTA - *La' c'e' una prova certa che il soggetto antecedentemente alla morte ha questo periodo di boccheggiamento, di fame d'aria classica all'inizio della marea montante dell'edema polmonare perche' l'edema polmonare non e' un fatto "demble'?". E' una marea montante che comincia dalle basi polmonari, occupa spazio vitale e successivamente da' la completa compromissione polmonare e proprio questo atteggiamento boccheggiante del soggetto di fame d'aria e' classico. Cioe' da quel punto in poi..*

DOMANDA - Questo si osserva nel video?

RISPOSTA - *Certo. Ma queste cose che stiamo dicendo noi, basta osservare il video.*

PUBBLICO MINISTERO - Va bene. Allora dottore andiamo ai mezzi di contenzione. Lei ha descritto i giorni dell'agonia del Mastrogiovanni e ha descritto il diario clinico, la cartella clinica, la diagnosi di ingresso e tutto quanto. Volevo sapere da lei: "la coercizione a cui e' stato sottoposto Mastrogiovanni di che tipo era: una coercizione farmacologica o anche una coercizione fisica secondo quello che lei..

RISPOSTA DEL DOTTOR ORTANO - *Ma partendo dal presupposto che una terapia farmacologica non dovrebbe avere un effetto coercitivo ma dovrebbe avere un effetto risolutivo delle problematiche."Comportamentali ovviamente, quindi diciamo perche' senno' sarebbe scorretto anche quest'uso dei farmaci, in assoluto, in generale, sempre. Ma nel caso specifico la persona appariva abbastanza sedata quindi diciamo sotto l'effetto di farmaci che non lo facevano essere piu' aggressivo come probabilmente era all'ingresso e contemporaneamente continuava ad avere la coercizione meccanica, quella si.*

DOMANDA - In quali casi la coercizione puo' essere praticata?

RISPOSTA - *Allora, questo e' piu' un fatto di ordine giurisprudenziale che di ordine sanitario molto probabilmente....Ho scritto che si interviene in base allo stato di necessita'.*

Ovviamente con lo scopo fondamentalmente di tutelare la persona ed eventualmente anche, cioe' ed eventualmente, ed anche gli operatori e quant'altri sono coinvolti. E in genere, almeno si usa questa dizione banale di dire si annota in cartella, si dice il perche' e si dice c'e' una frase di rito "per lo stretto tempo indispensabile a che la terapia farmacologica abbia il suo effetto". Pero' questa e' una prassi, non e' una teoria consolidata o che insomma quindi..

DOMANDA - C'era un registro delle contenzioni oltre ad un diario clinico?

RISPOSTA - *No, non c'era. Non c'era e non doveva esserci il registro delle coercizioni pero' bastava che venisse annotato in cartella.*

PUBBLICO MINISTERO

DOMANDA - Quali sono le conseguenze della contenzione, di una lunga contenzione come e' stato in questo caso?

RISPOSTA - Le conseguenze di che tipo, di ordine fisico?

PUBBLICO MINISTERO - Si.

RISPOSTA - *Ma di ordine fisico le ha risposto il dottore Maiese, io non ho questa competenza tale da poterle rispondere esattamente in questo senso qua, non sono un medico legale. Di ordine psicologico sicuramente..*

DOMANDA - Le reazioni del paziente quali possono essere?

RISPOSTA - *Sicuramente non sono delle reazioni positive ad un tipo di.., anzi molto spesso viene messo tra gli indicatori di funzionamento di un reparto l'utilizzo della coercizione come un indicatore negativo. Diciamo che si fa quasi dappertutto, non e' che adesso vorrei dire che il reparto di Vallo della Lucania sia l'unico, l'unico reparto...;ci sono altri due reparti dell'A.S.L. di Caserta dove si fa normalmente.*

PUBBLICO MINISTERO -

DOMANDA - A proposito della regolamentazione, lei ha detto prima che non puo' essere considerata la contenzione un trattamento?

RISPOSTA - *Certo.*

DOMANDA - E non essendo un trattamento non e' soggetta a consenso?

RISPOSTA - *Perche' si interviene per lo stato di necessita'.....*

DOMANDA - Parlavamo delle reazioni alla contenzione del paziente. Lei ha notato, non tutte le reazioni, le reazioni del Mastrogiovanni alla sua contenzione. Lei ha detto prima che si dimenava?

RISPOSTA - *Si dimenava continuamente. E' evidente che non era contento tra virgolette di essere coercito, questo si da' per scontato. E' evidente no. Credo che nessun paziente sia contento di essere coercito*

DOMANDA - E quindi la condotta dei medici e degli infermieri che si sono avvicendati al capezzale del Mastrogiovanni fino all'exitus qual e' stata, come puo' essere descritta?

RISPOSTA - *Sicuramente in questo senso qua e' stata negligente.....I medici avrebbero dovuto assolutamente indicare la necessita' della coercizione, i mezzi che venivano utilizzati, la durata presumibile e avrebbero dovuto disporre se diciamo dovesse essere rimossa la coercizione. Gli infermieri avrebbero potuto sollecitare i medici in questo senso qua, pero' e' evidente che l'indicazione e' di ordine medico anche se non e' una terapia.*

DOMANDA - Mentre voi dite sempre nella vostra relazione che anche i soggetti che monitoravano sono incorsi in una negligenza?

RISPOSTA - *Certo.*

DOMANDA - Quella che non hanno controllato, quella che non hanno monitorato, che non ho nutrito o disidratato, e' cosi'?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Ci puo' dire a chi vanno ascritte queste condotte: a tutto il personale o soltanto ad alcuni di essi?

RISPOSTA - *Ma io credo a tutto il personale ognuno per le mansioni e per i compiti che hanno.*

Rispondendo alle domande delle parti civili, i consulenti hanno ribadito che al momento in cui il Mastrogiovanni era entrato nel reparto di psichiatria non era aggressivo; hanno confermato che l'edema polmonare e' la conseguenza di un'altra patologia anche se all'esame autoptico "*non vi era nessuna patologia che poteva fare pensare a successivo edema polmonare ma ammesso e non concesso che in questo caso ci fosse stata una patologia preesistente concausa dell'edema polmonare o causa dell'edema polmonare, cioe' il soggetto sottoposto a quel trattamento doveva essere studiato quanto meno con un elettrocardiogramma non fatto*".

Circa le cause dell'edema polmonare il dott. Malese ha affermato: "

"noi dobbiamo pensare che il cuore e' fatto di due pompe, il destro e il sinistro, quindi che cosa e' potuto succedere? Quali sono le cause di una contenzione di questa siffatta specie? Uno: un soggetto nel mese di agosto che non viene ne' nutrito e non beve, fa tre flebo al giorno di 500 cc quindi laprima cosa che abbiamo e' una perdita di liquidi, sudorazione e cosi' via, non perdita di sodio e di potassio. Quindi abbiamo una diminuzione del volume ematico, la prima cosa. Quindi tenete presente che il sodio e il potassio sono importanti per il ritmo cardiaco perche' tutto funziona diversamente dagli altri muscoli, pur essendo striati a livello del cuore, ha un moto proprio attraverso un sistema di conduzione intracardiaca e poi delle cellule quindi tiene tuttoquanto un movimento del cuore dovuto a questa.., che noi vediamo dall'elettrocardiogramma, no: onda P, QTP e cosi' via. E questo e' il movimento e quindi già questa perdita di sodio e di potassio puo' portare ad alterazioni del ritmo cardiaco e quindi a un'alterazione del ritmo avendo un flutter tachiaritmie, flutter ventricolare e cosi' via che il ventricolo sinistro perde forza nella capacita' di espellere il sangue che arriva dall'atrio di destra e che cosa succede: si ferma a livello del polmone, aumenta la pressione idrostatica di cui abbiamo parlato prima, filtra il liquido, il plasma e abbiamo l'edema polmonare. Questa e' una delle cause. Altra causa: dispissaggio sanguinis, cioe' nel momento in cui perdo liquido e quindi sudo e cosi' via, il corpo e' fatto dal 70 - 75 per cento di acqua quindi deve prenderla a qualche parte e quella

piu' possibile da prendere e' quella degli spazi intracellulari ed e' quello all'interno del sangue perche' il sangue e' un organo come tutti quanti gli altri organi solo che e' un organo liquido allora questo sangue, questo liquido passa abbiamo detto che passa, la sudorazione e' cosi' via, la parte corpuscolata diventa piu' dura, piu' unita - globuli rossi, globuli bianchi, proteine e cosi' via - e ha una capacita' all'interno del letto vascolare, soprattutto a livello dei capillari per la legge di Poisier, cioe' come scorre il sangue. Allora noi pensiamo che il sangue scorre come scorre l'acqua. Non e' vero. Scorre a strati sottili l'uno sull'altro e per la legge di Poisier quello di dentro scorre su quello di sopra e cosi' via proprio perche' non e' completamente liquido ma e' corpuscolare. C'e' una legge che dice rispetto a questi vari strati come scorrono. Che cosa succede? Quando perdo liquido a questo punto a livello capillare basso, a livello degli scambi, quelli che abbiamo descritto prima a livello degli alveoli polmonari, succede un fatto: che a quel punto si ferma, forma dei micro trombi in quella zona dovuti proprio ai globuli rossi e quindi la filtrazione, ulteriore filtrazione e sono due.

Tre: l'uso di questi farmaci neurolettici ha una caratteristica di allungare l'onda QT. Che cosa e' l'onda QT? Sull'elettrocardiogramma noi troviamo l'onda P nel momento in cui gli atri si contraggono, poi QS quando si contraggono i ventricoli e la QT e' la distanza di ripolarizzazione, cioe' quando tornano normali i ventricoli, cioe' la parte diastolica. Pompa, si contraggono i ventricoli, poi si rilasciano, si riempiono di nuovo e si contraggono. Che succede? Aumentando questa fase puo' essere una zona dei ventricoli che diventa ritmogena nel senso che aumenta, comincia a sparare per fatti suoi e ha un flutter ventricolare ed arriviamo alla stessa cosa. Quarta cosa: noi abbiamo - l'ho detto prima - la muratura: il soggetto in quelle posizioni e' murato nel senso che tutti gli atti respiratori sono diminuiti perche' deve fare uno sforzo perche' l'addome aiuta nel respirare, il diaframma, l'addome e cosi' via. Che cosa succede a questo punto? Che diminuendo gli atti respiratori all'interno dei bronchi e dei bronchioli si accumula liquido, muco. E che succede a questo punto? Forma dei tappi, diminuisce lo scambio gassoso. Poi inoltre quella condizione che il soggetto si agita, quando si agita quando sta un poco.., si agita, sono delle cosiddette scaricate energiche: la liberazione di adrenalina. L'adrenalina e' il farmaco della paura, e' la sostanza della paura. Quando uno ha paura la prima cosa si infiamma proprio perche' c'e' questa scarica energica dei surreni e' cosi' via e cosa succede? C'e' un aumento di pressione. L'aumento di pressione, l'ipertensione arteriosa momentanea puo' portare

aritmie ventricolari e l'edema polmonare. Cioe' tutte quante queste concause. Perche' le altre cause in cui si puo' avere l'edema polmonare: o tengo una stenosi, una valvolopatia mitralica o aortica e in questo caso non c'e', ma se c'era e l'hanno.. anche perche' loro parlano di pause libere, cioe' quando fanno l'auscultazione del cuore, 130/70, pause libere, frequenza e cosi' via. Oppure puo' essere una cardiomiopatia dilatativa cioe' nel senso o un infarto, un infarto nel momento in cui.. Ma l'infarto noi l'avremmo visto all'esame istologico e certamente comunque e' omissiva, ammesso e non concesso, facendo per ipotesi che c'e' una causa sottostante a questo stato di cose, e' ancora peggio a mio giudizio."

Hanno ancora dichiarato: *" se il soggetto in quel momento in cui e' iniziato l'edema polmonare fosse stato sottoposto a cure, fosse stato visto, a morfina e cosi' via, il soggetto non sarebbe sicuramente morto. Cioe' nel senso che bastava ridurre la pressione a livello della regione polmonare: diuretici, morfina e cosi' via e il soggetto non sarebbe morto. Ho detto prima se non ricordo male che l'edema polmonare e' una marea montante, cioe' comincia dal basso la cosa perche' la pressione idrostatica, comincia dal basso e poi mano mano riempie tutti quanti i polmoni. Il tempo rispetto a che si formi tutto questo dipende sempre a valle quando il ventricolo sinistro ha ancora capacita' di espellere sangue perche' tenete presente che ogni battito cardiaco mi pare che espella sui 70 - 75 cc di sangue. Quindi per cinque minuti arriva tutto quanto il sangue e cosi' via. Quindi noi sappiamo 70 battiti al minuto, noi sappiamo che se diminuisce, invece di 70 ne caccia 40, dopo x periodo sappiamo che si forma un'edema polmonare. Guardate, c'e' una condizione paradossa, che sembra paradossa ma succede: quando io trovo un'edema polmonare ad esempio con stenosi della mitralica o insufficienza mitralica, nel momento in cui si aggrava pure la condizione del cuore di destra, insufficienza tricuspidale perche' a lungo andare.., cioe' il paziente migliora nel senso che le sue condizioni poiche' arriva meno sangue ne batte di meno e quindi si compensa e l'edema polmonare scompare. Cioe' si chiama, e' una forma paradossa che si chiama la triscupidalizzazione della mitralica."*

Ad ulteriore domanda della parte civile: "lei ha parlato ad un certo punto di somministrazione di Eparina. Vuole spiegarmi come agisce sulla fisiologia umana l'Eparina? il consulente ha così risposto: *" Qua ad un certo punto hanno fatto questo Clexane 4000 giustamente a mio giudizio perche' nel momento in cui un soggetto e' in quella condizione.. Perche' un caso abbiamo in letteratura di morte da contenzione pero' successo una*

settimana dopo che il soggetto era stato dimesso per un'embolia polmonare cioe' nel senso che quella posizione sempre in rapporto a quel discorso che abbiamo fatto di ipissatio sanguinis genera un'attivazione di trombosi fibrinogeno e quindi la formazione di emboli e giustamente hanno fatto il Clexane 4000 proprio per evitare una trombosi a paziente contenuto...., l'immobilizzazione a letto di qualunque natura essa sia puo' essere causa di una trombosi e conseguente embolia polmonare e quindi se ti rompi una gamba, se stai a letto, sei in mobilizzazione, e' obbligatoria la prescrizione dell'Eparina. Non prescriverla e' una responsabilita' grave del medico.

L'esame dei Consulenti Tecnici delle parti civili.

Il Prof. Ludovico Di Stasio, nominato consulente dalle parti civili De Marino Teresa, Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni, e Rosalba Mastrogiovanni è pervenuto sostanzialmente a considerazioni e conclusioni analoghe a quelle dei consulenti del P.M. rinvenendo la causa del decesso nell'edema polmonare acuto quale conseguenza diretta e/o indiretta della contenzione.

"Mastrogiovanni Francesco passò a morte ancora coercito in piena notte e nel disinteresse degli operatori che dovevano vigilare e venne rinvenuto cadavere soltanto all'alba.."alla luce delle recenti conquiste cliniche, farmacologiche ecc. il destino dell'edema polmonare non è necessariamente l'obitus ma la sindrome può essere adeguatamente trattata e vinta grazie alle moderne metodiche...ma il Mastrogiovanni venne purtroppo rinvenuto cadavere e non fu possibile attuare alcuna terapia".

Il Prof. Luigi Palmieri, nominato C.T.U. dalla parte civile A.S.L. SA, deponendo al dibattimento, dopo aver fatto un breve excursus dei fatti, ha affermato che all'atto del ricovero presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania il Mastrogiovanni *"aveva un'agitazione ed un'aggressivita' prevalentemente verbale"* per cui i medici ritennero*"di doverlo sedare in maniera piu' consistente, somministrarono una fiala di*

Entumin, due fiale di EN e poi un antistaminico. L'Entumin è uno psicodislettico, l'EN e' un ansiolitico e poi mi sembra il Trimetron che era un farmaco, un antistaminico".

"La persona si sedo' e naturalmente sedata fu mandata nel reparto dove venne ad essere contenuto fisicamente.

Io fino a questo punto ritengo che le scelte attuate potessero essere condivise e rientrare correttamente nel trattamento terapeutico fino al momento della contenzione, perche' se il paziente aveva avuto somministrati dei farmaci sedativi si poteva aspettare e controllare piu' a lungo la situazione dell'aggressivita' diciamo cosi' del Mastrogiovanni prima di passare ad una vera e propria contenzione fisica. La contenzione fisica venne attuata mediante fascette ai polsi e alle caviglie".

"A questo punto comincia poi un periodo di contenzione che secondo quello che mi e' stato riportato come valutazione fatta da un tecnico attraverso un video registrato, il Mastrogiovanni.., il video dura 95 ore fino al momento della certa vita, cioe' fino a quando il Mastrogiovanni era in vita sono 85 ore di registrazione e di queste 85 ore 83 il Mastrogiovanni le passa legato a letto, quindi una contenzione protratta al di fuori di quelle che sono le norme che prevedono ogni 12 ore 2 ore di liberta'".

"E poi purtroppo dalla cartella clinica si rileva ben poco".

Ha precisato ancora il Prof. Palmieri che il paziente contenuto e *"addirittura astretto fisicamente"* deve essere controllato periodicamente *"secondo diciamo la prassi perche' linee guida veramente ufficiali non ce ne sono".*

Esistono delle linee guida americane ed esistono degli orientamenti e poi dei regolamenti interni che ogni presidio prevede e naturalmente al quale ci si dovrebbe attenere, pero' tutti sono orientati per un controllo periodico e seriato del malato sotto il profilo clinico.

"In cartella clinica purtroppo tutto questo non e' trascritto. Non e' trascritto nulla che possa dimostrare che ci sia stato un controllo sanitario clinico e medico effettuato ogni 3 - 4 ore anche; non e' detto che le due ore debbano essere due ore proprio, ma ogni 3 o 4 ore. E purtroppo ancora va detto che in questo periodo, per quanto risulterebbe dal filmato che per vero ho visto sommariamente quindi mi attengo a quello che e' scritto in cartella clinica e non a quello che e'

riportato nel filmato, sembrerebbe che il Mastrogiovanni non fosse mai alimentato ne' a lui venisse data la possibilita' di bere; veniva diciamo nutrito perche' a questo punto era l'unica cosa che veniva introdotta nell'organismo, con soluzioni fisiologiche e con soluzioni glucosate e anche sul numero di queste e sulla quantita' di queste c'e' da discutere perche' non avendo altra ingestione di liquidi, altra immissione di liquidi, per quello che e' riportato in cartella clinica lui avrebbe portato nei quattro giorni di degenza, avrebbe avuto 4000 CC di liquidi; al piu' se la dizione che e' riportata sotto il diario clinico del 2 agosto e del 3 agosto cioe' "la terapia non viene eseguita perche' il paziente e' sedato e dorme", se vogliamo dire che invece le infusioni nonostante stesse dormendo venivano egualmente praticate, sarebbe un altro litro, 500 un giorno e 500 un altro giorno perche' alle ore 21:00 era prevista una infusione di 500 CC di soluzione glucosata quindi in tutto avrebbe ingerito cinque litri - se vogliamo metterci questi altri mille - cinque litri di acqua in 4 giorni. E naturalmente non avendo altri alimenti, altre cose certamente "non e' un quantitativo idoneo a mantenere in buone condizioni il paziente".

"Vi e' da dire ancora che non e' stato mai fatto un bilancio idroelettrolitico se non il giorno 3 mediante lo studio degli elettroliti, ma ancora di piu' non viene fatto un controllo dell'enuresi perche' il Mastrogiovanni viene tenuto con un pannolone quindi le urine si disperdevano, venivano assorbite sul pannolone e non c'era la possibilita' di valutare quale fosse realmente il bilancio, cioe' quanto liquido eliminava e quanto liquido veniva introdotto".

"I valori pressori sono riportati solo due volte che sono per vero nella norma, quindi questi sono gli elementi deducibili dalla cartella clinica oltre al trattamento terapeutico che per vero rientra in quello previsto come inizio di terapia nei casi psicotici perche' venivano somministrate tre fiale di Entumin - parliamo dell'Entumin perche' e' vero che l' EN e' un ansiolitico anche ma l'Entumin e' il prodotto neurodislettico - e questo viene previsto come inizio 120 milligrammi al giorno, ogni fiala ne contiene 40, tre per quattro dodici, rientriamo perfettamente nei limiti previsti".

"Pero' e' previsto espressamente anche sul bugiardello dell'Entumin che la prescrizione va fatta sotto diretto e continuo controllo del medico"; questo e' trascritto sul bugiardello e va naturalmente considerato.

Ora, in cartella clinica non ci sono elementi, mi si dice che neanche dalla visione del filmato si evidenzia un'assistenza sanitaria periodica che invece sarebbe dovuta praticare.

Inoltre "non viene nemmeno riportato in cartella clinica, non vengono riportati nemmeno i valori di un esame, di un prelievo ematico per indagini ematochimiche che sarebbero state richieste appena arrivato in struttura e purtroppo non c'e' nulla; mentre prelievi fatti, un prelievo fatto dopo circa un'ora verso le 14:15 su richiesta dei Carabinieri per valutare se faceva uso o meno di sostanze stupefacenti venne effettuato e il responso e' allegato correttamente in cartella. Quindi si deve presumere che pur essendo stata fatta una richiesta di prelievi per la valutazione metabolica, ematochimica del soggetto, questa non venne effettuata. Ancora dopo di questo venne richiesto invece - il giorno tre - vengono richiesti altri accertamenti. Presumo che sia dovuto al fatto che il giorno tre cominciarono a somministrare un farmaco, il Clexane che e' un prodotto anti aggregante ed anti coagulante perche' nella posizione - poi dopo la valuteremo - nella posizione distesa costantemente contenuta il rischio di una stasi vascolare e flebitica e' altissimo quindi probabilmente hanno cominciato a somministrare il Clexane per evitare l'ipotesi di formazioni trombotiche. E in occasione del Clexane, di questa prescrizione effettuano gli esami ematochimici. Su questi bisogna soffermarci perche' ne' i consulenti del Pubblico Ministero ne' i consulenti delle parti attrici esaminano accuratamente questo foglio perche' questo foglio dice che i prelievi sono effettuati alle 9:55 del giorno tre e tutti gli enzimi esaminati sono profondamente alterati ed in maniera significativa, Abbiamo valori che sono particolarmente sensibili e che per la corretta interpretazione ci portano a farli inquadrare in un infarto del miocardio.

Noi abbiamo l'aumento delle transaminasi AST ed ALT; nell'infarto del miocardio la AST prevale sul ALT e in questo caso abbiamo un aumento maggiore delle AST vale a dire dell'elattico delogenasi mentre quello dell'alanina, ALT, e' 52. L'AST 101 e l'ALT 52 quindi abbiamo un dato transaminasico che non coincide con quello di una possibile alterazione del fegato perche' nell'ambito del fegato e' l'inverso. Cioe' e' dovuto al fatto che l'atticotrasferasi ha una concentrazione maggiore nella fibrocellula muscolare. Po abbiamo, come probabilmente molti di noi sappiamo, un LDK ed un CPK che sono nettamente aumentati. Il valore del CPK da 170 e' elevato a 2719 mentre LDH da 450 e' salito a 723. Siccome nell'infarto miocardico nelle prime fasi noi abbiamo un incremento maggiore del CPK, della cretinfosfochinasi rispetto al

LDH, latticodedrogenasi perche' la latticodedrogenasi comincia ad insorgere piu' tardi, e' evidente che questo insieme, l'armonico inquadramento di questi dati fa ritenere con alta se non altissima probabilita' che in quel momento alle 9:55 ci fosse un infarto databile da due o tre ore. E questo perche'? Perche' il primo enzima che salta e' il CPK e successivamente comincia a crescere l'LDH che poi si mantiene piu' a lungo. Noi abbiamo un CPK elevatissimo, un LDH aumentato ma in aumento iniziale il che sostanzialmente deporrebbe per un'ipotesi infartuale.

Devo dire per obiettivita' che anche altre condizioni alterano gli enzimi, ma non con quest'enzimogramma chiamiamolo cosi', nel senso che le patologie epatiche fanno aumentare le transaminasi, fanno qualche volta aumentare l'LDH ma non il CPK. Le embolie polmonari egualmente determinano l'aumento dell'LDH ma non del CPK. Il CPK e' un enzima delle fibre muscolari striate per cui e' chiaro, e' evidente che nel fegato e nell'eventuale embolia polmonare che e' un altro evento possibile anche, non avremmo l'aumento cosi' marcato del CPK. Questo e' un dato che purtroppo non ho rilevato ne' nella consulenza tecnica del Pubblico Ministero ne' nelle consulenze redatte per la difesa da parte dei colleghi.

Devo dire anche che l'autopsia mostra una lacuna che purtroppo e' notevole perche' avrebbe potuto mediante lo studio del cuore evidenziare un'evidente lesione ischemica.

Purtroppo nella relazione da me esaminata viene detto "nel corso dell'autopsia si estrae cuore e polmoni e si mandano in laboratorio per l'esame istologico".

Solitamente il laboratorio quando arriva l'organo in toto si fa una descrizione macroscopica del cuore e poi si fanno le sezioni prendendo le sezioni su quelle parti dell'organo che risultano diverse e quindi meritevoli di indagine. Invece noi non abbiamo la descrizione del cuore e l'esame istologico del cuore puo' essere stato effettuato su di un reperto che non ha nulla a che vedere con la zona ischemica perche' quando si ha l'infarto il territorio irrorato dal vaso occluso diventa ischemico e dopo 12 ore diventerebbe necrotico sicuramente, ma certamente non e' possibile materialmente prelevare.. Voglio dire che il tessuto necrotico deve essere prelevato per essere indagato. Il cuore ha una sua dimensione, se invece di prendere il triangolo del tessuto cardiaco infartuato lo prendo alle spalle, il muscolo cardiaco non dimostra i segni dell'infarto e della necrosi. Quindi su questa base io penso che obiettivamente la causa di morte piu' efficace e' l'infarto che si sarebbe manifestato perlomeno un paio di ore - perche' l'LDH gia' si e' mosso - un

paio di ore prima delle 9:55, verso le sette del mattino del giorno tre. E la sopravvivenza c'e', l'infartuato non muore immediatamente. L'infartuato puo' avere una lunga.., si puo' riprendere e tutto quanto quindi in effetti noi abbiamo un dato che secondo il mio punto di vista e' un dato importante e che collimerebbe per un infarto verificatosi nella mattina del tre perche' adesso fare una disamina, questa disamina per dire la causa di morte e' l'infarto o l'embolia polmonare perche' bisogna dire che l'embolia polmonare e' una delle cause di morte del soggetto contenuto perche' c'e' una stasi: quando sono mantenute le caviglie ferme il muscolo soleo determina una compressione sui vasi venosi che si trasmette fino ai vasi iliaci e quindi su questi possono determinare una trombosi che puo' determinare un'embolia polmonare.

La trombo embolia polmonare potrebbe essere un'altra delle cause perche'? Perche' l'edema polmonare e' un epifenomeno non e' una patologia in se'; si arriva all'edema polmonare quando vi sono quelle patologie che determinano un sovraccarico di afflusso di sangue al polmone per cui il liquido trasuda e si forma l'edema ma e' un epi fenomeno, non e' la causa. Cioe' e' la causa della morte terminale ma alla base c'e' una patologia che determina quest'edema polmonare e quindi di fatto dire e' morto per edema polmonare o dire no , e' morto per una morte improvvisa, non ha senso, come io dico e' morto per l'infarto. Queste patologie insorgono in un soggetto che adulto o giovane, dall'esame clinico risulta esente da patologie, che quattro giorni prima fa il pazzo con la macchina e corre in mezzo alla strada e poi arriva in ospedale e dopo quattro giorni muore tenuto in quelle condizioni - perche' e' vero, la morte improvvisa puo' cogliere anche nella strada pero' per morte improvvisa bisogna vedere che cosa si intende - e quindi e' chiaro, evidente che se io mi dovessi dare una risposta perche' e' morto? Io risponderei per la contenzione molto semplicisticamente perche' tutti gli eventi, sia l'embolia polmonare, sia l'infarto del miocardio sia la sofferenza da stress psichico che puo' determinare ipertensione e con l'ipertensione puo' determinare un'aritmia e quindi lo stress psichico e' noto, lo stress cronico, sentirsi legato continuamente in quella maniera, certamente avremmo un possibile shock neurogeno che puo' determinare un'ipertensione e un'aritmia. E l'aritmia esasperata puo' portare a morte immediatamente per arresto cardiaco.

Quindi vediamo, qualunque delle patologie a base di quell'edema polmonare evidenziato nasce sostanzialmente dalla lunga contenzione. Perche' se e' vero che non esistono linee guida ufficiali,

esistono degli orientamenti e delle prassi in cui si deve ritenere, addirittura nel codice deontologico degli infermieri - e' l'unico codice, il codice medico non riporta indicazioni per lo stato di contenzione, si rifa' solamente agli articoli della Costituzione, il 13 e il 33 ma non lo fa il codice deontologico, lo diciamo noi come medici legali quando insegniamo, quando facciamo lezione - ma il codice degli infermieri all'Art. 30 prevede espressamente che la contenzione deve essere attuata esclusivamente quando indispensabile e limitata al massimo ed attuata con il rispetto della dignita' e della salute dell'infermo. Quindi in effetti non c'e' un regolamento ufficiale che dice ogni due ore, ogni tre ore pero' la prassi; il trattamento farmacologico con Entumin impone un controllo medico periodico; la contenzione impone delle precise regole nel senso anche logiche, non parliamo di regolamento perche' noi abbiamo l'abitudine ad avere tutto obbligatorio e quello che non e' previsto non si deve fare, non e' vero, quello che e' previsto sarebbe il minimo, poi si dovrebbe sempre andare oltre, comunque bisognerebbe considerare che l'Entumin imponeva - ho detto - il controllo periodico, la contenzione addirittura ogni due ore bisognerebbe liberare un arto alternativamente - l'arto sinistro, l'arto destro, la gamba sinistra e la gamba destra - per consentirne la motilita'; ed ancora la contenzione deve essere prevista, cioe' se il paziente e' il contenzione bisogna trascrivere sulla cartella clinica tutto cio' che viene eseguito; deve essere trascritto proprio pedissequamente "sciolto il laccio, il paziente si alza sul torace, gli si consente di uscire, di alzarsi" invece non c'e' scritto assolutamente nulla.

Mi si dice, per chi ha visto il video, che effettivamente non vi e' stato mai un momento perche' se su 85 ore 83 e' tenuto legato, certamente il rispetto di quelli che sono gli elementi essenziali prima di tutto per la dignita' dell'uomo e poi anche per quelli fisici, si vedono assolutamente non rispettati. Quindi a mio avviso risalire alla sicura patogenesi dell'edema polmonare e' un pluss culturale per arrivare a comprendere meglio, pero' e' indispensabile per che cosa? Per vedere se si poteva fare qualcosa. E se si fosse avuta l'accortezza di esaminare gli enzimi e si fosse sospettato un infarto - dico l'infarto o un'embolia polmonare e via di seguito - certamente ci sono trattamenti terapeutici che consentono di riprendere l'infarto, consentono di riprendere l'embolia polmonare, consentono di riprendere anche l'edema polmonare perche' l'edema polmonare massivo ha una mortalita' del 40 per cento quindi e' un alto indice di mortalita' ma in ambiente ospedaliero anche l'edema polmonare puo' essere tamponato e puo' essere tamponato mediante la somministrazione di diuretici abbondanti, addirittura si ricorre all'ostruzione, si restringono i

vasi venosi periferici per evitare il flusso sanguigno al polmone; quindi ci sono sistemi per poter tentare quanto meno di risolvere, quindi di evitare l'evento morte del paziente. Quindi l'affermazione che ho fatto precedentemente perche' e' deceduto, come e' deceduto io dico che e' deceduto per una gestione del malato assolutamente al di fuori di quelle che sono le norme deontologiche, le norme e la buona assistenza verso il malato.

A domanda della parte civile: " Quindi lei ha rilevato da quanto esaminato se vi erano delle ragioni che motivassero la contenzione? " il consulente ha così risposto: "*Il discorso e' molto complesso perche' le mie convinzioni non valgono e quindi vediamo le prove e nella descrizione del malato appena arriva in struttura c'e' un'aggressione verbale, il soggetto e' stato sedato, si doveva aspettare l'effetto della sedazione e poi evidentemente se vedeva che questa non andava si doveva arrivare alla contenzione. Ma una contenzione per 83 ore su 85 non esiste in nessuna realta' sanitaria. 83 ore su 85 non esistono, e' la contenzione protratta che se nel primo momento la persona e' eccitata e sembrerebbe che si sia eccitato perche' gli volevano ritirare la patente - queste mi sembra che siano altre notizie che ho recepito - ma naturalmente a chiunque ritirano la patente soprattutto ad un soggetto che appunto e' instabile, la reazione si puo' avere; ma certamente le condizioni cosi' come erano descritte potevano anche prevedere un'ipotetica contenzione ma due ore, fino a quando non si addormentava e poi.. Ecco vede, noi vediamo addirittura, leggiamo sulla cartella clinica "non si somministra la terapia perche' il paziente dorme" e non lo liberano nemmeno in quelle condizioni. E se mi si viene a dire "quello poteva cadere dal letto", ci sono le sbarre.*"

DOMANDA - Quindi lei propende per un nesso causale tra la morte - comunque sia avvenuta, o per infarto o per edema - e la contenzione?

RISPOSTA - Io dico che qualunque patologia ha determinato l'edema polmonare e' una patologia determinata dalla condizione in cui e' vissuto per quattro giorni il Mastrogiovanni.

PUBBLICO MINISTERO -

DOMANDA - Quindi lei ha detto che c'era un mutamento enzimatico?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Che poteva lasciar pensare ad un infarto in atto?

RISPOSTA - *Ad un infarto in atto.*

DOMANDA - Le condotte lecite, regolari, la buona prassi medica in presenza di quel quadro enzimatico ai medici dopo e agli infermieri che dovevano sorvegliare al paziente che si trovava contenuto da 83 ore o 80 ore, quel era la buona prassi?

RISPOSTA - *Allora, la lettura e l'interpretazione delle analisi e dei sanitari. Una volta valutati questi il medico avrebbe avuto l'obbligo di fare immediatamente un elettrocardiogramma e avrebbe probabilmente rilevato.., poteva rilevare una bipolmonare, poteva rilevare un tratto ST sottoslivellato o sopraslivellato e si sarebbe orientato nel senso diagnostico; questo come base proprio elementare. E poi avrebbe dovuto fare tutta un'altra serie di elementi, ma questi successivamente alla comprovata diagnosi dell'uno o dell'altro.*

DOMANDA - Il primo momento da chi deve arrivare, nel momento in cui ci troviamo di fronte ad una serie di sanitari e para sanitari, ci sono gli infermieri e ci sono i medici; allora il primo momento deve arrivare dagli infermieri che devono osservare una condizione?

RISPOSTA - *Diciamo che oggil'infermiere ha un ruolo professionale autonomo - purtroppo per loro – con responsabilita' anche autonome, quindi in effetti il rilievo della pressione, l'eventuale misurazione dei liquidi sono compiti deputati agli infermieri. Il problema degli enzimi perche' l'infarto se io non sono in gradp perche' sono sedato di dire "mi fa male il torace, mi fa male la spalla, mi fa male lo stomaco" io posso benissimo non rendermene conto; pero' se misuro il polso posso avere una bradicardia,una tachicardia, un'aritmia delle extra sistoli, posso avere con la pressione una ipo o iper tensione perche' da quel momento non abbiamo piu' elementi di valori pressori, di frequenza perche' normalmente erano 84 - 86 i battiti al minuto, pero' da quando hanno fatto quel prelievo non ci sta piu' nulla, non e' scritto piu' nulla se non alle sette del mattino, alle sette e venti del mattino quando intervengono nuovamente gli infermieri.*

DOMANDA - In questo processo c'e' una prova storica, una prova storica dei fatti accaduti che ci viene fornita dagli stessi imputati, cioe' dagli stessi medici ed infermieri di quel reparto. Lei poc'anzi ha detto che il Mastrogiovanni e' stato contenuto per 83 ore insomma.

RISPOSTA - *Si, 83 ore su 85.*

DOMANDA - I segni di questo infarto nel momento in cui sono insorti erano anche esteriori non solo di alterazione dei valori enzimatici?

RISPOSTA - *L'infarto da' un dolore, il sintomo e' soggettivo. Poi obiettivamente ci sono le alterazioni derivabili o dagli enzimi o dall'elettrocardiogramma o anche da un esame clinico perche' si possono avere toni ovattati, si puo' avere una bradicardia o una tachicardia, si puo' avere una extra sistolia che con il fonendoscopio senza ricorrere al tracciato riesco a vedere, e si possono avere anche segni eventualmente piu' marcati se l'infarto e' massivo, di insufficienza cardio respiratoria per cui si va incontro ad altri sintomi.*

DOMANDA del P.M.: " Lei ha potuto visionare il filmato, ha potuto vedere quando e' insorta la fame d'aria?"

RISPOSTA: *"Allora, io ho visto la parte terminale perche' mi interessava vedere la fase terminale della tipologia di morte in cui c'e' un boccheggiamento; apparentemente c'e' un boccheggiamento ma siamo alla fine e quindi siamo gia' con l'edema polmonare perche'..*

DOMANDA - Siamo nell'epi fenomeno?

RISPOSTA - *Esatto. Diciamo verso l'una e mezza, le due, forse due e mezza della notte del quattro, cioe' le prime ore della notte del quattro in cui c'e' una specie di boccheggiamento e quindi questo farebbe pensare che sia arrivata la fase terminale, quella cioe' in cui l'edema polmonare e' tale per cui il paziente non riesce piu' a respirare ...perche' i polmoni sono pieni di liquido, e' un annegamento interno; l'edema polmonare e' un annegamento interno".*

L'atteggiamento del Mastrogiovanni "finisce improvvisamente con una completa immobilita' che lascia presumere che sia arrivata la fase agonica insomma e questo coincide con quell'orario che le avevo detto io vale a dire l'una e mezza, le due, cioe' in quel momento quando arriva il momento terminale del boccheggiamento e poi improvvisamente il paziente si ferma. E questo potrebbe essere il momento della morte.

DOMANDA del P.M.: " E' stato riferito da uno dei testi che durante questo contenimento il povero Mastrogiovanni aveva delle ferite stratificate ai polsi, ai piedi e..

RISPOSTA - Si, sono lesioni.

DOMANDA - Queste ferite possono avere avuto insieme alla mancanza di acqua ed altri elementi che lei diceva, possono avere ingenerato quei processi degenerativi che lei poi ascrive alla..

RISPOSTA - Giudice a parte il fatto che le masse muscolari dei polsi e delle caviglie non sono particolarmente massive, quindi e' difficile poter ipotizzare che la contenzione abbia potuto determinare un'alterazione muscolare tale da determinare la messa in circolo di sostanze tossiche idonee a determinare l'evento morte, questo e' impossibile. La contenzione ha potuto determinare una stasi venosa, questo si; come ho detto prima il muscolo soleo viene compresso, i vasi passano e vengono compressi lungo la membrana semi tendinosa e questo comporta una sofferenza dei vasi che non hanno piu' la possibilita' di far defluire il sangue, ristagna, possibilita' di un trombo, con la massa sanguigna si mobilizza e va nel circolo polmonare determinando l'edema polmonare.

Le lesioni anche all'esame autoptico vengono descritte come escoriazioni e come contusioni ma sostanzialmente sono dovute piu' che alla contenzione in se' al fatto che il paziente cerca di svincolarsi, muoversi e quindi determina delle grosse escoriazioni che a volte possono arrivare anche alla schiarificazione vera e propria con derma messa fuori ma questo non e' descritto sul tavolo autoptico.

DOMANDA - Pero' lei ha detto che la posizione supina del Mastrogiovanni..

RISPOSTA - E' un altro problema quello.

DOMANDA - Su questo aspetto io vorrei che lei si soffermasse.

RISPOSTA - Si. La posizione supina impedisce prima di tutto una ventilazione normale perche' l'organismo e' fatto in maniera che il diaframma ha una sua motilita'. Il diaframma diciamo e' l'apparato, e' l'organo, la membrana indispensabile per la respirazione. Quando siamo in posizione seduta gli organi viscerali non stanno in basso, non hanno il peso di gravita' e vanno verso lo scavo pelvico; sono naturalmente in posizione statica orizzontale e contengono il diaframma per cui la ventilazione e' decisione rallentata. Rallentata la ventilazione si ha un ristagno dei secreti e quindi i secreti possono andare incontro ad un processo settico perche' un

altro elemento che abbiamo rilevato e' che c'era una leucocitosi che collima con tutte le possibili morti che abbiamo detto.

DOMANDA - C'era un processo?

RISPOSTA - Leucocitosico che collima con tutte le ipotesi di morte che abbiamo detto; cosi' come c'era una proteina c reattiva aumentata che e' legata prevalentemente a processi flogistici pero' e' presente anche nell'infarto e nell'embolia polmonare. Quindi praticamente abbiamo anche la possibilita' di ipotizzare una sepsi polmonare a base del ristagno dei muchi e della ipo ventilazione perche' la contenzione in questo caso determina una grossa ipoespansibilita' della gabbia toracica e questo e' un altro dei fattori che puo' avere determinato la morte. Cosi' come per esempio un altro tipo di morte nella contenzione protratta c'e' proprio una morte prevista che io nella mia relazione ho riportato anche per effetto dello stress cronico e protratto, perche' in queste condizioni si ha lo stress. Lo stress determina un aumento dell'adrenalina, l'adrenalina aumenta, determina un aumento dell'ipertensione e contestualmente si ha un'insufficienza cardiaca, il ristagno nel piccolo circolo con edema polmonare quindi ci sono tante possibili cause di morte. Perche' quando ho detto "alla fine se dovessi esprimere il mio giudizio direi solamente e' morto per la contenzione senza andare a risalire alle diverse cause"? Perche' in effetti qualunque tipo di morte si e' manifestata in un soggetto, qualunque patologia causa dell'edema mortale si e' manifestata in un soggetto - l'ho detto prima - che era un soggetto apparentemente fisicamente sano.

GIUDICE - Prego gli altri difensori.

DIFESA - Avv. D'Alessandro -

A DOMANDA della difesa (avv. D'Alessandro): Tra questi ipotetici decorsi causali che lei ha pure sostanzialmente narrato preferendo pero' risalire alla contenzione, io invece le chiedevo se rispetto a questi decorsi causali lei propendesse per uno piuttosto che per un altro e sulla base di quali elementi. Io avevo capito prima l'infarto, poi invece lei ha detto anche l'embolia, pero' poi ha detto anche.. Questo, volevo un chiarimento su questo.

il prof. Palmieri ha così risposto: *vede, parlare sulle sole carte senza avere avuto la possibilita' di avere una visione obiettiva in questo caso degli organi perche' anche l'embolia polmonare , e' vero che l'autopsia fu fatta dopo 7 - 8 giorni dalla morte e quindi il trombo poteva essere lisato ma comunque non vengono descritti i vasi polmonari e se ci stava un'embolia polmonare l'embolia polmonare poteva anche non essere vista perche' il trombo si lisa pero' avrebbe potuto dare un significato, dimostrare che.*

Invece se io trovo solo dei dati che collimano perfettamente con una delle ipotesi possibili legate alla contenzione, io mi devo necessariamente adeguare a quelli che sono i dati e quindi propendo per l'ipotesi infartuale che ripeto pero', anche l'infarto e' determinato dallo stress psichico, e' determinato da eventuali ipertensioni che si sono verificate per la contenzione; potrebbe essere derivato anche da un'ipotesi trombotica perche' quando c'e' il trombo non e' detto che il trombo va a finire direttamente solo nel polmone. Purtroppo piu' piccolo arriva, passa ed arriva nelle coronarie anche perche' guardate che il cuore del Mastrogiovanni presentava gia' molto limitate ma alterazioni miocardiosclerotiche per cui un'ipotesi di un'ostruzione da piccolo trombo non tutta da escludere. Purtroppo..

DOMANDA - Lei dice sulla base degli elementi che ho a disposizione..

RISPOSTA - Io da medico dico l'infarto. Da medico legale so benissimo che io faccio propendere per una mia valutazione cio' che e' probabile ma non certo. Anzi posso dire anche altamente probabile ma non certo. Non si raggiunge quella certezza, quella probabilita' oltre ogni ragionevole dubbio. Io dico che e' questo.

DOMANDA - Infatti questo e' il compito che il medico legale, come esattamente stava spiegando, deve fare. Quindi diciamo che in questa direzione, quella dell'infarto, l'elemento da cui lei trae questo soste e' costituito dal dato enzimatico fermo restando che invece l'esame istologico e' neutro rispetto al..

RISPOSTA - E' neutro. E' neutro perche' non dice nulla, non e' che dice "non e'".

DOMANDA - Bisognava fare dei prelievi in sezioni?

RISPOSTA - Puo' darsi pure che l'abbiano esaminato, non hanno trovato niente e hanno preso un reperto cosi'. Perche' guardi che nell'infarto non e' detto che noi riusciamo ad evidenziare

gia' inizialmente le alterazioni anatomo patologiche. A volte bisogna fare esami ed esami istologici per arrivare a trovare il punto di occlusione perche' ci sono dei casi in cui ecco, morti sicure di infarto, non si rileva il quadro istologico dell'infarto per cui la cosa.

A DOMANDA della difesa (avv. Conte): Professore quindi possiamo escludere - lei mi pare lo accennava prima - possiamo escludere che nel caso del professor Mastrogiovanni ci sia stato questo fenomeno dell'*ispissatio sanguinis*?

Il Prof. Palmieri ha così risposto:*diciamo che alle 9:55 data del prelievo non risulta una concentrazione massiva dei globuli rossi nel sangue quindi non ci sarebbe stata una ispissatio sanguinis.*

DOMANDA - Possiamo quindi affermare che il paziente era ben idratato?

RISPOSTA - Se dobbiamo limitarci a quello che si intende per liquidi assunti ed emessi dovremmo dire di si, ma teniamo presente che non c'e' in nessun momento un dato alimentare, cioe' qui non c'e' assolutamente riportato che questi abbia avuto un brodino anche perche' guardate che nella posizione contenuta non e' facile deglutire, addirittura ci stava il rischio di broncopolmonite abigestis perche' si ha il rigurgito e il liquido si.. Per questo doveva non essere contenuto sempre. Percio' io dico la contenzione e' la causa della morte qualunque sia stato il fenomeno.

DOMANDA - Lei prima ha fatto una serie di ipotesi ma nell'ultima sua dichiarazione lei ipotizzava anche un possibile trombo?

RISPOSTA - Trombo embolia della polmonare.

DOMANDA - Possiamo escludere nel caso del professor Mastrogiovanni che sia avvenuto proprio questo, era diagnosticabile?

RISPOSTA - Sa perche' io non propendo per questa tesi anche se e' possibile? Perche' ci sta il CPK aumentato; il CPK non e' un enzima da embolia polmonare. Il CPK e' un enzima delle fibre muscolare striate e il polmone non tiene fibre muscolari striate.

DOMANDA - Quindi lei esclude che possa essere, perche' mi pare che prima ce l'ha precisato ma se lo puo' spiegare meglio, cioe' in buona sostanza l'edema polmonare non e' la causa della morte, e' l'effetto di un problema cardiologico?

RISPOSTA - Forse mi sono espresso male, ho detto e' l'epifenomeno, e' l'ultimo degli elementi che si inserisce e che determina la morte ma e' determinato da moltissime patologie: lo shock anafilattico viene l'edema polmonare.

DOMANDA - Nel caso di specie voglio dire, siccome il paziente era stato esaminato, visitato all'ingresso e credo anche nei giorni successivi, potevano prevedere che ci potesse essere in atto un infarto anche se lei dice "attraverso questi esami ematici" pero' lei dice "e' probabile, per questi esami ematici si potevano ipotizzare anche altre patologie" quindi era possibile ipotizzare altre patologie non che vi fosse un infarto in atto come lei presume?

RISPOSTA - Personalmente ritengo che non avendo visitato non potevano arrivarci, questa e' la mia risposta. Se io non visito non posso arrivare a presumere una patologia e non risultano..

Se mi consente Giudice di vedere un attimo la cartella clinica, mi sembra che ci sono solo due valori pressori, uno il giorno uno e uno il giorno due se non sbaglio, non vorrei pero' dare troppo peso alla mia fallace memoria. Ecco qua, all'ingresso non riportano, ore 12:40 niente, 13:45 niente, non ci sono.. "pervenuti risultati enatochimici" e fanno vedere che ci sta la cannabis, andiamo avanti. Ecco qui, pressione arteriosa 130/70.

DOMANDA - Questa in che data e' stata.....

RISPOSTA - al momento dell'ingresso. Poi c'e' un altro dato che forse ho riportato sulla mia storia, vedo sulla mia documentazione perche' li ho riportati. Ecco qua: pressione arteriosa il giorno 31, 130/70; alle ore 17:00 150 su 80; il giorno uno nessun segnale; il giorno due 120 su 80, punto e basta.

DOMANDA - E' una pressione questa normale?

RISPOSTA - E' una pressione normale. L'ho detto, la pressione era sempre nei limiti della norma.

DOMANDA - Lei faceva anche riferimento ad una possibile aritmia?

RISPOSTA - Ma l'aritmia anche quella e' un sintomo di patologia, certamente. Puo' essere autonoma, una fibrillazione atriale, una cosa potrebbe anche insorgere autonomamente.

DOMANDA - Quindi tale aritmia, se ipotizziamo che possa essere avvenuto questo, da che cosa e' causata: da neurolettici o da un presunto squilibrio..

RISPOSTA - L'aritmia se puo' essere idiopatica e' legata ad un nodo del seno alterato per cui si possono avere ritmi da nodi ectopici; poi puo' essere il frutto di patologie quali per esempio si possono verificare per miocardiosclerosi per cui il tessuto del miocardico non e' tutto quanto omogeneo e quindi si arresta e determina dei salti o dell'altro. Poi puo' insorgere sempre per alterazioni delle vie di conduzione per un blocco atrio ventricolare, un blocco ventricolare, un blocco sinistro o un blocco destro, quindi sono tantissime le cause.

DOMANDA - Questo, professore, puo' avvenire in modo improvviso senza che si possa verificarlo prima a prescindere dagli esami a cui faceva riferimento?

RISPOSTA - Mortale e improvvisa e' solo la fibrillazione ventricolare. Tutte le altre sono recuperabili. Il flutter atriale cosi' come il flutter ventricolare sono controllabili sia farmacologicamente che chirurgicamente.

DOMANDA - Lei puo' escludere che questo sia avvenuto la notte dal tre al quattro agosto?

RISPOSTA - Non posso escludere che sia insorta un'aritmia ma sostenuta da una patologia dimostrata il giorno prima con gli enzimi.

A domanda della difesa (avv. M.Avallone) il Prof Palmieri ha ribadito che la prescrizione della contenzione *"deve essere prevista dal medico, non e' un atto che deve realizzare materialmente il medico. E' il medico che deve prescrivere la costrizione fisica e deve suggerire agli infermieri il periodo, il tempo di liberare la mano, di farlo muovere, il periodo di contenzione che secondo le norme dovrebbe essere limitato assolutamente al solo tempo necessario a far si che si possa somministrare una sedazione idonea alternativa alla contenzione e quindi e' il medico che deve dare le disposizioni al personale infermieristico che oggi ha*

responsabilita' proprie e quindi sono loro anche responsabili di quelli che possono essere eventualmente comportamenti censurabili e necessariamente avrebbe dovuto dare e scrivere sul diario clinico "contenzione per la somministrazione dei farmaci, controllo dello stato di agitazione dopo due ore, liberare un arto ogni tre ore, per i tempi di alimentazione e dei bisogni quando non dorme, naturalmente accompagnato in sala" e via di seguito.

Queste sono cose che vanno scritte perche' la cosa principale, l'unica norma vera e' che tutto cio' che si fa al malato contenuto deve essere scritto in maniera tale che a posteriori si vede chiaramente che non vi siano atti di violenza perche' il rischio - che e' quello che poi purtroppo qualche volta si puo' verificare - e' che per stare piu' tranquilli si seda perche' dice cosi' questo non..; non per il dare fastidio perche' un infermiere di un ospedale psichiatrico lavora tutto il giorno - diciamo le cos come stanno - pero' proprio perche' il paziente un po' agitato e' quello che.. Anzi addirittura in alcuni congressi prospettavano addirittura di mettere, come nella sala clinica, il pulsantino vicino al dito in modo che il paziente potesse eventualmente muovere e richiamare l'infermiere.

A domanda dell'avv. Murino, difensore di D[redacted]" - Professore volevo subito farle una domanda ricollegandomi a quello che ha detto poc'anzi, cioe' lei ha detto che tutte le attivita' durante il periodo della contenzione c'e' bisogno di questa registrazione, di questa scrittura,per avere un controllo postumo, lei ritiene che puo' essere sufficiente ad integrare questa esigenza, questo bisogno, l'installazione delle telecamere cosi' come erano installate nel reparto di psichiatria che hanno ovviamente registrato tutto il periodo?" il consulente ha così risposto: *"Indubbiamente il video mostra quello che effettivamente e' stato fatto e purtroppo anche nel caso in esame non fatto sui pazienti che stavano li' dentro".*

Sempre rispondendo alle domande della difesa ha chiarito che a suo giudizio anche nel turno del dott. D[redacted] non c'e' stata assistenza perché il medico *"aveva l'obbligo di trascriverlo in cartella. A questo punto c'era l'obbligo, non la possibilita', aveva l'obbligo di trascrivere in cartella".*

Ed ancora in ordine alle linee guida, a domanda dell'avv. Murino: "Professore lei conosce le linee guida dell'ospedale Ca' Granda di Milano in materia di contenzione? il Prof Palmieri ha dichiarato: "*non le conosco. Io conosco quelle dell'American International Psichiatrich, le tengo qua. Ecco, le linee guida dell'American Association Psichiatric ed in Italia non vi sono le linee guida ufficiali anche se vi sono regolamenti interni per i singoli ospedali e via di seguito. E queste americane dicono addirittura che la contenzione puo' essere chimica o fisica. La prima e' ammissibile solo quando abbia natura di intervento sanitario e sia parte integrante della terapia; resta ovviamente illecita quando praticata per altri scopi come per maggiore comodita' del personale nella gestione dell'infermo; questa e' la chimica. La seconda e' sempre illecita a meno che non sia eseguita per brevissimo tempo e solo finalizzata alla somministrazione dei farmaci adeguati ad ottenere la sedazione. Se il paziente alle 21:00 sta dormendo io non ho motivo di tenere il malato contenuto, questo le devo dire, poi altro..*

DOMANDA - Se contenuto la notte, il discorso e' un altro, se gia' contenuto?

RISPOSTA - Avvocato si mettono le sbarre se si teme la caduta dal letto, non si tiene il malato contenuto, eh., ed ancora: " le linee guida non sono assolutamente tassative in nessunissima di specialistica. Le linee guida sono linee di orientamento in base alle quali il paziente si puo', non si deve. Anzi proprio perche' esiste il malato e non la malattia e' indispensabile che ogni caso venga ad essere esaminato e valutato di volta in volta. In questo caso noi non abbiamo mai un momento di aggressivita' di questo soggetto, questo e' il discorso, perche' stava sedato quindi che bisogno c'era di tenerlo contenuto?! La linea guida dice che quando lo vuoi tenere contenuto superando questo atto illecito si deve liberare una mano, lo si deve far sedere per l'alimentazione fatta con l'infermiere vicino, e tutto questo. E' chiaro, se tutto questo non risulta io devo dire che il paziente e' stato contenuto e l'assistenza del malato e' stata assai carente per non dire assente, indipendentemente da qualsiasi linea guida perche' la linea e' un orientamento, da' un'impronta, non e' una cosa che io mi ci devo adeguare necessariamente. Io avevo riportato quelle dell'American perche', sono quelle ufficiali in America e che quindi essendo ufficiali in America siccome qui si tratta di un problema di dignita' piu' che di costrizione fisica, di tutela della dignita' oltre che della salute - perche' in questo caso anche della salute - ma la contenzione, le norme sulla contenzione vengono fuori per tutelare la dignita' del malato non certamente

l'effetto fisico perche' fortunatamente di eventi come questi sono eccezionalissimi. Pero' il fatto e' questo: che queste linee guida americane corrispondono sostanzialmente a quelle che sono necessarie per la dignita' ed indirettamente anche per la salute del malato. a girarsi sul fianco e sono agitazioni motivatissime probabilmente di un soggetto lucido, che le devo dire, eh.

DOMANDA - Le faccio un'altra domanda, sono piu' preciso allora: l'efficacia di questi controlli clinici diciamo applicati con costanza come lei indicava ed anche le terapie adeguate all'eventualita' di un riscontro positivo della patologia in atto, sono determinanti, cioe' riescono a risolvere, in che percentuale riescono a risolvere il pericolo di vita che insorge legato a questa patologia?

La domanda e' se quindi quella morte poteva essere evitata con condotte diverse?

RISPOSTA - Allora, il primo giorno vengono richiesti accertamenti ematologici che non sono eseguiti perche' l'unico accertamento eseguito e' quello per vedere se teneva la cannabis, la cocaina o la morfina. Tutto il resto non e' stato fatto, primo. Viene richiesto un elettrocardiogramma: non risulta eseguito l'elettrocardiogramma. La riprova che non e' stato assistito e che sono atti di natura medica, non infermieristica ne' di altri; atti che deve' prescrivere il medico, non e' stato attuato. Quindi se fosse stato attuato tutto quanto avevano gia' loro previsto probabilmente l'elettrocardiogramma poteva mostrare delle alterazioni, i dati di laboratorio - per vero anche gli altri dati di laboratorio ad eccezioni degli enzimi sono corretti, l'urea e' un po' aumentata ma poi in effetti l'emocromo e' corretto - pero' un controllo assiduo avrebbe certamente consentito non solo di poter prevenire l'eventuale infarto, l'eventuale patologia ma anche soprattutto intervenire tempestivamente nel momento che questa si manifestasse; tempestivamente anche con possibilita' concrete di sopravvivenza eh, non solamente di tamponiamo e facciamo la terapia perche' dall'infarto si sopravvive, l'edema polmonare ha un indice di sopravvivenza del 60 per cento, la mortalita' e' del 40 ed anche la tromboembolia; forse e' la piu' pericolosa, la piu' rapida a determinare la morte.

Quindi se le condotte dei sanitari fossero state adeguate, con una probabilita' io dico addirittura altissima probabilita', probabilita' che rasenta la certezza, il paziente poteva essere in vita. Questa e' la mia convinzione, la mia certezza dai dati che abbiamo".

Dalla relazione a firma del Prof. Palmieri acquisita in atti risulta: *"gli esami ematochimici del 3.8.2009 mostrano dati assolutamente allarmanti per quanto attiene lo screening enzimatico che appare con valori tutti elevati decisamente indicativi delle alterazioni delle cellule muscolari striate e probativi di un infarto miocardico anche se possono essere alterati per una embolia polmonare".*

"Di qui l'orientamento diagnostico è che alle ore 9.55 del 3 agosto 2009 fosse in atto una sindrome infartuale facendo prevalere questa diagnosi su qualsiasi altra in funzione dell'armonico inserimento dei valori riscontrati per una sindrome coronaropatica".....

..... "l'evento morte del Mastrogiovanni è stato causato da una assoluta carente assistenza fornita da tutto il personale del servizio di psichiatria personale sanitario medico ed infermieristico che si è alternato nell'assistenza (si fa per dire) dei quattro giorni di degenza presso il servizio SPDC del San Luca.

Le lacune comportamentali nascono da una contenzione assolutamente non necessaria, protratta per tempi ben più lunghi di quelli previsti anche allorchè l paziente appariva sedato; inoltre durante taki periodi non venivano rispettati i principi basilari per evitare le complicanze connesse alla contenzione sia cliniche che motorie; non vi è prova che il Mastrogiovanni venisse alimentato né assistito con un esame clinico completo un bilancio idroelettrolitico, un contatto colloquiale con un sanitario.

Non serve risalire alla causa dell'edema polmonare riscontrata all'esame autoptico per ricondurre l'evento morte alla condizione di inedia, costrizione fisica di per sé comportnte quelle complicanze di cui si è detto con verosimile cedimento cardiaco terminale.

Non siamo in presenza di carenze strutturali, di personale o altro ma di un comportamento sciente da parte del personale che ha obblighi etici, deontologici e giuridici particolarmente cogenti in prsenza di un mlato mentale che non ha facoltà di poter esprimere la sua volontà, obblighi che nel caso del Mastrogiovanni sono stati disattesi e violati apparentemente senza giustificazione alcuna.

L'esame dei Consulenti Tecnici degli imputati

Il dott. **Giuseppe Consalvo**, medico legale ed il dott. **Michele Lupo**, psichiatra, quali consulenti degli imputati D[redacted] B[redacted] B[redacted] M[redacted] D[redacted] e R[redacted] hanno invece concluso affermando che Mastrogiovanni Francesco è deceduto per *"morte improvvisa da verosimile preesistente cardiopatia aritmogena, ignota e non preliminarmente evidenziabile a seguito di una improvvisa ed imprevedibile crisi aritmica che avrebbe comunque potuto verificarsi in qualsiasi momento"*.

"Il paziente non è morto per edema polmonare che non è la malattia ma la sindrome che connota la presenza di liquidi in eccesso a livello interstizio-alveolare, con componenti presenti nella fattispecie solo sotto il profilo anatomo-patologico e non sotto quello clinico-semeiotico e quindi in tal senso non evidenziabili né prevenibili".

Hanno escluso altresì i consulenti che tra le cause dell'edema polmonare rientrino quelle elencate dai consulenti del P.M. (contenzione, mancata nutrizione e introduzione di liquidi, prolungato blocco dei muscoli respiratori, stato di agitazione, uso di farmaci antipsicotici quale l'Entumin); ciò in quanto la contenzione non avrebbe mai potuto avere un ruolo cagionante l'edema polmonare mentre l'uso dell'Entumin che potrebbe in astratto avere un effetto sul cuore imprevisto ed imprevedibile, nel caso di specie non è stato neppure riscontrato nelle urine per cui deve ritenersi che la sua azione sia stata marginale.

Inoltre il dato di ematocrito normale al prelievo effettuato il 3.8.2009 portava ad escludere la tesi pure sostenuta dai C.T.U. del P.M. della *"ispissatio sanguinis"* poiché in tal caso l'ematocrito avrebbe dovuto essere alterato; allo stesso modo essendo normali i dati relativi al sodio, al potassio ed all'emoglobina non era ipotizzabile neppure l'ipopotassiemia.

Hanno, infine, affermato nella loro perizia (pagg.30-31) acquisita agli atti del fascicolo per il dibattimento all'esito del loro esame: *"la citata assenza di una descrizione macroscopica nonostante il cuore in sede autoptica sia stato prelevato in toto, senza misurazione dei diametri cavitari e degli spessori parietali ha impedito di verificare se il Mastrogiovanni fosse*

affetto da una cardiomiopatia là dove la mancata valutazione dei lembi valvolari ha impedito di evidenziare eventuali anomalie congenite dello stesso, da cui l'impossibilità di fatto di stabilire se sottesa a tale improvvisa morte a genesi certamente cardiaca, ci fosse, com'è probabile, una anomalia congenita o acquisita clinicamente non manifesta".

Detta conclusione è confortata dalle dichiarazioni al dibattimento del dott. M.Verrioli(cfr. verb. Ud. 26.6.2012) per il quale *"l'ipotesi di una morte improvvisa elettrica è sicuramente da prendersi in considerazione come la più probabile perché in assenza di una cicatrice di un danno infartuale..questi focolai di miocardioscelori possono rappresentare la base di una morte elettrica".*

"Si tratta di millesimali aree del cuore ove si formano aree di fibrosi nel senso che il tessuto connettivo si sostituisce al tessuto nobile del cuore , cioè si formano delle zone cicatriziali che possono compromettere la funzione di conduzione elettrica del cuore determinando la morte improvvisa così come era avvenuto per il Mastrogiovanni".

Il dott. Verrioli ha così sintetizzato: "il cuore del Mastrogiovanni non è indenne da alterazioni ma ha queste focali alterazioni che sono solo in parte compatibili con l'età ma probabilmente con una iniziale anomalia". Ecco, se vogliamo trovare una parola, un cuore un po' più della sua età, però,delle zone necrotiche indicative di infarto io non ne ho evidenziate....l'esame del cuore non ha evidenziato zone infartuali cioè aree di necrosi ischemica cioè ischemia dovuta alla occlusione trombotica delle coronarie".

Non può, però, non rilevarsi che nella relazione a sua firma del 27.8.2009 all'esito dell'esame istologico, il Verrioli si era limitato ad osservare:

quanto al cuore: *" dilatazione dei vasi di piccolo e medio calibro. Diffusa dismetria delle fibrocellule muscolari cardiache come per focale miocardiosclerosi;*

quanto al polmone *"il quadro istologico depone per cospicuo edema polmonare,* conclusione assolutamente in linea con i consulenti d'ufficio che sembra, invece, aver smentito al dibattimento.

La dott.ssa **Diana Galletta** e il Prof. **Claudio Buccelli** consulenti dell'imputata R[redacted] A[redacted]A[redacted] hanno escluso ogni nesso di causalità tra la contenzione e la morte del Mastrogiovanni.

Più precisamente il Prof. **Buccelli**, prof. Ordinario di Medicina Legale presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, ha affermato che *"la causa della morte del Mastrogiovanni non poteva concretarsi nella costrizione fisica cui venne sottoposto in quanto essa era limitativa dei movimenti del paziente ma non lo poneva in posizioni capaci di attivare meccanismi fisiopatologici letiferi"*.

Nel caso del Mastrogiovanni si trattò di *"morte classicamente improvvisa che intervenne, cioè, del tutto inopinatamente e rapidamente legata con elevata probabilità ad una tachicardia parossistica ventricolare sfociata in una fibrillazione ventricolare ovvero ad una fibrillazione ventricolare primitivamente insorta con un conseguente (e non a causa di)ed imponente edema polmonare"*.

Ed invero, a giudizio del consulente, *"l'edema polmonare non è causa di morte ma un meccanismo fisiopatologico che può essere attivato da numerosi e diversi momenti etiologici che conduce al decesso attraverso una asfissia da sommersione interna di liquidi"*.

"L'edema polmonare è caratterizzato, infatti, dall'aumento dell'acqua extravascolare del polmone; questo eccesso di liquidi si raccoglie inizialmente nell'interstizio (edema interstiziale) e successivamente può invadere gli spazi alveolari (edema alveolare).Mentre nella fase dell'edema interstiziale il liquido si raccoglie prevalentemente in manicotti disposti intorno ai bronchioli ed ai vasi maggiori. Successivamente, qualora persistano o si accentuino la filtrazione e/o la ridotta rimozione di liquido interstiziale si verifica l'inondazione alveolare con conseguente ipossiemia di grado variabile; nei casi più gravi il progredire della compromissione funzionale alveolare provoca una netta riduzione della ventilazione con insufficienza respiratoria e morte."

Nel caso del Mastrogiovanni vi era stato un *"edema polmonare acuto su base cardiaca essendosi verificata prima una tachicardia parossistica ventricolare che con elevata probabilità poteva essere causalmente ricollegabile all'azione dell'Entumin"*. Detto farmaco (clotiapina), come descritto anche nel *"bugiardino"*, cioè nel foglio illustrativo delle caratteristiche del

prodotto che lo accompagna in ogni confezione posta in vendita, può dare *"prolungamento del QT, aritmie ventricolari come torsione di punta, tachicardia ventricolare, fibrillazione ventricolare ed arresto cardiaco oltre che casi molto rari di morte improvvisa"*.

A giudizio del dott. Buccelli la spiegazione più plausibile e valida scientificamente, con elevata probabilità è *"che la morte improvvisa da insufficienza cardiaca acuta produttiva del letale edema polmonare vada identificata proprio nell'azione collaterale dell'Entumin che il paziente stava assumendo da alcuni giorni in dosi consistenti"*.

La causa dell'edema polmonare "è di natura cardiaca, generato da una aritmia che non è immediatamente fibrillazione ventricolare altrimenti si avrebbe una morte fulminea ma è preceduta da tachicardia parossisitica ventricolare e poi infine giunge la fibrillazione e l'arresto cardiaco. Nella sequenza di tali fasi si innesta l'edema polmonare in quanto la difficoltà del cuore di pompare il sangue dal polmone fa montare l'edema".

Solo in via gradata poteva pensarsi ad *"una tachicardia parossistica/fibrillazione ventricolare a partenza da un focolaio di miocardiosclerosi"* ed in via ancor più gradata poteva supporsi che *"la letale aritmia cardiaca fosse avvenuta "sine materia" patologica essendo possibile che una tachicardia parossistica/fibrillazione ventricolare può anche insorgere in cuori sani, come avviene per le morti improvvise negli atleti"*.

La dott.ssa D. Galletta, psichiatra che in passato ha effettuato turni di guardia notturna presso l'ospedale di Vallo della Lucania, dopo aver sottolineato che la dr. A[redacted] A[redacted] R[redacted] nel corso del ricovero del Mastrogiovanni aveva effettuato un unico turno di guardia notturno, dalle ore 20,00 del 3.8.2009 alle ore 8,00 del 4.8.2009, ha chiarito che il medico di guardia notturna ha senz'altro il dovere di far fronte alle emergenze che si verificano in reparto ma è comunque obbligata a applicare le decisioni cliniche e terapeutiche prese dalla equipe del reparto durante il lavoro mattiniero.

Nel caso di specie il collega di guardia non aveva segnalato alla dr.ssa R[redacted] alcuna criticità nel reparto tant'è vero che, avendo notato che il Mastrogiovanni già sottoposto a contenzione era tranquillo, aveva ritenuto opportuno revocare la somministrazione dei farmaci (clotiapina e delorazepam in fiale)prescrivendo una terapia infusionale

reidratante e mantenendo invece la contenzione per far fronte alla agitazione psicomotoria che il paziente avrebbe potuto manifestare, già descritta in cartella clinica dai colleghi dei turni precedenti.

Ha pertanto concluso il consulente che la condotta della dott.ssa R[redacted] *"era stata assolutamente diligente"* e che il decesso del Mastrogiovanni era da ascriversi a *"morte improvvisa"* frequente nei pazienti psichiatrici a causa dell'uso di farmaci antipsicotici che come è stato evidenziato dagli studi più recenti (Killen MJ Antipsycotic induced sudden cardiac death: examination o fan atipica reaction. Expert Opin Drug Saf. 2009 May) possono causare un prolungamento dell'intervallo QT, gravi aritmie ventricolari e predisporre alla morte improvvisa.

Il dott. **Paolo Albarello**, consulente tecnico degli infermieri M[redacted] M[redacted] e S[redacted] M[redacted] ha anch'egli ritenuto di ascrivere il decesso del Mastrogiovanni a *"morte improvvisa"* in forma di tachicardia ventricolare durata pochi minuti, diversamente dall'edema polmonare sub acuto che poi diventa acuto e porta alla morte dopo diverso tempo.

Il dott. **Enrico Mainenti**,specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Direttore della Struttura Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni della Azienda Ospedaleira Univeristaria di Salerno, consulente della difesa dell'imputato F[redacted] G[redacted] ha, conformemente alle conclusioni degli altri consulenti degli imputati, affermato che *"le cause della morte del Mastrogiovanni vanno identificate molto verosimilmente in un evento a genesi improvvisa ed imprevedibile..è plausibile, che la morte fu cagionata da un arresto cardiaco di tipo elettrico in seguito ad una gravissima maligna ed improvvisa aritmia"."Il deficit improvviso di pompa del VS determinò l'edema polmonare in tempi talmente repentini che non fecero in tempo a manifestarsi segni e/o sintomi tipici dell'edema polmonare"*.

In proposito ha escluso, in base ai rilievi clinico-obiettivi in cartelle clinica ed alle risultanze delle registrazioni video, che fosse presente durante il periodo di contenzione un prolungato e ingravescente quadro di edema polmonare acuto.

"Similmente la contenzione al letto non determinò una immobilità toracica tale da rendere verosimile una ipo-ossigenzione, tipica di contro solo nelle gravi sindromi da scliacciamento toracico. Pertanto nessuna incidenza causale può aver rivestito la contenzione forzata al letto sul determinismo dell'exitus".

I dott.ri Guido Lanzara, specialista in medicina legale dell'Università "La Sapienza" e la Prof.ssa Margherita Neri, aggregato di Medicina Legale dell'Università degli studi di Foggia, nominati C.T.U. degli imputati R[redacted] R[redacted], C[redacted] J[redacted] J[redacted] T[redacted] A[redacted], C[redacted] N[redacted], C[redacted] M[redacted] C[redacted] G[redacted] A[redacted], L[redacted] A[redacted] e D[redacted] A[redacted], premesso che la contenzione in ambito sanitario può essere definita come *"atto assistenziale che utilizza mezzi fisici, chimici, ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti"* hanno sostenuto che la contenzione *"riconosce la propria liceità nella esigenza di tutela della sicurezza del paziente al fine di evitare il verificarsi di un danno alla vita o alla integrità della persona".*

"In ogni caso deve essere prescritta dal medico che dovrà chiarirne le motivazioni, il tempo di inizio e di fine, il mezzo contenitivo da utilizzare e dovrà provvedere ad una sua rivalutazione ogni 24 ore".

Il controllo del paziente contenuto rientra invece nelle competenze del personale infermieristico cui, nel caso di specie, alcuna censura comportamentale può essere mossa avendo gli imputati, come si evince dalle stesse riprese video somministrato regolarmente la terapia farmacologica ed infusionale provvedendo alle necessità del paziente.

Il dott. Francesco Fiore, medico chirurgo specialista in psichiatria, consulente della difesa dell'imputato R[redacted] B[redacted] ha sostenuto che, attesa la carenza di legislazione in materia, la contenzione è lecita quando sussista uno stato di necessità, quando, cioè dalla condotta di un paziente può derivare un pericolo per la propria incolumità, per quella degli operatori e degli altri pazienti.

Ha poi aggiunto che *"una caratteristica che accomuna tanti casi clinici diversissimi"* per i quali si rende necessaria una contenzione è *"che quest'ultima non viene annotata quasi mai*

in cartella clinica" pur nella più completa buona fede degli operatori che la applicano a causa "*dell'assenza di leggi che regolano la materia e, quindi, l'incertezza normativa*".

Ha concluso pertanto che sia con riferimento al Mastrogiovanni che al Mancoletti dovevano ritenersi infondate le accuse di sequestro di persona, di falso ed altresì di omicido ex art.586 c.p. non risultando provato " *che il Mastrogiovanni morì per edema polmonare come affermato dai C.T.U. del P.M. né che l'eventuale edema polmonare sia stato provocato dalla contenzione*"

L' esame degli imputati

Gli imputati, nel corso del loro esame hanno rievocato la vicenda in modo sostanzialmente coincidente con quanto emerge dalla documentazione ospedaliera e dalle videoregistrazioni, respingendo ogni addebito.

In particolare D[redacted] M[redacted] rispondendo alle domande del P.M. ha così dichiarato:

DOMANDA - Allora dottor D[redacted], lei all'epoca dei fatti,siamo dal 31 luglio 2009 al 4 agosto 2009 che ruolo ricopriva nella ex U.S.L. Salerno di Vallo della Lucania?

RISPOSTA - *Direttore di Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S.L. Salerno 3*..

DOMANDA - Quindi lei ricopriva l'incarico di Direttore di Dipartimento. Oltre al ruolo di Direttore di Dipartimento ricopriva qualche altra funzione?

RISPOSTA - *Direttore dell'Unita' Operativa complessa di salute mentale ubicata in Massa, quindi il primario della psichiatria pero' ubicata non in ospedale ma a Massa.*

DOMANDA - E in relazione al SPDC di Vallo che mansioni ricopriva, cioe' era ricompresa nella..

RISPOSTA - *Il reparto di psichiatria e' un'articolazione dell'Unita' Operativa di Salute Mentale di Vallo della Lucania. E' una struttura semplice con centro di riabilitazione, centro di salute mentale e puo' essere affidata anche ad un dirigente cioe' non e' e una struttura*

complessa, non c'e' la necessita' del primario. Cioe' non e' prevista la figura del primario all'interno del SPDC e siccome io in quell'epoca oltre a essere primario ero anche Direttore di Dipartimento di Salute Mentale ho provveduto a dare delle nomine dei sostituti....Io avevo delegato in mia sostituzione il dottore R[redacted] B[redacted] gia' dal 2003.

DOMANDA - Che doveva svolgere quali funzioni?

RISPOSTA - *Le funzioni proprio di responsabile in quanto doveva firmare le cartelle, programmare le ferie, seguire i pazienti, organizzare il reparto su indicazioni date pero' da me.*

DOMANDA - Ma la responsabilita' degli atti ricadeva sempre su di lei perche' il responsabile era soltanto delegato per le funzioni amministrative?

RISPOSTA - *No, perche' anche da un punto di vista assistenziale e clinica era affidata la mansione a chi mi sostituiva in quell'epoca.*

DOMANDA - Ma questa nomina al responsabile era stata ratificata, era stata in qualche modo riconosciuta?

RISPOSTA - *Si, si.*

DOMANDA - Dalla Direzione Generale, dalla Direzione Amministrativa dell'A.S.L.?

RISPOSTA - *Si, io ho invitato il nome sia al Distretto Sanitario e sia alla Direzione dell'ospedale tanto e' vero che il direttore d'ospedale aveva rapporti diretti sia per quanto riguarda i turni che le cartelle cliniche con il mio sostituto. Le ho qua, non so se si possono consegnare.*

DOMANDA - Le direttive che lei dava erano queste contenute in questo documento programmatico?

RISPOSTA - *No, le direttive venivano date anche con incontri programmati settimanali, con la formazione e l'aggiornamento. Ci sono delle linee guida anche per quanto riguarda la contenzione no, aggiornamenti sulla contenzione in SPDC, sulle responsabilita' penali dei medici che lavorano in SPDC ed e' stata oggetto didiversi aggiornamenti. In particolare nel 2007 sie' parlato quasi esclusivamente di contenzione e di emergenza in SPDC.*

DOMANDA - Lei ha organizzato questi corsi di formazione?

RISPOSTA - *Ogni anno, obbligatori..*

DOMANDA - Lei aveva una stanza, aveva un riferimento dentro questa SPDC?

RISPOSTA - *Si, all'interno della SPDC si.*

DOMANDA - Era presente ogni giorno in questo SPDC?

RISPOSTA - *No, non ogni giorno perche' la mia sede naturale non e' il reparto, e' l'Unita' Operativa di Salute Mentale, non e' l'SPDC.*

DOMANDA - Quindi lei aveva una stanza anche nel SPDC?

RISPOSTA - *Si, soprattutto per fare delle consulenze e poi ogni qualvolta mi chiamavano per delle emergenze o dei problemi.*

DOMANDA - Lei era in servizio in quel periodo?

RISPOSTA - *Fino al venerdi', si.*

DOMANDA - Il venerdi' di quale giorno chiedo scusa?

RISPOSTA - *Il 31.*

DOMANDA - Poi e' stato in servizio?

RISPOSTA - *Non ero in servizio. Sono rientrato in martedi' alle undici proprio perche' chiamato per questa spiacevole situazione.*

DOMANDA - Il martedi' di quale giorno?

RISPOSTA - *Il martedi' alle undici. Mi hanno avvertito alle nove di mattina che era morto il povero Mastrogiovanni e quindi siccome conoscevo anche loro sono andato a dare le condoglianze.*

DOMANDA - Lei e' passato quindi in quale giorno, il?

RISPOSTA - *Sono passato per dieci secondi il lunedi' perche' ho attraversato il*

reparto perche' dovevo andare al reparto di Cardiologia con una persona a me vicina, dovevo ritirare degli esami.

DOMANDA - Quindi e' passato anche per l'SPDC ?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - E' entrato nel reparto, ha visto qualcuno in particolare?

RISPOSTA - *Si, ricordo di avere attraversato il reparto, di essere entrato anche nella stanza dove era Mastrogiovanni.*

DOMANDA - E come l'ha trovato?

RISPOSTA - *Ci siamo salutati, mi ha dato la mano ricordo perche' io lo conoscevo piu' non da paziente ma piu' da non dico amico, lo conoscevo, a Acciaroli ci vedevamo insomma. Abbiamo bevuto dei caffe'.*

DOMANDA - Ah, le ha dato anche la mano?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - E le sembrava.., in che stato si trovava in signor Mastrogiovanni?

RISPOSTA - In quel momento sembrava sereno. Mi sono informato con gli infermieri perche' so che la notte precedente c'era stato un altro paziente che era stato molto male, Mancoletti. Mi ero informato, aveva la febbre a 40, non ricordo bene. In reparto era tutto tranquillo, mi sono informato della presenza di B[redacted] con cui ho parlato e mi ha detto che c'era ancora necessita' della contenzione su Mastrogiovanni perche' ancora non rispondeva ne' alle terapie e dieci minuti prima mi pare si era staccato il catetere, rifiutava la terapia,rifiutava tutto insomma. Era ancora aggressivo.....

DOMANDA - Poi ha detto che ha parlato con il dottor B[redacted]?

RISPOSTA - *Il dottore B[redacted] che era al di fuori del reparto, nella sua stanza si.*

DOMANDA - Ha saputo a quali farmaci era stato sottoposto il signor Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Era stato affidato a B[redacted] che io ritengo una persona, medico valido, mia sostituto e quindi..*

DOMANDA - Ritornando ai compiti del dottore B[redacted], il dottore B[redacted] quindi era il responsabile del reparto. In questa sua qualita' ci puo' dire i compiti del dottore B[redacted]?

RISPOSTA - *Il dottore B[redacted] era presente quasi tutte le mattine per dare una continuita' assistenziale ed organizzare sia il lavoro settimanale e sia i turni dei medici tanto e' vero che era*

l'unico medico a non fare disponibilita' proprio per dare una maggiore continuita' assistenziale all'interno del reparto; l'unico di tutti i medici a non fare disponibilita' ne' notturna ne' festiva.

DOMANDA - Volevo sapere: perche' il dottore B[redacted] pur essendo responsabile di questa struttura semplice doveva continuamente relazionarsi con lei?

RISPOSTA - *No, ma non c'era motivo. Noi ci relazionavamo almeno una volta a settimana per parlare dei casi clinici e se c'era..*

DOMANDA - Una volta la settimana?

RISPOSTA - *Almeno, almeno. Pero' ci sentivamo quasi tutte le mattine telefonicamente. Io tutte le mattine telefonavo per sapere se c'erano problemi come ho telefonato pure ad Agropoli, a Polla, un po' in tutta l'A.S.L. ma soprattutto a Vallo.*

DOMANDA - Volevo sapere: questo paziente Mastrogiovanni voi l'avevate gia' trattato negli anni precedenti? Perche' lei mi pare che da quanti anni che dirige queste strutture?

RISPOSTA - *Io sono primario dal 1994 ed aiuto responsabile dell' SPDC dal 1988.*

DOMANDA - E quindi negli anni precedenti il signor Mastrogiovanni e' stato mai ricoverato presso la vostra struttura?

RISPOSTA - *Si, a me risulta 4 o 5 volte.*

DOMANDA - Quali erano i problemi del signor Mastrogiovanni, lei li conosceva?

RISPOSTA - *Era un disturbo bipolare, uno schizoaffettivo da quello che ho potuto leggere perche' io, ripeto, non l'ho mai seguito.*

DOMANDA - E questi episodi di recrudescenza della malattia si verificano, lei l'ha detto prima, in quale periodo?

RISPOSTA - *Il periodo estivo. E' una ciclicita', una malattia di natura organica genetica.*

DOMANDA - Sa se il signor Mastrogiovanni faceva uso di sostanze stupefacenti?

RISPOSTA - *L'ho appreso dall'ultima cartella perche' ho visto che era risultato positivo ai cannabinoidi pero' non so se faceva uso frequente oppure saltuario.*

DOMANDA - Volevo sapere da lei: il signor Mastrogiovanni nei precedenti ricoveri era stato sottoposto a una procedura di TSO?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Tutti gli altri ricoveri erano stati sottoposti a procedure di TSO?

RISPOSTA - *Si, da quello che ho letto si.*

DOMANDA - Quindi lei ha visto le cartelle, ha visto anche i provvedimenti dei vari..

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Erano amministratori locali, del luogo di residenza o di altri..

RISPOSTA - *No, mi pare che l'ultimo era avvenuto a Vallo perche' era successo a Vallo della Lucania o Moio, non ricordo bene.*

DOMANDA - Il signor Mastrogiovanni era, che lei sappia, sottoposto a cure mediche da parte di un medico psichiatra?

RISPOSTA - *Che io sappia no perche' io ripeto, l'ho visto in qualche occasione al Acciaroli, abbiamo bevuto anche un caffe' assieme ma non abbiamo mai parlato di altre cose insomma.*

DOMANDA - Quindi non sa se il signor Mastrogiovanni era sottoposto a..

RISPOSTA - *Da quello che ho potuto apprendere mi sembra di no.*

DOMANDA - Lei prima ha parlato di quel documento in cui c'erano delle linee guida che lei ha dato al responsabile per quanto riguarda la contenzione dei pazienti?

RISPOSTA - *No, non e' che ho dato le linee guida. Abbiamo fatto delle formazioni obbligatorie.*

DOMANDA - Sulla contenzione dei pazienti sottoposti..

RISPOSTA - *No, sulla contenzione no. Sulla contenzione no. La formazione si, e' stata fatta piu' di una volta.*

DOMANDA - Quindi non avete mai predisposto le linee guida in materia di contenzione dei pazienti?

RISPOSTA - *No, no, perche' la linea guida a mio giudizio, posso sbagliare, e' un fatto troppo rigido che puo' essere suscettibile negli anni di revisione per cui.....*

DOMANDA - Ma queste linee guida le avete adottate, nel senso depositate presso gli uffici dell'A.S.L.?

RISPOSTA - *Si, all'ufficio formazione.*

DOMANDA - Chiedo scusa, le linee guida lei non le ha date?

RISPOSTA - *Si, sulla contenzione no.*

DOMANDA - Non le ha date?

RISPOSTA - *Esplicite sulla contenzione no.*

DOMANDA - Ne' ha recepito linee guida di altri organismi?

RISPOSTA - *No.*

DOMANDA - Volevo sapere: la sorveglianza dei pazienti che si trovavano sottoposti a contenzione come avveniva e da chi veniva effettuata?

RISPOSTA - *Allora, la sorveglianza e l'assistenza all'interno del reparto e' compito degli infermieri, del personale paramedico ed anche dal medico*

DOMANDA - Quindi la sorveglianza prevalentemente e' degli infermieri?

RISPOSTA - Si.

DOMANDA : Chi ha fatto installare queste videocamere, questo sistema?

RISPOSTA - *E' stata una mia iniziativa. Da quando sono diventato direttore di dipartimento .....dovendo gestire, organizzare e controllo, avendo anche un compito di controllo ogni tanto andavo a visionare anche le registrazioni.*

DOMANDA - Tutto quello che si faceva nel reparto compresi i controlli dei parametri vitali doveva essere riportato in cartella?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Lei aveva dato delle prescrizioni in tal senso?

RISPOSTA - *Non c'era bisogno ma e' necessario riportare perche' ogni medico sa, soprattutto per gli atti di emergenza ed urgenza quale puo' essere la contenzione, che deve essere riportata in cartella.*

DOMANDA - Lei ha potuto verificare le due cartelle cliniche del signor Mastrogiovanni e del signor Mancoletti?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Ha riscontrato delle lacune, delle difformita' rispetto alle sue prescrizioni?

RISPOSTA - *Non c'era scritto il motivo della contenzione, nonc'era scritta la contenzione. Non c'era scritto ne' in uno ne' nell'altro caso.*

DOMANDA - La responsabilita' di riempire queste cartelle di chi era?

RISPOSTA - *Del medico.*

DOMANDA - Del medico del reparto, del medico..

RISPOSTA - *Di tutti i medici presenti al momento insomma. Qualsiasi medico in servizio doveva scrivere in cartella.*

DOMANDA - E chi doveva controllare che il contenuto delle cartelle fosse quanto meno piu' possibile..

RISPOSTA - *Chi firmava le cartelle era il dottore B*[redacted].

DOMANDA - Ah, il dottore B[redacted]. Lei non ha mai firmato quindi queste cartelle?

RISPOSTA - *Io su cento cartelle ne ho firmate 5 – 6, in media.*

DOMANDA - Quindi e' il dottore Barone, titolare della struttura semplice, a dovere firmare?

RISPOSTA - *No, lui firmava su mia delega.*

DOMANDA - Firmava su sua delega?

RISPOSTA - *Io facendo il direttore di Dipartimento una volta stavo ad Agropoli, a Roccadaspide, a Sapri, negli ultimi tempi con l'accorpamento delle A.S.L. ero quasi tutti i giorni a Salerno quindi non..*

DOMANDA - Lei ha parlato prima dei neurolettici?

RISPOSTA - Si.

DOMANDA - I neurolettici rappresentavano una forma di contenzione farmacologica?

RISPOSTA - *Ma i neurolettici oltre che terapeutica danno anche una contenzione di natura chimica quindi diciamo che parecchie volte la contenzione fisica serve a ridurre la contenzione chimica perche' i farmaci in molti casi possono essere pericolosi e quindi se il farmaco da solo non agisce come deve agire si aggiunge anche la contenzione.*

DOMANDA - Quali sono gli effetti perversi, maligni della somministrazione di questi neurolettici?

RISPOSTA - *Diciamo la piu' pericolosa e' la sindrome maligna da neurolettici, l'ipertermia maligna. Ma quella si nota subito perche' c'e' l'ipertermia 40 - 41, una rigidita' che puo' essere scambiata per un'encefalite o una meningite. E' un evento raro pero' quando si verifica e' pericoloso.*

DOMANDA - E quali sono gli altri effetti?

RISPOSTA - *l'acatisia cioe' movimenti discontinui e un effetto paradosso che puo' essere anche l'agitazione. Invece della sedazione ci puo' essere anche l'agitazione o entrambe le cose.*

DOMANDA - Lei ha potuto verificare quante volte nel periodo di tempo che va dal 31 agosto fino al 3 settembre i controlli sono stati espletati sui due pazienti e in particolare sul Mastrogiovanni da parte dei medici del reparto?

RISPOSTA - *Io in cartella ho visto l'annotazione della pressione, della temperatura e di altre cose pero' io tra l'altro volevo dire che aveva anche..*

DOMANDA - Per esempio un elettrocardiogramma e' stato fatto al Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *No. E' stato richiesto ma non e' stato fatto,*

DOMANDA - Ci puo' dire quando e' stato somministrato questo neurolettico, per quanti giorni e se e' stata sospesa questa terapia?

RISPOSTA - *Allora, io ho visto in cartella che l'Entumin era stato prescritto per tre volte al giorno in prima giornata, assieme ad altri farmaci, benzodiazepina. Poi leggendo i successivi ho*

visto che soprattutto di sera non veniva somministrato perche' non c'era necessita' di sedare il paziente.

DOMANDA - E quindi il paziente si poteva presumere che fosse tranquillo?

RISPOSTA - *Si.*

PUBBLICO MINISTERO - Che cosa si dice a proposito dello stato del paziente la sera del tre perche' e' importante questo dato.

RISPOSTA - *"La terapia della sera non viene somministrata in quanto il paziente dorme",*

DOMANDA - Le risulta qualche provvedimento in materia di contenzione, se e' stata interrotta la contenzione o non risulta nulla?

RISPOSTA - *Si, mi sembra che il giorno tre di pomeriggio sia stata interrotta la contenzione per provvedere alla pulizia.*

DOMANDA - Ma risulta dalla cartella?

RISPOSTA - *No, in cartella no.*

DOMANDA - Perche' lo deduce lei?

RISPOSTA - *L'ho visto sul video.*

DOMANDA - Le risultano altre volte in cui questi mezzi di contenzione sono stati sospesi?

RISPOSTA - *A Mastrogiovanni?*

PUBBLICO MINISTERO - Si.

RISPOSTA - *Che a me risulti no.*

DOMANDA - A parte questo Entumin, il paziente Mastrogiovanni lei ha detto era uno schizoaffettivo con delle cadute di tipo maniacale mi pare che ha detto?

RISPOSTA - *Si, cicliche.*

DOMANDA - Quali sono i farmaci che si usano in questi casi per il Mastrogiovanni in particolare e in genere per questo tipo di..

RISPOSTA - *Di solito si usano neurolettici, stabilizzanti del tono dell'umore tipo il litio, pero' in casi di emergenza si pensa prima alla sedazione e poi instaurare una terapia quando il paziente e' piu'critico e quindi accetta le terapie.....; quando arriva in TSO in stato di esaltazione maniacale e' necessario somministrare terapie parenterali e siccome molti di questi farmaci non possono essere assunti se non via per parenterale quindi la scelta e'obbligata.*

DOMANDA - Ma il Mastrogiovanni all'atto del suo ingresso nel reparto presentava questi sintomi maniacali, di aggressivita' anche nei confronti degli operatori?

RISPOSTA - *Da quello che mi e' stato riferito si.*

DOMANDA - Da quello che le e' stato riferito. Lei ha detto che ha visto il video quindi..

RISPOSTA - *Apparentemente no, c'era piu' un'aggressione verbale.*

DOMANDA - Questo tipo di reazione da parte del Mastrogiovanni giustificava in base ai corsi che lei ha fatto, alle direttive che lei ha impartito, il tipo di contenzione che poi gli e' stato applicato?

RISPOSTA - *Conoscendo la storia clinica del paziente credo di sì. Credo che sia stato opportuno in quel momento anche per effettuare terapie che rifiutava e poi mi pare, sempre perche' me l'hanno riferito, c'era l'urgenza di fare degli accertamenti richiesti dai Carabinieri di Pollica che lui rifiutava.*

DOMANDA - Perche' questa contenzione si e' prolungata nell'arco di tempo di quasi tre giorni?

RISPOSTA - *Non lo so.*

DOMANDA - C'erano degli episodi di etero o autolesionismo che lei ha potuto anche sapere, conoscere,ha potuto osservare anche dal video?

RISPOSTA - *Ma quando il paziente e' contenuto almeno mi hanno riferito che era verbalmente aggressivo nei confronti del personale sia dei medici..*

DOMANDA - Ma cessata questa necessità perché e' stata prolungata questa misura?

RISPOSTA - *Evidentemente la fase di acuzie della malattia e' aumentata credo, ritengo.*

DOMANDA - Ma lei poc'anzi ha parlato di sedazione?

RISPOSTA - *La sera.*

DOMANDA - Era sedato?

RISPOSTA - *La sera.*

DOMANDA - E era tranquillo anche..

RISPOSTA - *La sera del tre. Noi stiamo parlando del tre.*

DOMANDA - Ma anche nei pomeriggi dei giorni precedenti era sedato e quindi non c'era necessita' di una contenzione. Perche' non e' stata interrotta secondo lei?

RISPOSTA - *Non lo so perche' bisogna chiedere al medico di guardia che era li' perche' ha ritenuto di dovere continuare la contenzione.*

Ha, infine confermato il D[redacted] che quando il 3 agosto 2009 aveva avuto modo di vedere il Mastrogiovanni *"il paziente era tranquillo ed era contenuto con delle fascette; aveva la possibilita' di alzarsi con il dorso tanto e' vero che gli aveva offerto la mano a cui io ho risposto. "*

Rispondendo alle domande della parte civile Mastrogiovanni, l'imputato ha confermato che nel momento in cui il paziente era stato contenuto *"stava seduto a letto.. ed era assonnato; prima che venisse contenuto "mangiava un panino mi pare".*

DOMANDA - E poi invece ha avuto modo successivamente di vederlo il tre?

RISPOSTA - *Si, passando dal reparto. Si.*

DOMANDA - Lei si e' fermato per pochi secondi nel reparto?

RISPOSTA - Io li ho calcolati: 48 secondi e per dieci secondi sono stato in camera.

DOMANDA - E quindi in quei 48 secondi lei ha avuto modo di entrare nella stanza dove era ricoverato?

RISPOSTA - Si, si. ..... c'erano in quella stanza sia Mancoletti che Mastrogiovanni.

DOMANDA - Erano entrambi contenuti?

RISPOSTA - *No, solo Mastrogiovanni.*

DOMANDA - Lei ha chiesto al medico di turno perche' fosse stato contenuto?

RISPOSTA - *Si, perche' dieci minuti prima, mezz'ora prima si era strappato catetere, rifiutava la terapia e era aggressivo.*

DOMANDA - E quando e' passato nei pressi del letto del Mastrogiovanni lei dice che gli ha dato la mano?

RISPOSTA - *Si, lui me l'ha offerta perche' ci conoscevamo esternamente, come paziente e io l'ho salutato.*

PARTE CIVILE - Avv. Mastrogiovanni -

DOMANDA - Allora, lei dice di avere visto il Mastrogiovanni e di avere ritenuto che le sue condizioni fossero buone?

RISPOSTA - *Si.....Cioè non ho notato nulla di urgente da poter intervenire. L'unica cosa era la contenzione.*

DOMANDA - Ma lei era a conoscenza che nel reparto venisse praticata la contenzione?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Lo sapeva? Anche per periodi lunghi?

RISPOSTA - *No. Per periodi lunghi, lo stretto necessarioriteneva il medico a cui era affidato il paziente. Se il medico ritiene che deve essere continuativa per, che ne so, un giorno, due giorni fino che non c'e' la risposta alla terapia ripeto, non era una scelta mia perche' io non ero all'interno del reparto, non ero di guardia.*

DOMANDA - E quindi poi lei ha riscontrato che non era stata annotata sulla cartella clinica?

RISPOSTA - Si.

DOMANDA - Questo e' capitato altre volte oppure..

RISPOSTA - *Che io sappia no. Solo in queste due occasioni.*

DOMANDA - Quindi di solito veniva annotato sulla cartella clinica?

RISPOSTA - *Ma poi se io avessi avuto nota di questo sarei andato a vedere il video. A me per quello serviva il video. Non solo serviva per monitorizzare i pazienti, ma serviva anche a me come controllo per vedere che cosa accadeva all'interno del reparto.....*

"La registrazione serviva a me e il video serviva per monitorizzare i pazienti a rischio perche'alcuni pazienti se stanno isolati reagiscono meglio alle terapie. Se ci va l'infermiere ogni

cinque minuti si possono agitare ulteriormente quindi il video, soprattutto di notte, e' importante perche' ci sono pazienti che tentano il suicidio. Pazienti a rischi gravi."

Rispondendo alle domande della parte civile UNASAM, IL D[redacted] ha ribadito che era in contatto quotidiano con i reparti che afferivano alla struttura che dirigeva e, quindi, anche con Vallo era in contatto telefonico quotidiano.

DOMANDA - Lei il 31 lei ha avuto notizia del ricovero del signor Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si, io sono..*

DOMANDA - E di quella che e' stata la terapia che e' stata adottata o per quel giorno lei non ha saputo nulla?

RISPOSTA - *Ho saputo solo del ricovero e nient'altro ...perché stavo in reparto in quel momento e poi sono andato al dipartimento, pero' poi e' stato gestito tutto..*

DOMANDA - Siccome lei ci ha detto che il 3 agosto passando per questi famosi dieci secondi nel reparto e vedendo Mastrogiovanni, lei ebbe poi modo di parlare con il dottore B[redacted] dello stato, sia pur brevemente, di Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - In quella sede lei apprese della durata della contenzione di Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *No, assolutamente no.*

DOMANDA - Non ritenne di chiedere questo al dottore B[redacted]?

RISPOSTA - *No.*

DOMANDA - Lei non chiese "ma questo da quanto tempo e' contenuto?"

RISPOSTA - *No. Il dottore B[redacted] e' una persona di mia fiducia e quindi io ritengo una persona valida che poteva gestire..*

Rispondendo alle domande del suo difensore (avv. V.Maiello) l'imputato ha confermato che il 31 luglio 2009 era in reparto ed aveva saputo della sottoposizione a contenzione da parte del dott. B[redacted] cui competevano, in virtù della delega ricevuta, i poteri di direzione e di organizzazione dell'attivita' assistenziale ed ospedaliera.

A domanda della difesa del dott. B[redacted](Avv. De Caro)il D[redacted] ha chiarito che condivideva con il dottor B[redacted] il potere di somministrare terapie e organizzare il reparto *"le cartelle cliniche le firmava lui, i turni li firmava lui e le terapie erano le sue. E io intervenivo, ripeto, io sono intervenuto pochissime volte"*.

Nel caso di specie a il 3 agosto 2009 avevano parlato dell'andamento del reparto e il B[redacted] gli aveva detto *"che c'era Mancoletti che si era ripreso e che c'era il problema di Mastrogiovanni che ancora non era rientrato dall'esaltazione maniacale e che doveva essere contenuto"*.

Ha confermato che la contenzione doveva essere annotata in cartella "essendo un atto medico" e, non avendo visionato né la cartella del Mastrogiovanni né quella del Mancoletti non aveva potuto constatare l'omissione.

L'imputato D[redacted] M[redacted] rispondendo alle domande del P.M. ha affermato di aver "preso servizio alle 19:48 - 50 circa del 31 luglio

"Io in genere quando arrivo, arrivo sempre prima in reparto - arrivavo – arrivavo sempre prima in reparto perche' sono una persona molto precisa per cui

volevo entrare sempre qualche minuto prima perche' per me era molto importante il ruolo dell'interscambio della consegna, cioe' il medico che mi precede.."

DOMANDA - E chi era questo collega?

RISPOSTA - *Era il dottore M[redacted] Il dottore M[redacted] prima mi ha spiegato che il reparto era pieno, mi sembra che erano otto o nove pazienti, e poi mi ha rappresentato due criticita': mi ha detto che c'era il signor Mancoletti che aveva un problema broncopolmonare e c'era il signor Mastrogiovanni. Del Mastrogiovanni in particolare mi diceva che, giunto in ospedale in trattamento sanitario obbligatorio, aveva manifestato nel corso del pomeriggio manifestazioni di agitazione con aggressivita', anomalie comportamentali per cui era stata disposta la contenzione a letto e che c'era stato bisogno di fare anche la terapia pomeridiana. Per cui io immediatamente ancora prima di cambiarmi, come si puo' evincere anche dai filmati, ancora prima di cambiarmi entro gia' alle 20:06 nella stanza del signor Mastrogiovanni e mi rendo conto della situazione"*.

Il signor Mastrogiovanni era sul letto, il suo letto era al lato del muro in verticale a sinistra della porta sul muro quindi dall'uscio pochi centimetri, mentre un altro

paziente si trovava sotto la finestra con il letto in orizzontale alla mia entrata. Il signor Mastrogiovanni *"era contenuto con quattro fascette, due fascette ai polsi ai lati del letto e due fascette alle caviglie"; ..."era una contenzione elastica, cioe' la fascetta non era stretta ma era lunga e inoltre permetteva anche lo scorrimento sui polsi".*

Quanto alla terapia era andato a vedere la cartella clinica del signor Mastrogiovanni ma non aveva controllato che non era riportata la contenzione *"Eh, si. La mia colpa Giudice, la mia colpa Procuratore, la mia unica colpa di quella sera e' quella di non avere controllato che non era scritto in cartella".*

"Io ho detto che ho visto la cartella clinica. Io ho visto l'anamnesi, il diario clinico, la terapia che aveva fatto, la terapia che avevano prescritto. Vi sto
dicendo che non mi sono accorto che non c'era scritta per cui io dando per scontato che c'era scritta ho continuato cosi' perche' io non posso.."

" Nella cartella clinica si evidenziava che al Mastrogiovanni all'ingresso in reparto - perche' io ho fatto delle valutazioni quella sera secondo scienza e
coscienza – gli erano state fattedue fiale di En.. da cinque milligrammi; due fiale di Trimeton che e' un anti staminico; una fiala di Entumin e siamo a cinque"

Nel pomeriggio il signor Mastrogiovanni ha fatto, come da prescrizione del dottore B[redacted] una fiala di En, una fiala di Entumin per tre quindi nel pomeriggio aveva fatto un'altra fiala di Entumin e un'altra fiala di En per cui alle ore 20:00 quando sono arrivato io in reparto aveva fatto sette fiale gia'.

Pero' io ero convinto e poi ne ho avuto la certezza dopo, che anche sul territorio avesse potuto fare delle fiale perche' anche io faccio attivita' territoriale e quando facciamo un trattamento sanitario obbligatorio facciamo anche la terapia sul territorio. ...Ne ho avuto la conferma, la dottoressa D[redacted] proprio qui ha detto che aveva fatto due fiale di Valium e una fiala di En per cui alle ore 20:00 il signor Mastrogiovanni aveva fatto ben dieci fiale per cui io la prima cosa che ho fatto, considerate le condizioni psichiche del Mastrogiovanni, considerato che abbiamo preso i parametri vitali, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, l'atto respiratorio,cioe' il paziente stava in una condizione di semi incoscienza anche se purtroppo io ho scritto "dorme".

Io mi rendo conto, io ho fatto un'estrema sintesi: *"ho scritto il paziente dorme, non viene somministrata la terapia delle ore 20:00; si somministra soluzione glucosata 500 CC e 500 di fisiologica".*

Questa e' una cosa di estrema sintesi pero' c'e' il video che puo' testimoniare tutta la mia attivita' frenetica fatta al letto del paziente e del Mancoletti.

DOMANDA - Cioe' tutti i controlli sui parametri vitali lei li ha omessi?

RISPOSTA - No, no, li ho scritti. La pressione arteriosa, la frequenza cardiaca sono stati scritti e era buona sia pressione che frequenza, erano buone.

Io dico questo:ho fatto prima la valutazione farmacologica e prima una valutazione sulla contenzione. Sulla valutazione farmacologica ho detto, ho ho detto, ho pensato secondo scienza e coscienza, il paziente e' gia' in stato di semi incoscienza, si dimena, e' ancora sub agitato per cui io ho detto non posso fare piu' terapia perche' se faccio la terapia al paziente posso determinare dei gravi problemi di tipo cardiaco, di tipo cardio vascolare perche' andiamo ad esaminare uno ad uno i farmaci che ha fatto il paziente e quali sono gli effetti indesiderati di questi farmaci Allora andiamo a parlare dell'EN. Aveva fatto gia' quattro fiale di EN da cinque milligrammi. L'En e' una benzodiazepina a lunga emivita cioe' lunga emivita significa quando il tipo di dimezzamento all'interno del nostro organismo dura piu' di 48 ore. *"....Allora gli effetti collaterali dell'En e del Valium sono che possono portare una confusione mentale, possono portare sintomi di tipo cerebellare che io vedo frequentemente perche' nel pronto soccorso dove ci chiamano spesso purtroppo per ragazzine etc. che prendono farmaci anche se si lasciano con il fidanzato e a volte pigliano farmaci a dosi indesiderate proprio di benzodiazepine, questi effetti noi li vediamo solitamente . Sono gli effetti cerebellari che sono quelli piu' pericolosi sono l'atassia. Voglio spiegare che cosa e' l'atassia. Nell'atassia il paziente deambula a gambe divaricate, il tronco oscilla a destra e a sinistra; ha gli arti superiori abiotti e tende a cadere verso l'indietro e tende a cadere di lato; alza le gambe in modo esagerato in alto e le butta avanti a dismisura, forte a terra. Questo e' uno degli effetti, l'atassia.*

Aveva fatto ben sei fiale di farmaci che portano quest'effetto collaterale. Poi porta la disartria, difficolta' nel suono della parola, porta la diplopia cioe' la visione doppia, effetti comuni del

farmaco che sono scritti sul bugiardino. Poi puo' portare ipotensione, puo' portare debolezza muscolare, puo' portare - gia' ho detto - confusione mentale. Questi sono gli effetti dell'En.

DOMANDA - Quindi lei ha pensato di non somministrare altri farmaci perche' ha ritenuto gia' abbastanza..

RISPOSTA - *Gia' ero soddisfatto. Se io facevo altri farmaci al signor Mastrogiovanni avrei raccolto a quell'ora, in quel momento solo frutti indesiderati....il signor Mastrogiovanni aveva fatto il Trimeton. Il Trimeton e' un fatto che si usa per gli stessi allergici pero' viene usato l'effetto collaterale del farmaco. L'effetto collaterale del farmaco e' la sonnolenza e la sedazione. Pero' il Trimeton porta effetti anche colinergici: porta una visione offuscata, una visione indistinta, porta vertigini e disturbi della coordinazione motoria quindi associata all'atassia, coordinazione motoria, vertigini, il paziente puo' anche cadere. Poi ha fatto anche l'Entumin. ...aveva fatto due fiale di Entumin.*

L'Entumin e' una dibenzodiazepina ed e' un farmaco neurolettico, appartiene alla classe degli antipsicotici di prima generazione. Perche' si da l'Entumin? Allora perche' non si da' solo la benzodiazepina? Perche' la benzodiazepina ti abbassa lo stato di vigilanza e seda il paziente, mentre l'Entumin deve agire come cura perche' lo scompenso psicotico -in questo caso era uno scompenso maniacale - l'ipotesi dello scompenso psicotico, dello scompenso maniacale, scompenso schizofrenico che poi sono tutti uguali i meccanismi patogenetici - c'e' un innalzamento della dopamina a livello cerebrale cioe' c'e' un'iperattivita' delle vie dopaminergiche a livello cerebrale. Che succede? Che il farmaco - e' molto semplice come fosse un fatto matematico e sicuro, certo il farmaco va a bloccare i recettori della dopamina -recettori D) due si chiamano - a livello del sistema mesolimpico dove sono molti questi recettori della dopamina per cui andando a broccare il paziente dovrebbe stare meglio. Pero'ci vogliono alcuni giorni, quattro o cinque giorni, sei giorni, alcune volte anche sette o otto giorni affinche' il farmaco funziona. Pero' il ricettore della dopamina purtroppo stanno anche in altri settori e succede che il paziente ha quegli effetti: accentuazione dei sintomi negativi della schizofrenia cioe' l'appiattimento affettivo, i disturbi della cognitivita', l'anergia, il paziente non ha piacere per le cose di tutti i giorni".

.....Volevo dire una cosa importante perche' poi e' importante perche' mi ha portato a non scontenere il paziente. Questo neurolettico agisce.....

DOMANDA - Al di la' che fosse sedato? .

RISPOSTA - *No, era sedato e al contempo agitato. Questo neurolettico agisce a livello dei recettori della dopamina e a livello della via nicro striatale. Quando blocchiamo i recettori della dopamina a livello nicro striatale abbiamo quella che si chiama la sindrome extra piramidale, cioe' noi abbiamo che ci sono sintomi extra piramidali acuti, subito nella prima giornata per cui il paziente puo' andare incontro ad acinesia o bradicinesia e tremore. Ma quelle piu' pericolose sono le distonie…….. e poi abbiamo inoltre - che forse c'era*

anche nel Mastrogiovanni - l'acatisia. L'acatisia, il paziente ha un bisogno incontrollato di muoversi: se sta in piedi va avanti e indietro, se sta seduto si deve alzare, se sta a letto tende a muoversi."

" Quindi questi sono i farmaci che aveva fatto per cui io ho ritenuto opportuno, necessario non somministrare i farmaci, sospendere la terapia e fare 500 millilitri di soluzione fisiologica e 500 millilitri di soluzione glucosata. Perche' questo? Era una serate d'estate,faceva caldo, il paziente era impossibilitato a bere, non poteva bere perche' un'eventuale ingresso di acqua..

DOMANDA - *Lei pero' l'ha idratato il paziente?*

RISPOSTA - *No, io ho idratato il paziente con un litro gia'.*

DOMANDA - *Ha pensato solo di idratarlo?*

RISPOSTA - *Allora, nelle linee guida ha bisogno di 1500 ml o 2000 ml al giorno. Io ho dato 1000ml in 12 ore quindi ho fatto questa scelta di idratare il paziente. "Ahime' io purtroppo tutte queste cose non le ho scritte, sono documentate nel video pero' io le ho fatte e veramente io non avevo nessuna ragione al mondo di non scrivere in cartella tutte queste cose, per quale motivo?! Io al paziente veramente ho fatto un'attivita' frenetica, io e i miei infermieri.*

Circa le modalità della contenzione l'imputato D[redacted] ha chiarito che il Mastrogiovanni "*si poteva sedere sul letto, poteva incrociare le gambe, poteva muovere le gambe e i piedi. Allora io pero' anche sulla contenzione ho fatto una valutazione, io ho messo sul piatto della bilancia quali erano i danni da una contenzione se il paziente rimaneva contenuto e quali erano i danni al paziente se io toglievo la contenzione.*

Io ho fatto questo bilanciamento e ho valutato che c'erano gravi rischi se io scontenevo il paziente, era il grave rischio della caduta perche' i farmaci, l'Entumin, puo' portare come effetto collaterale anche l'ipotensione ortostatica cioe' quando si passa dalclinostasismo all'ortostatismo.

Poi puo' portare vertigini, puo' portare la diplopia. Allora, gia' il paziente aveva a volte chiusi e a volte sbarrati, poici puo' essere la diplopia, poi ci puo' essere la visione offuscata.".

Quanto alla contenzione, il D[redacted]ha ricordato che il codice deontologico del medico all'art. 3 dice che il medico deve tutelare la vita della persona, la sua salute fisica e la sua salute psichica; allo stesso modo la posizione di garanzia che il medico deve avere nei confronti dell'ammalato, al fine di preservarlo dai rischi che ne possono ledere la sua integrita' impone al medico di mettere in opera a volte dei meccanismi che possono essere anche non terapeutici in questi pazienti ma se sono tesi alla salvaguardia del bene comune, cioe' la salute della persona, sono degli atti medici.

Ecco perche la contenzione se praticata *"per finalita', come fine di salvare la vita alla persona, di preservare la sua vita quando il paziente puo' essere dannoso per se' e per gli altri, non e' un atto terapeutico perche' non e' che guarisco pero' diventa un atto medico".*

L'imputato ha concluso il suo esame ricordando di essere andato via l'indomani verso le otto e mezza e che le condizioni del Mastrogiovanni erano di stabilita' intesa come *"uno stato di sub confusione con agitazione".*

Rispondendo alle domande della parte civile (avv. C. Mastrogiovanni) circa la possibilità per il paziente di essere scontenuto parzialmente e controllato il D[redacted] ha chiarito: *"allora, le sbarre laterali, anche le linee guida dicono no alle sbarre laterali perche' con le sbarre laterali in un paziente agitato, semi incosciente che si dimena, se le scavalca cade da un'altezza non da un metro ma da due metri. Poi il paziente puo' mettersi gli atti all'interno, fa leva e si frattura il femore oppure puo' mettere addirittura la testa dentro e si fa male. E' proprio una cosa sconsigliata. Mentre il Mancoletti, perche' ce le ha il Mancoletti? Ma avete visto il video del 31 del Mancoletti? Il Mancoletti e' sereno a letto, se ha messo quelle sbarre e' magari perche' inavvertitamente girandosi poteva cadere dal letto. Ma e' chiaro, e' una persona serena, tranquilla. Io mi fermo tantissime volte a parlare con il Mancoletti perche' e' una persona serena, che sta bene da un punto di vista psichico; purtroppo aveva problemi broncopolmonari.*

Ha poi ribadito che *"il paziente si e' mosso, si poteva muovere. .... era in stato di semi incoscienza. Non si agitava perche' era contenuto, era agitato perche' aveva la malattia ancora di base e perche' aveva fatto tutti quei farmaci che portano come effetti collaterali anche l'agitazione*

ed anche i movimenti inconsulti."…..era una persona incosciente, non era lucido. Non era assolutamente lucido. Guardate non era lucido; vedete il video, sta con gli occhi a volte sbarrati, chiusi, non e' una persona lucida."

Ha comunque escluso di aver mai praticato una contenzione per piu' di 12 ore ed ha ribadito che doveva essere va annotata nella cartella clinica .

L'imputato B[redacted] D[redacted] nel corso del suo interrogatorio del 14.4.2012 ha ammesso che, in qualità di *"aiuto anziano"* dell' SPDC dell'ospedale di Vallo della Lucania, sostituiva il primario quando questi era assente "per le cose urgenti, non per la programmazione o per altre cose" senza però assumere la qualifica di *"responsabile"* della struttura diretta dal dott. M[redacted] D[redacted].

In proposito ha spiegato che ' il *responsabile di una struttura prende delle decisioni che vanno rispettate anche se il direttore dell'unita' operativa non e' d'accordo perche' appunto come dice il nome, responsabile significa che io prendo una decisione nel reparto a prescindere dal direttore dell'unita' complessa perche' ho la responsabilita'".*

"Nel caso di Vallo non potevo farlo perche' se io pigliavo una decisione - a parte che non lo facevo perche' tra me e il dottor D[redacted] c'e' sempre stato accordo perfetto quindi non si e' mai verificato - pero' se io avessi preso una decisione il dottor D[redacted] quando rientrava poteva annullarla tranquillamente e fare come diceva lui. Invece il responsabile no. Anche se diciamo non e' un primario ma comunque ha una sua autonomia".

Ha ricordato che il 31 luglio 2009 aveva ricoverato il signor Mastrogiovanni che era stato accompagnato in ospedale dalla dottoressa D[redacted] per T.S.O, trattamento sanitario obbligatorio con ordinanza di convalida del Sindaco di Pollica

Quel giorno, il 31 luglio 2009 il dottor D[redacted] era presente nel reparto, era stato informato del ricovero *" ed entro' pure a vedere il paziente"*.

Avava autonomamente scelto il trattamento terapeutico informandone il D[redacted] considerando *che il paziente era in uno stato psichico di marcata alterazione in particolare dell'umore, cioe' un'innalzamento patologico del tono dell'umore che faceva parte del suo disturbo che aveva da tanti anni"* tant'è vero che aveva subito altri 2 o 3 ricoveri..

PUBBLICO MINISTERO

DOMANDA - Che disturbi aveva il signor Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Disturbo noi l'abbiamo diagnosticato come schizoaffettivo cioe' e' un disturbo che ha una componente a carico dell'umore cioe' con degli abbassamenti patologici del tono dell'umore e degli innalzamenti patologici del tono dell'umore, che oscillano con una certa ciclicita'. Credo che nel caso del signor Mastrogiovanni fossero piu' frequenti nel periodo estivo forse latentizzati da alcune abitudini di vita particolari, l'uso di qualche sostanza, che non e' che causavano la patologia ma sicuramente potevano far precipitare questi episodi ricorrenti. E in quella fase era in una fase di innalzamento del tono dell'umore.*

Oltre a questo, perche' parliamo di schizoaffettivo e non solo di affettivo? Perche' c'e' anche una componente di tipo schizofreniforme anche se il disturbo non e' schizofrenico cioe' una componente con delle patologie a carico del pensiero - cioe' i deliri, quando uno crede delle cose che non sono vere - e una patologia a carico della percezione cioe' le allucinazioni, quando uno sente, vede delle cose che non sono vere, che non esistono.

DOMANDA - Ha disposto qualche mezzo terapeutico particolare?

RISPOSTA - *Ho disposto inizialmente la terapia iniettiva perche' non accettava molto facilmente la terapia.*

Successivamente aveva ordinato la contenzione perche'"*credo un'oretta dopo che fosse stato ricoverato il paziente, chiamarono i Carabinieri credo di Pollica se ricordo bene, comunque dei Carabinieri e mi chiesero di disporre il prelievo urinario per la ricerca delle sostanze di abuso, alcool e droghe perche' volevano in qualche modo vedere la patente se dovevano toglierla o non toglierla. Allora per fare il prelievo visto che il paziente doveva urinare e non voleva urinare spontaneamente ma non perche' si rifiutasse, nello stato*
in cui stava non voleva, non acconsenti' ad urinare per cui diedi la disposizione agli infermieri di cateterizzarlo. Per cateterizzarlo, cioe' perl'introduzione del catetere nell'uretra, fu necessaria

la contenzione.

DOMANDA - Quindi per questo motivo fu contenuto?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Ma poi furono tolti i mezzi di contenzione dopo aver fatto questo atto?

RISPOSTA - *Allora, io debbo chiarire che diedi io l'ordine di disporre la contenzione, praticare il prelievo urinario per inviare al laboratorio questo campione etc., pero' la contenzione materialmente avvenne non in mia presenza perche' credo che e' avvenuta dopo che io lasciassi, abbandonassi il reparto nel senso che ci fu il cambio turno. Sicuramente la contenzione che disposi io non avvenne pero' sotto i miei occhi per cui anche per questo mi dimenticai di annotarla in cartella.*

DOMANDA - E chi la eseguì poi materialmente la contenzione, il medico subentrante chi era?

RISPOSTA - *Il dottore M[redacted]Pero' ricordo di aver detto io agli infermieri di fare questa contenzione per fare il prelievo ed inviare subito al laboratorio questo prelievo come da richiesta dei Carabinieri.*

Nel corso del successivo turno del 2 agosto 2009 ore 8,00-14,00 il Mastrogiovanni ancora era *"delirante, cioe' pensava delle cose che non erano vere; era almeno verbalmente - perche' solo cosi' poteva fare visto che era contenuto -aggressivo ed ancora non accettava la terapia".*

DOMANDA - Quindi diciamo la contenzione continuava il due?

RISPOSTA - *Nel mio turno si.*

DOMANDA - E qual era la motivazione?

RISPOSTA - *Le motivazioni erano diverse. Non piu'ovviamente quella del prelievo che avevamo fatto. Allora innanzitutto dobbiamo dire che il signor Mastrogiovanni era un paziente a noi noto e quindi nel corso dei precedenti ricoveri avevamo studiato l'andamento della patologia che tipicamente, quando veniva, quasi sempre per T.S.O., quindi contro la sua volonta', lui aveva questi 3 - 4 -5 giorni - perche' quando veniva non faceva terapie, quindi era completamente privo di terapia farmacologica - per rientrare da queste fasi in genere impiegava dai 3 ai 5 giorni dopo di che lui poi prendeva la terapia. Quindi stava nel reparto volontariamente, stava altri due o tre giorni e poi veniva dimesso normalmente....*

Era tipico questo fatto di rientrare solo dopo due, tre, quattro, cinque giorni dall'inizio del ricovero. Per cui i motivi per cui ho mantenuto almeno per quello che riguarda me nei miei turni

per questi motivi: uno perche' il paziente non accettava la terapia e quindi ogni volta avremmo dovuto immobilizzarlo e vista la scarsita' del personale e vista la prestanza fisica del signor Mastrogiovanni avremmo dovuto chiamare le guardie giurate e tutto il resto e quindi sarebbe stato un problema. Secondo perche' con questo tipo di farmaci si va soggetti come effetto collaterale al fenomeno della cosiddetta ipotensione ortostatica cioe' un brusco calo della pressione arteriosa quando si passa bruscamente dalla posizione a letto diciamo distesa a quella in piedi, per cui capita spesso che ilpaziente alzandosi abbia questo calo di pressione e puo'cadere diciamo perdendo l'equilibrio e procurarsi delle fratture insomma, dei traumi etc..

.....io, l'ho visto io, sia a letto che nelle telecamere, nei monitor, nelle telecamere - era ancora minaccioso e quando si avvicinava qualche infermiere lui usava parole minacciose ma ovviamente non perche' lui era cosi'ma perche' in quella fase.."

DOMANDA - Quali erano i mezzi di contenzione?

RISPOSTA - *Le fascette in dotazione dell'ospedale.*

DOMANDA - Erano legate in maniera blanda diciamo?

RISPOSTA - *Diciamo erano legate ai polsi e alle caviglie ovviamente con l'imbottitura quindi non potevano provocare delle lesioni*

DOMANDA - Aveva una sorta di liberta' di movimento?

RISPOSTA - *Molto, ma infatti in un'occasione giustamente, si voleva alzare, lui se ne e' sceso proprio sotto al letto mettendosi quasi a sedere ai piedi del letto, quindi voglio dire, aveva ampia liberta' di movimento.*

DOMANDA - Perche' non avete riportato in cartella l'uso di questi mezzi di contenzione? La prima volta lei si e'dimenticato; la seconda volta perche' non l'ha riportato?

RISPOSTA - *Credo che sia stato - parlo per me - un effetto della prima dimenticanza anche perche' non avevano nessun motivo per non scriverlo. Voglio dire la contenzione e' una cosa che si fa abitualmente.*

DOMANDA - Di solito la scrivete in cartella?

RISPOSTA - *Generalmente si. E' una cosa che si fa in tutti i reparti di psichiatria e non e noi non avevano nessun motivo per non scriverla.....non e' che io non scrivendo la contenzione arreco un danno al paziente perche' se gli faccio una terapia farmacologica e non la scrivo, viene il mio collega la puo' ripetere e poi si sommano. Se io contengo il paziente e non lo scrivo, arriva il medico che mi da' il cambio, lo vede contenuto e puo' decidere se tenerlo contenuto o scioglierlo. Oppure nel nostro reparto come lei sa c'erano delle telecamere che riprendevano tutti i pazienti, anche il corridoio,l'entrata, l'uscita, etc. C'erano nove monitor nell'infermeria dove in presa diretta si poteva vedere il paziente che era contenuto ma poi c'era una registrazione che credo durasse sette giorni per cui era a garanzia della trasparenza di quello che veniva fatto in reparto, per cui non avevamo nessun motivo per non scriverlo visto che c'erano le telecamere e visto che la registrazione durava sette giorni e visto che le porte erano aperte voglio dire, passando in corridoio si vedeva che il paziente era contenuto oppure guardando nei monitor si vedeva che il paziente era contenuto.*

Proseguendo nel suo esame l'imputato Barone ha ricordato che nel corso del successivo turno del 3 agosto 2009, ore 08:00 - 14:00 era stato presente in reparto anche il dott. Di Genio.

DOMANDA - Il signor Mastrogiovanni era ancora contenuto?

RISPOSTA - *Si, il lunedi'comunque continuava la sintomatologia e credo di averlo pure riportato nel diario clinico; ancora riportava questa sintomatologia delirante con rifiuto della terapia e mi riferi' un infermiere che cosi' con la mano aveva fatto segno ti sparo se mi fai la terapia, quindi diciamo necessitava ancora delle terapie.*

DOMANDA - Avete fatto altri tipi di accertamenti sul paziente quella mattina?

RISPOSTA - *Ha fatto un prelievo per gli esami di routine che io avevo prescritto il giorno del ricovero.*

DOMANDA - Avete verificato poi l'esito di questo prelievo?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - E che risultava dottore?

RISPOSTA - *Io non vorrei.., qua non ricordo bene. Sicuramente io ho letto queste analisi, non so dirle pero' quando ne ha preso visione perche' non credo che arrivarono, non potevano arrivare*

stesso quella mattina in reparto quindi non so se le ho viste dopo. Prima avevo visto quelle del prelievo urinario che diciamo confermava la presenza di THC cioe' i tetraidrocannabinoidi che sono i principi attivi dei cosiddetti spinelli, delle canne.

DOMANDA - Lei dopo non ha piu' rivisto il paziente Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *La mattina successiva purtroppo era gia' deceduto.*

DOMANDA - Ma lei ha constatato il decesso?

RISPOSTA - *No, l'avevano gia' constatato prima di me la dott. ssa R[redacted]*

A domanda della parte civile (avv. C. Mastrogiovanni) l'imputato ha confermato che il giorno tre agosto aveva avuto modo di incontrare il dottor D[redacted] nel reparto e gli aveva parlato delle condizioni del Mastrogiovanni?

DOMANDA - E ci puo' dire che cosa gli ha riferito?

RISPOSTA - *Lui l'aveva visto, anzi forse quel lunedi'mattina siccome nel reparto c'era sempre un medico alla volta per scarsita' di personale e non due medici come abitualmente si deve fare, cioe' uno che si occupa del reparto ed uno che copre le emergenze, quindi le consulenze nel pronto soccorso e negli altri reparti, quella mattina in particolare ricordo bene che ci fu molto molto da fare ... quindi ne parlammo con il dottore D[redacted], ci scambiammo un po' le idee.*

DOMANDA - Quindi era possibile che il dottor D[redacted] quando aveva contezza di una certa terapia di un determinato paziente cambiasse questa terapia?

RISPOSTA - *Il dottore D[redacted] quando era lui presente la'poteva cambiare perche' essendo il primario aveva lui diciamo.., o meglio, l'ultima parola la diceva lui.*

Sempre rispondendo alle domande della parte civile l'imputato ha chiarito che nel reparto di psichiatria non erano state adottate delle linee guida sulla contenzione; ha, altresì escluso di aver notato delle lesioni profonde ai polsi e alle caviglie del Mastrogiovanni ma, presa visione dei rilievi fotografici non ha potuto non affermare: "*queste sono delle lesioni, per carita'*" ed ha aggiunto "io *in vita non ho mai visto lesioni cosi' dei pazienti anche perche' le fascette sono imbottite nel senso che hanno una imbottitura. Non me lo spiego*".

Ha ammesso ancora di non aver verificato di persona se il Mastrogiovanni fosse stato alimentato né di averlo chiesto agli infermieri perche' *"poi sapevo che comunque aveva la terapia infusiva permanente."*

Rispondendo alle domande dell' Avv. Ferrara, l'imputato ha affermato di aver sicuramente visto il Mancoletti contenuto o ad uno o a due polsi in qualche momento perche' era difficile praticare la terapia per flebo ma non ha saputo spiegare perché la contenzione non fosse annotata nella cartella

In ordine alle cause del decesso il B[redacted]ha escluso che si sia trattato di una *morte per contenzione perche' voglio dire, non vedo proprio il meccanismo patogenetico. Credo sia subentrata una morte cardiaca, una morte improvvisa, morte elettrica cardiaca, che non da' ne' prodromi nel senso dei sintomi che precedono la morte come infatti l'edema polmonare - penso che sia stato detto meglio di me dai medici legali - assolutamente si puo' escludere perche' ha delle manifestazioni drammatiche che precedono l'exitus di alcune ore quindi sicuramente quello va escluso perche' se ne sarebbe accorto tutto l'ospedale perche' e' rumorosa, c'e' una schiuma quindi una serie di cose. Quello che posso dedurre una morte cardiaca magari come puo' succedere pure a una persona sana che sta in mezzo alla strada."*

L'imputato B[redacted]R[redacted]nel corso del suo interrogatorio del 14.4.2012 premesso di essere dirigente medico a tempo determinato ha precisato, rispondendo alle domande del P.M. di aver svolto in ospedale, presso io reparto di psichiatria, il turno del primo agosto tra le ore 08:00 e le ore 20:00 e poi il turno notturno del due agosto, tra le 20:00 e le ore 08:00 quando erano ricoverati sia il Mastrogiovanni che il Mancoletti.

Il primo faceva una terapia a base di Entumin, quindi clotiapina tre fiale al giorno e di En che e' dolorazepam che e' un ansiolitico.Detti farmaci erano stati prescritti dal dottore B[redacted]all'atto del suo ingresso in t.s.o..

DOMANDA - Volevo sapere da lei: queste prescrizioni, lei e'intervenuto sulle prescrizioni cioe' ha modificato le prescrizioni oppure le ha seguite pedissequamente?

RISPOSTA - *Allora, non le ho seguite pedissequamente ne' le ho modificate. Diciamo che vorrei fare osservare che in realta' io ho fatto due valutazioni delle due giornate, quindi nei due turni in cui ho lavorato. Il primo giorno rientravo da questo periodo di ferie ma questo non ha molta importanza naturalmente, verificai le condizioni, rispettivamente le condizioni del signor Mastrogiovanni e mi vennero date le consegne dal dottore D[redacted] che aveva fatto il turno notturno. Mi vengono spiegate un po' le condizioni generali del paziente, le modalita' del ricovero quindi diciamo mi viene descritto questo stato di eccitamento su base maniacale probabilmente. Poi anche all'esame diciamo,come dire, ispettivo il paziente non era accessibile al colloquio quindi era confuso sicuramente, agitato.*

Si dimenava sul letto, era contenuto quindi questa era una cosa che in quel momento lo poneva in una situazione di maggiore attenzione, andava attenzionato maggiormente. In considerazione di questo stato di confusione e di agitazione, di non accessibilita' al colloquio quindi incapacita' di stabilire una relazione medico - paziente e del fatto che fosse contenuto, ritenni anche opportuno con l'ausilio degli infermieri chiaramente che lo fecero fisicamente, quindi lo fecero loro, di trasportare il paziente Mastrogiovanni dalla stanza in cui si trovava che era una stanza grosso modo a meta' del reparto, nella stanza davanti all'infermeria. Questo naturalmente non cambiava la sostanza dei fatti rispetto alla possibilita' di vedere dai monitor perche' i monitor erano presenti in tutte le stanze, pero' metteva Mastrogiovanni in una posizione di maggior visibilita'sia perche' era di fronte all'infermeria, si trovava in una stanza dove c'era gia' un altro paziente che era.., diciamo che riceveva cure particolari perche'erano i due pazienti piu' importanti in quel momento

nel reparto per cui diciamo entrambi messi in questa stanza erano maggiormente controllabili e verificabili le loro condizioni dal punto di vista sia fisico che psichico.

DOMANDA - Volevo sapere: quindi la contenzione per il Mastrogiovanni era stata disposta per quale motivo?

RISPOSTA - *Allora, io trovai il signor Mastrogiovanni gia'contenuto. E rispetto a questo e' ovvio che devo ammettere di non avere fatto nessun tipo di operazione ne' di correzione ne' di revoca della contenzione stessa, ma questo ormai e' un dato mi sembra abbastanza scontato. Diciamo che in un primo momento e quindi durante l'osservazione che feci poi nel corso delle 12*

ore del sabato, il paziente continuava a manifestare questo stato diciamo di alterazione psichica su base confusionale. Probabilmente in quel momento c'era ancora un residuo di effetti delle sostanze che aveva assunto, non sappiamo in quale dosaggio e in quale attivita' ma sicuramente c'era una positivita' all'assunzione di sostanze.

Mi viene descritto sia dal dottor D[redacted] che l'aveva avuto in consegna nel turno precedente sia dalle informazioni che chiesi agli infermieri che lo conoscevano sicuramente meglio.

Ebbi quindi le consegne e *mi feci l'idea che fosse un paziente nella sfera del disturbo bipolare ocomunque del disturbo schizoaffettivo. Quindi nell'ambito di quella che nella vecchia psichiatria si chiamava ciclotimia quindi con alterazioni o periodiche o stagionali del tono dell'umore con fasi maniacali e fasi depressive*

L'imputato ha chiarito che la contenzione non era stata annotata in cartella clinica per superficialità: "*non c'era motivo di occultare una cosa del genere ne' c'era l'intenzione ma ne' c'era diciamo il motivo perche' ci fosse questo tipo di nascondimento. Se vogliamo giudicarla adesso, dopo e'stata una superficialita'*".

DOMANDA - Lei ha potuto vedere se il Mastrogiovanni e' stato mai slegato da questi mezzi di contenzione per brevi o prolungati periodi di tempo?

RISPOSTA - *Allora, nel mio turno il paziente e' stato soltanto, come dire, durante la fase di pulizia del letto nella mattina del sabato e' stato diciamo temporalmente brevemente decontenuto ma chiaramente questo non toglie rispetto al fatto che comunque la contenzione e' stata comunque continua. Questo non lo ritengo come una decontenzione.*

Ha proseguito: " *io ho trovato il paziente sempre in uno stato di agitazione. Si dimenava continuamente sul letto. E' ovvio che in certe occasioni potremmo osservare dei momenti diciamo di requie. Questo non toglie che la crisi era in atto. Ora, nel primo*
turno, nel turno del sabato io ho trovato in atto questa contenzione che di per se' ritenevo necessaria quindi mi sembrava comunque per quello che stavo vedendo..,
e con una terapia valida. La terapia con l'Entumin che e' una terapia valida voglio dire, indicata per gli stati di agitazione psicomotoria soprattutto se poi associati diciamo a fasi maniacali o altri

tipi di scompensi di natura psicotica. In quel momento il paziente mi sembrava del tutto, come dire, incompatibile il fatto che lui potesse essere tenuto
con quella terapia senza una contenzione proprio perche' dovevamo aspettare che la terapia stesse facesse l'effetto e quindi che ottenessimo gli effetti benefici della terapia stessa".
L'imputato ha ribadito che la contenzione è *atto medico* anche se i medici si avvalevano degli infermieri per il controllo del paziente contenuto.
Comunque nel momento in cui aveva preso contatto con il paziente non ritenne " *che ci fossero urgenze di tipo clinico tali da dovere richiedere un'attenzione particolare fermo restando che era un paziente contenuto e che quindi andava tenuto sotto controllo".*

Quanto al Mancoletti, il B[redacted]na ricordato che era affetto da uno stato depressivo, ma in quel momento era particolarmente preoccupante per la condizione broncopolmonare, il fatto infettivo di cui era portatore. Ed infatti la contenzione era stata disposta perchè c'era stato qualche problema con la terapia infusiva che naturalmente andava fatta nell'avambraccio.
Rispondendo alle domande della parte civile (Avv. Mastrogiovanni)- l'imputato ha affermato:" le assicuro che la valutazione che ho fatto io ma che credo abbiano fatto tutti i colleghi pero' parlo per me, e' stata quella di valutare una situazione che era all'apice dello scompenso maniacale, dello scompenso psicotico. Quello che noi dovevamo cercare di ottenere era una risoluzione di questa crisi che di solito si risolveva nell'arco di 4 - 5 - 6 giorni, questo poi dipende dalle situazioni, ogni ciclotimia poi ha una sua temporalita', una sua cronologia. Quindi non c'era la necessita' di controlli continui.
Ha spiegato di aver ritenuto di non dovere mai scontenere il Mastrogiovanni nel corso dei suoi turni di servizio affermando: *"Allora, il sabato diciamo che potrei distinguere la cosa, ho fatto due valutazioni se vogliamo diverse. Il sabato mi trovavo in una situazione di un paziente in piena espansione dell'umore con questo stato di agitazione e questa confusione, quindi questa inaccessibilità..La terapia, era una terapia - questa con l'Entumin, questa con l'En - valida e corretta...comunque il paziente continuava a essere agitato, poteva andare incontro a cadute, c'era il rischio che potesse cadere, che potesse battere la testa, che potesse farsi realmente male*

fermo restando che di solito nei pazienti con un'elevazione maniacale dell'umore ci possono essere dei comportamenti che a volte possono essere di natura etero aggressiva, autolesiva. Questo naturalmente e' una cosa che mettiamo in conto, non una cosa che si e' verificata e che si sarebbe verificata sicuramente."

"Per quanto riguarda la notte della domenica io sono uno di quei medici che non ha somministrato la terapia notturna ma non perche' il paziente dormisse o perche' il paziente fosse tranquillo... Il mio intervento e' stato di una sospensione temporanea per valutare un pochettino che cosa potesse comportare quella sospensione stessa. Nel dovere scegliere se sospendere la contenzione o se sospendere la terapia per quello che in quel momento mi era consentito, avrei potuto anche cambiare completamente la terapia ma non si cambia completamente una terapia nel turno notturno.....In quel momento ho valutato che era una terapia che era gia' stata somministrata in un dosaggio pieno anche se non, come dire, eccezionale e che probabilmente andava in qualche modo verificato se la non terapia potesse comportare dei cambiamenti nel quadro psicopatologico." .....

"Al contrario, anche se noi parliamo di un tempo di durata della contenzione, la contenzione non va in accumulo.

La contenzione dura ed allora dopo possiamo dire e'durata 3 - 4 - 10 - 50 - 80 - 100 ore ma non va in accumulo, perlomeno. Mentre i farmaci vanno in accumulo e quindi io in quel momento ho valutato di sospendere la terapia farmacologia e di non sospendere la terapia chiamiamola tra virgolette terapia meccanica".

DOMANDA - Interrompendo questa continuita' terapeutica della somministrazione della terapia, non ci potevano essere dei problemi?

RISPOSTA - *Che tipo di problemi?*

DOMANDA - Problemi che ci metteva di piu' a rientrare il tipo di..

RISPOSTA - *Si, e' vero ma la fase maniacale..*

DOMANDA - E quindi sarebbe durata ancora di piu' la contenzione?

RISPOSTA - *Beh, se vogliamo metterla in questi termini diciamo che la contenzione e' stato un errore sulla terapia ma..*

DOMANDA - In che senso?

RISPOSTA - *Nel senso che se per qualche motivo erano gli effetti collaterali a peggiorare il quadro psicopatologico, la contenzione sembrava servire a questo. Ma io ho cercato di fare un intervento parziale, temporaneo probabilmente inutile rispetto al fatto che comunque il paziente stava gia' facendo una terapia adeguata perche' 80 milligrammi non e' un sottodosaggio cosi' come 120 milligrammi non sono un*

sovradosaggio. Nel caso specifico, cosa che poi non ho potuto verificare, ho saputo che poi in realta' quella non somministrazione ha, come dire, avuto un effetto di "rebaund?" il giorno dopo per cui c'e' stato un rimbalzo, il paziente era di nuovo molto piu' delirante e molto piu'minaccioso.

Quanto al Mancoletti ha chiarito di averlo lasciato" *contenuto perche' ritenni che non c'erano motivi fatto per revocare quella contenzione che in quel momento era utile, necessaria a somministrare la terapia stessa. Il paziente stava gia' facendo una terapia adeguata perche' 80 milligrammi non e' un sottodosaggio cosi' come 120 milligrammi non sono un sovradosaggio. Nel caso specifico, cosa che poi non ho potuto verificare, ho saputo che poi in realta' quella non somministrazione ha, come dire, avuto un effetto di "rebaund?" il giorno dopo per cui c'e' stato un rimbalzo, il paziente era di nuovo molto piu' delirante e molto piu'minaccioso.*

Voglio dire, il signor Mancoletti poi fu curato probabilmente anche grazie a quella giornata di contenzione. Ha fatto la sua terapia, e' stato bene, grazie alla terapia sia da un punto di vista broncopolmonare, credo che non ci sono state altre ricadute e credo anche da un punto di vista psichiatrico, perlomeno fu dimesso in buon compenso

Gli interrogatori degli infermieri:

F[redacted] G[redacted] – infermiere del reparto di psichiatria ha osservato, durante il ricovero del Mastrogiovanni il seguente turno di lavoro:

domenica 2.8.2009 dalle ore 8,00 alla ore 14,00;

lunedì 3.8.2009 dalle ore 14,00 alle ore 20,00.

Dal video e dalle dichiarazioni del consulente dott. E. Mainenti si evince che nel corso del turno del 2 agosto entrò nella stanza del Mastrogiovanni ben 26 volte e nel turno del

3 agosto 20 volte provvedendo anche alla pulizia personale del Mastrogiovanni e del Mancoletti e fu l'unico che slegò il braccio sinistro del Mastrogiovanni.

In sede di interrogatorio dinanzi al G.I.P. dell'11.12.2009 e, poi al dibattimento ha dichiarato testualmente: *"mi sono chiesto un po' con i colleghi e con i medici"..era legato perché in T.S.O., non è detto che in T.S.O. venga per forza legato.*

"Le condizioni aggressivo, non partecipante, diciamo così a pigliarsi la terapia, e quindi è stato legato questo Mastrogiovanni. .."in effetti si dimenava, anche quando andavo a misurare la pressione si faceva fatica a misurarla"

Rispondendo alle domande in ordine alla necessità del mantenimento della contenzione l'imputato ha espressamente affermato: *" in effetti, io se dipendeva da me l'avrei anche fatto, però siccome in passato i primi anni che sono venuto a Vallo qualche volta di mia iniziativa ho slegato un paziente e sono stato richiamato verbalmente....il medico mi ha detto di no".*

In ogni caso le fascette con le quali era contenuto ai polsi e alle caviglie erano blande tant'è vero che poteva muoversi con il tronco.

In merito poi alla presenza di lesioni ai polsi ed alle caviglie del Mastrogiovanni, ha ammesso di aver verificato nel turno del 3 agosto degli arrossamenti al polso, *"erano più che altro delle escoriazioni"*, di aver provveduto a lavare il paziente e di averlo riferito al dott. M[redacted] *"non lo so, però penso che sia andato a vederle".*

Ha infine ammesso di aver controllato una o due volte la pressione senza constatare alcunché di anormale o problemi respiratori; cercato di avere un colloquio con il paziente, *"lui però non mi ha risposto, ovviamente faceva soltanto segni con la testa".*

Ha comunque confermato che la contenzione era stata disposta dal dott. B[redacted] perché il Mastrogiovanni *"era confuso epoi si doveva mettere la flebo, l'endovena"; "non contenerlo era un problema".*

L[redacted] A[redacted] infermiere del reparto di psichiatria ha osservato, durante il ricovero del Mastrogiovanni il seguente turno di lavoro:

1°agosto 8,00 – 14,00

In sede di interrogatorio dinanzi al G.I.P. dell'11.12.2009 acquisito in atti ex art. 513, 2°comma c.p.p., essendosi l'imputato avvalso della facoltà di non rispondere al dibattimento,premesso di conoscere il Mastrogiovanni sin di precedenti ricoveri ha ammesso di avergli *"cambiato i polsetti"* in quanto quando aveva cominciato il suo turno il 1° agosto il paziente era già contenuto ed ha chiarito che *" anche se erano legati polsi e caviglie..comunque si poteva muovere"; "sul letto si muoveva tant'è vero che noi lo vediamo molte volte con le gambe fuori dal letto"*.

Interrogato in ordine alla cartella clinica, ha precisato che" era redatta solo dai medici che si susseguivano nei turni" ed era conservata nella stanza dei medici. *"Della stessa fa parte anche il diario clinico ove vengono annotate le condizioni del paziente mentre i farmaci che vengono somministrati vengono riportati nel registro delle consegne. La scheda terapeutica indica, invece, la terapia cui è sottoposto il paziente ma non la contenzione che risulta invece dalla cartella clinica"*

Ha dichiarato che non vi erano invece delle linee guida su come effettuare la contenzione che solo dopo il decesso del M. erano state adottate nel reparto di psichiatrai di Vallo.

In ogni caso sia la decisione di contenere un paziente che quella di scontenerlo era rimessa esclusivamente ai medici ed era generalmente disposta quando presentava un atteggiamento particolarmente violento ed aggressivo, come tale pericoloso per la sua incolumità e per quella degli altri.

Quanto al Mancoletti non sapeva però spiegare come mai fosse stato contenuto pur non essendo violento.

C[redacted] D[redacted] M[redacted]

Infermiera del reparto di psichiatria ha osservato, durante il ricovero del Mastrogioganni il seguente turno di lavoro:

3.8.2009 dalle ore 8,00 alla ore 14,00;

Sentita dal G.I.P. in data 11.12.2009, premesso di svolgere il ruolo di caposala, ha chiarito che il 3.8.2009, all'inizio del suo turno si era trattenuta in Direzione Sanitaria. Giunta in reparto verso le ore 11,00 il medico di guardia dott. R[redacted] B[redacted] l'aveva incaricata di comunicare ai Carabinieri l'esito delle analisi svolte sull'urina del Mastrogiovanni per accertare la eventuale presenza di droghe. Quel giorno, pertanto, non aveva svolto alcuna attività infermieristica vera e propria ma si era interessata delle condizioni dei pazienti ricoverati in psichiatria accertandosi che il Mastrogiovanni non era particolarmente agitato, *"pare che incomincia a tranquillizzarsi"*.

Ha confermato l'imputata che presso il reparto di psichiatria non era stato mai istituito il registro delle contenzioni;che la stessa veniva annotata in cartella clinica dal medico che la disponeva anche se materialmente veniva poi *"attuata dagli infermieri si disposizione del medico di turno"* quando i pazienti *"mostrano uno stato piuttosto aggressivo verso gli altri, ovvero minacciano il suicidio, non sempre quando rifiutano cure mediche.*

Il paziente contenuto veniva, comunque, sempre controllato dagli infermieri e all'occorrenza viene richiesto l'intervento del medico. I controlli comunque non erano registrati in alcun breviario *"perché considerati normali"*.

Quanto al Mastrogiovanni, l'imputata ha ricordato che era stato alimentato per via endovenosa perché rifiutava il cibo.

D[redacted] A[redacted] turno:

infermiere del reparto di psichiatria ha osservato, durante il ricovero del Mastrogioganni il seguente turno di lavoro:

31 luglio 2009 dlle ore 14,00 alle ore 20,00

1°agosto dalle ore 14,00 alle ore 20,00

3 agosto 2009 dalle ore 8,00 alle ore 14,00;

Rispondendo alle domande del G.I.P. nel corso dell'interrogatorio di garanzia dell'11.12.2009, l'imputato, premesso che il Mastrogiovanni anche nel corso dei precedenti ricoveri nel reparto di psichiatria era sempre stato contenuto,perché *"era molto aggressivo"* sia verbalmente che fisicamente, ha ricordato che durante il suo turno era *"abbastanza calmo"* poiché gli era stata *"fatta della terapia già prima di arrivare"*.

Avendo ricevuto personalmente la telefonata dei Carabinieri che chiedevano le analisi delle urine e del sangue per accertare se il Mastrogiovanni avesse agito sotto l'influenza di droghe,poiché questi si rifiutava, su disposizione del dott.B[redacted],*"adesso che facciamo, allora lo leniamo e facciamo quello che si deve fare"* aveva provveduto a contenerlo insieme all'altro infermiere di turno C[redacted] J[redacted] J[redacted]ed ad applicare il catetere per il prelievo delle urine.

Sempre su disposizione del dott. B[redacted] il paziente era rimasto contenuto; il dottore ha detto: " *lasciatelo così*" ed il Mastrogiovanni durante il turno 14,00-20,00 del 1°agosto 2009 era certamente rimasto contenuto anche perché si presentava molto agitato.

Anche durante il suo turno successivo del 3 agosto 2009, ore 8,00-14,00 la contenzione applicata con fascette ai polsi ed alle caviglie era ancora in atto perché il Mastrogiovanni *"era agitato"* tant'è vero che si era strappato il deflussore ma non aveva constato la presenza di lesioni ai polsi.

Rispondendo alle ulteriori domande del G.I.P. l'imputato ha ricordato di aver partecipato ad un corso di aggiornamento professionale a Sapri, nel 2008 ovvero nel 2009 ma ha escluso che si fosse parlato della contenzione; solo dopo il decesso del Mastrogiovanni, ad ottobre del 2009 aveva sentito parlare di linee guida.

T[redacted] A[redacted]

Infermiere del reparto di psichiatria ha osservato, durante il ricovero del Mastrogiogarnni il seguente turno di lavoro:

3.8.2009 dalle ore 8,00 alla ore 14,00;

Rispondendo alle domande del G.I.P. nel corso dell'interrogatorio di garanzia dell'11.12.2009, acquisito in atti ex art.513 c.p.p,ha ricordato che durante il suo turno

aveva assistito il Mancoletti che aveva una broncopolmonite con febbre a 40° e *"sembrava più grave rispetto al Mastrogiovanni"*.

Quest'ultimo, ad un tratto aveva cominciato ad agitarsi tanto da strapparsi il deflessore della flebo per cui aveva provveduto a togliergliela ma non aveva constato la presenza di lesioni ai polsi; aveva somministrato la terapia sedante prescritta in cartella dal medico anche se il paziente continuava ad essere contenuto.

Rispondendo alle ulteriori domande del G.I.P. ha ricordato di aver partecipato ad un corso di aggiornamento professionale a Sapri, nel 2008 ovvero nel 2009 ma ha escluso che si fosse parlato della contenzione; solo dopo il decesso del Mastrogiovanni, ad ottobre del 2009 aveva sentito parlare di linee guida ed era venuto a conoscenza di misure di salvaguardia a tutela del malato come ad esempio quella di slegare un braccio ogni tanto. *"Io a ottobre ho saputo che il paziente magari, mi hanno detto, si doveva magari sciogliere ogni tanto"*.

Ha altresì confermato che il Mastrogiovanni rifiutava il cibo nel senso che *"non era in grado di alimentarsi in quelle condizioni"* e che nel reparto non esisteva una cartella infermieristica.

M[redacted] M[redacted]

Infermiere presente in reparto il 31.7.2009, al momento del ricovero del Mastrogiovanni, ha ricordato che il paziente era agitato ed inveiva contro i presenti per cui era stato sottoposto a terapia sedativa tant'è vero che si era addormentato.

Essendo terminato il suo turno di lavoro era andato via e sino a quel momento non era stato adottato alcun mezzo di contenimento.

Tornato la sera per il turno 20,00- 08,00 l'aveva trovato *"già contenuto"* ed ha chiarito che la contenzione veniva disposta sempre dal medico che provvedeva anche ad annotarla in cartella clinica.

Quella sera, poiché dormiva, la terapia sedativa delle ore 20,00 gli era stata invece somministrata alle ore 24,00 mentre nella notte tra il 2 ed il 3 agosto 2009 era stata praticata la sola terapia infusiva su disposizione del dott. B[redacted]

Le dichiarazioni della persona offesa Mancoletti Giuseppe

Rispondendo alle domande delle parti, Mancoletti Giuseppe, premesso di essere stato ricoverato presso il reparto di psichiatria il 28 luglio del 2009 perche' soffriva di depressione e di essere rimasto degente sino al 12 agosto a causa di una bronchite, ha ricordato che era stato contenuto il giorno 2 agosto agli arti superiori e la sera del 3 agosto era stato trasferito nella stanza ove era ricoverato il Mastrogiovanni che era molto agitato, gridava, si lamentava, si scuoteva sul letto.

"Io quello che ho visto mi lamentavo pure io perche' avevo molta sete perche' ero stato legato anche io e io chiamavo "acqua acqua", chiamavo gli infermieri; verso le nove piu' o meno e' venuto uno bassino, che adesso non me lo ricordo, e mi ha portato mezzo bicchiere d'acqua e se ne e' andato. Poi dopo verso la mezzanotte io mi sono addormentato, pero' il Mastrogiovanni ha gridato per tutta la serata che non mi ha fatto dormire nemmeno a me. Poi dopo si e' calmato, non lo se se era morto, questo non lo posso dire.

DOMANDA - Senta, lei ha detto che in effetti quel giorno, quel tre agosto lei era legato?

RISPOSTA - *Certo.*

DOMANDA - Ha detto anche lei come il Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Lei era in regime di contenzione?

RISPOSTA - *Si, solo con le mani.*

DOMANDA - E da quanto tempo lei si trovava in questa condizione?

RISPOSTA - *Dal giorno prima.*

DOMANDA - L'avevano legato?

RISPOSTA - *Fino alla mattina del quattro.*

DOMANDA - E in questo periodo in cui lei e' stato diciamo in questo regime di contenzione lei ha detto che non aveva la possibilita' di muovere le mani quindi veniva assistito, veniva controllato da dei medici, dal personale infermieristico?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Al di la' di questo episodio che lei ha detto che aveva bisogno dell'acqua..

RISPOSTA - *Eh.*

DOMANDA - Poi in altri momenti la facevano bere, le stavano vicino, le hanno somministrato dei liquidi?

RISPOSTA - No, no, tutta la notte niente.

DOMANDA - La sera del tre?

RISPOSTA - *Mai.*

DOMANDA - Volevo sapere: la sera del 3 lei ha sentito lamentarsi il Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Che cosa diceva di preciso se lo ricorda?

RISPOSTA - *Non diceva parole, si lamentava...gridava, gridava e chiedeva aiuto.*

DOMANDA - E questo aiuto e' venuto?

RISPOSTA - *Ma che io ho visto no.*

DOMANDA - Ha visto degli infermieri che si sono avvicinati?

RISPOSTA - *Da me sono venuti ma da Mastrogiovanni no perche' ve l'ho detto che io no lo potevo vedere; mi dovevo girare per vederlo.*

DOMANDA - E verso che ora e' avvenuta questa richiesta?

RISPOSTA - *Verso le otto e mezza le nove perche' quando poi io gridavo che volevo acqua e lui gridava, io mi sono girato e l'ho guardato, poi dopo..*

DOMANDA - Voi avete detto che oltre a chiedere aiuto il Mastrogiovanni si agitava pure?

RISPOSTA - *Si, si agitava....e chiedeva aiuto; gridava.*

DOMANDA - Riusciva a respirare regolarmente?

RISPOSTA - *Allora si, respirava.*

DOMANDA - Ma regolarmente o con affanno?

RISPOSTA - *Affannosamente.*

DOMANDA - Questa situazione per quanto e' durata?

RISPOSTA - *Fino a verso la mezzanotte. Dopo mi sono addormentato.*

DOMANDA - E fino alla mezzanotte ha continuato a gridare il Mastrogiovanni?

RISPOSTA - .. *(Fa cenno di si).*

DOMANDA - Gli hanno somministrato qualcosa che lei ha visto o non ha visto?

RISPOSTA - *Non lo so.*

DOMANDA - Volevo sapere: al mattino invece come era la situazione, il mattino del tre?

RISPOSTA - *Al mattino io dormivo ancora perche' non avevo dormito e mi sono trovato dentro il corridoio.*

DOMANDA - Quindi nel corridoio, non nella stanza con Mastrogiovanni?

RISPOSTA - *No, fuori.*

DOMANDA - Ma siete stato trasportato con il letto?

RISPOSTA - *Mi sembra con la carrozzina.*

DOMANDA - E' stato trasferito fuori e poi ha saputo che Mastrogiovanni era finito, e' cosi'?

RISPOSTA: *si.*

DOMANDA - Il Mastrogiovanni e' entrato nel reparto il 31 praticamente?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Fino al tre, il quattro e' stato li'. Volevo sapere: l'avete visto sempre legato a letto?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - Mani e piedi avete detto?

RISPOSTA - *Si, perche' e' entrato prima lui nella stanza e poi sono entrato io, mi hanno spostato di stanza perche' la stanza dove sono stato ho preso la bronchite e polmonite perche' era tutta umida.*

DOMANDA - Lei e' stato assistito dagli infermieri, l'hanno fatta bere, l'hanno fatta mangiare durante il periodo in cui e' stato in cura li', anche il tre, il quattro?

RISPOSTA - *Fino al giorno due; il tre no. Quella sera io cercavo acqua tutta la serata, me ne hanno portato un po' cosi', me l'hanno data loro, un infermiere piccolino, mi ricordo bene. Poi dopo io sentivo ancora sete perche' luglio - agosto voi lo sapete che fa caldo, ho visto una bottiglia vicino al comodino e con il piede destro tanto ho fatto l'ho ritirata vicino a me, l'ho fatta cadere..*

DOMANDA - Perche' i piedi erano liberi?

RISPOSTA – *Si, pero' il bacino non lo potevo muovere, questo qua si; ma i piedi io stavo legato cosi'.*

DOMANDA - Quindi come avete fatto a bere, avete avvicinato il tavolino?

RISPOSTA - *Con il piede perche' non le mani non potevo, ho avvicinato il tavolino, ho fatto scivolare la bottiglia e mi sono messo sotto perche' era aperta.*

DOMANDA - Ma non facevate prima a chiedere dell'altra acqua all'infermiere?

RISPOSTA - *Gliel'ho chiesta ma mi hanno portato mezzo bicchiere, che dovevo fare piu'?! Se mi potevo alzare andavo io a prenderla.*

DOMANDA - Voi fino a quando siete stato ricoverato?

RISPOSTA - *Fino al 12 agosto.*

DOMANDA - E le fascette quando ve le hanno tolte?

RISPOSTA - *La mattina del quattro.*

DOMANDA - Ma voi quando avete avuto questo episodio di bronchite vi hanno fatto delle siringhe, delle cure, che cure vi hanno fatto?

RISPOSTA - *Per la bronchite? Si, si, mi hanno..*

DOMANDA - Ma voi le avete accettate queste cure oppure le avete rifiutate?

RISPOSTA - *Non ho mai rifiutato niente perche' io quando mi prende questa cosa sono immobile, non mi muovo, non do fastidio a nessuno.*

DOMANDA - Quando vi prende questo stato di depressione?

RISPOSTA - *Lo stato di depressione.*

DOMANDA - Ed allora perche' vi hanno legato?

RISPOSTA - *Dovete domandare a loro.*

DOMANDA - Ma vi siete agitato quando vi hanno portato nel reparto?

RISPOSTA - *Quando mi hanno legato no, non ho detto niente perche' non sapevo perche' mi legavano. Non ho avuto modo di chiedere e nemmeno me l'hanno detto.*

DOMANDA - Volevo sapere: quindi voi siete stato contenuto, legato per due giorni?

RISPOSTA - *Si, piu' o meno si: da passato mezzogiorno del due fino al quattro mattina alle sette.*

DOMANDA - E questa bronchite entro quanto e' guarita, entro quanto tempo?

RISPOSTA - *Un paio di giorni.*

DOMANDA - Un paio di giorni?

RISPOSTA - *Si, si.*

DOMANDA - Quindi coincide con il tempo in cui voi siete stato contenuto?

RISPOSTA - *Si, mi hanno legato quando io ho preso la bronchite piu' o meno, pensavano che io cadevo dal letto ma non sono mai caduto dal letto.*

DOMANDA - Chi erano i medici che vi hanno applicato queste fascette, ve lo ricordate?

RISPOSTA - *Per sentito dire e' stato il signor D*[redacted]

DOMANDA - Il dottor D[redacted]?

RISPOSTA - *Si, ma io non lo conoscevo. Io l'ho conosciuto qua dentro.*

DOMANDA - Ma voi l'avete visto questo dottore?

RISPOSTA - *No.*

DOMANDA - Sapete chi e'?

RISPOSTA - *Adesso si, D*[redacted]

DOMANDA - Dico non l'avete mai visto nel reparto?

RISPOSTA - *Ma forse quando dormivo, quando ero sedato pero' io ve l'ho detto, non lo conoscevo.*

DOMANDA - Vi siete poi informato chi era il dottor D[redacted]?

RISPOSTA - *Era il responsabile del reparto.*

DOMANDA - Voi sapete che l'ha ordinato lui da chi, da chi l'avete saputo?

RISPOSTA - *L'ha detto il dottor M*[redacted]

DOMANDA - Il dottore M[redacted]ha detto che il responsabile aveva ordinato questa.. E il dottore M[redacted]pure vi ha curato?

RISPOSTA - *Si.*

DOMANDA - In che modo?

RISPOSTA - *Dopo il quattro mi ha curato. ....il dottor M*[redacted]*perche' poi e' paesano nostro, viene dalla zona nostra pero' altri medici non so ne' come si chiamano ne' come.. Sono venuti, non dico che non sono venuti pero' io non li ho visti e non li conoscevo.*

DOMANDA - *In che modo se ce lo puo' dire?*

RISPOSTA - *Le pillole che io prendo attualmente ancora. In un primo momento anche le flebo, poi dopo solo le pillole perche' ancora oggi prendo due*

DOMANDA - Ma al vostro letto venivano gli infermieri?

RISPOSTA - *Certo.*

DOMANDA - Con quale cadenza, per esempio ogni ora, ogni mezz'ora?

RISPOSTA - *Si, venivano. No, non spesso pero' venivano.*

DOMANDA - Venivano?

RISPOSTA - *Si, ogni quando li chiamavo venivano.*

DOMANDA - Venivano a controllare?

RISPOSTA - *Solo quella sera sono rimasto un po' male.*

DOMANDA - Perche'?

RISPOSTA - *Perche' non mi portavano da bere.*

Le dichiarazioni del Mancoletti, assolutamente genuine ed attendibili, che hanno trovato puntuale conferma nell'intero compendio probatorio e segnatamente del video in atti, confermano l'assunto accusatorio e riscontrano, in relazione agli ultimi momenti di vita del Mastrogiovanni, le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti d'ufficio.

Il problema dell'individuazione delle cause della morte di Mastrogiovanni Francesco.

Alla luce delle acquisiste risultanze probatorie e segnatamente delle diverse conclusioni cui sono pervenuti i consulenti tecnici escussi nel corso del dibattimento, appare evidente come il principale problema che si pone ai fini della presente decisione riguardi proprio l'individuazione della causa della morte di Francesco Mastrogiovanni.

Ciò in quanto le argomentazioni dei consulenti tecnici del P.M.- poste a base dell'ipotesi accusatoria - sono state totalmente contestate dai consulenti tecnici degli imputati.

I dott.ri G. Consalvo, M. Lupo, C.Buccelli, E. Mainenti, D. Galletta, G. Lanzara, M.Neri, P.Albarello e M.Fiore dopo essersi soffermati sulle caratteristiche specifiche dell'edema polmonare *"che non è malattia ma la sindrome che connota la presenza di liquidi in eccesso a livello interstizio-alveolare polmonare"* le cui cause non sono quelle elencate dai C.T.U. del P.M. (contenzione per 83 ore senza soluzione di continuità, mancata nutrizione e introduzione di liquidi, prolungato blocco dei muscoli respiratori, stato di agitazione, uso di farmaci antipsicotici) hanno concluso sostenendo che il Mastrogiovanni è deceduto per *"morte improvvisa" "da verosimile preesistente cardiopatia aritmogena, ignota, non preliminarmente evidenziabile, a seguito di una improvvisa ed imprevedibile crisi aritmica che avrebbe potuto comunque verificarsi in qualsiasi momento"*.

Pertanto era stata solo una *"sfortunata coincidenza il fatto che l'exitus si fosse verificato in concomitanza del suo ricovero mentre era sottoposto a contenzione"*

Il concetto di *"morte improvvisa"* da un punto di vista medico-legale ha subito, negli anni, una sua evoluzione soprattutto in considerazione delle innovazioni tecnologiche applicate alla medicina.

Inizialmente si è ritenuto che nel caso della morte improvvisa l'evento terminale, inaspettato si presentava in concomitanza di un processo morboso, più o meno latente che avrebbe comunque potuto portare all'exitus.

Successivamente si è parlato di morte improvvisa anche con riferimento a quei casi in cui il decesso, inaspettato nella sua collocazione temporale, si presenta in pazienti affetti da patologie che non avrebbero comunque potuto portare all'exitus.

Attualmente la morte improvvisa è correttamente descritta come un morte naturale, inaspettata in considerazione delle condizioni fisiche del paziente ed imprevedibile sulla scorta delle patologie preesistenti - nel senso che deve mancare una possibilità di prevedibilità temporale - che si verifica entro un'ora o poco più dalla comparsa di

nuovi sintomi la cui incidenza non è stimabile in quanto in molti casi il decesso avviene in assenza di un'assistenza specifica.

Ecco perché nella maggior parte dei casi la morte improvvisa è rilevata mediante l'accertamento autoptico e secondo gli studi più recenti la causa più frequente di morte improvvisa è stata ravvisata nella cardiomiopatia, seguita da tutta una serie di altre patologie cardiache (patologia aterosclerotica delle coronarie, miocarditi ecc.) e solo in una percentuale del 6% non è stata osservata alcun anomalia strutturale del cuore.

Come rilevato dai consulenti degli imputati, se la causa del decesso deve essere ricondotta a morte improvvisa, la contenzione fisica del paziente appare insuscettibile di assumere rilievo causale rispetto al decesso del Mastrogiovanni.

Ciò in quanto, data la sintomatologia (*sindrome psicotica acuta*) e le modalità del ricovero (*sottoposizione a TSO*) nonché lo stato di agitazione e aggressività descritto dai sanitari del 118 e l'effetto solo parziale transitorio della terapia, la contenzione rappresentava l'unico presidio utile ed il "*male minore rispetto al sedare una crisi ormai già esplosa, al rischio di cadute, all'aggressività auto ed etero-diretta, all'impossibilità di effettuare prelievi, curare, idratare e nutrire o al dover usare dosi massicce di sedativi a rischio di cardiotossicità*".

Orbene, una prima osservazione si impone: se tutto ciò è vero perché mai queste valutazioni non vennero evidenziate in cartella clinica e soprattutto perché mai la contenzione del Mastrogiovanni, giustificata come è stato detto "*dalla storia psichiatrica passata ma soprattutto recente ed inoltre per le sue necessità diagnostico-terapeutiche nonché di tutela della sua stessa incolumità*" non venne mai annotata e, non solo, con riferimento al paziente Mastrogiovanni ma altresì al paziente Mancoletti?

Questo interrogativo cui nessuno degli imputati ha saputo rispondere, unitamente alle ulteriori acquisizioni probatorie ed alle conoscenze scientifiche evidenziate nel processo, portano a disattendere le argomentazioni dei consulenti della difesa essendo rimasto accertato, alla stregua della regola di giudizio di cui all'art.533 c.p.p., al di là di ogni ragionevole dubbio, che le condotte causalmente collegate con l'iniziale ipotesi accusatoria (condotte che come si legge nel capo di imputazione sono consistite "*nel*

mantenere legato il Mastrogiovanni al letto di degenza con mezzi di contenzione per più di tre giorni, senza alcuna interruzione, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti , al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza disporre ed effettuare adeguata sorveglianza ed assistenza in modo da interrompere il progressivo stato di prostrazione fisica e psichica del paziente, senza dargli né cibo, né acqua ma solo idratandolo con delle flebo, senza slegarlo nemmeno per brevi pause ed a singoli arti)hanno avuto rilevanza causale rispetto all'evento morte.

La sottoposizione del paziente a contenzione che, come è stato già evidenziato, non fu intervento doveroso in relazione alla posizione di garanzia del medico psichiatra, al suo dovere di protezione e sorveglianza del paziente psicotico ed al pericolo di condotte auto ed etero lesive, né fu giustificata dalle scriminanti dell'esercizio del diritto, dell'adempimento del dovere ovvero dello stato di necessità di salvaguardare la vita e l'incolumità del paziente o di terze persone da un pericolo attuale non altrimenti evitabile, non solo integra la sussistenza degli elementi soggettivi ed oggettivi del delitto di sequestro di persona ma determinò il verificarsi di quella patologia con conseguente edema polmonare che condusse a morte il Mastrogiovanni.

Ed invero anche a voler ritenere giustificata la sottoposizione a contenzione del 31.7.2009, l'assenza di qualsivoglia rivalutazione del quadro clinico da parte di tutti i sanitari che si sono succeduti nei turni di guardia dal 31.7.2009 al 4.8.2009, l'omessa annotazione in cartella clinica, la mancanza di atteggiamenti di aggressività da parte del paziente come evidenziato dalla video registrazione che non mostra alcun comportamento violento né di aggressività verbale, la mancanza di alimentazione neppure in via parenterale e la somministrazione solo di liquidi ma comunque in misura insufficiente in relazione alle caratteristiche fisiche del paziente alto oltre mt.1,90 e con peso corporeo di oltre kg.90 in un periodo tra l'altro particolarmente caldo – addirittura dalla cartella clinica si evince che in data 1°agosto non gli vennero somministrati liquidi - sono tutti comportamenti cui correttamente i consulenti tecnici del P.M. e della parte civile hanno riconosciuto efficacia causale sul determinismo della morte del Mastrogiovanni.

I consulenti della difesa hanno particolarmente insistito, al fine di disattendere le conclusioni dei consulenti del P.M. che l'edema polmonare *"non è malattia ma la sindrome che connota la presenza di liquidi in eccesso a livello interstizio-alveolare polmonare"*; tuttavia il dott. A.Maiese, il dott. G.Ortano e il Prof. L.Di Stasio hanno chiaramente spiegato che l'aumento delle catecolamine, la mancanza di alimentazione e la ispissatio sanguinis a causa della scarsa idratazione, la mancanza di potassio certificata dagli esami clinici in atti e la tossicità del farmaco ENTUMIN che ha gravi e potenzialmente letali effetti collaterali, ha comportato un'aritmia ovvero un'extrasistolia al ventricolo sinistro che non ha avuto più la capacità di espellere il sangue che arrivava dal ventricolo destro con conseguente aumento della pressione idrostatica a livello polmonare e quindi annegamento interno per la presenza di liquidi negli alveoli polmonari che altro non è se non l'edema polmonare cui conseguì la morte di Francesco Mastrogiovanni.

Né v'è alcun dubbio circa la sussistenza di un rapporto di causalità tra le condotte omissive e/o commissive tenute dagli odierni imputati D[redacted] M[redacted], B[redacted] R[redacted], B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted], D[redacted] M[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] nella loro qualità di medici in servizio presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, durante il ricovero del Mastrogiovanni e l'evento rappresentato dal suo decesso.

Com'è noto la sussistenza del cd. *"nesso di causalità"* tra condotta ed evento è presupposto per la verifica di ogni responsabilità con particolari peculiarità in campo medico.

La giurisprudenza relativa ai reati commissivi ha riconosciuto che l'evento può essere riferito ad una condotta oscillando tra il principio della *"conditio sine qua non"* che configura causa di un evento ogni antecedente senza il quale l'evento non si sarebbe verificato ed il principio della *"conditio sine qua non temperato da regolarità causale"* che configura causa di un evento ogni azione od omissione coeva o successiva nel tempo

senza il quale l'evento in concreto non si sarebbe verificato a meno che la causa sopravvenuta per ultima non sia stata da sola sufficiente a provocare l'evento stesso. .

Nel caso di specie l'accertamento del nesso di causalità deve essere compiuto dal Giudice con valutazione "*ex ante*" secondo il principio fissato nella sentenza della Corte di Cassazione a Sezioni Unite del 10.7.2002 n.30328 meglio nota come "sentenza Franzese".

Il Giudice dovrà, cioè, accertare "*ex post*" che la condotta dei sanitari è stata condizione necessaria dell'evento lesivo applicando i comuni canoni processuali di certezza che conducono ad un giudizio di responsabilità caratterizzato da elevata probabilità logica ovvero prossima alla certezza. E, nel presente giudizio, sulla base delle circostanze emerse nel dibattimento e dell'evidenza processuale costituita, come si è detto, dalle riprese audiovisive di tutto il periodo di ricovero del Mastrogiovanni, la condotta dei sanitari è stata condizione necessaria della morte del predetto secondo i canoni sopra riferiti non essendo rimasto provato il verificarsi di alcun diverso fattore che abbia potuto determinare da solo ovvero condeterminare l'evento.

In proposito, invero, i consulenti degli imputati solo genericamente hanno parlato di "*elevati fattori di rischio per una morte improvvisa*" che tra l'altro non è stata confermata neppure dall'accertamento istologico operato a livello cardiaco.

Al contrario va osservato che:

a)in base al solo esame clinico riportato in cartella il paziente all'atto del ricovero del 31.7.2009 non presentava patologie degne di nota tanto meno a livello circolatorio, né nei precedenti ricoveri sempre nel reparto di psichiatria erano state segnalate problematiche di natura cardiologica;

b)non vengono prescritte ovvero effettuate ulteriori indagini (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, radiografia toracica) indispensabili per valutare eventuali rischi e controindicazioni alla contenzione;

c)gli esami di laboratorio cui fanno riferimento i consulenti degli imputati che non denoterebbero alcunchè di patologico (e mai più ripetuti nei giorni a seguire) sono ovviamente nella norma in quanto al momento del prelievo il paziente proveniva da condizioni di benessere ed era regolarmente alimentato ed idratato;

d)non c'è una indicazione diagnostica strumentale all'utilizzo dell'eparina (Cloxane) che viene somministrata solo il 3 agosto 2009 e cioè poche ore prima del decesso;

e)durante tutto il periodo del ricovero non fu posta in essere alcuna adeguata terapia parenterale ad integrazione della mancata somministrazione di liquidi ed alimenti

f)la terapia farmacologica con somministrazione di TRIMETON, EN ed ENTUMIN sicuramente comportante un maggior rischio in virtù della loro interazione, avrebbe imposto particolari cautele e vigilanza da parte dei medici - che, invece, non vi furono- proprio per prevenire e scongiurare gli effetti collaterali ascrivibili alla associazione terapeutica sopra menzionata, tra cui l'insorgenza di aritmie cardiache, segnalata nelle controindicazioni riportate nel "bugiardino" dei singoli farmaci, quando assunti insieme, com'è stato evidenziato non solo dai consulenti della pubblica accusa e delle parti civili ma anche dalla dott.ssa D. Galletta consulente di parte della difesa dell'imputata R[redacted].

I rischi conseguenti alla contenzione, le condizioni del ricovero (assenza di cura del corpo e delle ferite conseguenti all'uso delle fascette di contenzione, documentate dai rilievi fotografici effettuati nel corso dell'autopsia, la mancata somministrazione di acqua e cibo e l'assenza di opportuni, costanti e tempestivi riscontri diagnostici (tant'è vero che non è stato mai sollecitato da alcuno dei sanitari che si sono alternati nei turni di guardia né un elettrocardiogramma, né ulteriori analisi ed indagini cliniche mentre solo dopo il decesso risulta praticato ECG che non potè che diagnosticare la morte del Mastrogiovanni)sono tutti antecedenti scientifici idonei a determinare la morte del paziente a causa di una patologia certamente di origine cardiaca che ha innescato lo sbilanciamento pressorio utile allo scambio gassoso negli alveoli ed il conseguente edema polmonare.

Il referto istopatologico del dott. Verrioli conferma un "*cospicuo edema*" ed all'atto dell'autopsia, presenti anche i consulenti degli imputati che nulla rilevarono, al tavolo settorio "*i polmoni si presentano più pesanti ed al taglio fuoriesce abbondante quantità di sangue misto a schiuma come da imponente edema polmonare*".

Orbene, se l'edema polmonare sicuramente non è una patologia bensì un'alterazione emodinamica del piccolo circolo per defaiance cardiaca che produce passaggio di liquidi nelle cavità alveolari del polmone, così impedendo un'adeguata ossigenazione per mancato scambio gassoso a livello alveolare, è altrettanto vero che se non adeguatamente e tempestivamente trattata può indurre a morte per ipossia e anossia così come correttamente riferito dal dott. A.Maiese.

Sulla scorta di tali considerazioni, ritiene il giudicante che vadano condivise le argomentazioni svolte dai consulenti del P.M. e delle parti civili, dott. A.Maiese, dott. G. Ortano e Prof. L.Palmieri; al contrario, i dati clinici già riferiti portano ad escludere che il decesso di Francesco Mastrogiovanni si verificò per morte improvvisa.

Le singole posizioni degli imputati

D[redacted] M[redacted] direttore del Dipartimento di Salute Mentale e primario dell'unità operativa di Vallo della Lucania era certamente presente in reparto sia il 31 luglio, all'atto del ricovero del Mastrogiovanni e della sua sottoposizione a contenzione, che il 3 agosto 2009 alle ore 10,03.

In proposito il video evidenzia che alla vista del sanitario il Mastrogiovanni cerca invano di catturarne l'attenzione con un gesto della mano che per l'imputato è prova del fatto che poteva muoversi perché la contenzione era blanda, mentre dalle immagini appare piuttosto un malato costretto a letto in regime di contenzione che sembra implorare l'intervento del medico.

Nel corso del suo interrogatorio il D[redacted]si è difeso, da un lato, cercando di scaricare ogni responsabilità sul dott. R[redacted] B[redacted], responsabile del servizio in sua assenza e, dall'altro, ribadendo la legittimità della contenzione a suo dire "*blanda*" disposta per

effettuare gli accertamenti richiesti dei Carabinieri e per l'atteggiamento aggressivo del paziente nei confronti degli infermieri intervenuti per il prelievo delle urine. Osserva il Giudice che, in considerazione dei fatti emersi dal dibattimento non possono condividersi le argomentazioni della difesa che si è soffermata in particolar modo sull'elemento soggetti vo del reato di sequestro di persona e di falso, il difetto del quale renderebbe impossibile la stessa configurabilità del delitto di cui all'art. 586 c.p., per difetto dei presupposti normativi. Ebbene, la prova del dolo, e dunque la prova della consapevolezza dell'illegittimità della contenzione e della mancata apposizione in cartella della suddetta pratica proviene proprio dalle dichiarazioni dell'imputato Questi è certamente consapevole che vi è un paziente rispetto al quale si è iniziata una contenzione che non troverà riscontro nella documentazione sanitaria; in qualità di medico esperto e di responsabile dell'unità, sa benissimo quali siano le modalità del contenimento e quali i rischi di una simile pratica. Sa, del pari, che la contenzione deve rappresentare una scelta terapeutica estrema quando non vi siano possibilità alternative per la tutela del paziente. Nel momento in cui, dunque, assume un contatto diretto, seppur fugace, con il paziente (sia il giorno 31 luglio che il 3 agosto) come si evince dalle dichiarazioni dei coimputati B[redacted] e B[redacted] - della cui attendibilità non è dato dubitare atteso che sul punto entrambi hanno in primo logo riconosciuto le proprie responsabilità - ha la possibilità di intervenire, facendo valere anche il suo ruolo direttivo nell'ambito della struttura. Non è vero, infatti, che vi sarebbe un difetto sul piano dell'esigibilità della condotta doverosa, atteso che, peraltro, il video dimostra come sia pervenuta direttamente al D[redacted] una richiesta di aiuto del paziente, il quale tutto fa fuorché salutare il primario,come pure ritenuto dalla difesa. Il Mastrogiovanni, di contro, proprio perché – come anche ammesso dall'imputato – conosceva il Dott. D[redacted] [redacted] in ragione dei precedenti ricoveri, si rivolge a lui in uno degli ultimi disperati tentativi di sfuggire alla barbarie cui fu sottoposto. In quel momento il medico, qualunque medico, ed a maggior ragione il medico responsabile della struttura, sapendo che il paziente è contenuto da ormai tre giorni, apprezzandone *de visu* le condizioni, il malessere e la sofferenza, avrebbe potuto e dovuto fermarsi e

comprendere cosa stesse accadendo, al fine predisporre i rimedi del caso. Ed invece il D[redacted] – si ribadisce, nella piena consapevolezza che quanto sta osservando si fonda su un illecito (la mancata scritturazione in cartella) – nulla fa e lascia che il Mastrogiovanni rimanga nelle disumane condizioni in cui poi verrà trovato morto. Il momento volitivo del dolo, dunque, si sostanzia nell'indifferenza con cui il D[redacted], pur posto innanzi al dovere di intervenire per salvaguardare le condizioni del paziente, si allontana dalla stanza lasciando che la condotta illecita altrui prosegua indisturbata. Un simile comportamento, peraltro, avvalora anche un'altra circostanza emersa nel dibattimento, quella concernente le *'contenzioni di comodo'*. Come rilevato in precedenza, infatti, è emerso che sovente nell'SPDC di Vallo della Lucania, i pazienti fossero contenuti per sopperire alle croniche carenze di personale assistenziale. Ebbene, il disinteresse con cui il Dott. D[redacted] tratta il Mastrogiovanni è sintomo di come la pratica di legare i pazienti al letto fosse tutt'altro che un'eccezione, così come ha ammesso il coimputato B[redacted] *" voglio dire la contenzione è una cosa che si fa abitualmente in reparto"*. Ritenuto, dunque, che esistono in fatto gli elementi per ritenere integrato il dolo del delitto di cui all'art. 605 c.p. (e del pari di quello di falso in atto pubblico) e smentita così l'affermazione difensiva secondo cui il D[redacted] non condividesse l'elemento soggettivo degli altri imputati, deve del pari darsi risposta affermativa circa la sussistenza dell'elemento soggettivo del reato di cui all'art. 586 c.p. Come detto, il Dott. D[redacted] è presente in reparto all'atto della contenzione il giorno 31 luglio (nonostante abbia, in un primo momento, provato di dimostrare la sua assenza). Nel momento in cui, a tre giorni di distanza, appura personalmente che il paziente è ancora contenuto – in un'ora mattutina, e dunque non in una situazione di particolare 'difficoltà' operativa, come potrebbe essere la notte – che si lamenta, che gli chiede aiuto, non può non comprendere che il paziente versi in una situazione gravemente pregiudizievole per la sua salute e per la sua vita. È emerso dal dibattimento, infatti, che è un dato assolutamente pacifico ed elementare in medicina che lasciare un uomo in posizione supina, senza possibilità di muovere gli arti, può comportare un pregiudizio alla meccanica della respirazione. Il Dott. D[redacted] medico esperto, poteva certamente

prevedere che quello stato di trattamento, unito alla sofferenza mostrata dal paziente, avrebbe potuto in concreto – e se non interrotto – comportare un pericolo grave per la vita stessa del Mastrogiovanni. E ciò nonostante, ha evitato di agire. Si badi, in questo caso non si può parlare di agire colposo, poiché la previsione dell'evento è assistita non solo dall'accettazione del rischio – sostanziatasi nella trascuratezza con cui il D[redacted] elude le richieste di aiuto del Matrogiovanni – ma anche dalla totale assenza di elementi in base ai quali assumere che l'imputato confidasse nella mancata verificazione dell'evento. Dall'istruttoria, infatti, non sono emersi elementi che potessero confortare circa uno stato di salute quantomeno soddisfacente del paziente, che non è stato sottoposto ad alcun tipo di controllo, ma, al contrario, sono emersi molteplici elementi di confutazione della tesi della cd. "morte improvvisa". La morte non è stata affatto un evento inatteso ed autonomo, ma è stata la logica e prevedibile conseguenza delle condizioni di ricovero del Mastrogiovanni. Queste condizioni, che hanno agito sul piano della coesistenza, vedono in una posizione di privilegio causale la contenzione ininterrotta, della quale il D[redacted] doveva certamente interessarsi. Infine, va spesa qualche ulteriore argomentazione circa il ruolo solamente 'burocratico' del Dott. D[redacted] nell'SPDC di Vallo della Lucania. L'affermazione difensiva è smentita, in astratto, da molteplici elementi, già ricordati anche in precedenza. (l'assenza di delega di funzioni, le dichiarazioni degli altri medici e degli infermieri secondo cui il D[redacted] interveniva nella cura dei pazienti e nella scelta della terapia dei pazienti ricoverati nel suo reparto) Ma è destituita di fondamento, in concreto, dal fatto che il D[redacted] si sia trovato personalmente al cospetto del paziente, abbia avuto con lui un contatto diretto. Come stabilito dalla Suprema Corte, infatti, "*una volta che un paziente si presenti presso una struttura medica chiedendo la erogazione di una prestazione professionale, il medico, in virtù del "contatto sociale", assume una posizione di garanzia della tutela della sua salute ed anche se non può erogare la prestazione richiesta deve fare tutto ciò che è nelle sue capacità per la salvaguardia dell'integrità del paziente*" (cfr. Cass., Sez. 4, Sentenza n. 13547 del 02/12/2011 Ud. (dep. 11/04/2012) Rv. 253293). Sebbene la massima sia resa in tema di colpa professionale, non sfugge come, in questa sede, essa sia perfettamente applicabile

limitatamente alla certificazione del fondamento della posizione di garanzia. Perché se anche fosse vero che il Dott. D[redacted] non avesse, tra le sue mansioni, quella di provvedere alla cura dei pazienti (il che non è, basti pensare a quanto detto su come si informasse di ciò che avveniva in reparto), nel momento in cui accerta che il paziente versava in quelle condizioni di salute particolarmente gravi, documentate dalle videoregistrazioni in sequestro, egli, non solo in qualità di primario, ma specialmente in qualità di medico, ha il potere ed il dovere di intervenire per ottenerne la cessazione o comunque per evitare conseguenze più serie. Invece il Dott. D[redacted] si allontana dalla stanza senza minimamente preoccuparsi di quanto sta accadendo, senza spendere neanche una parola per sincerarsi del perché un uomo si trovi legato da tre giorni e invochi aiuto, senza prendere visione della cartella clinica il che gli avrebbe permesso di constatare che la contenzione non era stata annotata in cartella da nessuno dei medici di turno dal momento del ricovero di Francesco Mastrogiovanni. La posizione di garanzia del primario, dunque, se anche non derivasse direttamente dal suo ruolo, si sostanzierebbe in ogni caso in una posizione di protezione per il solo fatto di essere un medico ospedaliero, appartenente alla struttura nella quale viene in contatto con un essere umano nella condizioni in cui il video ci ha mostrato essere il defunto Franco Mastrogiovanni.

Diversa appare invece la posizione del D[redacted] in relazione alla contenzione applicata a Mancoletti Giuseppe.

Ritiene, invero, il Giudice che in tal caso alcuna responsabilità possa essergli ascritta in quanto nel momento in cui si portò presso il reparto di psichiatria, in data 3 agosto 2009, il paziente era stato già liberato dalla contenzione disposta e mantenuta, in piena autonomia decisionale dai medici in servizio, dott.ri B[redacted] e B[redacted]

B[redacted] R[redacted] presente in ospedale all'atto del ricovero del Mastrogiovanni il 31.7.2009 con turno 8,00-14,00 e successivamente dalle ore 8,00 alle ore 20,00 del 2.8.2009 e dalle ore 8,00 alle ore 14,00 del 3.8.2009 ha certamente avuto un ruolo centrale nel determinismo degli eventi che hanno portato all'exitus in quanto fu lui a disporre la

contenzione del Mastrogiovanni per operare il prelievo di sangue e di urine necessario per compiere gli accertamenti chimici funzionali all'eventuale applicazione della sanzione amministrativa prevista in caso di violazione degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada.

Allo stesso modo è rimasto accertato che fu sempre il B[redacted] a disporre che il Mancoletti fosse contenuto per sottoporlo a pratica infusiva *"che naturalmente andava fatta nell'avambraccio"*. Vanno a tal proposito richiamate tutte le argomentazioni cui si è fatto riferimento nella presente motivazione circa la sussistenza del delitto di sequestro di persona per le motivazioni e le modalità con cui venne disposta e proseguita la contenzione che a suo dire veniva praticata abitualmente in reparto – così smentendo le dichiarazioni dell'imputato D[redacted] che ha parlato di pratica *"eccezionale"*. Ha in proposito testualmente affermato circa i motivi che l'avevano indotto a mantenere la contenzione: *" uno perché il paziente non accettava la terapia e quindi ogni volta avremmo dovuto immobilizzarlo e vista la scarsità del personale e la prestanza fisica del Mastrogiovanni, avremmo dovuto chiamare le guardie giurate e tutto il resto e quindi sarebbe stato un problema.* E non v'è chi non veda che queste stesse argomentazioni difensive sono prova della sussistenza dell'elemento psicologico del delitto di sequestro di persona poiché il B[redacted] ha mostrato di essere ben consapevole di privare il paziente della sua libertà personale, a nulla rilevando che questi avesse o meno una propria capacità volitiva di movimento e una percezione della privazione della sua libertà. Ed infatti il delitto di sequestro di persona sussiste anche nei confronti di infermi di mente o di paralitici poiché come ha evidenziato la Suprema Corte *"la persona umana è da considerarsi libera in quanto sia assente ogni coercizione che sottragga il suo corpo a possibilità di movimento nello spazio"* Cfr. cass. Sez.V, 17 ottobre 1990 n.15194.

M[redacted] A[redacted] in servizio il 31.7.2009 con turno 14,00-20,00 ed altresì dalle ore 20,00 del 1° agosto alle ore 8,00 del 2 agosto 2009 nonché dalle ore 14,00 alle ore 20,00 del 3 agosto 2009, si adoperò, insieme al dott. B[redacted] per applicare al Mastrogiovanni la contenzione ritenuta necessaria per ottemperare alla richiesta dei Carabinieri di Pollica ma non ha in alcun modo saputo spiegare né per quali motivi non venne annotata in

cartella clinica né il suo protrarsi per 83 ore consecutive e cioè sino al decesso.Dalle riprese video non risulta alcun interessamento del sanitario circa la persona del Mastrogiovanni; non provvide a controllarne le condizioni , né tantomeno a scontenerlo ovvero ad adoperarsi affinché venisse alimentato. Inoltre non consentì ai suoi familiari di fargli visita e ben si guardò dal comunicare che fosse contenuto e spiegare le relative motivazioni. Detta condotta, riferita da Serra Grazia e Garofalo Marco, unitamente alla circostanza della omessa indicazione in cartella, porta legittimamente a ritenere che fu inibito ogni contatto del Mastrogiovanni con i suoi familiari proprio per tenerli all'oscuro della disposta contenzione. Valgono pertanto anche per M[redacted]A[redacted] tutte le considerazioni già svolte circa l'assenza di cause di giustificazione della privazione della libertà del Mastrogiovanni cui conseguì la sua morte, evento certamente prevedibile da parte dei medici in servizio presso l'SPDC di Vallo con specifiche competenze e con l' esperienza del dott. M[redacted]. In proposito non può non evidenziarsi che gli studi più recenti qualificano il ricorso all'utilizzo del mezzo di contenzione quale extrema ratio nella gestione dei pazienti ricoverati in psichiatria proprio perché è stato accertato che in questi casi la mortalità è maggiore; conseguentemente qualora il paziente debba essere necessariamente contenuto dovrà essere assistito continuativamente il che certamente non si verificò per il Mastrogiovanni come evidenziato dalle immagini che ritraggono l'intero periodo della sua contenzione, ivi compreso quello in cui fu di guardia il dott. M[redacted].

B[redacted]R[redacted] in servizio presso il reparto di psichiatria il 1° agosto con turno dalle ore8,00 alle ore 20,00 e dalle alle ore 20,00 del 2 agosto 2009 alle ore 8,00 del 3 agosto 2009, nel corso del dibattimento ha sostenuto che non aveva ritenuto di contenere il Mastrogiovanni perché "continuava ad essere agitato, poteva andare incontro a cadute" - circostanze queste smentite dalle videoregistrazioni - ed anche "perché nei pazienti con un'elevazione maniacale dell'umore possono esservi dei comportamenti di natura etero aggressiva, auto lesiva" che comunque nel caso di specie non si verificarono mai. Inoltre nella giornata del 1° agosto come si evince dalla cartella clinica, durante il suo turno non vi fu alcuna somministrazione di liquidi nonostante il Mastrogiovanni non

bevesse né si alimentasse mentre nella notte del 2 agosto il dott. B[redacted] ritenne opportuno interrompere la terapia farmacologica poiché il paziente si presentava tranquillo.

Anche con riferimento al paziente Mancoletti l'imputato non ha in alcun modo spiegato perché venne mantenuta la contenzione che si protraeva senza soluzione di continuità da almeno 18 ore in violazione di tutti i suggerimenti precauzionali di cui alle linee guida le quali prevedono, tra l'altro che la stessa non può superare le 12 ore e che il paziente deve comunque essere scontenuto ogni due ore; nè ha fornito alcuna giustificazione circa l'omessa annotazione in cartella clinica.

D[redacted] M[redacted] ha svolto un unico turno dalle ore 20,00 del 31 luglio 2009 alle ore 8,00 del 1° agosto. Quando giunge in reparto il Mastrogiovanni è già contenuto e la circostanza gli viene espressamente riferita dal dott. M[redacted] Anch'egli ammette di aver ritenuto opportuna la contenzione per la aggressività del paziente e per il rischio di cadute in considerazione degli effetti dei farmaci antipsicotici e sedativi che il paziente assumeva i quali *"hanno come effetto collaterale l'ipotensione ortostatica"*; anch'egli riconosce di non aver provveduto ad annotare la contenzione in cartella e non riesce a spiegare in alcun modo il protrarsi della contenzione rendendo sul punto dichiarazioni assai contraddittorie che portano legittimamente ritenere che anche in tal caso vi fu contenzione per "comodità". Aveva, invece, deciso di non sovraccaricare il paziente con l'ENTUMIN, così dimostrando chiaramente di aver consapevolezza del fatto che le sue condizioni psichiche si erano modificate per cui sarebbe stato assolutamente logico e conforme alla prassi medica scontenerlo, il che, invece, non avvenne. Valgono pertanto anche per il dott. D[redacted] le considerazioni già svolte per i suoi coimputati circa l'affermazione della sua responsabilità avendo omesso di verificare la sussistenza delle necessarie condizioni cliniche e di liceità per l'applicazione e il mantenimento della contenzione del Mastrogiovanni.

Diversamente non può pervenirsi ad un giudizio di colpevolezza in relazione al delitto contestato al capo C) della rubrica poiché, proprio in considerazione del fatto che il Della Pepa svolse un unico turno dalle ore 20,00 del 31 luglio 2009 alle ore 8,00 del 1° agosto, non poteva certamente prevedere che quel trattamento - che non sapeva sarebbe stato mai interrotto - avrebbe causato il decesso del paziente.

R[redacted] A[redacted] A[redacted] in servizio dalle ore 20,00 del 3 agosto 2009 alle ore 8,00 del 4 agosto 2009 e, quindi nella notte del decesso del Mastrogiovanni, pur sostenendo che *"il turno di notte è un turno particolare"* per cui se non in casi di necessità si interviene sulla terapia decisa dai medici che hanno un rapporto continuativo con il paziente, aveva comunque ritenuto opportuno non somministrare l'ENTUMIN, con ciò mostrando di aver rivalutato le sue condizioni fisiche e psichiche. Come emerge dal video si è avvicinata durante il suo turno di dodici ore una sola volta al letto del paziente verso le ore 02,30 – 3,00 constatando che *"era tranquillo a letto, non aveva una reazione alla contenzione"*, *"russava e repirava regolarmente"* circostanze tutte smentite dal fatto che a quell'ora Francesco Mastrogiovanni era certamente già deceduto.
Si impone, pertanto un giudizio di colpevolezza nei confronti della attuale imputata atteso che la sua versione difensiva è stata smentita dall'intero compendio probatorio.

Il delitto di falso

E' principio affermato costantemente in dottrina ed in giurisprudenza che la cartella clinica redatta in ambito ospedaliero è atto pubblico in quanto esplicazione di potere certificativo e partecipe della natura pubblica dell'attività sanitaria che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e degli altri fatti clinici rilevanti come la somministrazione delle terapie prescritte dal medico per tutta la durata del ricovero.

La cartella clinica, quindi, documenta le attività compiute dal medico, quale pubblico ufficiale, che se ne assume la paternità.

Ecco perché la mancata annotazione di un trattamento, quale'è la contenzione, limitativo di diritti fondamentali dell'uomo e di libertà costituzionali, è una condotta

particolarmente grave lì dove abbia il fine di attestare la veridicità di quanto concretamente si è verificato. Dal punto di vista soggettivo è sufficiente il dolo generico consistente nella rappresentazione e nella volontà dell'immutatio veri; la mera dimenticanza assunta a scusante da alcuni medici non è però idonea ad escludere l'elemento soggettivo della fattispecie in contestazione sia perché contraddetta dalla reiterazione della condotta da parte di alcuni sia perché la vicenda nella sua valutazione complessiva ha fatto emergere la volontà di riportare una realtà assistenziale diversa da quella effettivamente prestata all'interno del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania. In tal senso l'omessa annotazione della contenzione cui vennero sottoposti il Mastrogiovanni ed il Mancoletti da parte dei medici B[redacted], B[redacted], M[redacted] D[redacted] e R[redacted] che si sono succeduti nei turni di guardia in ospedale durante la loro degenza costituisce un falso materiale in atto pubblico del quale vanno tutti ritenuti responsabili; anche il primario, dott. M. D[redacted] deve rispondere di tale delitto in quanto presente nel reparto quando venne contenuto il Mastrogiovanni e, successivamente, il 3 agosto2009, pur avendo potuto constatare il protrarsi della contenzione, omise di colmare la lacuna dei colleghi. Né possono condividersi le argomentazioni della difesa del dott. M[redacted] D[redacted] per le quali il dolo del delitto di falso va escluso ogniqualvolta la falsità sia dovuta a leggerezza ovvero ad una negligente applicazione di prassi amministrative che nel caso di specie prevedevano che il sanitario che la disponeva doveva annotarla in cartella. Ed invero non v'è chi non veda che condividendo tale tesi si finirebbe con il legittimare una condotta che certamente viola il bene giuridico tutelato dalla norma rappresentato della genuinità e veridicità di documenti, quali la cartella clinica che ha la funzione di attestare situazioni giuridicamente rilevanti come la sottoposizione del paziente a contenzione che, come si è visto, solo in presenza di determinati presupposti si configura quale atto legittimo. Allo stesso modo non pare degna di nota la tesi per la quale il delitto va escluso perché il sistema di videoregistrazione, come e più di una qualsiasi annotazione su qualsiasi registro dava le più ampie garanzie di trasparenza alle procedura adottata. Orbene, al di là del fatto che cartella clinica e videoregistrazione non possono considerarsi

equipollenti per la loro diversità funzionale, ontologica e giuridica, è assorbente il rilievo che le videoregistrazioni si cancellano per sovraimpressione dopo sette giorni così come affermato dal dott. R. B[redacted] mentre le cartelle cliniche, proprio per il loro potere certificativo vanno conservate almeno per cinque anni negli archivi dell'ospedale anche al fine di accertare eventuali responsabilità per eventi che si siano verificati all'interno del nosocomio.

La posizione processuale degli infermieri. Con riferimento alla posizione degli infermieri D[redacted] A[redacted], C[redacted] D'[redacted] M[redacted], T[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted] M[redacted] M[redacted], L[redacted] A[redacted], C[redacted] C[redacted] O[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted], S[redacted] M[redacted] e R[redacted] R[redacted] ritiene il giudice che il dibattimento non abbia fornito la piena prova della penale responsabilità quanto al delitto di cui all'art. 605 c.p., con conseguente insussistenza della loro colpevolezza anche per il reato di cui all'art. 586 c.p. Appare in primo luogo opportuno delineare brevemente i profili giuridici e legislativi della figura del personale paramedico-infermieristico all'interno delle strutture ospedaliere ed in particolare della sanità psichiatrica. La norma di riferimento di cui al D.P.R. 14.3.1974 n.25 (cd. Mansionario) è stata abrogata dalla legge10.7.2000 n. 251 che ha definitivamente abolito il principio della sottoposizione del personale infermieristico a quello medico. L'art.1 recita: "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate nelle norme istitutive dei relativi profili professionali". L'art.1 del D.M. 14.9.1994 n.739 recita "le principali funzioni (dell'infermiere) sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere:

partecipa alla identificazione dei bisogni della salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche.

Non v'è alcun dubbio, pertanto, che la diagnosi e la cura del paziente restano, sulla scorta della normativa vigente all'epoca dei fatti per cui è processo ed anche attualmente, di esclusiva pertinenza della categoria medica e del personale apicale e dirigenziale. In tal senso, la contenzione va qualificata come atto di stretta pertinenza del medico, il quale solo è competente ad ordinarla ed a disporne la prosecuzione. Va nuovamente ribadita la premessa sviluppata all'inizio dell'iter motivazionale: la pratica della contenzione, in medicina, non può essere ritenuta illecita in quanto tale, divenendolo solo in assenza di condizioni giustificative, ovvero nel caso di mancato rispetto dei limiti di applicazione. Ebbene, per quanto attiene la responsabilità degli infermieri, il dibattimento ha dimostrato che costoro non avevano, né potevano avere, contezza del principale elemento di indizio dell'illegittimità della contenzione praticata ai pazienti Mancoletti e Mastrogiovanni.

Sia dalle deposizioni testimoniali che dalle parole di tutti gli imputati è infatti concordemente emerso che le cartelle cliniche erano visionate esclusivamente dai medici, e che le stesse non erano custodite in prossimità dei pazienti, ma in apposita stanza deputata al ricovero dei medici.

Agli infermieri è pertanto rimasto occulto il principale sintomo dell'illegittimità della pratica contenitiva: la mancata annotazione in cartella.

Allo stesso tempo, tutti gli imputati ed i consulenti hanno precisato che la contenzione è atto medico, nel senso che la sua decisione e le modalità applicative sono rimesse all'insindacabile scelta dell'operatore.

A titolo sintetico-esemplificativo, possono ricordarsi le dichiarazioni del Prof. Albarello (ud. 28/2/12, pag. 95 verbale stenotipico) secondo cui "*la decisione di attuare, se interrompere o se confermare lo stato di contenzione, è una decisione clinica, quindi tipicamente dei responsabili sanitari*"; quelle del Prof. Palmieri (ud. 29/11/11, pagg. 37-38

stenotipico): *"è il medico che deve prescrivere la costrizione fisica e deve suggerire agli infermieri il periodo di contenzione"*; quelle del Dott. Pascale (ud. 13/12/11, pag. 21 stenotipico): *"era un atto che disponeva il medico"*.

Maggiore precisione sul piano *lato sensu* giuridico rivestono le affermazioni del Dott. Mainenti, il quale chiarisce che anche secondo le indicazioni provenienti dal Comitato Nazionale di Bioetica la contenzione deve essere disposta esclusivamente dal personale medico (cfr. stenotipico ud. 14/2/12, pag. 95).

I consulenti del PM, dal canto loro, hanno dimostrato di condividere questi asserti, confermando che la decisione sulla contenzione poteva appartenere solo ai medici (cfr. spec. pag. 36 del verbale dell'udienza di controesame).

Analoghe sono le considerazioni provenienti dal teste Dott.ssa Torrisi, la quale peraltro conferma che presso l'SPDC di Vallo della Lucania non esisteva la cartella infermieristica, a fronte della quale gli infermieri erano soliti compilare un quaderno per le consegne ai colleghi subentranti in servizio.

In questo contesto, tutti gli imputati hanno confermato che nessuno dei medici susseguitisi nei vari turni ha mai ritenuto opportuno scontenere il paziente Mastrogiovanni (ovvero il Mancoletti), adducendo pretestuose spiegazioni circa la necessità che i pazienti rimanessero legati.

Né gli infermieri avrebbero potuto prendere una propria autonoma iniziativa in tal senso.

A riprova di ciò, basti osservare la cautela prestata dall' imputato F[redacted] che, dovendo provvedere alla pulizia del Mastrogiovanni, si limitò a slegare solamente un polso per procedere alle operazioni, quando avrebbero ben potuto scioglierlo completamente, seppur per un breve lasso di tempo.

È doveroso, poi, rimarcare come dal dibattimento sia emersa l'assoluta impreparazione degli infermieri rispetto alla contenzione. Impreparazione intesa in senso scientifico,

con riferimento cioè alla possibilità che gli stessi si fossero dovuti aggiornare su come espletare al meglio le loro mansioni in simili casi.

Tutti i propalanti hanno negato di aver svolto specifici corsi di aggiornamento sul punto; hanno effettivamente sostenuto che ogni iniziativa era rimessa alle valutazioni del medico; è stato dimostrato che la pratica della contenzione era alquanto frequente nel reparto di SPDC dell'ospedale San Luca; è provata l'assenza del prescritto registro delle contenzioni e della cartella infermieristica ove eventualmente annotare le peculiarità salienti di ciascun paziente.

In questo contesto il processo di formazione della volontà degli imputati è stato probabilmente alterato. In particolare è il momento rappresentativo del processo volitivo che risulta maggiormente inquinato.

Ritiene il giudice, più specificamente, che la posizione degli infermieri possa essere inquadrata nell'ambito della disposizione di cui al comma 3 dell'art. 51 c.p.

Il terzo comma dell'art. 51, infatti, esclude la responsabilità dell'esecutore di un ordine criminoso quando, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire ad un ordine legittimo.

Detta norma, seppur non particolarmente esplorata dalla giurisprudenza e dalla dottrina, contiene una speciale ipotesi di errore sulla scriminante dell'adempimento del dovere imposto dall'ordine del superiore gerarchico.

Nonostante la maggioranza della dottrina, attualmente, propenda per includere nell'alveo della disposizione in parola non solo gli errori di fatto ma anche quelli di diritto, è opinione di questo giudice che vada preferita un'interpretazione restrittiva, prescelta dalla dottrina più remota e maggiormente aderente anche al dato emergente dai Lavori preparatori al Codice. Pertanto, l'errore di cui all'art. 51, comma 3 è costituito da un errore sulla realtà descritta dall'ordine, e non sulla validità dello stesso. Ciò perché il fondamento della giustificazione risiede non già nell'adempimento dell'ordine in sé, ma pur sempre nella tutela dell'interesse prevalente che l'azione doverosa mira a proteggere. Nel contesto in cui si sono svolti i fatti, è evidentemente insorta negli

infermieri operanti la convinzione che sussistesse la necessità di contenere i pazienti per preservarne la salute.

In altre parole, l'ordine di contenere i pazienti, di per sé non illegittimo astrattamente (e dunque non manifestamente criminoso), lo era in concreto, poiché difettavano i requisiti minimi per disporre il presidio in questione. Ma ciò fu celato agli infermieri operanti, che invece agirono nel convincimento della sussistenza delle condizioni di necessità che potevano legittimare il ricorso alla contenzione.

È convincimento del giudice, che nel caso di specie sussistano plurimi indicatori dell'erronea valutazione in fatto compiuta dagli infermieri.

Gli infermieri, infatti, praticano la contenzione e cooperano affinché la stessa sia mantenuta in forza di un ordine che ai loro occhi non può certo palesarsi quale illegittimo.

In particolare, il riconoscimento espresso della possibilità di ricorso alla contenzione è addirittura rintracciabile nell'art. 30 del codice deontologico degli infermieri, varato nel 2009. Detta disposizione precisa che la contenzione è praticabile qualora assistita da prescrizione medica (ovvero da documentate valutazioni assistenziali).

Si profila pertanto un contesto assistenziale nel quale gli infermieri di volta in volta in turno hanno visto ratificare la scelta contenitiva da parte di tutti i medici intervenuti. Per il paziente Mastrogiovanni, in particolare, il ricovero era stato disposto in regime di t.s.o., il che ha certamente contribuito a consolidare l'idea di una necessità dell'impiego delle fasce contenitive, finalizzate ad evitare i pericoli di auto/etero aggressività, ovvero di semplice caduta del paziente "agitato".

A testimonianza, poi, del dubbio che ha afflitto taluni di loro, i video della sorveglianza mostrano come molti degli imputati abbiano implementato l'attività di assistenza al paziente Mastrogiovanni, al fine di tutelarne il più possibile la salute rispetto allo stato di costrizione in cui versava.

Gli imputati, inoltre, hanno potuto vedere come i medici abbiano talvolta deciso di non praticare la terapia farmacologica al Mastrogiovanni, mentre, all'opposto, hanno sempre disposto la prosecuzione della contenzione.

Né gli stessi avevano ricevuto idonea formazione professionale sull'esistenza e sul contenuto delle linee guida sulla contenzione, che in buona sostanza praticavano nel solo rispetto degli ordini impartiti dal sanitario di turno. Sorgeva nel caso di specie, un ragionevole affidamento degli infermieri circa la doverosità dell'intervento prescritto dal medico e ratificato nel corso dei turni di servizio.

Quanto ai parametri normativi di applicazione dell'art. 51, comma 3, c.p., ritiene questo giudice che il medico – che riveste la qualifica di pubblico ufficiale – si ponga, sul piano della scelta terapeutica, in posizione sovraordinata nei confronti dell'infermiere (il quale invece è incaricato di pubblico servizio), nell'ambito di un rapporto che non può certamente ascriversi alla subordinazione di diritto privato. Sul punto, è di conforto la giurisprudenza di legittimità: *"la circostanza che la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle U.S.L. sia retta dalle norme del codice civile, non vale a rendere privatistica la natura delle prestazioni dei suddetti soggetti le quali sono inserite nell'attività, certamente di natura pubblica, del servizio sanitario. (Affermando siffatto principio la Cassazione ha ritenuto che dovesse riconoscersi la qualifica di incaricati di un pubblico servizio ad infermieri ed operatori tecnici addetti all'assistenza, con rapporto diretto e personale, del malato)"* (così Cass., Sez. 6, Sentenza n. 2996 del 11/12/1995 Ud. (dep. 26/03/1996) Rv. 204520, con giurisprudenza confermata dalle successive Cass., Sez. 2, Sentenza n. 769 del 11/11/2005 Cc. (dep. 11/01/2006) Rv. 232989 e Cass., Sez. 6, Sentenza n. 34359 del 04/06/2010 Ud. (dep. 23/09/2010) Rv. 248269).

Si aggiunga che sia a mente della L. 251/2000 che del Codice deontologico, gli infermieri non possono intervenire in nello svolgimento di quelle attività che, in ragione della competenza scientifica e professionale, sono di stretta spettanza del medico.

Ora, è bensì vero che la contenzione non costituisce una pratica terapeutica in senso proprio, ma essa si pone certamente quale presidio da applicare su disposizione del medico, all'esito di una valutazione dei requisiti di necessità, che appartiene al solo sanitario. Così come lo sono state, nel caso di specie, le decisioni di non provvedere alla somministrazione della terapia farmacologica in alcuni frangenti del ricovero.

Ulteriori profili di responsabilità da parte degli infermieri afferenti alla cura del paziente in senso stretto non sono stati esplorati pienamente nel capo di imputazione, ed è pertanto impossibile, per il giudice, valutarne, anche a diverso titolo, la portata causale rispetto al decesso del paziente Mastrogiovanni.

Si impone, all'esito delle suesposte considerazioni, una pronuncia assolutoria nei limiti del disposto dell'art. 530, comma 2 c.p.p. *nei confronti di D[redacted] A[redacted], C[redacted] D'[redacted] M[redacted], T[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted], M[redacted] M[redacted], L[redacted] A[redacted] C[redacted] C[redacted] O[redacted] N[redacted] F[redacted] G[redacted], C[redacted] A[redacted] e R[redacted] R[redacted]* dai reati loro ascritti in concorso ai capi B) e C) della rubrica ed altresì nei confronti di *F[redacted] C[redacted], O[redacted] N[redacted] L[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted] e S[redacted] M[redacted]* dal reato sub E) perché il fatto non costituisce reato.

Diversa, appare invece la posizione processuale di *C[redacted] J[redacted] J[redacted] in ordine alle imputazioni sub B) e C) della rubrica* ed altresì di *D[redacted] A[redacted], T[redacted] A[redacted]* e *R[redacted] R[redacted] in ordine al reato sub E)* in quanto all'esito delle risultanze processuali deve escludersi che la condotta posta in essere, tenuto conto della loro presenza in ospedale in concomitanza del ricovero del Mastrogiovanni e del Mancoletti possa integrare gli estremi soggettivi ed oggettivi dei reati in contestazione.

Ed invero, quanto al C[redacted] osservò un unico turno il 31.7.2009 dalle ore 14,00 alle ore 20,00 nel corso del quale fu disposta la contenzione del Mastrogiovanni su disposizione del medico di guardia, in un contesto che poteva portare legittimamente a ritenere che fosse giustificata dalle sue particolari condizioni, e l'esame del video mostra ben 11 accessi presso il letto del Mastrogiovanni, ad intervalli regolari; conseguentemente,

alcun addebito può essergli contestato in quanto la sua condotta fu improntata al rispetto delle regole dettate dalle linee guida sulla contenzione.

D[redacted]A[redacted], T[redacted] A[redacted] e R[redacted] vanno, invece assolti dal delitto di sequestro di persona contestato al capo E) della rubrica in danno di Mancoletti Giuseppe atteso che nel corso del loro turno di guardia del 3.8.2009 il paziente era stato già scontenuto per cui alcuna responsabilità può essere loro ascritta.

Determinazione della pena

La gravità delle singole condotte, il grado della colpa ed il comportamento processuale degli imputati ha rilievo ai fini della graduazione della pena e non può prescindere dal contesto in cui il sanitario ha operato; in ogni caso possono essere concesse a tutti gli imputati le circostanze attenuanti generiche dichiarate equivalenti alle aggravanti contestate e, tenuta presente la stretta connessione temporale ed il nesso teleologico tra i vari fatti in contestazione non può non riconoscersi tra le fattispecie contestate l'esistenza del vincolo della continuazione ai sensi dell'art.81 cpv. c.p.

Pertanto, tenuto conto dei criteri dettati dall'art. 133 c.p., la pena può essere equamente determinata:

per *B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted]* in quattro di reclusione ciascuno (pena base ritenuto più grave il reato di cui all'art.605 c.p. anni tre di reclusione, aumentata ex art. 81 cpv. c.p.nella misura di mesi tre per ciascun delitto in continuazione);

per *D[redacted]o M[redacted]* in anni tre, mesi sei di reclusione(pena base ritenuto più grave il reato di cui all'art.605 c.p. anni due, mesi sei di reclusione, aumentata ex art. 81 cpv. c.p. nella misura di mesi tre per ciascun delitto in continuazione);

per *M[redacted] A[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted]* in anni tre di reclusione ciascuno(pena base ritenuto più grave il reato di cui all'art.605 c.p. anni due, mesi sei di reclusione, aumentata ex art. 81 cpv. c.p. nella misura di mesi tre per ciascun delitto in continuazione);

per D[redacted] M[redacted] in anni due di reclusione(pena base ritenuto più grave il reato di cui all'art.605 c.p. anni uno, mesi sei reclusione, così aumentata ex art. 81 cpv. c.p. nella misura di mesi tre per ciascun delitto in continuazione).

Tutti i predetti imputati vanno altresì condannati in solido al pagamento delle spese processuali.

Ricorrendo i presupposti di legge, attesa l'entità della pena inflitta, può essere concesso a D[redacted] M[redacted] il beneficio della sospensione condizionale della pena.

Ai sensi dell'art.29 c.p. *D[redacted] M[redacted] B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted] M[redacted] A[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted]* vanno dichiarati interdetti dai pubblici uffici per la durata di anni cinque.

Tenuto conto delle condotte criminose poste in essere dai predetti imputati e, segnatamente il decesso di Francesco Mastrogiovanni quale conseguenza di ripetute violazioni di norme giuridiche poste a tutela dei diritti di liberta e di incolumità della persona nonché a tutela della fede pubblica *D[redacted] M[redacted] B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted] M[redacted] A[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] e D[redacted] M[redacted] vanno altresì condannati* in solido tra loro e con il responsabile civile ASL SA in persona del Direttore Generale e legale rappresentante p.t. al risarcimento del danno in favore delle costituite parti civili:

De Marino Teresa, Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni e Rosalba Mastrogiovanni; Mancoletti Giuseppe, Associazione UNASAM in persona del legale rappresentante p.t.;Associazione Movimento per la Giustizia Robin Hood in persona del legale rappresentante p.t.; Associazione Telefono Viola in persona del legale rappresentante p.t.;Comitato di Iniziativa Psichiatrica in persona del legale rappresentante p.t. da liquidarsi in separato giudizio civile nonché alla rifusione delle spese di assistenza e difesa, che si liquidano per le parti civili De Marino Teresa, ASL Salerno in persona del legale rappresentante p.t., Mancoletti Giuseppe, UNASAM in persona del legale rappresentante p.t., Movimento per la Giustizia Robin Hood in persona del legale rappresentante p.t., Telefono Viola in persona del legale rappresentante p.t e Comitato di Iniziativa Psichiatrica in persona del

legale rappresentante p.t in complessivi € 3.000,00 (tremila/00) ciascuna ed altresì per le parti civili Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni, Rosalba Mastrogiovanni in complessivi euro 4.000,00 (quattromila/00) per , oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge;

Allo stesso modo vanno condannati in solido al risarcimento del danno in favore della costituita parte civile A.S.L. Salerno in persona del legale rappresentante p.t. per il danno cagionato all'ente per le azioni e/o omissioni poste in essere nell'esercizio delle loro funzioni.

Detta responsabilità discende sia dalla violazione dei principi di buona amministrazione e di funzionalizzazione dell'attività amministrativa al perseguimento del pubblico interesse di cui agli artt. 97 e 98 della Costituzione, sia dalla estensione al personale medico delle norme dettate per il pubblico impiego. In particolare l'art.28 co.1 del D.P.R. n.761 del 20.12.1979, di attuazione della legge n.833/1978 stabilisce espressamente che *"in materia di responsabilità ai dipendenti delle Unità sanitarie locali si applicano le norme vigenti per i dipendenti civili dello Stato di cui al D.P.r.10.1.1957 n.3."*

Conseguentemente trova applicazione l'art.18 del Testo Unico del Pubblico Impiego laddove dispone che *"l'impiegato delle amministrazioni dello Stato è tenuto a risarcire alle amministrazioni stesse i danni derivanti da violazioni di obblighi di servizio"*.

Vanno, invece, rigettate tutte le ulteriori richieste avanzate ex art. 539, 2°comma c.p.p. e 541 2°comma c.p.p. non ricorrendone i presupposti di legge.

P.Q.M.

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

d i c h i a r a

B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted] colpevoli dei reati loro ascritti ai capi A), B), C), D) ed E) della rubrica;

D[redacted] M[redacted] colpevole dei reati a lui ascritti ai capi A), B), C) e D) della rubrica;

M[redacted] A[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] colpevoli dei reati loro ascritti ai capi A), B) e C) della rubrica;

D[redacted] M[redacted] colpevole dei reati a lui ascritti ai capi A) e B) della rubrica e, concesse a tutti gli imputati le circostanze attenuanti generiche dichiarate equivalenti alle aggravanti contestate, unificati i reati ex art. 81 c.p.

condanna

B[redacted] R[redacted] e B[redacted] R[redacted] alla pena di anni quattro di reclusione ciascuno;

D[redacted] M[redacted] alla pena di anni tre, mesi sei di reclusione ciascuno;

M[redacted] A[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] alla pena di anni tre di reclusione ciascuno;

D[redacted] M[redacted] alla pena di anni due di reclusione.

Condanna tutti i predetti imputati al pagamento in solido delle spese processuali.

Pena sospesa per D[redacted] M[redacted]

Letto l'art.29 c.p. dichiara D[redacted] M[redacted], B[redacted] R[redacted], B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted] e R[redacted] A[redacted] A[redacted] interdetti dai pubblici uffici per la durata di anni cinque.

Condanna D[redacted] M[redacted] B[redacted] R[redacted] B[redacted] R[redacted], M[redacted] A[redacted] R[redacted] A[redacted] A[redacted] e D[redacted] M[redacted] in solido tra loro e con il responsabile civile ASL SA in persona del Direttore Generale e legale rappresentante p.t. al risarcimento del danno in favore delle costituite parti civili:

a) De Marino Teresa;

b)Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni e Rosalba Mastrogiovanni;

c)Mancoletti Giuseppe

d)A.S.L. Salerno in persona del legale rappresentante p.t.

e) Associazione UNASAM in persona del legale rappresentante p.t.;

f)Associazione Movimento per la Giustizia Robin Hood in persona del legale rappresentante p.t.;

g) Associazione Telefono Viola in persona del legale rappresentante p.t.;

g) Comitato di Iniziativa Psichiatrica in persona del legale rappresentante p.t.;

da liquidarsi in separato giudizio civile nonché alla rifusione delle spese di assistenza e difesa, che si liquidano per le parti civili De Marino Teresa, ASL Salerno in persona del legale rappresentante p.t., Mancoletti Giuseppe, UNASAM in persona del legale rappresentante p.t., Movimento per la Giustizia Robin Hood in persona del legale rappresentante p.t., Telefono Viola in persona del legale rappresentante p.t e Comitato di Iniziativa Psichiatrica in persona del legale rappresentante p.t in complessivi € 3.000,00 (tremila/00) ciascuna ed altresì per le parti civili Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni, Rosalba Mastrogiovanni in complessivi euro 4.000,00 (quattromila/00) per , oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge;

rigetta tutte le ulteriori richieste avanzate ex art. 539, 2°comma c.p.p. e 541 2°comma c.p.p.

Letto l'art. 530 cpv. c.p.p., *assolve D[redacted] A[redacted], C[redacted] D[redacted] M[redacted] T[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted], M[redacted] M[redacted], L[redacted] A[redacted] C[redacted] C[redacted], O[redacted] N[redacted], E[redacted] G[redacted] S[redacted] M[redacted] e R[redacted] R[redacted]* dai reati loro ascritti in concorso ai capi B) e C) della rubrica perché il fatto non costituisce reato;

Letto l'art. 530 cpv. c.p.p., *assolve E[redacted] G[redacted], O[redacted] N[redacted], L[redacted] A[redacted], G[redacted] A[redacted] e S[redacted] M[redacted]* dal reato loro ascritto in concorso al capo E) della rubrica perché il fatto non costituisce reato;

Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve D[redacted] M[redacted], D[redacted] A[redacted], T[redacted] A[redacted] e R[redacted] R[redacted]* dal reato loro ascritto al capo E) della rubrica per non aver commesso il fatto.

Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve D[redacted] M[redacted]* dal reato a lui ascritto al capo C) della rubrica per non aver commesso il fatto;

Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve C[redacted]* dai reati a lui ascritti ai capi B) e C) della rubrica per non aver commesso il fatto;

Letto l'art. 544 c.p.p. indica il termine di giorni novanta per la redazione della motivazione della sentenza.

Così deciso in Vallo della Lucania il 30 ottobre 2012.

Il Giudice Monocratico

(dott.ssa Elisabetta Garzo)