

MOTIVI DELLA DECISIONE

L'accusa di omicidio colposo contestata a DE [redacted] no di questo GUP, non è sostenibile in giudizio, ricorrendo dunque le condizioni per pronunciare sentenza ai sensi dell'art. 425, comma 3 c.p.p.

Diciamo subito che già dal punto di vista della configurazione giuridica del fatto si tratta di una contestazione - si lasci passare il termine - molto "ardita" perché si addebita al DE [redacted] quale *"...psichiatra responsabile dell'U.F. salute Mentale ASL 3 zona di Pistoia che aveva in cura LOTTI Gianluca, nonché quale psichiatra di riferimento e "case manager" del piano riabilitativo individualizzato redatto per [redacted] di avere, con una serie di condotte attive ed omissive elencate in imputazione, posto in essere "...condizioni necessarie perché il [redacted] commettesse il grave omicidio, senza le quali (condotte addebitate al [redacted] ndr) il decesso del [redacted] non si sarebbe verificato"*, in sostanza di avere **concorso colposamente nel reato doloso altrui**, ovvero nell'efferato omicidio commesso dal suo paziente [redacted] ai danni del T [redacted] 16 gennaio 2014.

Ora, senza qui addentrarci nelle complesse disquisizioni giuridiche sulla possibilità (invero non per tutti pacifica) di un tale tipo di concorso, in astratto non si esclude che detta possibilità vi sia a determinate e specifiche condizioni che bene vengono chiarite dalla giurisprudenza di legittimità che si è occupata di casi analoghi al nostro. Si tratta, come ora vedremo, di casi in cui lo psichiatra ha **violato specifiche regole a contenuto precauzionale** direttamente volte ad **impedire l'agire illecito altrui**, e cioè ad impedire che il paziente (in quanto pericoloso) possa nuocere a terze persone potenziali vittime di suoi atti dolosi (omicidio ad esempio), con ciò colposamente superando il cd **rischio consentito** che ovviamente tutti accettano nell'attività medica e che consiste nel delicato e spesso instabile bilanciamento tra "costi" e "benefici" (inteso: delle cure mediche in generale) e che si presenta ancora più marcatamente incerto ed aleatorio nell'attività dello psichiatra specialmente quando deve decidere - come nel caso in esame - se e in quale misura dare "libertà" al paziente dimesso da un OPG secondo le procedure previste dalla legge.

Partiamo dunque dalla rassegna dei citati casi tratti dalla **giurisprudenza della corte di cassazione** per poi vedere come e perché quello in esame si differenzia nettamente da essi:

caso 1

«Il concorso colposo è configurabile anche rispetto al delitto doloso, sia nel caso in cui la condotta colposa concorra con quella dolosa alla causazione dell'evento secondo lo schema del concorso di cause indipendenti, sia in quello di vera e propria cooperazione colposa, purché in entrambi i casi il reato del partecipe sia previsto dalla legge anche nella forma colposa e nella sua condotta siano effettivamente presenti tutti gli elementi che caratterizzano la colpa. In particolare è necessario che la regola cautelare violata sia diretta ad evitare anche il rischio dell'atto doloso del terzo, risultando dunque quest'ultimo **prevedibile** per l'agente. (Fattispecie avente ad oggetto il caso di un **medico psichiatra, il quale, sospendendo in maniera imprudente il trattamento farmacologico** cui era sottoposto il paziente ricoverato in una comunità, ne aveva determinato lo **scompenso psichico**, ritenuto la **causa della crisi nel corso della quale lo stesso paziente, poi ritenuto non imputabile, aveva aggredito ed ucciso uno degli operatori che lo accudivano**)».

(Sez. 4, Sentenza n. 10795 del 14/11/2007 Rv. 238957)

caso 2

«Il concorso colposo è configurabile anche rispetto al delitto doloso, sia nel caso in cui la condotta colposa concorra con quella dolosa alla causazione dell'evento secondo lo schema del concorso di cause indipendenti, sia in quello della cooperazione colposa purché, in entrambi i casi, il reato del partecipe sia previsto dalla legge anche nella forma colposa e nella sua condotta siano presenti gli elementi della colpa, in particolare la finalizzazione della regola cautelare violata alla prevenzione del rischio dell'atto doloso del terzo e la **prevedibilità per l'agente dell'atto del terzo**. (In applicazione del principio, la Corte ha ritenuto configurabile il concorso colposo dei **medici che avevano consentito il rilascio del porto d'armi ad un paziente affetto da gravi problemi di ordine psichico**, nei delitti dolosi di omicidio e lesioni personali commessi dal paziente il quale, dopo aver conseguito il porto d'armi, aveva con un'arma da fuoco colpito quattro passanti, ucciso la propria convivente ed una condomina, ed infine si era suicidato)».

(Sez. 4, Sentenza n. 4107 del 12/11/2008 Rv. 242830)

caso 3

«Il concorso colposo è configurabile anche rispetto al delitto doloso, sia nel caso in cui la condotta colposa concorra con quella dolosa alla causazione dell'evento secondo lo schema del concorso di cause indipendenti, sia in quello della cooperazione colposa purché, in entrambi i casi, il reato del partecipe sia previsto dalla legge anche nella forma colposa e nella sua condotta siano presenti gli elementi della colpa, in particolare la **finalizzazione della regola cautelare violata alla prevenzione del rischio dell'atto doloso del terzo e la prevedibilità per l'agente dell'atto del terzo**. (In applicazione del principio, la Corte ha ritenuto configurabile il concorso colposo del medico nel delitto doloso di omicidio commesso dal paziente, suicidatosi nelle immediatezze del fatto, avendo egli, **attestato, contrariamente al vero, che l'imputato non era affetto da turbe psicosifiche**, così da consentirgli di ottenere il porto d'armi)».

(Sez. 4, Sentenza n. 22042 del 27/04/2015 Rv. 263499)

Ciò che hanno in comune i casi ora esposti (per comodità abbiamo riportato solo le massime delle sentenze) - come ben si può notare - è che **l'agire doloso del terzo** (il paziente del medico-psichiatra), talvolta sfociato nel suicidio dello stesso, era in **diretto rapporto causale** con la condotta (colposa) dello psichiatra, che, è evidente, laddove **omissiva**, per poter essere sanzionata deve necessariamente rientrare nello schema causale previsto dall'art. 40, comma 2 c.p., secondo cui *“non impedire un evento (in questo l'omicidio commesso dal paziente) che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo”*.

Tutti i casi sopra illustrati danno bene conto di questo **stringente nesso causale** e, conseguentemente, giustificano l'addebito mosso allo psichiatra di concorso colposo nel reato doloso altrui per avere egli appunto violato **specifiche e puntuali regole cautelari**.

Nel **caso 1**, infatti, lo psichiatra aveva **sospeso in maniera imprudente il trattamento farmacologico** cui era sottoposto il paziente ricoverato in una comunità così determinando lo **scompenso psichico**, ritenuto la causa della crisi nel corso della quale lo stesso paziente, poi ritenuto non imputabile, aveva aggredito ed ucciso uno degli operatori che lo accudivano.

E' opportuno a questo proposito fare subito una puntualizzazione.

Tra le condotte contestate al DE  è anche quella di avere **ridotto la terapia**

somministrata al LOTTI.

Ebbene, al riguardo è sufficiente rilevare che il DE [] nei giorni che hanno preceduto il delitto del I [] aveva apportato solo una **lieve riduzione** (un quinto della dose di Zyprexa: da 25 a 20 mg) **al trattamento** lasciando invariato il dosaggio dell'altro antipsicotico (haldol 150 mgr depot) e dello stabilizzatore dell'umore (1000 mgr al dì), non provocando quindi – contrariamente a quello che era accaduto nel caso 1. – **nessuno scompenso psichico del L []** tant'è che due giorni dopo l'efferato omicidio del povero T [] e cioè il **18.1.2014 alle ore 9,20**, la psichiatra del carcere **dr.ssa M []** così testualmente relaziona sul L [] (p. 224):

«..VISITA PSICHIATRICA

Lucido e orientato nei parametri spazio-temporali - disponibile al colloquio – **Non si evidenziano al momento disturbi della forma e/o del contenuto del pensiero, né fenomeni psicosensoriali abnormi** – Umore sostanzialmente in asse, riferisce moderata preoccupazione per gli eventi degli ultimi giorni. Lieve ansia. Precisa di ...omissis... non sentire la necessità di terapie aggiuntive...si suggerisce **di mantenere la condizione di sorveglianza attuale e la terapia in atto**»

terapia che, dunque, era esattamente quella fino al quel momento somministrata dal DE [] e che, all'evidenza, non aveva causato nessuno scompenso psichico quale causa diretta dell'omicidio commesso dal L [] come nel caso 1., scompenso del quale del resto non vi era stato nessun concreto **segnale premonitore** prima dell'omicidio del T [] come quelli invece che furono *ex post* rilevati prima del precedente omicidio (quello della fidanzata) commesso dal I [] 19.9.1998 (si veda al riguardo l'ampia e dettagliata relazione del ct del PM dr. PATERNITI).

Nei casi 2 e 3 lo psichiatra ha invece (direttamente) contribuito all'evento rilasciando al paziente **un certificato medico** attestandone la "normalità" quando invece si trattava di soggetto **affetto da gravi problemi di ordine psichico**, certificato finalizzato al rilascio del **porto d'armi**.

Nella casistica della Suprema Corte non si rinvencono invece casi analoghi al nostro che, già dalla lettura dell'imputazione, appaiono molto diversi da quelli sopra esposti: come ora vedremo passando in rassegna i passaggi salienti dell'iter che portò L [] dall'OPG di Montelupo Fiorentino all'inserimento nella comunità "*Un popolo in cammino*" dove commise l'efferato delitto il 16 gennaio 2014, se non l'aver in definitiva contribuito nella veste ufficiale sopra ricordata (con altri soggetti della procedura: ciò nessuno lo nega) a detta ultima collocazione, al DE [] non si contesta nessun atto (ad eccezione della riduzione del farmaco sulla cui irrilevanza causale rispetto all'evento omicidiario, però, abbiamo già detto) che abbia direttamente e specificamente innescato la folle decisione del L [] di uccidere con un'ascia mentre dormiva il compagno di stanza T []

Certo, è indubitabile che, come ha rilevato il ct del PM dr. Rolando P [] la scelta di inserire il L [] in quella comunità si sia rilevata a posteriori un fallimento per il "sistema penitenziario" e una tragedia per l'inerte vittima T []. Ma il problema, quando si affronta il tema del reato colposo non è quello di sindacare *ex post* un clamoroso insuccesso del tentativo di reinserimento di un (già) omicida come il L [] giudicato seminfermo di mente, ma quello di verificare se *ex ante* lo psichiatra abbia colposamente posto in essere condotte che abbiano costituito - come si legge in imputazione - **condizioni necessarie perché il L [] commettesse il grave omicidio, senza le quali il decesso del T [] non si sarebbe verificato**.

Ed è bene subito chiarire che questo antecedente causale non può essere semplicisticamente individuato nella scelta ultima (riferibile al DE [] che non l'ha certo negata) di collocare il L [] in quella struttura a più **bassa soglia di protezione** (rispetto alla struttura di Firenze "Le Querce" dove

L. [] è rimasto per un anno a partire dal settembre 2012 in regime di libertà vigilata) perché, risalendo per un attimo mentalmente a ritroso nell'iter di cui parlavamo, allora l'errore colpevole starebbe ancora più a monte, quello cioè commesso dal personale medico-psichiatrico dell'OPG di inserire il L. [] **già nel 2011** nella lista dei soggetti internati cd "dimissibili". E' scontato dire che se L. [] fosse rimasto recluso non avrebbe ucciso il T. [] ma è altrettanto evidente che il ragionamento giuridico che dobbiamo fare prima sul nesso causale, poi sulla colpa, non può certo scivolare verso simili semplicistiche conclusioni: la scelta di "dimettere" il L. [] dall'OPG - come ora meglio vedremo - non solo non è una scelta che fa capo direttamente all'imputato DE [] ma è anche una scelta (giusta o sbagliata che sia: nel nostro caso rivelatasi in concreto sbagliata per gli esiti infausti che ha avuto) per così dire di "politica del sistema penitenziario" italiano volto come sappiamo al progressivo superamento dell'OPG verso forme meno "contenitive" dei soggetti pericolosi ivi internati.

Ma dicevano appunto dell'iter che ha portato L. [] dall'OPG alla comunità "*Un popolo in cammino*": vediamo, in sintesi, più nel dettaglio negli snodi principali per capire meglio in quale **più ampio contesto di condivise responsabilità/dibattiti e scelte** si sia inserita la condotta del DE []

- su iniziativa del dr. [], psichiatra dell'OPG, L. [] viene inserito nella lista dei cd soggetti internati "*dimissibili*";

- nel **luglio 2011** L. [] accetta di fare uscite "protette" (accompagnato cioè dagli operatori) verso la struttura "Le Querce" di Firenze individuata come quella di un suo possibile inserimento insieme al responsabile della stessa dr. []

- a **febbraio 2012** la situazione è ancora stazionaria;

- iniziano ad emergere **contrast** di opinioni tra gli stessi psichiatri riguardo alla "dimissibilità" del L. [] da una parte "premono" per l'inserimento del L. [] a "Le Querce" il dr. [] (OPG) e il dr. [] ("Le Querce"), dall'altra esprime (più che giustificate col senno del poi!) forti **perplessità** il dr. [] appartenente alla stessa struttura territoriale del DE [] (si vedano le mail riportate dal ct del PM a pagg. 29-30 della relazione);

- per superare l'impasse DE [] **decide** nella veste di *psichiatra responsabile dell'U.F. salute Mentale ASL 3 zona di Pistoia che aveva già in cura L. []* **assumersi direttamente la responsabilità della gestione del percorso di dimissione** del L. [] percorso - come già detto - avviato/sollecitato dalla stessa psichiatria dell'OPG (non è quindi corretto dire che DE [] abbia esautorato il dr. []

- a **settembre 2012** (dunque dopo ampio e tormentato dibattito tra gli esperti e con il definitivo avallo del magistrato di sorveglianza) L. [] viene inserito in regime di **libertà vigilata** presso "*Le Querce*" di Firenze dove però, come da statuto della struttura, **non potrà rimanere per più di 1 anno**;

- tutto sembra procedere per il meglio, tant'è che nel **corso del 2013** L. [] viene anche **autorizzato ad allontanarsi da solo dalla struttura per recarsi con l'autobus a lavorare in una serra**;

- a **maggio 2013** si tiene una riunione alla quale oltre al DE [] partecipano vari altri esperti del settore ([] ed altri): in questa sede, in vista della inevitabile dimissione da "Le Querce" (che dovrà necessariamente avvenire a settembre/ottobre 2013) DE [] propone l'inserimento del L. [] nella comunità "*Un popolo in cammino*" (posta in val di Nievole perché L. [] aveva espresso il desiderio di non stare a Pistoia dove avrebbe potuto incontrare i genitori della fidanzata uccisa), struttura questa dove già erano ospitati con successo dal punto di vista del percorso riabilitativo altri soggetti anche responsabili di omicidio: **TUTTI** i soggetti presenti alla riunione concordano sul fatto che si tratta di una **collocazione adeguata per L. []** (sul punto si vedano anche i verbali di interrogatorio L. [] Vito del 20.4.2015: "...io probabilmente

avrei preso la stessa decisione" dice, [redacted], f. 495 e di s.i.t. di [redacted] del 12.2.2015);

- iniziano gradualmente delle visite di "prova" (protette: nel senso cioè che L [redacted] è accompagnato dagli operatori de "Le Querce") presso detta nuova struttura regolarmente autorizzate dal magistrato di sorveglianza: si hanno riscontri positivi;
- il **18 ottobre 2013** L [redacted] si trasferisce quindi in detta comunità sempre sottoposto al regime della **libertà vigilata**, ma con **autorizzazione** (del magistrato di sorveglianza) **ad allontanarsi anche da solo** per andare in palestra o a cena a casa dei genitori;
- L [redacted] sebbene in modo più attenuato rispetto al regime più "contenitivo" de "Le Querce" (ma ricordiamo che anche qui L [redacted] era già stato autorizzato ad uscire da solo per andare al lavoro, dunque l'unica sostanziale differenza di "regime" era la presenza costante del personale sanitario/psichiatrico al "Le Querce" rispetto all'ultima collocazione) viene monitorato dal DE [redacted] che ivi si era ogni 15 giorni, si cura diligentemente e **non da nessun segnale concreto e percettibile esternamente da parte degli operatori di scompensi psichici**, tanto meno risultano litigi pregressi con il T [redacted] che viene tragicamente ucciso dal L [redacted] nel sonno la notte del 16 gennaio 2014.

Questo in sintesi il percorso che ha portato nell'arco di oltre due anni L [redacted] a passare dall'internamento (OPG) ad un regime di libertà vigilata presso la comunità dove commise l'ultimo efferato delitto: come si può agevolmente rilevare si è trattato di un **percorso complesso ed articolato** in cui sono entrate in gioco e si sono confrontate diverse professionalità tra cui certamente anche quella dell'imputato DE [redacted], che ha visto quindi coinvolti vari soggetti del settore medico ed istituzionale in genere (non ultima la stessa magistratura di sorveglianza che, evidentemente, aveva ritenuto adeguata la scelta dell'inserimento del L [redacted] in quella struttura), con inevitabili dubbi, dibattiti e incertezze connaturate alla difficile scelta di chi è chiamato a fare **prognosi per soggetti che si sono sì macchiati di gravi delitti**, ma che la legge prevede anche che si debba provare a "recuperare". **Non si è dunque trattato di unilaterali ed "eccentriche" decisioni di uno psichiatra** che si è arbitrariamente arrogato la scelta di "liberare" un pericoloso omicida.

Non vi è dubbio - come osserva il ct del PM dr. [redacted] - che col *senno del poi* questa scelta si sia rivelata oggettivamente inadeguata a contenere la perdurante pericolosità del L [redacted] è fin troppo facile concluderlo quando un soggetto già omicida reitera dopo circa 16 anni (per la maggior parte passati in un OPG) un altro (forse ancora più crudele ed efferato) omicidio ai danni di un inerme e malcapitato compagno di stanza come lo sfortunato T [redacted]. E' evidente che qualcosa non ha funzionato nella valutazione della pericolosità di questo soggetto della cui diagnosi di seminfermità mentale nessuno degli esperti ha dubbi.

Ma la domanda che a questo punto dobbiamo porci è: potrà mai provarsi in giudizio la responsabilità dell'imputato DE [redacted] a titolo di colpa per questo omicidio? **Possiamo cioè a posteriori ritenere che nell'iter sopra sintetizzato si siano innestate sue specifiche condotte colpose che abbiano direttamente innescato la "mina" [redacted]**? In ultima analisi che metaforicamente parlando l'imputato abbia "messo in mano" al [redacted] l'ascia con cui questi ha ucciso il T [redacted], alla stessa stregua in cui nei casi giurisprudenziali sopra riportati il medico psichiatra aveva "messo in mano" al folle omicida il certificato di idoneità al porto d'armi?

La risposta non può che essere **negativa** in una prospettiva dibattimentale.

Diciamo subito che qui non è realisticamente prevedibile (per usare una spesso abusata terminologia) nessuno "sviluppo dibattimentale", nemmeno ipotizzando una eventuale **perizia** che per la verità la stessa Difesa aveva in subordine sollecitato a questo GUP anche nelle forme dell'incidente probatorio.

Infatti, qui abbiamo già tutti gli elementi di fatto a disposizione per come tra l'altro sono stati bene illustrati ed elaborati dai consulenti tecnici delle parti (dr. [redacted] per l'Accusa - dr. [redacted] per la Difesa), elementi che **tali e quali resterebbero all'esito del dibattimento**. Il caso è pertanto di quelli da decidere **in diritto** senza la necessità del dibattimento: nessun perito potrebbe infatti mai sostituirsi al giudice in un caso come questo, dove non si tratta di dirimere un contrasto tra esperti su una determinata diagnosi/terapia (talvolta anche in quei casi difficile da dirimere, ma qui **tutti gli esperti concordano sulla patologia psichica da cui è affetto il L' [redacted] non si è trattato quindi trattato di un errore di diagnosi**), ma soltanto di decidere se sulla base degli elementi sopra sinteticamente esposti possa sostenersi una accusa di omicidio colposo nei confronti dello psichiatra DE [redacted]. E' questa la ragione per la quale chi scrive ha deciso di non disporre una (inutile) perizia che non avrebbe fatto altro che lasciare aperti dubbi che in casi come questo sono irrisolvibili in un senso o nell'altro, perché se l'agire illecito altrui ha già in sé qualcosa di inevitabilmente **imprevedibile**, quando si associa a soggetti con **disturbi della personalità borderline come il L' [redacted]** che ha ucciso a freddo il T [redacted] senza dare alcuno specifico e concreto segnale premonitore, ha dell'imperscrutabile. A meno che per "segnale premonitore" non si voglia genericamente intendere tutto l'agire pregresso del L' [redacted] (che implica il giudizio sulla sua pericolosità), ma allora si ricade nella semplicistica considerazione, che può valere per l'"uomo della strada" ma non certo per chi è chiamato a risolvere in diritto un caso secondo i parametri della responsabilità colposa, che forse era meglio far rimanere il L' [redacted] escluso all'OPG! **Nemmeno a "Le Querce"** perché è sì vero che si trattava di una struttura diversa rispetto a quella dove è avvenuto l'omicidio ma, attenzione, come abbiamo già sottolineato, l'unica concreta differenza non era tanto nel regime "detentivo" (anche lì L' [redacted] viveva da solo per andare al lavoro) quanto nella costante presenza degli operatori: e quale perito potrai affermare con certezza che un'azione omicidiaria come quella commessa dal L' [redacted] la notte del 16 gennaio 2014 egli non l'avrebbe potuta compiere (magari con qualche attrezzo della serra!) qualche mese prima in quei frangenti di "libertà" quando si trovava a "Le Querce"? E ancora: quale perito potrà mai affermare con certezza che L' [redacted] ha ucciso perché aveva "a disposizione" un'ascia, e non avrebbe quindi potuto compiere un'aggressione mortale anche con un normale utensile da cucina o addirittura a mani nude contro un soggetto inerme che stava dormendo magari soffocandolo?

Tutti interrogativi che, all'evidenza, lasciano irrimediabilmente nell'incertezza l'esistenza del nesso causale: all'esito del dibattimento non si potrà cioè mai provare *oltre ogni ragionevole dubbio* che l'imputato DE [redacted] nel ruolo che ricopriva abbia posto in essere "...condizioni necessarie perché il L' [redacted] omettesse il grave omicidio, senza le quali (condotte addebitate al DE [redacted] ndr) il decesso del T [redacted] non si sarebbe verificato".

DE [redacted] ha soltanto contribuito a fare delle scelte sul percorso del L' [redacted] ed in ultimo all'inserimento dello stesso nella struttura "*Un popolo in cammino*", scelte che *a posteriori* si sono sì rivelate inadeguate a contenere la pericolosità sopita del L' [redacted] ma che *ex ante* non possono essere in alcun modo qualificate come colpose e, quel che più conta, non possono in alcun modo essere considerate esse stesse **direttamente la causa scatenante dell'omicidio commesso dal paziente** come invece era avvenuto nei casi sopra richiamati.

In definitiva, per la configurabilità giuridica della responsabilità colposa del medico-psichiatra per l'atto doloso commesso dal suo paziente, è richiesto un **rapporto di causalità particolarmente stringente** che leghi cioè la condotta (colposa) dello psichiatra in modo diretto e specifico alla **prevedibile azione aggressiva verso terzi del paziente** infermo di mente e pericoloso (come appunto nei casi giurisprudenziali citati), non che ne sia stata soltanto un mero antecedente cronologico privo di concreta connotazione colposa perché così ragionando si **finirebbe per trasformare la causa giuridicamente rilevante ex art. 40 c.p. nella mera occasione**.

P.Q.M.

Il GUP, visto l'art. **425, comma 3 c.p.p.** dichiara non luogo a procedere nei confronti di **DE**
K **gi** in ordine al reato a lui ascritto perché il fatto non sussiste.

Pistoia, 17 marzo 2016

Il Giudice
dott. Alessandro Buzzegoli