



Redatta scheda per il casellario
addì

N. **53892/09** R.G.N.R.
N. **32562/09** R.G. G.I.P.

N. **4/11** del Reg. Gen.
N. **13/13** del Registro
inserz. Senten.

CORTE DI ASSISE DI ROMA
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

L'anno duemilatredici, il giorno 5 del mese di giugno, in Roma

LA III CORTE DI ASSISE DI ROMA

composta dai Signori:

1. EVELINA	CANALE	Presidente
2. PAOLO	COLELLA	Giudice a latere
3. ANNA PAOLA	BARTOLOMEI	} Giudici popolari
4. GIUSEPPE MARIO	CAPPELLO	
5. ADRIANO	MONTINI	
6. BERNARDINO	GRIZI	
7. TONINO	BANGRAZI	
8. FIORELLA	COLLABOLLETTA	

con l'intervento del Pubblico Ministero, rappresentato dal dott. Vincenzo Barba e Dott.ssa Maria Francesca Loy e con l'assistenza dell'ausiliario Dott.ssa Maria Teresa Gardi, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa penale con giudizio ordinario

CONTRO

- 1) **MINICHINI Nicola** nato a Pomigliano d'Arco (NA) il 14.05.1969.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. di fiducia Diego Perugini in via Anastasio II, n.442 Roma.

LIBERO - PRESENTE

- 2) **SANTANTONIO Corrado** nato a Roccamonfina (CE) il 27.02.1959.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. di fiducia Raffaele Corrado Oliviero in viale Parioli, n.72, sc. F Roma
LIBERO - PRESENTE
- 3) **DOMENICI Antonio** nato a Roma il 19.11.1967.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. di fiducia Massimo Mauro in via Amatrice, n.50 Roma
LIBERO - PRESENTE
- 4) **FIERRO Aldo** nato ad Ascea (SA) il 28.05.1949.
Domicilio eletto c/o l'ospedale "Sandro Pertini" di Roma struttura di medicina penitenziaria.
Difeso di fiducia dall'Avv. Gaetano Scalise, piazzale delle Belle Arti, n.2 Roma.
LIBERO - ASSENTE
- 5) **CORBI Stefania** nata a Cori (LT) il 4.03.1967.
Domicilio dichiarato
Difesa di fiducia dall'Avv. Franco Luberti e Avv. Giovanni Luigi Guazzotti, entrambi con studio in via Flaminia n. 354 - Roma.
LIBERA - ASSENTE
- 6) **CAPONETTI Rosita** nata a Roma il 29.09.1971.
Domicilio dichiarato
Difesa di fiducia dall'Avv. Massimiliano Auriemma, viale B. Pelizzi, n.161 - Roma.
LIBERA - CONTUMACE
- 7) **BRUNO Flaminia** nata a Roma il 24.09.1973.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. di fiducia Gerardo Russillo, via Cipro n. 77 - Roma
LIBERA - ASSENTE
- 8) **DE MARCHIS PREITE Luigi** nato a Roma il 1.03.1971.
Domicilio dichiarato
Difeso di fiducia dall'Avv. Fabrizia Morandi via Antonio Gallonio n. 18 - Roma
LIBERO - ASSENTE
- 9) **DI CARLO Silvia** nata a Popoli (PE) il 5.04.1975.
Domicilio eletto c/o lo studio degli Avv.ti di fiducia Antonio Giansante e Giovanni Di Biase, via Cincinnato n. 37 - Pescara.
LIBERA - ASSENTE

10) FLAUTO Giuseppe nato a Salerno il 17.06.1969.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. di fiducia Diamante Ceci, via Nizza, n. 53 – Roma

LIBERO – PRESENTE

11) MARTELLI Elvira nata a Rotello (CB) il 5.03.1970.
Domicilio dichiarato
Difesa di fiducia dall'Avv. Cesare Gai e dall'Avv. Valentina Scuderoni entrambi con studio in via Sabotino, n. 22 - Roma

LIBERA – PRESENTE

12) PEPE Domenico nato a Palestrina (RM) il 20.01.1972.
Domicilio eletto c/o lo studio dell'Avv. Diamante Ceci, via Nizza, n.53 – Roma.
Difeso di fiducia dall'Avv. Diamante Ceci, via Nizza, n.53 – Roma.

LIBERO – PRESENTE

IMPUTATI

Minichini Nicola, Santantonio Corrado e Domenici Antonio

a) In ordine ai reati di cui agli artt. 110, 582, I comma, 585, 61 nr. 9 c.p., poiché, in concorso e riuniti tra loro, abusando dei poteri inerenti alla qualità di appartenenti alla polizia penitenziaria, quali preposti alla gestione del servizio delle camere di sicurezza del tribunale penale di Roma, p.le Clodio, adibite alla custodia temporanea degli arrestati in flagranza di reato in attesa dell'udienza di convalida, spingendo e colpendo con dei calci Cucchi Stefano, che ivi si trovava in quanto arrestato per detenzione di sostanza stupefacente a fini di spaccio dai Carabinieri della Stazione di Roma Appia in data 15 ottobre, lo facevano cadere a terra e gli cagionavano lesioni personali, consistite in “politraumatismo ematoma in regione sopracciliare sinistra, escoriazioni sul dorso delle mani, lesioni escoriate in regione para-rotulea bilateralmente cinque lesioni escoriate ricoperte da crosta ematica in corrispondenza della cresta tibiale sinistra, altre piccole escoriazioni a livello lombare para-sacrale superiormente e del gluteo destro (quadrante infero-laterale sede paratrocanterica), ed infrazione della quarta vertebra sacrale”, dalle quali derivava una malattia della durata compresa tra 20 e 40 giorni.

In Roma il 16 ottobre 2009.

b) In ordine al reato di cui agli artt. 110, 608, I comma, c.p., perché, in concorso tra loro, allo scopo di far desistere il detenuto Cucchi Stefano dalle reiterate richieste di farmaci e alle continue lamentele, lo sottoponevano a misure di rigore non consentite dalla legge, meglio descritte nel capo a) che precede.

In Roma il 16 ottobre 2009.

Marchiandi Claudio (posizione definita all'udienza del 25.01.11) e Caponetti Rosita

c) In ordine al reato di cui agli artt. 110, 479, 61 nr. 2 c.p., perché in concorso tra loro, il primo, direttore dell'ufficio dei detenuti e del trattamento del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (P.R.A.P.), istigava la seconda, dirigente medico di turno in servizio presso la struttura di medicina protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, che – al fine di preconstituirsì le condizioni previste dal protocollo organizzativo di struttura complessa di medicina protetta sottoscritto tra il provveditore regionale del Lazio e il direttore Generale della ASL Roma “B”, in data 8.07.2005, per accettare il ricovero del detenuto Stefano Cucchi, a indicare falsamente nell'esame obiettivo riportato nella cartella clinica redatta all'ingresso del paziente, i seguenti dati in ordine alle condizioni generali dello stesso; in particolare, indicava condizioni generali “buone”, stato di nutrizione “discreto”, “decubito indifferente”, apparato muscolare “Tónico Trofíco” e apparato urogenitale “n.d.r.”; dati palesemente falsi in ordine alle reali condizioni del paziente ed in evidente contrasto con quanto indicato nella cartella infermieristica redatta presso lo stesso reparto e con i rilievi obiettivi dei sanitari della Casa circondariale di Regina Coeli e dei sanitari del pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli, essendo in particolare, il paziente allettato in decubito obbligato, cateterizzato, impossibilitato alla stazione eretta e alla deambulazione, con apparato muscolare gravemente ipototonotrófico, tanto da indurre i sanitari a praticare terapia per via endovenosa vista l'assenza di sufficiente muscolatura per praticare intramuscolo.

Commettendo il fatto al fine di commettere il reato di cui al capo d) che segue.

In Roma il 17 ottobre 2009.

d) in ordine al reato di cui agli artt. 110, 323, I e II comma, c.p., poiché, in concorso tra loro, il primo in qualità di direttore dell'ufficio dei detenuti e del trattamento del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (P.R.A.P.), recandosi personalmente in orario extralavorativo (sabato pomeriggio alle 18:00) presso la struttura protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, redigendo la richiesta di disponibilità del posto letto per il ricovero di Stefano Cucchi che si trovava presso il pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli, e la seconda, dirigente medico in servizio presso la predetta struttura, nello svolgimento delle loro funzioni, accettando e disponendo il ricovero del paziente Stefano Cucchi, attraverso il falso di cui al capo c) che precede, costituendo ciò violazione di norma di legge richiesta dalla norma incriminatrice in quanto la veridicità delle attestazioni sanitarie costituisce specifico dovere inerente all'attività del pubblico ufficiale, nonché in violazione del protocollo organizzativo di struttura complessa di medicina protetta sottoscritto tra il Provveditore regionale del Lazio e il direttore generale della ASL Roma “B”, in data 8.7.2005, in attuazione del Decreto legislativo 22 giugno 1999 nr. 230, relativamente a paziente le cui caratteristiche cliniche desumibili dalla documentazione sanitaria compilata fino a quel momento erano in palese contrasto con quanto previsto per i ricoveri

ordinari, essendo in violazione del paragrafo ove viene descritta la tipologia dei pazienti da ricoverare individuati in quelli che necessitano di “ricovero ordinario intendendo per tale il ricovero programmabile per patologie mediche e chirurgiche”, non prevedendosi invece possibilità di ricovero nella struttura per “i pazienti in situazioni cliniche di acuzie” come nel caso di specie, procuravano al paziente, intenzionalmente, un danno ingiusto, di rilevante gravità, consistito nel ricoverarlo in struttura inadeguata in relazione alla cura delle patologie manifestate.
In Roma il 17 ottobre 2009.

Fierro Aldo, Di Carlo Silvia, Bruno Flaminia, Corbi Stefania, De Marchis Preite Luigi, Flauto Giuseppe, Martelli Elvira e Pepe Domenico:

e) in ordine al reato di cui agli artt. 81 cpv., 110, 591, I e II comma, c.p., perché, in concorso tra loro, con più omissioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in qualità, il Fierro di dirigente medico di secondo livello e direttore della struttura complessa di medicina protetta dell’Ospedale Sandro Pertini di Roma, Di Carlo, Bruno, Corbi e De Marchis di dirigenti medici di primo livello e Flauto, Martelli e Pepe in qualità di infermieri, in servizio presso la predetta struttura, nei giorni dal 18 al 22 ottobre 2009, abbandonavano Stefano Cucchi, del quale dovevano avere cura, che ivi si trovava ricoverato in stato detentivo dal 17 ottobre, incapace di provvedere a sé stesso; in particolare, il paziente era affetto da politraumatismo acuto, con bradicardia grave e marcata, alterazione dei parametri epatici, segni di insufficienza renale in soggetto in stato di magrezza patologica (cachettico), e che si è venuto a trovare nel corso della degenza in uno stato di pericolo di vita che esigeva il pieno attivarsi dei sanitari i quali, invece, omettevano di adottare i più elementari presidi terapeutici e di assistenza che nel caso di specie apparivano doverosi e tecnicamente di semplice esecuzione ed adottabilità e non comportavano particolari difficoltà di attuazione essendo peraltro certamente idonei ad evitare il decesso del paziente.

Precisamente:

- Volontariamente omettevano di intervenire effettuando elettrocardiogramma che appariva assolutamente necessario, anche in relazione al riscontro in data 17 ottobre di una frequenza cardiaca pari a 46 BPM, limitandosi ad annotare nella cartella clinica un asserito rifiuto del paziente a sottoporsi all’esame ECG, senza adoperarsi per ottenere un consenso informato documentato e sottoscritto dal paziente, non adottando neppure attraverso una semplice palpazione del polso alcuna misura diagnostica atta a controllare l’evoluzione della bradicardia, né adottavano alcun presidio diagnostico doveroso al fine di chiarire l’origine di tale bradicardia, che in data 21 viene segnalata in cartella pari a 36 BPM, omettendo inoltre il controllo seriato degli elettroliti e della glicemia, accertamenti questi di assai semplice esecuzione in presenza di prelievi ematici quotidiani.
- Volontariamente omettevano di adottare qualunque presidio terapeutico al riscontro di valori di glicemia ematica pari a 40 mg/di, rilevato il 19 ottobre, pur essendo tale valore al di sotto della soglia ritenuta dalla letteratura scientifica come pericolosa per la vita (per uomo pari 45 mg/di), neppure intervenendo con

una semplice misura quale la somministrazione di un minimo quantitativo di zucchero sciolto in un bicchiere d'acqua che il paziente assumeva regolarmente, misura questa idonea ad evitare il decesso.

- Volontariamente omettevano di comunicare al paziente l'assoluta necessità di effettuare esami diagnostici essenziali alla tutela della sua vita, limitandosi ad annotare gli asseriti rifiuti nella cartella clinica, motivati dalla volontà di effettuare colloqui con un avvocato, circostanza questa che omettevano di comunicare a personale della polizia penitenziaria preposto.
- Volontariamente omettevano di intervenire pur avendo constatato, in particolare il Fierro e la Corbi, in data 21 ottobre, la criticità delle condizioni del paziente, tanto da indurli a decidere di inviare in merito una missiva al magistrato competente, non trasferendo con urgenza presso un reparto più idoneo, misura questa che sarebbe stata assolutamente doverosa in presenza delle condizioni descritte dagli stessi sanitari nella missiva, e agevolmente attuabile con il trasferimento del paziente al pronto soccorso del medesimo ospedale nel quale la struttura protetta è allocata.
- Volontariamente omettevano di controllare il corretto posizionamento o l'occlusione del catetere determinando l'accumulo di una rilevante quantità di urina in vescica (1400 cc) con risalita del fondo vescicale e compressione delle strutture addominali e toraciche (ultimo controllo annotato nel diario infermieristico alle ore 6 del 21 ottobre 2009).

In Roma dal 18 al 22 ottobre 2009

Fierro Aldo e Corbi Stefania:

- f) in ordine al reato di cui agli artt.110, 328, I comma, c.p., perché in concorso tra loro, nelle qualità sopra indicate, in presenza delle condizioni di pericolo di vita del paziente, come da loro descritte in una missiva indirizzata al magistrato competente, elaborata dalla Corbi su indicazione del Fierro, indebitamente rifiutavano di trasferire il paziente con assoluta urgenza presso un reparto idoneo.

In Roma il 21 ottobre 2009.

Bruno Flaminia:

- g) in ordine al reato di cui all'art. 479 c.p., perché medico in servizio presso la struttura di medicina protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, il giorno 22 ottobre 2009, formava il certificato di morte di Stefano Cucchi, falsamente attestando che si trattava di "morte naturale" con diagnosi clinica presunta di "sospetta embolia polmonare in paziente affetto da frattura vertebra L3 + trauma facciale. Grave dimagrimento. Iperazotemia", pur essendo a conoscenza delle patologie da cui era affetto, perché ricoverato nel reparto nei cinque giorni precedenti, ricollegabili a un traumatismo fratturativo di origine violenta che imponeva la messa a disposizione della salma all'Autorità Giudiziaria.

In Roma il 22 ottobre 2009.

Marchiandi Claudio (posizione definita all'udienza del 25.01.11), Caponetti Rosita, Fierro Aldo, Di Carlo Silvia, Bruno Flaminia, Corbi Stefania. De Marchis Preite Luigi, Flauto Giuseppe, Martelli Elvira e Pepe Domenico:

h) in ordine al reato di cui agli artt.81 cpv. 110, 378, I comma c.p., perché, in concorso tra loro, con più azioni ed omissioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, aiutavano gli appartenenti alla Polizia Penitenziaria autori dei reati di cui ai capi a) e b) che precedono, ad eludere le investigazioni dell'Autorità; in particolare, Marchiandi e Caponetti, con la condotta di cui ai capi c) e d), e Fierro Aldo, Silvia Di Carlo, Flaminia Bruno, Stefania Corbi, De Marchis Preite Luigi, omettendo di trasferire o di richiedere il trasferimento in reparto idoneo in relazione alle condizioni critiche del paziente, ed estraneo all'amministrazione penitenziaria, il paziente Stefano Cucchi, nonché, tutti, di riferire all'A.G. avendo preso conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni della commissione del reato di lesioni personali aggravate e abuso di autorità contro arrestati o detenuti.

In Roma dal 17 al 22 ottobre 2009.

Caponetti Rosita, Fierro Aldo, Di Carlo Silvia, Bruno Flaminia, Corbi Stefania. De Marchis Preite Luigi, Flauto Giuseppe, Martelli Elvira e Pepe Domenico:

i) in ordine al reato di cui agli artt. 81 cpv., 110, 365, I comma, c.p., perché, in concorso tra loro, con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, nell'esercizio delle loro funzioni della commissione del reato di lesioni personali aggravate e abuso di autorità contro arrestati o detenuti meglio descritti nei capi a) e b) che precedono, omettevano di riferirne all'Autorità Giudiziaria.

In Roma dal 17 al 22 ottobre 2009.

Parti Civili:

- 1) CUCCHI Giovanni**, n. il 24.08.1948 a Roma, leg. dom. c/o Avv. Alessandro Gamberini, via Pasubio n. 15 – Roma
- 2) CALORE Rita**, n. il 1.05.1949 a Roma leg. dom. c/o Avv. Dario Piccioni, via Pasubio n. 15 – Roma
- 3) CUCCHI Ilaria**, n. il 22.06.1974 a Roma, leg. dom. c/o Avv. Fabio Anselmo, viale Cavour, 51 – Ferrara

- 4) **CUCCHI Ilaria**, n. il 22.06.1974 a Roma, n.q. di genitore esercente la potestà genitoriale sulla figlia minore **Giulia DI PAOLO**, n. il 20.08.2008 a Roma, leg. dom. c/o Avv. Alessandra Pisa, viale Cavour, 51 – Ferrara
- 5) **CUCCHI Ilaria**, n. il 22.06.1974 a Roma, , n.q. di genitore esercente la potestà genitoriale sul figlio minore **Valerio DI PAOLO**, n. il 26.09.2002 a Roma, leg. dom. c/o Avv. Alessandra Pisa, viale Cavour, 51 – Ferrara
- 6) **COMUNE DI ROMA**, nella persona del sindaco pro-tempore, leg. dom.to c/o Avv. Enrico Maggiore, via del Tempio di Giove, n. 21, sede dell'Avvocatura Comunale - Roma

CONCLUSIONI

PM: chiede che la Corte affermi la penale responsabilità degli imputati per i reati a loro ascritti e condanni:

Minichini, Santantonio e Domenici, considerato più grave il reato di cui al capo a), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 2 di recl.

Caponetti, considerato più grave il reato di cui al capo c), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 2 di recl.

Fierro, considerato più grave il reato di cui al capo e), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 6 e mesi 8 di recl.

Corbi, considerato più grave il reato di cui al capo e), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 6 di recl.

Bruno, considerato più grave il reato di cui al capo e), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 6 di recl.

Di Carlo e De Marchis Preite, considerato più grave il reato di cui al capo e), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 5 e mesi 6 di recl.

Flauto, Pepe e Martelli, considerato più grave il reato di cui al capo e), ritenuta la continuazione, alla pena di anni 4 di recl.

P.P.C.C.:

- **Avv. Dario Piccioni per Rita Calore**
- **Avv. Alessandro Gamberini per Giovanni Cucchi chiede:**
- **Avv. Fabio Anselmo per Ilaria Cucchi, in proprio chiede che:**

- **Avv. Alessandra Pisa per Ilaria Cucchi n.q. di rappresentante legale della figlia minore Giulia Di Paolo**

- **Avv. Enrico Maggiore, dell'Avvocatura del Comune di Roma, per Roma Capitale**

- **Avv. Stefano Maccioni per "Cittadinanza Attiva" Onlus**

Difesa degli IMPUTATI

- **Avv. Diego Perugini per Nicola Minichini:** assoluzione con formula piena.
- **Avv. Raffaele Corrado Oliviero per Corrado Santantonio:** assoluzione con formula piena.
- **Avv. Massimo Mauro per Antonio Domenici:** assoluzione per non aver commesso il fatto.
- **Avv. Gaetano Scalise per Aldo Fierro:** assoluzione per non aver commesso il fatto ed in subordine perché il fatto non sussiste.
- **Avv. Luigi Guazzotti per Stefania Corbi:** assoluzione perché il fatto non sussiste o per non aver commesso il fatto.
- **Avv. Massimiliano Auriemma per Caponetti Rosita:** assoluzione con formula piena.
- **Avv. Gerardo Russillo per Bruno Flaminia:** assoluzione da tutti i reati ascritti previa declaratoria di nullità o inutilizzabilità degli accertamenti tecnici irripetibili.
- **Avv. Fabrizia Morandi per De Marchis Preite Luigi:** assoluzione perché il fatto non sussiste, in subordine perché il fatto non costituisce reato; in ulteriore subordine, sul presupposto che il mancato riconoscimento della sindrome da inanizione integri una condotta colposa diversa da quella contestata nel decreto che dispone il giudizio chiede che la Corte trasmetta gli atti al Pubblico Ministero ex art. 516 cpp.
- **Avv. Antonio Giansante per Di Carlo Silvia:** assoluzione perché il fatto non sussiste; in subordine perché l'imputato non lo ha commesso; in ulteriore subordine perché il fatto non costituisce reato.
- **Avv. Diamante Ceci per gli imputati Giuseppe Flauto e Domenico Pepe:** assoluzione con formula piena per entrambi gli imputati per i capi E), H) ed I); assoluzione con formula piena anche dell'eventuale imputazione di omicidio colposo.
- **Avv. Cesare Gai per Elvira Martelli:** assoluzione per i delitti ascritti ai capi E) ed I) perché il fatto non sussiste; in subordine perché il fatto non costituisce reato. In relazione al capo H) assoluzione perché il fatto non sussiste o perché l'imputato non lo ha commesso. In subordine – nell'ipotesi d'accoglimento della tesi prospettata dalle PPCC di responsabilità colposa – chiede l'assoluzione dal reato eventualmente diversamente configurabile.

MOTIVAZIONE

MINICHINI Nicola, SANTANTONIO Corrado, DOMENICI Antonio, FIERRO Aldo, CORBI Stefania, CAPONETTI Rosita, BRUNO Flaminia, DE MARCHIS PREITE Luigi, DI CARLO Silvia, FLAUTO Giuseppe, MARTELLI Elvira e PEPE Domenico sono stati tratti a giudizio dinanzi a questa Corte per rispondere dei reati loro rispettivamente ascritti.

Si premette che nella motivazione della sentenza il giudice non è tenuto a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti, (nel caso di specie numerosissime), e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che egli spieghi, in modo logico e adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento nel qual caso devono considerarsi implicitamente disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata. Ciò detto, l'ampia istruttoria dibattimentale svolta ha consentito di pervenire a questa ricostruzione dei fatti.

Giovedì 15 - venerdì 16 ottobre 2009

L'arresto (h. 23,30-1,00)

In esito a servizi di osservazione mirati alla repressione dell'attività di spaccio di stupefacenti segnalata da fonti confidenziali in zona Appio Claudio, (attività asseritamente svolta da un giovane che portava a passeggio un cane, cfr. dichiarazioni m.llo Mandolini p. 42 trascrizioni udienza 28/4/2011), alle h. 23,30 nelle adiacenze di via Lemonia, all'altezza della chiesa di San Policarpo, gli operanti della Stazione Carabinieri di Roma Appia, (carabinieri Tedesco Francesco, Aristodemo Gabriele, Bazzicalupo Gaetano, Di Bernardo Alessio e D'Alessandro Raffaele), notavano un giovane con un cane intento a cedere degli involucri trasparenti ad altro giovane che gli dava in cambio una banconota. I due venivano prontamente bloccati, identificati, (il cedente per Cucchi Stefano e l'acquirente per Mancini Emanuele), e condotti in caserma. Qui giunti, anche alla presenza del comandante interinale della Stazione, maresciallo Mandolini Roberto, si procedeva ad accurata perquisizione personale del Cucchi che veniva trovato in possesso di: n. 12 pezzi di varia grandezza di sostanza stupefacente poi risultata hashish; n. 1 "canna" di hashish già confezionata, (per un totale di n. 54 singole dosi medie d'uso di hashish); n. 3 confezioni in cellophane termosaldate di sostanza stupefacente poi risultata cocaina, (per un totale di n. 3-4 singole dosi medie d'uso); n. 2 pasticche poi risultate: una, composta da solo materiale inerte e l'altra, composta da un tipo benzodiazepina commercializzata come farmaco con la denominazione di "Rivotril"; € 90,00 in banconote di cui una da € 50,00 e due da € 20,00. Il maresciallo Mandolini provvedeva alla redazione degli

atti: verbali di arresto, di perquisizione e sequestro, nonché verbale di sit dell'acquirente Mancini il quale confermava di avere acquistato la sostanza dal Cucchi pagandola con una banconota da € 20,00. L'arrestato, a sua volta, *“dichiarava di non voler nominare un difensore di fiducia”*, (cfr. verbale di arresto in atti); dichiarava altresì di non voler dare notizia ai familiari del suo avvenuto arresto. Secondo quanto precisato in dibattimento dal teste Mandolini, il Cucchi che non ricordava bene il nome del suo avvocato, aveva provato ad indicare qualche nome simile tuttavia non rinvenuto nell'apposito Albo cosicché gli era stato nominato d'ufficio l'avvocato Riccardo Sforza; poiché il giovane non intendeva assolutamente contattare i familiari, non aveva potuto farsi aiutare da questi a ricordare il nome preciso del suo avvocato. Inoltre si rifiutava di apporre la propria firma in calce ai verbali di sequestro e di perquisizione personale e domiciliare, così come si era opposto al fotosegnalamento, (cfr. Mandolini, p. 44: *“gli dava molto fastidio e quindi si è subito un pochettino impressionato su questa cosa che doveva anda' a fare le impronte con le foto”*). Ciononostante – a dire del maresciallo Mandolini – *“il signor Cucchi era una persona tranquilla, spiritosa, anche abbastanza ... e abbiamo fatto anche quattro chiacchiere insieme del ... cioè l'episodio che era successo e quant'altro”*; *“quindi posso soltanto dire che era abbastanza tranquillo, si ... si è anche scherzato, aveva anche dei tratti molto spiritosi, con un linguaggio romanesco simpatico insomma”*, (cfr. pp. 8/9 trascrizioni 28/4/2011). In ordine al suo aspetto fisico, le uniche particolarità evidenti, la sua magrezza e le occhiaie marroni, (secondo il Mandolini non dissimili da quelle visibili sulla fotografia scattatagli il giorno seguente all'ingresso di Regina Coeli, cfr. p. 38, così anche Tedesco), ne rendevano palese lo stato di tossicodipendente da lunga data, tuttavia – a dire del carabiniere Aristodemo –, (cfr. p. 127 trascrizioni udienza 28/4/2011), il Cucchi, quando lo aveva visto lui, *“non era così gonfio e rosso”* come appariva dalla foto di ingresso a Regina Coeli.

Il Cucchi appariva – sempre a dire del maresciallo Mandolini – moderatamente preoccupato a causa dell'arresto, ma non sofferente. Tornato dalla perquisizione domiciliare, di cui appresso si dirà, invece, ancorché camminasse in maniera normale, *“era stanco, quindi ha chiesto di bere, gli è stata data dell'acqua non ha voluto mangiare nulla e voleva andare a riposare”*, (cfr. p. 16). Quanto al suo stato di salute, aveva dichiarato di avere problemi al fegato e di essere epilettico. Con riguardo al suo aspetto fisico, dichiarazioni conformi a quelle del maresciallo Mandolini sono state rese dal carabiniere Tedesco, (cfr. pp. 58/59 e segg. trascrizioni udienza 28/4/2011), dal maresciallo Speranza, (cfr. pp. 137/139 *ibidem*), e dall'appuntato Nicolardi (cfr. pp. 149 e 154 *ibidem*).

La perquisizione domiciliare (h. 1,30-2,00)

Poco dopo, (h. 1,30-2,00 circa), altra pattuglia, detta “consorzata” perché composta anche da personale di altra Stazione e precisamente dal capo equipaggio maresciallo

Speranza Davide Antonio, appartenente alla Stazione Carabinieri Roma Quadraro, dal maresciallo Spinoso e dagli operanti Tedesco e Aristodemo, nonché dai carabinieri Di Bernardo Alessio, D'Alessandro Raffaele, Bazzicalupo, appartenenti alla Stazione Appia, si recava insieme all'arrestato presso l'abitazione dei genitori di costui, sita in via Ciro da Urbino, in zona Tor Pignattara, dove il Cucchi aveva riferito, quantunque in termini un po' vaghi, di andare talvolta a dormire, (e dove in effetti risultava la sua residenza anagrafica), mentre altre volte si recava in casa di amici vari, (omettendo di rivelare, come in seguito si dirà, di abitare stabilmente in un appartamento a Morena).

Nella casa di via Ciro da Urbino, alla presenza di entrambi i genitori, (il padre Giovanni e la madre, Calore Rita), l'arrestato, espressamente richiestone, dichiarava di non volersi avvalere dell'assistenza del difensore per il compimento dell'atto. Nell'occasione veniva riconsegnato ai familiari il cane che il giovane aveva con sé quando era stato bloccato dai carabinieri. I genitori si mostravano, oltre che preoccupati per le sorti del ragazzo, anche arrabbiati con lui e dicevano: *“questa è l'ultima volta che succede, basta, ci hai stancato”*, (cfr. p. 67 trascrizioni udienza 28/4/2011, deposizione c.re Tedesco); gli operanti cercavano di tranquillizzarli; riguardo alle sue condizioni fisiche, Cucchi non aveva detto nulla di particolare ai suoi genitori, né costoro avevano rilevato alcunchè in merito, (cfr. deposizione m.llo Speranza, p.131 trascrizioni 28/4/2011). Il padre del ragazzo, Giovanni, (sentito all'udienza del 16/5/2011, pp. 86/140 trascrizioni), ha dichiarato che la sera della perquisizione *“Stefano era perfetto, era normale”*, (cfr. pp. 91 e 107 trascrizioni 16/5/2011); analoghe dichiarazioni ha reso la madre Calore Rita; (cfr. p. 144 trascrizioni udienza 16/5/2011: *“PM: quando lei lo ha visto il giorno della perquisizione, cioè la sera, la notte della perquisizione, stava bene? DICH. CALORE: benissimo. PM: camminava normalmente? DICH. CALORE: tranquillo, come lo avevo lasciato dopo cena, stava benissimo. PM: aveva dei segni particolari sul volto? DICH. CALORE: no, assolutamente, assolutamente no”*.)

Terminata con esito negativo la perquisizione domiciliare, il maresciallo Speranza insieme all'appuntato Nicolardi si recavano presso la Stazione Roma Torvergata per prendere il kit del narcotest, (non disponibile nella caserma della Stazione Appia), al fine di sottoporre a più accurato esame la sostanza, mentre gli altri operanti, insieme al Cucchi, facevano ritorno alla caserma della Stazione Appia.

L'accompagnamento e la permanenza presso la caserma della Stazione Roma Tor Sapienza (h. 3,00-6,00)

In base alle disposizioni impartite alla Polizia Giudiziaria dal Pubblico Ministero, l'arrestato doveva essere tradotto quella mattina, venerdì 16 ottobre, presso le aule dibattimentali del Tribunale di Roma per la celebrazione del processo con il rito direttissimo e quindi avrebbe dovuto passare la nottata nelle camere di sicurezza della caserma. Senonchè, essendo la Stazione Appia di “seconda fascia” in quanto operativa dalle h. 8,00 alle h. 22,00 e non “h. 24”, come le Stazioni di “terza fascia”,

ed altresì priva di camere di sicurezza, gli operanti ricevevano l'indicazione dai competenti servizi dell'Arma di condurre l'arrestato presso la caserma di Tor Sapienza per fargli trascorrere la notte.

La pattuglia "consorzata", (come già detto si tratta di pattuglia composta da operanti provenienti da più Stazioni limitrofe, nella specie Appia e Quadraro), che aveva preso in carico il Cucchi per il trasporto alla Caserma di Tor Sapienza, era formata dal maresciallo Speranza, (capo equipaggio appartenente della Stazione Roma Quadraro), e dall'appuntato Nicolardi Vincenzo, della Stazione Roma Appia, (quest'ultimo figurava anche tra i sottoscrittori del verbale di sequestro dello stupefacente).

Durante il tragitto, (durato all'incirca un quarto d'ora, cfr. deposizione app.to Nicolardi, p. 149 trascrizioni 28/4/2011), il Cucchi era abbastanza tranquillo e aveva riferito di lavorare con il padre come geometra, (cfr. deposizione m.llo Speranza, p. 133). All'arrivo in caserma, il maresciallo Speranza rimaneva nell'auto di servizio, mentre l'app. Nicolardi accompagnava l'arrestato all'interno dei locali della caserma. Fino a quel momento il giovane "era normale, come prima", (cfr. dichiarazioni m.llo Speranza, p. 133 trascrizioni udienza 28/4/2011), aveva un'andatura naturale e non era fisicamente sofferente, non aveva segni sul volto, anche se appariva molto scarnito, (cfr. deposizione app.to Nicolardi, p. 149).

Nicolardi provvedeva insieme al piantone di Tor Sapienza, carabiniere Colicchio Gianluca, all'espletamento delle pratiche del caso: controllo della busta contenente gli effetti personali dell'arrestato e sua sommaria ispezione corporale per togliergli tutte le cose con cui avrebbe potuto farsi male, (lacci delle scarpe, cinture ecc.); all'interno della busta vi era anche un foglio con annotati il numero di telefono della Stazione CC Roma Appia e quello del cellulare del maresciallo Mandolini; al Cucchi era stato anche chiesto di togliersi la cintura dei pantaloni, (senza la quale, stante la sua notevole magrezza, gli sarebbero anche potuti cascare: cfr. deposizione app.to Nicolardi, p.155). Al riguardo il carabiniere Colicchio riferiva che Cucchi, alla sua richiesta di togliersi la cintura che aveva la fibbia rotta, gli aveva risposto "che ve devo dà pure 'sta cintura che mi hanno rotto?", (cfr. deposizione c.re Colicchio, p. 182), senza tuttavia chiarire chi gliela avesse rotta.

Il carabiniere e l'appuntato accompagnavano l'arrestato nelle camere di sicurezza che lo avrebbero ospitato fino all'indomani mattina. Dette camere di sicurezza erano ubicate al piano di sotto della caserma: in pratica, dietro la scrivania del piantone vi era un corridoio molto stretto che portava ad una scala di una ventina di gradini scendendo la quale si arrivava al piano inferiore dove si trovavano appunto le camere di sicurezza: durante questo tragitto, scale comprese, il Cucchi aveva camminato senza problemi, né vi erano stati incidenti di percorso, ("*sì, sì, tranquillissimo proprio*", così deposizione app.to Nicolardi, p. 167).

L'arrestato si lamentava soltanto di avere freddo e per questo gli erano state date delle coperte supplementari prelevate dalle altre celle, tutte libere; gli era stato chiesto se voleva bere o fumare e alla risposta negativa, (il Cucchi si stendeva sulla panca coprendosi), era stata chiusa la porta.

Intorno alle h. 4,00, sistemato per la notte l'arrestato, il maresciallo Speranza e l'appuntato Nicolardi si allontanavano, riprendendo il loro servizio di pattuglia "consorzata" che terminava alle h. 6,00 successive.

Dopo una ventina di minuti dall'allontanamento della pattuglia, il carabiniere Colicchio sentiva suonare il campanello della cella sottostante dove si trovava Cucchi che si lamentava: "no, sto male, ci ho freddo, me...me...me fa male la testa, soffro di epilessia", (cfr. p. 185); aveva pertanto cercato di tranquillizzarlo dicendogli che avrebbe chiamato l'ambulanza, ma lui gli aveva risposto: "no, lascia stare, no, lascia stare", "no, ma io non la voglio, non la voglio l'ambulanza", (cfr. pp. 185 e 186). Nonostante ciò il militare chiamava il 118 riferendo appunto che aveva un arrestato "che accusava dei malori alla testa, che aveva freddo e che diceva di soffrire di attacchi di epilessia", (cfr. p. 185); immediatamente dopo provvedeva a chiamare la centrale operativa chiedendo di far ritornare sia la pattuglia del suo comando sia la pattuglia del comando Appia al fine di assicurare scorta e piantonamento nell'eventualità che il Cucchi dovesse essere ricoverato in ospedale.

Si riportano di seguito le dichiarazioni rese dal carabiniere Colicchio, (cfr. pp. 187/188):

"DICH. COLICCHIO: scendevamo, stavo aprendo la porta e Stefa ... e gli dissi: "guarda, c'è l'ambulanza", "guarda, c'è l'ambulanza", "non mi devo fa' vede", non mi devo fa' vede". Comunque ho aperto la porta, siamo entrati all'interno del ... della stanza e il Cucchi è rimasto sotto le coperte. Al che gli ho detto: "ma fatti vede', no? Ormai stanno qua, fatti vede' se stai bene o no?" e lui ha fatto: "e che me devono vede' quanto so' bello", mi ricordo disse così e il dottore gli disse, mentre compilava il modulo che hanno loro, gli chiese se voleva essere ricoverato, che cosa soffriva e lui disse: "no, non ci ho niente, non ci ho niente, no non voglio essere portato in ospedale". [.....]

"DICH. COLICCHIO: no, no no no no no. Mi ricordo che ... che io ho alzato la coperta, no, dicendo: "fatti vedere, no? Stanno qui, fatti vedere" e lui si è sollevato un pochettino, quello che ricordo, e disse: "che devo fa' vede' quanto so' bello?".

P.M. BARBA: c'è stato un dialogo fra ... questo in realtà non era un medico ma questo lo vedremo poi, questo sanitario diciamo e il Cucchi all'interno della cella? Che tipo di conversazione c'è stata fra di loro alla sua presenza?

DICH. COLICCHIO: gli chiese i dati e lui disse: "perché non te li può dà il Carabiniere?" una cosa del genere". [.....]

"DICH. COLICCHIO: "come ti chiami .. e quello disse: "fatteli da' da lui, no?", tipo rispondendo che glielo potevo dare io e ... e poi gli chiese ... il dialogo fu: "che cosa hai, che cosa non hai" e lui gli rispose: "no, io non ho niente, sto bene" e poi gli chiese se voleva essere ricoverato e il Cucchi ... se voleva essere portato all'ospedale per essere visitato o altro e il Cucchi gli disse di no".

Al riguardo, conformi e dettagliate dichiarazioni ha reso l'infermiere del 118 Ponzio Francesco, (cfr. pp. 48/74 trascrizioni 16/5/2011):

PM: quando è arrivato lei.

DICH. PONZO: quando so' arrivato sul posto.

PM: sì.

DICH. PONZO: gli ho detto: "che ... che è successo?", dice: "guarda c'è ... ci abbiamo il fermato qui sotto che sta poco bene".

PM: chi glielo ha detto questo?

DICH. PONZO: oddio non me lo ricordo questo. Cioè fisicamente chi me lo ha detto non me lo ricordo.

PM: e chi l'ha accompagnata sotto alla cella?

DICH. PONZO: sotto alla cella mi hanno accompagnato tutti e tre mi sembra, due o tre. Fino so ... fino all' interno della cella dove anche loro erano presenti. Mentre io ero lì, loro erano praticame ...

PM: sono entrati dentro alla cella anche loro?

DICH. PONZO: sì sì, anche loro, stavano vicino a me.

PM: ma uno, due o tre, non si ricorda?

DICH. PONZO: due sicuri.

PM: due Carabinieri.

DICH. PONZO: sì.

PM: anche questo Maresciallo che ha detto con il grado?

DICH. PONZO: quello non lo ricordo. E c'era anche il mio collega che era ...

PM: due Carabinieri in divisa comunque.

DICH. PONZO: in divisa, sì sì, stavano in divisa, perché uno era ... e dietro di me c'era il mio collega, Fiermonte.

PM: va bene. Quindi ha parlato con il Cucchi?

DICH. PONZO: ho parlato con Stefano, gli ho fatto: "Stefano, guarda, sono l'infermiere del ... ", gli ho dato confidenza perché era un ragazzo, sapevo che era un ragazzo, gli ho fatto: "guarda, sono l'infermiere del 118, che ... che tipo di problema hai? Hai un tipo di problema ...", dice: "no, guarda, io non ho... non ho nessun tipo di problema non... non ho bisogno diciamo del ... del 118", gli ho fatto: "va be', dico, ma se sto qui un motivo ci sarà, cioè nel senso se veniamo chiamati per ... per qualcuno, cioè se stiamo qui un motivo c'è insomma, non è che veniamo chiamato così, se ci hai qualche problema dimmelo". Parentesi, tutta la conversazione sta ... avveniva che lui era coperto, praticamente tutto coperto, girato su decubito sinistro, quindi con il corpo volto verso ... rivolto ...

PM: verso il muro.

DICH. PONZO: ... verso il muro e aveva questa coperta con il braccio questo qui, il destro, di fuori. Nel mentre che ci parlo io ci ho un piccolo dispositivo che si applica al dito e ti dà una serie di parametri, che andavano bene, la saturazione e la frequenza, e continuavo comunque a parlarci in tono confidenziale, come per dirgli "ma guarda, ma tu soffri di qualche patologia, prendi farmaci per qualche motivo, sei allergico a qualche tipo di farmaco" e lui mi ha risposto: " no, guarda, io non ... non prendo farmaci non ... non ho nessun tipo di patologia e non sono aller..."

diciamo rispondeva ai miei quesiti che io ponevo a lui. Allorchè io poi a un certo punto, dico: “Ste', però io così non riesco a... te vorrei vede', cioè insomma...”, dice: “ma guarda, a me non me serve, te ne puoi and”, dice “non me serve l'assistenza tua”. Quindi cercavo comunque di entrarci un po' in con... di conquistarme un po' la fiducia sua insomma. Allorchè io cerco pure un pochino di tirargli giù la ... la coperta e ci siamo guardati per tre o quattro secondi negli occhi e poi lui praticamente si è ricoperto immediatamente. Nello scoprire, in quei tre quattro secondi, ho notato... ho notato solo sull' occhio. .. su tutte e due gli occhi che ci aveva degli arrossamenti qui, ma direi eri... una forma di... a mo' di eritema insomma, dei piccoli arrossamenti, qui sotto gli occhi, sugli zigomi, però si è ricoperto immediatamente. A quel punto gli ho detto: “a Ste' ma così non te posso aiuta', come faccio a... ad aiutarti”, dice: guarda, ti ho detto nuovamente che io non ci ho bisogno di niente”. Questo discorso è andato avanti per tutto il tempo che so' rimasto lì con lui ...

PM: e chi era presente a questo discorso?

DICH. PONZO: al... al discorso erano presenti sia i Carabinieri, quei due Carabinieri che gli ho detto, penso, che erano in due e dietro di me c'era il mio collega, il barelliere. Questo discorso di cerca... gli ho detto anche: “dai Stefano, ma invece de 'sta qui ...”, parlavo anche un po' in dialetto io diciamo per ... gli ho detto “viettene ... vieni con me, andiamocene in ospedale, poi insomma se ci hai qualche tipo di problema ne parliamo magari in separata sede” dice: “no no, guarda, io non ci ho nessun tipo di problema non ... io non ci ho bisogno dell' assistenza sanitaria”. Ho insistito altre tre, quattro o cinque volte, al che lui si è pure un po' irritato, cioè l'avrò infastidito io magari con la mia insistenza e mi ha detto: “basta , ho detto, senti io non ci voglio veni' all' ospedale, non ci ho bisogno”. Poi a quel punto ho detto, va be', magari così riesco a valutarlo meglio, dico: “guarda Ste' ci sarebbe da... devi firmare la scheda”, io ci ho il mio verbale dove se un paziente si rifiuta comunque di essere trasportato nel ... al pronto soccorso, firma che diciamo lui non vuole venire, dico, così magari se lui firma lo vedo, cioè per firmare ti ... ti devi alzare, ti devi mette seduto. Lui mi ha detto: “ guarda, io non firmo niente, non voglio veni'”, gli ho detto: “ va be', Ste', guarda io più di così non ... non so come aiutarti, cioè se ti dovesse riservere nuovamente l'assistenza sanitaria fai richiamare insomma, noi siamo sempre disponibili” e ci siamo congedati così. Poi sono andato su, mi sono fatto dare il resto dei dati del ...

PM: ma gli aveva preso comunque parametri, la pressione?

DICH. PONZO: gli ho preso la saturazione e la frequenza e la pressione con il braccio e inizialmente era disponibile, poi dopo ...

PM: e come erano questi parametri?

DICH. PONZO: allora guardi, la ... la pressione, se non erro era normale, intorno ai 110/ 70 circa, mi sembra, e anche la saturazione e la frequenza, la saturazione sta al 98 al 99 per. .. la saturazione è lo scambio dell' ossigeno a livello polmonare, cioè ventilava bene e stava mi sembra intorno al 98- 99 per cento e anche la frequenza tra i 70 e gli 80, ma adesso non mi ricordo bene.

PM: ma Cucchi durante questo colloquio è stato sempre sdraiato oppure si è messo seduto?

DICH. PONZO: è stato sempre sdraiato, girato, solo nell'attimo che io magari ho... ho tentato di... lui ha girato solo un attimo il ... il capo, ci siamo guarda ... e si è ...

PM: ma si è rimesso seduto?

DICH. PONZO: no no no, sempre da sdraiato, tutto sempre da sdraiato, in decubito laterale sinistro.

PM: senta, quando lei è stato sentito il 31 ottobre 2009 dal Pubblico Ministero ...

DICH. PONZO: sì.

PM: ... ha detto: "durante il colloquio Cucchi si è messo a sedere sul lettino, sempre tenendo la coperta indosso".

DICH. PONZO: no no, non stava seduto, è stato sempre sdraiato, guardi.

PM: sicuro?

DICH. PONZO: sempre disteso, sì. No no, sempre disteso.

PM: e la pressione come gliel' ha presa, con l'apparecchio normale sul braccio?

DICH. PONZO: sì sì, è una cosa abbastanza veloce insomma.

PM: e quindi quella se l'è fatta prendere?

DICH. PONZO: sì, inizialmente come sono arrivato è abitudine che monitorizzo immediatamente i parametri del paziente. Poi dopo lui nel parlarci che non voleva venire, non voleva venire, alla fine insomma non era disposto a venire.

PM: qualcun altro dei presenti, i Carabinieri, hanno detto qualcosa?

DICH. PONZO: no, non mi hanno detto niente, gli ho detto solo ai Carabinieri ...

PM: sono rimasti per tutta la durata della visita?

DICH. PONZO: no, non mi hanno detto niente loro.

PM: sì, ma sono rimasti per tutta la durata della visita?

DICH. PONZO: sono rimasti sempre nella camera di sicurezza con me, anche quando siamo andati via, l' hanno richiusa e siamo andati su e ho raccomandato anche a loro, dico: "guardate, se vedete che ha bisogno ... " ...

Mentre l'infermiere Ponzo ultimava la compilazione della scheda di chiamata, (l'intervento era durato intorno ai venti minuti-mezz'ora), sopraggiungeva la pattuglia del comando Appia che veniva però fatta rientrare in quanto il rifiuto del Cucchi ne aveva reso superflua la presenza. Dopo di ciò l'arrestato non aveva più fatto richieste, nè si era lamentato, aveva dormito. A specifica richiesta, il carabiniere Colicchio, esaminata la foto del Cucchi al suo ingresso in carcere, precisava che quando lo aveva visto lui, il ragazzo aveva solo un rossore sotto gli occhi, ma non era gonfio come risultava dalla foto scattatagli all'ingresso di Regina Coeli, (analoga risposta forniva il carabiniere Aristodemo al quale pure veniva mostrata la stessa foto; cfr. p. 127 trascrizioni 28/4/2011).

Venerdì 16 ottobre 2009

La traduzione in Tribunale

Alle h. 6,00 il carabiniere Colicchio smontava dal turno e veniva sostituito dal carabiniere Di Sano Francesco; il Cucchi nel frattempo dormiva, cosa che aveva continuato a fare finchè veniva svegliato intorno alle h. 9,00 all'arrivo della pattuglia mobile di zona Casilina che lo avrebbe accompagnato a piazzale Clodio. Il giovane dalle h. 6,00 alle h. 9,00 – secondo quanto riferito dal carabiniere Di Sano – aveva sempre dormito, non si era lamentato di nulla, se non del freddo al risveglio, tanto che si era alzato sulla testa il cappuccio della felpa, nemmeno aveva voluto andare in bagno prima di uscire dalla caserma; camminava con un pò di fatica, (“claudicante”, “tremolante”, “ciondolante”); il carabiniere Di Sano aveva attribuito ciò alla sua estrema magrezza e al suo stato di tossicodipendenza; aveva le occhiaie rossastre e il viso un po' gonfio, simile a come era effigiato nella fotografia di Regina Coeli, (cfr. deposizione c.re Di Sano, pp. 174/175 trascrizioni 28/4/2011).

L'arrestato veniva dunque prelevato dalla pattuglia mobile di zona Casilina, composta dai carabinieri Schirone Pietro e Mollica Stefano. Il carabiniere Schirone riferiva circostanze contrastanti con quelle riportate dal carabiniere Di Sano (cfr. relativa deposizione, pp. 6/7 trascrizioni 16/5/2011), che di seguito si trascrivono:

“PM: lo conosceva il piantone? [ndr. c.re Di Sano]

DICH. SCHIRONE: no, assolutamente no.

PM: non lo aveva mai visto prima?

DICH. SCHIRONE: no, perché era di un'altra Compagnia Carabinieri, quindi mai entrato in contatto con... con il collega. E dissi appunto che dovevo prelevare il ... il detenuto dell'Appia.

PM: lei con chi era in macchina?

DICH. SCHIRONE: ero con il Carabiniere Mollica Stefano.

PM: e basta, non c'era nessun altro?

DICH. SCHIRONE: no, nessun altro, nessun altro. Il collega, il piantone sembrava quasi contento che ero andato a prendere il... il detenuto, dicendomi che comunque durante la notte aveva creato... aveva creato qualche fastidio dando, a suo dire, delle testate ai muri nella cella di sicurezza.

PM: è sicuro di questo racconto?

DICH. SCHIRONE: certo. A questo punto scesi nelle celle con ... con il collega e appunto aprii la cella del... del Cucchi. Stefano Cucchi era sotto le coperte, infatti quando siamo arrivati ... quando siamo arrivati dormiva. A quel punto lo ... lo svegliammo e si alzò. Si alzò e notai che comunque aveva sul viso... aveva il viso gonfio, aveva delle macchie sotto agli occhi, al che chiesi appunto al collega e gli dissi: "ma avete chiamato un' autoambulanza, qualcuno?", e disse: "sì, abbiamo chiamato un' autoambulanza, però non si è fatto ... refertare", oppure non ricordo adesso con esattezza cosa disse, era ... comunque mi disse che l'autoambulanza era arrivata sul posto. Al che ...

PM: le raccontò altro di quanto avvenuto quella notte?

DICH. SCHIRONE: mi scusi?

PM: le raccontò altro di quanto avvenuto quella notte?

DICH. SCHIRONE: no, mi ricordo solo appunto che mi disse che era intervenuta l'autoambulanza, che lo stesso comunque all'interno della cella diede un po' di ... in escandescenza, basta. A quel punto svegliato... svegliato il Cucchi, lo guardai un attimo e dissi: "ma... ma che hai fatto?" e lo stesso mi disse: "no no, amici miei, amici miei", basta. Poi mi disse... ha aggiunto inoltre che dovevamo assumere una compressa perché era ... era epilettico, al che avendo persone in famiglia che soffrono della stessa malattia, gli ho chiesto se volesse andare in ospedale e non a Piazzale Clodio, gli ho detto: "io ti porto all'ospedale, ti mando all'ospedale, così pigli tutto quello che devi prendere, a Piazzale Clodio ci pensiamo dopo" e lo stesso mi disse: "no no, andiamo, andiamo".

[.....]

PM: quindi quando il Cucchi le rispose "amici miei", lei insistette per chiedergli quando è successo, cosa è successo, come mai?

DICH. SCHIRONE: guardi, non ho insistito, però se non ricordo male mi disse: "ieri degli ami ... ho litigato con degli amici".

Le dichiarazioni al riguardo rese dal carabiniere Schirone trovano conferma in quelle del carabiniere Mollica, quantunque queste ultime siano state oggetto di diverse contestazioni da parte del PM, (cfr. p. 55 trascrizioni udienza 23/5/2011):

“DICH. MOLLICA: [.....] Dopo un po' (Cucchi) si è alzato a metà, a fatica, e l'ho visto subito in viso che aveva dei ... gonfiori intorno agli occhi, mi è venuto subito la domanda se aveva bisogno di un medico e lui ha rifiutato il medico, dopo di che gli ho chiesto come mai aveva questi ... questi gonfiori, questi cerchi intorno agli occhi, ben visibili e... e lui mi ha risposto che erano stati dei suoi ... dei suoi amici. Allora gli ho detto... gli ho ribadito dicendo: chi? Gli ho detto così e lui ha detto: no, so' caduto dalle scale”

All'ingresso a piazzale Clodio il carabiniere Schirone e il carabiniere Mollica avevano incontrato i colleghi della Stazione Appia, (tra cui il carabiniere Tedesco, il carabiniere Aristodemo e il maresciallo Spinoso), che portavano a loro volta due persone di nazionalità albanese, arrestate pure dagli operanti della Stazione Appia, (le quali avevano trascorso a loro volta la notte nella Caserma di Roma Quadraro); si erano fermati a poca distanza da loro a fumare una sigaretta, ma il Cucchi e gli altri due arrestati non avevano parlato tra loro; dopo di che il Cucchi si era diretto con i colleghi della Stazione Appia e gli agenti della Polizia Penitenziaria verso l'interno del locale dove erano situate le celle, e loro (Schirone e Mollica), si erano allontanati per proseguire il turno automontato di servizio.

Giunto alle celle e consegnati i detenuti all'accettazione della Polizia Penitenziaria, il gruppetto di carabinieri si era per alcuni minuti trattenuto nella sala d'attesa dove stazionavano quel giorno anche altri operanti che avevano accompagnato i loro arrestati; dopo di che il carabiniere Tedesco e il carabiniere Aristodemo si recavano nell'aula di udienza in attesa dell'esito della consulenza chimico-tossicologica sulle

sostanze stupefacenti; successivamente si dirigevano ai piani superiori per consegnare gli atti all'Ufficio Arrestati della Procura e per fare il versamento postale degli € 90,00 sequestrati al Cucchi.

L'udienza di convalida dell'arresto (h. 12,35 – 13,45)

Alle h. 10,15 circa, gli operanti scendevano nelle celle per prelevare gli arrestati di nazionalità albanese e portarli in aula per la convalida; gli stessi operanti, dopo la convalida, rimanevano in aula finchè, alle h. 12,35 circa, veniva chiamato il processo a carico del Cucchi; si recavano dunque a prenderlo nelle celle e lo facevano salire in aula.

Secondo quanto riferito dal carabiniere Tedesco, (cfr. pp. 53/54), e confermato dal carabiniere Aristodemo, (cfr. dichiarazioni c.re Aristodemo, p. 116 trascrizioni 28/4/2011), in quel momento l'arrestato non aveva nulla di strano, era solo magrissimo e aveva le occhiaie, ma non aveva segni sul viso, camminava normalmente e non lamentava dolori; aveva la felpa e i jeans un po' stazzonati, (*"trasandati"*); era taciturno e molto preoccupato per la reazione dei genitori.

Dichiarazioni analoghe sull'aspetto fisico del giovane ha reso il maresciallo Spinoso Danilo, (cfr. esame dibattimentale, pp. 34/45 trascrizioni 16/5/2011), che aveva visto Cucchi per la prima volta quella mattina all'arrivo presso le celle di sicurezza del Tribunale e successivamente durante la convalida; il teste ha precisato che la foto mostratagli rappresentava esattamente il Cucchi come si presentava sia all'arrivo a p.le Clodio sia successivamente quando era stato chiamato per il processo: aveva soltanto *"dei rossori, lievi rossori intorno agli occhi, niente di particolare"*, (cfr. p. 42).

Tali concordi affermazioni degli operanti contrastano con quanto riferito dal padre del Cucchi. Entrato il figlio nell'aula alle h. 12,30-12,40 circa, il padre subito si avvedeva che *"aveva la faccia gonfia ... aveva la faccia gonfia come un pallone e dei segni neri netti sotto gli occhi"*, (cfr. p. 92 ibidem), ma non aveva dato troppo peso alla cosa perché la sua principale preoccupazione era di indurlo ad entrare in comunità per disintossicarsi, (*"questo gonfiore è stato notato pure da lui [ndr. dall'avvocato Rocca]. Ma ripeto, io non gli ho dato un peso eccessivo, nel senso che un viso gonfio di botte, vabbè, ho capito, però la mia preoccupazione era quello, diciamo, di poter far rientrare, come dire, nei binari giusti insomma"*, cfr. p. 109; *"ho visto Stefano con il viso pieno, gonfio, gonfio come una persona che è stata presa a schiaffi, a botte"*, cfr. p. 124).

Giovanni Cucchi ha peraltro ammesso: *"ma non è che, diciamo, quell'arresto di Stefano mi preoccupava più di tanto, nel senso che guardi, sinceramente avrei anche preferito che stava in galera, devo dire ... devo essere sincero, che pagasse quello ... per quello che ha fatto. Non mi preoccupava quello, a me preoccupava il fatto del ... del rientrare nel giro della droga, questa è stata la mia prima preoccupazione, e quindi, niente, quella sera è stato un colpo durissimo. Nonostante ciò, nonostante il*

fatto che eravamo arrabbiati con Stefano, io alle otto e mezzo ero puntuale al processo”, (cfr. pp. 87/88).

Peraltro, il carabiniere Tedesco, premettendo di non ricordare bene i fatti a distanza di tempo, confermava di avere riferito nel corso delle indagini che nel periodo precedente alla chiamata in causa degli arrestati albanesi, aveva sentito un detenuto, forse il Cucchi, chiamare: “*guardie, guardie*”, e una donna rispondergli dalla sua cella: “*stai zitto, che è meglio per te, non li chiamare guardie*”.

Il Cucchi, in aula, prima che venisse chiamato il suo processo, si era intrattenuto per qualche minuto sulla panca a parlare con il padre e con l’avvocato di ufficio, Stefano Rocca, di turno quella mattina nell’aula n. 17, (in sostituzione del difensore di ufficio, Riccardo Sforza, nominato durante la notte all’atto dell’arresto tramite “call center”). Alla lettura dell’ordinanza con la quale gli veniva convalidato l’arresto e applicata la misura custodiale del carcere, Stefano Cucchi tradiva un moto di stizza sferrando un calcio ad una sedia. Tuttavia questo non gli impediva di rivolgersi con affetto al padre, che pure era molto arrabbiato con lui, abbracciandolo e dicendogli: “*papà è finita*”, “*papà, ma lo vuoi capire che mi hanno incastrato*”, (“*ricordo dopo l’udienza perché ha abbracciato il padre, quello lo ricordo perché aveva le manette*”, cfr. dichiarazioni c.re Tedesco p. 63, c.re Aristodemo p. 117, m.llo Spinoso, p. 39 trascrizioni 16/5/2011, nonché le stesse dichiarazione del padre, p. 97 trascrizioni 16/5/2011).

Il padre ha ulteriormente riferito che, finita l’udienza, si era messo d’accordo con l’avvocato Rocca di sentirsi telefonicamente il giorno dopo per stabilire insieme una linea di azione soprattutto finalizzata all’ingresso del figlio in una comunità. Aveva tuttavia precisato che Stefano conosceva benissimo l’avvocato Maranella che lo aveva seguito nelle sue precedenti traversie giudiziarie, del quale era diventato amico tanto che “*si davano quasi del tu*” e di cui aveva il numero di telefono; nell’agitazione del momento, aveva dato per scontato che l’avvocato Maranella fosse stato avvisato. In pratica, durante la convalida, data la rapidità con cui tutto si era svolto – a dire del padre – Stefano era stato obbligato, seduta stante, a nominare l’avvocato Rocca, (“*Stefano, non trovando il suo avvocato, obtorto collo, ha dovuto nominare insomma ...*”, cfr. p. 129). Sempre secondo le dichiarazioni del padre, quando Stefano si era seduto sulla panca e si era visto avvicinare dall’avvocato di ufficio, appunto l’avvocato Rocca, si era arrabbiato con i carabinieri ai quali aveva detto: “*ma come, non avete chiamato l’avvocato Maranella? Ma come, vi avevo detto ieri sera di chiamarlo, mannaggia*”, al che un carabiniere, “*cadendo dalle nuvole*”, gli aveva risposto: “*Maranella ... Maranello, boh!*”, (cfr. p. 96). Ancora più esplicitamente, in risposta ai difensori che gli chiedevano come mai non avesse telefonato lui stesso all’avvocato Maranella, visto che già dalla notte precedente aveva appreso che il figlio era stato arrestato, il padre ha così risposto:

“DICH. CUCCHI: sì sì, guardi, siccome Stefano è grande e vaccinato, ci aveva trentuno anni, per cui noi praticamente, voglio dire, avendo il telefono dell’Avvocato, io ero sicuro che ... che ... appunto che fosse stato chiamato, ce lo dovevamo trovare

da un momento all'altro. Io ripeto, la preoccupazione mia non era tanto il problema giudiziario che in qualche modo diciamo, data la lieve entità, si sarebbe in qualche modo risolto, il mio problema era il problema della droga che si era riaffacciata ... è quella la mia unica preo ... la mia più pressante preoccupazione, capisce? E poi ero anche un po' arrabbiato con Stefano, questo ...”, (cfr. p. 129).

Terminata la convalida, alle h. 13,30 circa, il carabiniere Tedesco e il carabiniere Aristodemo riconducevano il detenuto nelle celle dove veniva compilato il verbale di consegna dell'arrestato dagli operanti alla Polizia Penitenziaria: in detto verbale era finalmente indicato, (quantunque in maniera errata come difensore di ufficio anziché di fiducia), il nome dell'avvocato della famiglia Cucchi, ovvero Stefano Maranella. Va tuttavia ribadito che, (come risulta documentalmente dagli atti del relativo procedimento), in sede di convalida il giovane, pure alla presenza del padre, aveva dato incarico fiduciario all'avvocato Rocca con il quale entrambi avevano conferito prima del processo, (e il padre anche dopo che Stefano era risceso nelle celle).

Dalle trascrizioni del procedimento di convalida, (e dall'ascolto delle registrazioni cui si è proceduto all'udienza del 16/5/2011), risulta che, svolta dal carabiniere Tedesco la relazione circa i fatti che avevano portato all'arresto, il Cucchi aveva apparentemente risposto senza difficoltà e con voce “normale” all'interrogatorio; esaminato nel merito, aveva innanzitutto dichiarato di essere tossicodipendente, (“io per prima cosa mi dichiaro tossicodipendente”), rivendicando nel contempo la propria innocenza, (“io mi dichiaro innocente per quanto riguarda lo spaccio, mi dichiaro invece colpevole per quanto riguarda la detenzione per uso personale”); precisava di essere seguito dal SERT di Torpignattara, ma di non andarci più perché “ho discusso con certe persone che stanno là fuori e non ci posso andà insomma”, con la conseguenza che il metadone lo comprava “in piazza”; riferiva anche di essere stato seguito per un certo periodo dal CEIS di Villa Maraini; di soffrire di epilessia, di essere celiaco e anemico.

Circa le percepite condizioni fisiche dell'arrestato nel corso della convalida, nessun utile elemento hanno fornito gli altri partecipanti all'udienza: il pubblico ministero, dr. Di Salvo Emanuele, (cfr. trascrizioni 23/5/2011, pp.52/54), il giudice, dr.ssa Inzitari Maria, (cfr. trascrizioni 22/6/2011, pp. 4/). Soltanto la segretaria di udienza, Mangini Anna, (cfr. trascrizioni 23/5/2011, pp. 78/82), ha ricordato: che Cucchi era magrissimo, aveva le occhiaie, gli occhi “cerchiati”, e le era parso anche un po' sofferente; che a causa del ritardo nell'arrivo degli esiti della consulenza tecnica sulla sostanza, il procedimento era stato sospeso e l'arrestato fatto accomodare in fondo all'aula dove aveva parlato con i carabinieri.

L'avvocato Rocca, sentito all'udienza del 6/6/2011, (pp. 15/53 trascrizioni), sulle condizioni fisiche del Cucchi ha riferito più volte della sua estrema magrezza, (“appunto era molto magro, aveva una magrezza devo dire quasi faceva impressione”, “il fatto della sua magrezza mi colpì molto”), tuttavia era agile e camminava regolarmente anche se “era sdraiato nella panca ... era sdraiato su un gluteo ... era quasi sdraiato... non ... non era proprio seduto” ; appariva trasandato

nel vestire e poi aveva, *“considerata la magrezza...aveva il viso secondo me leggermente più gonfio ...gonfio non so se è l’aggettivo giusto ... rispetto a questa magrezza, però non era livido”*, *“non aveva nessun livido però”*, *“aveva dei segni neri sotto gli occhi, gli ho chiesto che cosa fossero, lui mi ha detto “ Avvocà, io so proprio così” ...questa è la risposta...”*, *“c’aveva questi due segni neri sotto agli occhi”*. L’avvocato ha precisato che la convalida del Cucchi *“era stata l’ultima della giornata, non c’era più nessuno in aula tranne i due cittadini albanesi che rimasero in aula qualche minuto perché erano stati liberati”* (e la loro convalida era stata quella immediatamente precedente); era stato portato in aula verso le h. 12,15/12,30 e mentre stavano aspettando l’arrivo della consulenza chimico-tossicologica sulle sostanze, il giovane era stato fatto accomodare in fondo all’aula, insieme agli operanti; nella circostanza lo stesso era abbastanza irritato *“in quanto forse non voleva essere arrestato insomma, riteneva illegittimo il suo arresto”*, *“si rivolgeva in maniera alquanto agitata nei confronti dei Carabinieri”* (cfr. pp. 18/19 trascrizioni) *“c’era un battibecco continuo nei confronti dei Carabinieri ... si sentiva, verso la fine dell’aula un ... battibecco che comunque non era consono all’aula”*, *“lui era molto risentito per ... per l’arresto, secondo lui era un fatto totalmente inaccettabile”*, *“qualche stronzo, vaffanculo glielo ... glielo ha detto”*, *“perché lui si alzava, poi battibeccava e loro lo bloccavano, era un continuo, è durato tre, quattro ... tre, quattro battute”*, (cfr. p. 45 trascrizioni). Aveva concordato con il suo assistito che avrebbe fatto istanza di obbligo di presentazione alla Polizia Giudiziaria non appena avesse ricevuto dai suoi familiari la documentazione comprovante il suo stato di tossicodipendenza, ed infatti prima della convalida era uscito dall’aula per parlare con il padre che in quel momento stava fuori dell’aula; nessuno gli aveva fatto presente che aveva un altro avvocato, un suo avvocato di fiducia *“storico”*, né che il giovane l’aveva indicato ai Carabinieri i quali a loro volta non lo avevano segnalato nell’informativa all’Autorità Giudiziaria, (cfr. p. 50 trascrizioni); il Cucchi lo aveva nominato in quel momento di fiducia, (*“ma senza che io... io non è che glielo ho chiesto, mi ha ... mi ha nominato lui difensore di fiducia”*, cfr. p. 50 trascrizioni), e gli aveva anche chiesto di potersi avvalere del patrocinio a spese dello Stato previa consegna delle certificazioni necessarie: *“mi disse “sì, sì puoi chiedere tranquillamente alla mia famiglia, a mio padre”*; terminata la convalida e fissata la data del rinvio, il Cucchi, come detto, si era alzato e aveva avuto un improvviso moto di stizza che aveva manifestato sferrando un calcio al tavolo che aveva davanti. L’avvocato Rocca aveva avuto successivamente contatti con il padre di Stefano; si erano sentiti per telefono quello stesso pomeriggio di venerdì 16; il padre doveva raccogliere le carte necessarie per l’istanza di riesame e si erano dati un appuntamento telefonico per il lunedì successivo; si sentivano praticamente tutti i giorni, (anche perché i familiari avevano bisogno di sapere quali fossero le procedure per andare a visitare il detenuto ricoverato nella Struttura Protetta dell’Ospedale Sandro Pertini), ed egli aveva già preparato l’istanza per il riesame, attendeva soltanto la documentazione che gli doveva portare il padre il quale però *“poi saltò l’appuntamento perché mi ... mi chiamò mi disse che non poteva*

venire, saltò un paio di volte l'appuntamento, poi ... poi mi chiamò la figlia, la sorella di Stefano Cucchi, e mi disse "Avvocato, me ne occupo io, quando ci possiamo vedere?" Se non mi sbaglio ci siamo dati appuntamento lo stesso giorno in cui è deceduto, doveva venire il pomeriggio, mi chiamò la mattina", (cfr. p. 41 trascrizioni).

Sia detto per inciso che, sulla base di queste affermazioni dell'avvocato Rocca, (non smentite dal padre di Stefano), va ridimensionato l'assunto secondo cui il giovane era rimasto privo di difensore perché evidentemente, dopo il primo fallito tentativo di nominare l'avvocato Maranella, sia l'arrestato che i suoi familiari si erano affidati alle cure dell'avvocato Rocca.

Nelle celle del Tribunale

A questo punto può essere introdotto il capitolo riguardante gli accadimenti verificatisi nelle celle del Tribunale prima della convalida, (svoltasi, come risulta dalla copia del verbale in atti, dalle h. 12,35 alle h. 13,15), ai quali, secondo la impostazione dei Pubblici Ministeri, (condivisa dalle parti civili), deve farsi risalire il "pestaggio" subito dal giovane. Al riguardo appaiono di fondamentale importanza le dichiarazioni rese dal detenuto Samura Yaya nel corso dell'incidente probatorio svoltosi il 21 novembre 2009, (versione sostanzialmente conforme, se pur con imprecisioni ed inesattezze, probabilmente dovute ad una mediocre traduzione, a quella fornita al PM in data 3 novembre).

Giova premettere una breve descrizione della dislocazione delle celle.

Per un maggiore dettaglio sulla planimetria del corridoio e delle celle, nonché sulla visibilità dagli spioncini delle celle verso l'esterno, si rinvia al contenuto del fascicolo dei rilievi tecnici e fotografici eseguiti, in data 24/11/2009, alla presenza dei PM e degli assistenti della Squadra Mobile, Stirpe Francesco e De Sanctis Gianluca, dall'esperto del Gabinetto Interregionale per il Lazio, l'Umbria e l'Abruzzo della Polizia Scientifica, Commissario Palmegiani Armando, nonché alla testimonianza dallo stesso resa all'udienza dell'8/11/2011, (cfr. trascrizioni pp. 132/142), ed infine al filmato dei luoghi contenuto nel DVD, pure agli atti, e visionato dalla Corte alla medesima udienza. Tale descrizione combacia con quella fornita dalle PPCC nella memoria in data 3/6/2013 (lì denominata "*il sistema delle celle*").

In pratica, alla data dei rilievi, alle celle interessate, ubicate nel sotterraneo dell'Edificio B di p.le Clodio, si accedeva tramite un cancello che veniva gestito dalla Polizia Penitenziaria, superato il quale vi era un androne che dava su una sala di attesa e su due corridoi; in uno dei due corridoi, quello che si apriva sulla parete anteriore dell'androne, (corridoio lungo mt. 36,50 circa e largo mt. 1,30 circa), si trovavano le celle in cui venivano collocati gli arrestati, che affacciavano sul versante sinistro del corridoio; la prima cella che si incontrava entrando era quella adibita ad "Ufficio Ricezione Arrestati"; la cella n. 2 recava la scritta "Regina Coeli", (ed era occupata da Colangeli Stefano; orario udienza convalida h. 12,00/12,30 circa); la cella n. 3 recava la scritta "Rebibbia", (ed era occupata da Cucchi; orario udienza

convalida h. 12,35/13,30 circa); la cella n. 4 recava la scritta “Rebibbia Femminile”, (ed era occupata da Cappuccio Silvana; orario udienza convalida h. 11,26/12,00 circa); infine la cella n. 5 recava la scritta “n. 5”, (ed era occupata dal Samura Yaya; orario udienza convalida h. 12,45/13,38 circa). Particolare di rilievo è che dallo spioncino della cella “n. 5”, era visibile, non il capo, ma soltanto un braccio e la parte più esterna di una gamba fino al corrispondente piede, di una persona collocata davanti alla porta spalancata della cella “n. 3” dal punto di massima visibilità consentita da detto spioncino, (cfr. rilievo n. 27); seguivano altre celle contrassegnate da altrettanti numeri fino alla cella “n. 15”.

In sintesi, le dichiarazioni di Samura Yaya:

“io ero proprio ultima cella, però c’era una donna, un uomo e Stefano”
[.....]

“io ero la terza e Stefano era al primo, quella in mezzo era vuota, non c’era nessuno ... il primo era Stefano, il secondo era vuoto e la terza cella c’ero io..... si una cella in mezzo dove non c’era nessuno”; la cella aveva una “porta nera, c’era un piccolo finestrino, i finestrini non hanno il vetro, io ero solo dentro mia cella, ero là e ho sentito rumori. C’era il ragazzo e qualcuno dava calci, faceva rumore con i piedi, sentito che ragazzo caduto e stava piangendo. Poi io ho guardato da quel finestrino e visto che loro metteva lui dentro la cella, prima di picchiare a lui, sentito che loro parlavano, però non ho capito lui di che cosa parlava, ma ho capito che la Polizia diceva di entrare dentro e il ragazzo non voleva entrare dentro. Tanto tipo visto che loro parlavano e quello ho sentito. Il ragazzo sempre voleva uscire fuori, ma non so se voleva andare al bagno o voleva andare dal Giudice ... no, io non l’ho visto lui, neanche visto sua faccia ... no, non ho visto ... io ero proprio ultima cella ... sentivo qualcuno caduto e piangeva, dopo io andato là a guardare finestrino e ho visto tre persone là, poi loro chiuso la porta.”

PM LOY: come erano queste tre persone? Le descriva.

INTERPRETE: solo uno ricordo

PM LOY: come erano vestite?

INTERPRETE: c’era un’uniforme blu, normalmente quelli che aprono le porte della cella, altri due ho visto che andava via”.

[.....]

“sentito solo quando lui caduto per terra, ho sentito quando loro dava calci, poi è venuto lui al finestrino e ha chiuso la porta. Due persone andate avanti, una persona è venuta da altra parte”.

Samura ha escluso di avere infilato la testa nel finestrino perché era troppo piccolo precisando di avere solo guardato verso destra dall’interno del finestrino; l’episodio era riferibile a quindici – venti minuti prima della sua convalida; Stefano era stato a sua volta portato su per la sua convalida prima di lui, (“lui è andato prima di me, sentito rumori e non lo so dove portato su, se lui andato su per convalida o è andato al gabinetto però io ricordo che lui è uscito prima di me”); in ordine alla durata dei fatti il teste ha detto: “meno di un minuto, tutto è successo in un minuto, meno di un

minuto, perché lui è caduto, loro davano i calci, poi stavo guardando e in quel momento ho visto che chiude la porta, tutto in un minuto”.

[.....]
“no in quel momento io ho visto che chiude la porta, quando io ho guardato ho visto che chiudeva la porta”; ha poi precisato che gli agenti *“parlavano piano piano, no come Stefano piangeva ... sì, Stefano piangeva forte”.* Ha chiarito che quella mattina entrando aveva visto due agenti di custodia: uno era seduto sulla panchina all’ingresso, l’altro era quello che gli aveva aperto la porta; proprio quest’ultimo *“era il gentile”* che aveva dato le sigarette a Stefano quando gliel’aveva chieste ed era lo stesso che aveva chiuso la porta della cella di Stefano; era l’unico dei tre che Samura Yaya avrebbe saputo riconoscere, mentre non sapeva dire se quello che stava all’ingresso sulla panchina fosse uno dei tre che aveva dato dei calci: *“no, non ricordo se era uno di questi perché è difficile. Io ricordo lui, lui magari può ricordare gli altri, ma io ricordo lui, infatti io ho parlato con lui”.* Ha poi proseguito narrando che quando egli era tornato dopo la sua convalida era stato messo in una cella insieme a Stefano il quale gli aveva raccontato *“senti, guarda, guardia fare me ... è stronzo, picchiato me”*, poi si era tirato su fino al ginocchio i pantaloni e gli aveva fatto vedere quello che gli avevano fatto le guardie: *“era tagliato un po’ e era rosso”, “ho visto che zoppicava, io dovevo andare piano piano perché avevo le manette , però lui (non) poteva andare forte, ho visto che lui era ferito e non poteva andare forte... , andava piano piano perché aveva la ferita ... neanche poteva sedere bene, era seduto sempre così perché neanche poteva sedersi”;* riferiva di non avere visto né sentito arrivare il dottore; Stefano non gli aveva detto che erano stati i Carabinieri a picchiarlo, né lui glielo aveva chiesto; a specifica domanda:

“PM LOY: è in grado di riconoscere queste guardie che ha visto dallo spioncino o dalla finestrella?

INTERPRETE: uno posso identificare, altri due no ... perché quando lui ha aperto la porta io ero là e l’ho visto vicino e ho visto che lui apriva la porta e chiudeva la porta”.

Il teste ha altresì riferito, sia pure di sfuggita, di avere sentito, prima del tramestio tra le guardie e Stefano, la voce di una donna, ma di non saper specificare se la predetta stesse parlando con Stefano, né di avere compreso cosa ella avesse detto.

Si può a questo punto, per mera completezza, citare un episodio, riguardante appunto la voce di una donna, riferito da uno degli occupanti di una delle celle prossime a quella di Cucchi, Colangeli Stefano. Costui ha riferito di avere sentito una persona che batteva sulla porta di una cella accanto alla sua per richiamare l’attenzione della Polizia Penitenziaria; l’uomo si lamentava perché stava male e gli avevano “tolto” la sua terapia: *“Chiamava ‘guardie’ e bussava e chiedeva il metadone, la terapia che diceva che gliela avevano tolta, (...), ‘a me mi avete tolto la terapia, mi serve il metadone, io so’ epilettico’ (...) e però nessuno se lo ... lo sentiva ... e sbatteva sulla porta perché nessuno veniva ... non se non se lo filavano”;* poi si era messo a

parlare con una ragazza, chiusa in una cella vicina, la quale gli aveva detto: “*non li chiamà guardie che sennò non vengono perché è come se ... se li stai a offendere*”, (cfr. pp. 77/78 trascrizioni udienza 6/6/2011); dopo un po’ di tempo le guardie “*l’avevano tirato fuori penso per dargliela, per portarlo da qualche parte comunque penso*” e dallo spioncino li aveva intravisti mentre passavano, poi non aveva più rivisto quel ragazzo.

La valutazione dell’attendibilità di Samura Yaya

Sin qui le dichiarazioni di Samura Yaya.

Si tratta di valutarne innanzitutto la intrinseca attendibilità. Al riguardo c’è da dire che durante un sopralluogo effettuato nelle celle sopradescritte in data 21/11/2009, (il cui verbale è stato acquisito alla udienza dell’8/11/2011), alla presenza dei Pubblici Ministeri, di funzionari della Squadra Mobile e dello stesso Samura Yaya, costui, condotto nel corridoio attiguo alle celle, dichiarava di non riconoscere i luoghi in cui era stato detenuto la mattina del 16/10/2009 e di non essere comunque in grado di riconoscere la cella in cui era stato trattenuto, rifiutandosi di sottoscrivere il verbale. Orbene, se pure tale mancato riconoscimento possa essere attribuito al fatto che era la prima volta che veniva arrestato e che dunque non aveva alcuna familiarità con dei luoghi che, forse, per le loro caratteristiche di anonima ordinarietà e di mancanza di oggetti da arredo, non si prestano a colpire la memoria, certamente questo esordio non aiuta a asseverare la credibilità del teste, quantunque si possa, all’opposto, ipotizzare che il Samura Yaya, essendo in quel momento detenuto, avesse qualche remora ad accusare gli agenti di custodia, (alle cui cure era affidato), circostanza peraltro contraddetta dalle sue aperture successive, (le quali però nulla hanno chiarito in merito alle sue iniziali esitazioni).

E’ vero che, secondo l’accusa pubblica e privata, egli non aveva alcun interesse a mentire accusando falsamente gli agenti di custodia, ma occorre comunque tenere conto della possibilità che su di lui abbia influito, sia pure in misura imponderabile e in modo inconsapevole, la volontà di inserirsi in una vicenda che aveva travalicato i ristretti orizzonti del carcere, dilagando sui “*media*”. Già alla data del 30 ottobre 2009 si erano succedute numerose pubbliche prese di posizione nei confronti della morte di Cucchi ampiamente riportate dagli organi di informazione, oltre a quelle della famiglia Cucchi e del suo difensore; il Capo del DAP aveva preannunciato l’apertura di un’inchiesta amministrativa; il Ministro della Giustizia aveva prospettato una possibile “*caduta dalle scale*” del detenuto; il Ministro della Difesa aveva rivendicato la correttezza del comportamento dei Carabinieri; inoltre vi erano state dichiarazioni di parlamentari appartenenti a diversi schieramenti politici, il tutto veicolato da Radio Radicale, (emittente nazionale), con la trasmissione “*Radio Carcere*”, molto popolare tra i detenuti. Oltre a ciò, la sua testimonianza ha ulteriori limiti intrinseci, derivanti dal fatto che egli non ha visto, ma ha solo “*sentito*” delle condotte che non hanno, per così dire, un loro suono caratteristico, (come potrebbe essere, ad esempio, lo schiocco di uno schiaffo sulla pelle). Samura Yaya ha

“sentito” dei calci; ha “sentito” un corpo caduto a terra; ha “sentito” il trascinarsi di un corpo, (tutte azioni che producono un rumore non univoco). In conclusione, può dirsi, con certezza, che lo stesso abbia percepito soltanto un parlare concitato tra Cucchi e tre agenti della Polizia Penitenziaria, un tramestio e il pianto di Cucchi, (peraltro gli attuali imputati non vennero sottoposti a ricognizione personale mediante incidente probatorio, come sarebbe stato opportuno, avendo il teste riferito di essere in grado di riconoscere solo uno degli agenti di custodia che erano intervenuti, tra l'altro quello da lui definito “*il gentile*”).

Inoltre, ad avviso della Corte, la testimonianza di Samura Yaya non è nemmeno scevra da criticità estrinseche. Essa, se pur fornita dell'innegabile riscontro dei pantaloni sporchi di sangue che Cucchi si sarebbe arrotolato fino al ginocchio per mostrargli le escoriazioni prodottegli sulle gambe dalle percosse degli agenti di Polizia Penitenziaria, è in aperto contrasto con talune dichiarazioni rese da alcuni carabinieri e dall'infermiere Ponzo che dimostrerebbero che il giovane aveva subito delle violenze prima di giungere nelle celle di piazzale Clodio e che contrastano con il significato che l'accusa, pubblica e privata, ha inteso dare alla testimonianza di Samura Yaya: vale a dire quello di un “pestaggio” subito da Stefano Cucchi per opera degli imputati MINICHINI, SANTANTONIO e DOMINICI, avvenuto nelle celle di sicurezza dell'Edificio B del Tribunale circa venti-trenta minuti prima che il predetto fosse tradotto in aula per la sua udienza di convalida e che ebbe a causargli le lesioni al volto e la frattura sacrale di cui appresso si dirà.

Passando in rassegna tali elementi estrinseci, per chiarezza espositiva ritiene la Corte che, all'interno della lunga sequenza “arresto-udienza di convalida” che si è più sopra descritta, vadano fissati due punti fermi che si enucleano dalle dichiarazioni della madre e soprattutto del padre di Stefano e che sono i seguenti: 1) il momento della perquisizione domiciliare in cui il giovane non presentava segni di patita violenza; 2) il momento della convalida dell'arresto in cui il giovane presentava evidenti segni di violenza che, tenuto pure conto dei limiti che può avere una riproduzione fotografica, erano quelli rilevabili dalla foto in atti scattata al momento dell'ingresso a Regina Coeli. Più arduo stabilire quali fossero le condizioni del giovane nella fase immediatamente precedente, cioè quando, effettuata la perquisizione domiciliare, ancora si trovava nella custodia dei Carabinieri.

Il maresciallo Mandolini, e i carabinieri Tedesco e Aristodemo, (ovvero gli operanti della Caserma Roma-Appia), riferiscono che Cucchi già aveva occhiaie marroni non dissimili da quelle dalla foto, ancorchè forse meno accentuate, che in particolare il Tedesco aveva ritenuto connaturate alle condizioni di magrezza e alla lunga storia di tossicodipendenza di Cucchi; il carabiniere Nicolardi, (della pattuglia consorziata che aveva trasferito l'arrestato dalla Caserma Appia a quella di Tor Sapienza), lo vede in viso in condizioni normali, nel corpo non sofferente, né zoppo. Dopo di che, man mano che ci si allontana dagli operanti della Caserma Roma-Appia, (come è stato osservato dalle difese degli agenti di custodia), le patologie del Cucchi vengono riferite con maggior nettezza.

Così il carabiniere Colicchio della Stazione Tor Sapienza, dove il giovane trascorre la notte prima della convalida, rileva il rossore sotto gli occhi, anche se il volto è meno gonfio di quello della foto; il carabiniere Di Sano, che alle h. 6,00 del 16 ottobre da il cambio a Colicchio, è ancora più esplicito e riferisce che aveva le occhiaie rossastre e il viso gonfio simile a quello della foto ed inoltre camminava con un po' di fatica; addirittura il carabiniere Schirone, componente della pattuglia mobile di zona (P.M.Z.), che percorre con il Cucchi il tratto dalla Stazione di Tor Sapienza e al Tribunale di p.le Clodio, riferisce di avere appreso dal Di Sano che il Cucchi durante la notte aveva dato in escandescenze colpendo con testate i muri della cella; che aveva potuto direttamente constatare che lo stesso zoppicava, aveva il viso gonfio con macchie sotto gli occhi, tanto che egli aveva chiesto a Di Sano se avevano chiamato l'ambulanza e al giovane che cosa avesse fatto, ricevendone per risposta dal giovane: *“no, no, amici miei, amici miei”*; addirittura offrendosi di portarlo all'ospedale anziché in Tribunale. Schirone, a seguito della contestazione del PM, ha confermato le dichiarazioni rese il 30/10/2009: *“Dopo averlo accompagnato in cella io chiedo ai colleghi di Appia se si erano resi conto delle condizioni fisiche del detenuto e se avevano ritenuto di portarlo in Ospedale, al che il carabiniere Tedesco mi rispondeva che non era stato affatto collaborativo tanto che aveva rifiutato il fotosegnalamento. Concludevo la conversazione raccomandando al Tedesco di tenere il detenuto sotto controllo anche in considerazione del fatto che mi aveva detto che era epilettico”*; *“il Cucchi ricordo che zoppicava, ricordo che aveva un malore a ... a una gamba, non ricordo adesso quale fosse, e ricordo anche che nel momento in cui siamo andati via dalle celle di sicurezza, le stesse avevano ... cioè ... per uscire ... dalla Stazione Carabinieri comunque bisogna salire una rampa di scale. Io ovviamente ero avanti perché dovevo andare a firmare tutti i registri, essendo capo equipaggio. Ricordo che ... credo che il Mollica abbia dato una mano a Cucchi a salire le scale”* e ancora *penso comunque che il viso di Cucchi e gli ematomi che avesse sul viso Cucchi fossero più importanti dell'aver ... un dolore a una gamba”,* *“Penso comunque che avere un viso in queste condizioni ...”*.

E a domanda della difesa: **AVV. MAURO:** *“ha notato che il Cucchi fosse stato pestato?”*

DICH. SCHIRONE: *pestato ... beh ... qualche schiaffo in quelle condizioni penso di sì”,* (cfr. p. 24 trascrizioni udienza 16/5/2011).

Analoga versione fornisce il carabiniere che era di pattuglia mobile di zona insieme a Schirone, ovvero Mollica, che nota gonfiore e occhi cerchiati ben visibili, ma alle sue domande riceve una risposta diversa, fortemente allusiva: *“no, no, so' caduto dalle scale”*; e ancora a domanda della difesa con riferimento alla nota fotografia:

AVV. PERUGINI: *“Quello che lei ha visto la mattina di quel giorno e quell'immagine che vede, vede qualche somiglianza in relazione ai tratti esteriori, a quei cerchi, gonfiore?”*

DICH. MOLLICA: guardi, io lo ricordavo anche più gonfio, nel senso dei lividi. Qui mi sembra anche meno ... meno gonfio", (cfr. p. 69 trascrizioni udienza 23/5/2011).

Un discorso a parte meritano l'intervento dell'ambulanza del 118 e la testimonianza dell'infermiere Ponzo. A parere della Corte, la circostanza che Colicchio avesse chiamato il 118, è indizio certo del fatto che Cucchi già da quel momento presentasse dei problemi, non stesse bene; non vi è motivo di ritenere che l'ambulanza fosse stata chiamata per un eccesso di zelo del Colicchio, tanto più che lo stesso Ponzo riferisce che il Cucchi aveva degli arrossamenti sotto gli occhi e sugli zigomi, (meno evidenti di quelli risultanti dalla fotografia mostratagli in udienza), come se avesse un eritema, lamentava dolore e male alla testa e lui aveva insistito per portarlo al Pronto Soccorso invogliandolo a confidarsi: *"se c'hai qualche tipo di problema ne parliamo in separata sede"*, (al colloquio era presente il carabiniere Colicchio).

E' legittimo il dubbio che il Cucchi, arrestato con gli occhi lividi, (perché molto magro e tossicodipendente secondo la interpretazione di Mandolini) e che lamentava di avere dolore, fosse stato già malmenato dai carabinieri. Non è certamente compito della Corte indicare chi dei numerosi carabinieri che quella notte erano entrati in contatto con Cucchi avesse alzato le mani su di lui, e tuttavia sono le stesse dichiarazioni dei carabinieri che non escludono la possibilità di prospettare una ricostruzione dei fatti diversa da quella esternata da Samura Yaya. Né si può dire che il Cucchi avesse esagerato con Colicchio le sue problematiche di salute fingendo di sentirsi peggio di come in realtà si sentisse, in quanto l'intervento dell'ambulanza non era partito da una sua richiesta, (ma da un'iniziativa di Colicchio) e quando questa era arrivata egli si era dapprima rifiutato di farsi visitare e infine si era rifiutato di recarsi al Pronto Soccorso, come lo sollecitava l'infermiere Ponzo.

Va ricordato che il rifiuto opposto all'infermiere non era il primo eccepito da Cucchi in quanto egli già si era rifiutato di sottoscrivere gli atti redatti nella Caserma di Roma-Appia e si era sottratto altresì al fotosegnalamento, (la cui mancanza certamente non aiuta a sciogliere i dubbi sulla condotta tenuta quella notte dai carabinieri).

C'è da dire, quanto agli accadimenti nella Caserma, che è indubitabile che nulla di anomalo si era verificato al momento dell'arresto, (la circostanza è confermata anche da Mancini Emanuele, l'acquirente dell'hashish, fermato insieme a Cucchi e con lui condotto in Caserma per la redazione degli atti), e fino alla perquisizione domiciliare, come riferito da entrambi i genitori. Se qualcosa di anomalo si era verificato, ciò può verosimilmente collocarsi nel lasso di tempo che va tra il ritorno dalla perquisizione domiciliare, (verso le h. 2,00), e l'arrivo della pattuglia automontata condotta da Nicolardi, (intorno alle h. 3,40), dovendosi ragionevolmente escludere che atti violenti fossero stati posti in essere dal Colicchio, (che aveva anzi chiamato senza indugio il 118 perché il giovane stava male), o dai carabinieri della pattuglia, (che si erano limitati ad effettuare il trasferimento dell'arrestato da una Caserma all'altra). In via del tutto congetturale potrebbe addirittura ipotizzarsi che il Cucchi fosse stato malmenato dagli operanti al ritorno dalla perquisizione domiciliare atteso l'esito negativo della stessa laddove essi si sarebbero aspettati di trovare qualcosa,

(l'operazione dell'arresto era stata propiziata da una fonte confidenziale), mentre il giovane aveva mantenuto una comprensibile reticenza circa il luogo dove realmente egli abitava. In questo ipotetico contesto potrebbe trovare la sua collocazione la circostanza, risultata inspiegabile, del mancato "rintraccio" sul relativo albo, da parte dei Carabinieri, dell'avvocato Maranella, difensore "storico" del Cucchi oggetto delle sue recriminazioni in aula contro i Carabinieri, (*"DICH. CUCCHI: si, allora innanzitutto, quando si è seduto sulla panca a un certo punto si è visto avvicinare un ... un avvocato di ufficio e ... e si è arrabbiato. Riferendosi ai Carabinieri gli ha detto testuali parole: 'ma come, non avete chiamato l'avvocato Maranella? Ma come, vi avevo detto ieri sera di chiamarlo, mannaggia' e si è arrabbiato"*, cfr. p. 96 trascrizioni udienza 16/5/2011). E infatti il nome dell'avv.to Maranella stranamente compare scritto per la prima volta sul modulo, acquisito agli atti, redatto per il carcere dopo la convalida, ovvero dopo che ormai era stato nominato di fiducia l'avvocato Rocca.

La circostanza che di fatto il giovane abitava per conto suo in zona Morena era emersa soltanto dopo la sua morte, quando i familiari, recandosi a controllare alcuni suoi effetti personali, avevano casualmente rinvenuto un discreto quantitativo di hashish che avevano immediatamente consegnato alla Polizia Giudiziaria. Era stata quindi eseguita una perquisizione presso l'abitazione di Morena dove in effetti era stata rinvenuta la sostanza corredata da un ampio armamentario occorrente per lo spaccio. In particolare erano stati rinvenuti: due panetti di hashish per un peso lordo di circa 925 grammi; un involucro di colore bianco e verde, contenente sostanza stupefacente del tipo cocaina, per un peso lordo pari a 133 grammi; materiale vario atto al confezionamento della sostanza quali tre bilancini di precisione; alcune confezioni di mannite; un rotolo di carta d'alluminio; un rotolo di cellofan; vari involucri in carta di alluminio contenenti sostanza stupefacente del tipo hashish del peso lordo di 44 grammi; e poi, nel medesimo armadio, all'interno della tasca destra di un giubbotto, venivano rinvenuti quattro involucri di sostanza stupefacente del tipo hashish per un peso lordo di 7 grammi; infine, all'interno di una delle cassettiere del soggiorno venivano rinvenuti ancora alcuni involucri di sostanza stupefacente del tipo hashish per un peso complessivo di grammi 13,60 lordi. Quella che si è offerta è una ricostruzione del tutto ipotetica che tuttavia si presterebbe a dare ragione delle inspiegabili anomalie del racconto degli operanti della Stazione Carabinieri Appia. La prima "anomalia" riguarda quanto riferito dal maresciallo Mandolini circa l'atteggiamento nei confronti dei carabinieri tenuto dal Cucchi che viene così descritto: *"il signor Cucchi era una persona tranquilla, spiritosa, anche abbastanza ... e abbiamo fatto anche quattro chiacchiere insieme del ... cioè l'episodio che era successo e quant'altro"*; *"quindi posso soltanto dire che era abbastanza tranquillo, si ... si è anche scherzato, aveva anche dei tratti molto spiritosi, con un linguaggio romanesco simpatico insomma"*, (analogamente il carabiniere Aristodemo: *"sì, sì era scherzoso in Caserma ... diceva ... mi ricordo che diceva 'chiudete un occhio per stavolta', se non ricordo male fece una battuta anche un collega, però così, lo vidi*

sorridere il collega però ... di preciso ora non ... non me la ricordo ...”, cfr. p. 112 trascrizioni udienza 28/4/2011).

Queste descrizioni dell’amabilità di carattere contrastano con quanto riferito da tutte le numerosissime persone che via via sono entrate in contatto con il giovane, a cominciare da quel Colicchio che narra di un soggetto tutt’altro che gioviale e incline alla conversazione, che voleva soltanto essere lasciato in pace, (tanto da essersi tirato le coperte fino alla testa e girato verso il muro), e che si lamentava per il dolore, ragion per cui aveva chiamato il 118. Inoltre, destano perplessità le dichiarazioni del carabiniere Mandolini secondo cui le macchie che l’arrestato aveva sotto gli occhi al momento del controllo erano grosso modo simili a quelle che si vedevano nella foto esibita relativa all’ingresso a Regina Coeli; Tedesco, che era presente all’udienza di convalida e che quindi aveva visto di persona il Cucchi, quando gli è stata mostrata la nota fotografia ha riconosciuto: *“sì, quelle erano le sue occhiaie ... un po’ più un po’ più accentuate forse, comunque sì, aveva delle occhiaie così, rosse, rossastre”*. (In proposito si noti la differenza con quanto dichiarato dal padre secondo cui il figlio *“aveva il viso gonfio come un pallone e gli occhi segnati di netto”*, ma che tuttavia nulla aveva notato sul modo di camminare o di stare seduto del figliolo o che costui si lamentasse dolore).

Analogamente Aristodemo, (cfr. p. 112 trascrizioni udienza 28/4/2011):

“P.M. LOY: e ha visto qualche differenza tra prima, cioè prima che lo portaste a Palazzo di Giustizia e quando lo avete ripreso per portarlo alla convalida dell’arresto nel suo modo di porsi, di camminare o se avesse dei segni diversi sul viso, particolari?”

DICH. ARISTODEMO: no, sul ... di camminare, di porsi, no, no, a parte che era silenzioso, sembrava preoccupato. Aveva delle occhiaie, però diciamo le aveva anche prima, soltanto con ... leggermente più rosse, ma forse perché ha passato una notte che non ha dormito ...”.

Sulla circostanza che il Cucchi presentasse dei problemi fisici già prima dell’ingresso nelle celle del Tribunale, va ancora ricordata la deposizione del carabiniere Mollica Stefano, (cfr. pp. 54/77 trascrizioni udienza 23/5/2011), autista della Pattuglia Mobile di Zona, (P.M.Z.), che alle h. 8,20 circa del 16/10/2009 era stata comandata per la traduzione di Cucchi dalla Stazione Carabinieri Roma Tor Sapienza al Tribunale per la convalida dell’arresto: *“il piantone prende la chiave e apre la cella ... dopo che ha aperto la cella abbiamo chiamato la ... la persona che l’occupava e a fatica si alzava su ... sul lettino ... il letto che c’è all’interno della cella che poi è un letto di acciaio, fissato a terra”, “dopo un po’ si è alzato a metà, a fatica, e l’ho visto subito in viso che aveva dei ... gonfiori intorno agli occhi e allora vedendolo alzarsi a fatica con i gonfiori agli occhi, mi è venuta subito la domanda se aveva bisogno di un medico e lui ha rifiutato il medico, dopo di che gli ho chiesto come mai aveva questi gonfiori, questi cerchi intorno agli occhi, ben visibili e ... lui mi ha risposto che erano stati dei suoi amici. Allora gli ho detto ... ho ribadito dicendo: chi?, gli ho*

detto così e lui ha detto: 'no, so' caduto dalle scale'"; vedendo la più volte citata fotografia che ritrae Cucchi all'ingresso di Regina Coeli, ha dichiarato: *"guardi, io lo ricordavo anche più gonfio, nel senso dei lividi. Qui mi sembra anche meno ... meno gonfio"*.

Tornando al dichiarato atteggiamento di simpatia che l'arrestato avrebbe avuto all'atto dell'arresto nei confronti degli operanti, tale asserzione appare singolare non soltanto alla luce di quanto si è sopra ricordato, visto il carattere del Cucchi come delineato dal complesso delle testimonianze assunte, essa appare altresì in netto contrasto con quanto riportato dall'avvocato Rocca, teste del tutto disinteressato e che si è dimostrato attento osservatore di ciò che avveniva all'udienza, il quale, (come già ampiamente riferito), ha rimarcato l'atteggiamento di stizza di Cucchi nei confronti dei carabinieri, manifestato rivolgendogli le stesse parole *"non credo carine"*, *"un battibecco che comunque non era consono all'aula"*. Va poi rimarcato che, inspiegabilmente, di tale battibecco *"non consono all'aula"*, nessuno degli operanti presenti all'udienza di convalida ha riferito alcunchè. Anche un altro agente della Polizia Penitenziaria, Di Stefano Umberto, addetto alle traduzioni dal Tribunale al carcere di Rebibbia, ha dichiarato che mentre era in attesa dei suoi detenuti aveva sentito da alcuni colleghi, di cui non ricordava i nomi, che bisognava avvisare gli agenti che provvedevano alle traduzioni per Regina Coeli che uno dei loro detenuti *"aveva avuto discussioni con i Carabinieri, discussioni vertenti sull'ordinanza di custodia cautelare che gli avevano applicato"*, (cfr. p. 49 trascrizioni udienza 22/6/2011).

La versione di Samura Yaya è altresì in contrasto con quanto dichiarato da altri testi, che riportano *"de relato"* parole asseritamente pronunciate dallo stesso Cucchi, e cioè che a ridurlo in quelle condizioni sarebbero stati i Carabinieri ovvero una *"caduta per le scale"*.

In proposito, vengono innanzitutto in rilievo le dichiarazioni rese al PM, (e acquisite, con il consenso delle parti, agli atti del dibattimento), da Alaya Tarek, imputato di reato connesso, il quale, all'udienza dell'11/10/2011, si è avvalso della facoltà di non rispondere, (cfr. pp. 54/56 relative trascrizioni). Costui, compagno di cella di Cucchi a Regina Coeli, aveva riferito che la sera in cui Cucchi era entrato nella cella aveva freddo, si sentiva male, aveva gli occhi cerchiati e camminava a fatica, tanto che lui gli aveva chiesto: *"che è successo?"*, ricevendo questa risposta: *"mi hanno riempito di botte, tutta la notte preso botte dai Carabinieri"*, *"ho preso tante botte in Caserma dai Carabinieri"*; Cucchi gli aveva ancora detto di essere stato arrestato per un *"pezzo di fumo"*. Il Tarek aveva pure ammesso che, alcuni giorni dopo essere stato sentito dal PM, aveva consegnato alla assistente del Senatore Pedica, il quale si era con la stessa recato in carcere per una visita ispettiva, una lettera che riproduceva quanto da lui già riferito all'A.G.; la lettera gli era stata *"messa bene in italiano"* da un compagno di cella, Capponi Pasquale; questa lettera era poi finita su tutti i giornali. Al riguardo si rinvia alle concordi dichiarazioni di Capponi Pasquale, (cfr. pp. 88/107 trascrizioni udienza 4/10/2011), del senatore Pedica Stefano, (cfr. pp. 5/22

trascrizioni udienza 11/10/2011), della sua assistente Cecconi Linda, (cfr. pp. 23/44 *ibidem*) e della segretaria, Testa Irene, (cfr. pp. 45/54 *ibidem*).

Vanno ancora ricordate le dichiarazioni di una arrestata in convalida che si trovava nelle celle quella mattina, Costanzo Anna Maria, (cfr. pp. 39/46 trascrizioni udienza 4/7/2011). Costei, (giunta poco prima delle h. 9,00, convalidata e successivamente rimessa in libertà intorno alle h. 10,30/11,00), ha detto che mentre gli agenti la stavano portando fuori dalle celle per farle prendere il metadone, aveva parlato con un ragazzo che le aveva detto di chiamarsi Stefano e che le aveva chiesto una sigaretta, il quale si lamentava perché stava male e da due giorni non gli davano i suoi farmaci che gli operanti gli avevano “requisito”; alle sue domande, (scaturite dalla constatazione che il giovane “*ci aveva un po' de lividi in faccia*”), “*perché stai male?*”, “*ma che t'hanno menato?*”, lui le aveva risposto che non doveva prendere il metadone perché era stato arrestato solo “*per un po' de fumo*” e che i lividi glieli avevano fatti “*gli agenti che l'avevano arrestato*”.

Ancora vanno riportate le dichiarazioni, (quantunque molto approssimative), di altro arrestato in convalida, Fabrizi Marco, (cfr. pp. 4/26 trascrizioni udienza 4/7/2011), che si trovava quella mattina nelle celle. Costui ha riferito che dopo essere stato rinchiuso nella sua cella, intorno alle h. 9,00 aveva visto arrivare il Cucchi, “*con il cappellino davanti, però qui era già tutto rosso*”, accompagnato da quattro persone in borghese; aveva ritenuto che si trattasse di Cucchi in quanto “*dopo, sulle fotografie del ... del giornale, eccetera in televisione, certo io ... non lo conoscevo, però quando mi è passato, vedendo le fotografie, poi ce stanno anche delle foto con un cappellino quindi è lui ... per me è lui, al cento per cento, anzi centodieci per cento*”; nella cella di Cucchi ad un certo punto aveva sentito dei rumori “*ovattati*” e poi una persona, (evidentemente un agente), chiedergli: “*che ti viene da dà de stomaco?*”, “*ma che hai vomitato?*”; riferiva poi più volte che c'era una ragazza che faceva “*casino*” per avere il metadone e che egli stesso era stato accompagnato una prima volta a farsi somministrare il metadone e una seconda volta al bagno; che aveva chiesto di essere messo in cella insieme con qualcun altro perché non aveva piacere di stare da solo, ma che un agente della Polizia Penitenziaria gli aveva fatto un gesto come a voler significare una persona che picchia, (“*quindi io penso che lui lo sapeva già quello che stava a succede... succedendo là dentro*”), e lo aveva riportato nella sua cella dove era rimasto finché, alle h. 11,00 circa, lo avevano portato su nelle aule per la convalida ed era stato liberato. Come si vede, questo detenuto colloca in orario diverso, antecedente, (prima delle h. 11,00) l'episodio riferito da Samura Yaya.

Vi è poi la arrestata Capuccio Silvana, delle cui dichiarazioni vale la pena riportare alcuni stralci, per la loro palese inattendibilità:

“DICH. CAPPuccio: e sentivo questo ragazzo che chiedeva questa sigaretta, e gli dicevano di stare zitto e lui gli ha detto: "ma una sigaretta non si chiede a nessuno, vi sto chiedendo una sigaretta non vi chiedo niente, non è ..." e dicevano: "zitto zitto zitto", a un tratto 'sto ragazzo se ne è uscito e dice: "aho, ma siete proprio infami

perché una sigaretta me la potete anche dà”, ho sentito che hanno aperto la cella e con uno schiaffo è cascato per terra, lo stavo ...

P.M. LOY: lei ha sentito questo?

DICH. CAPPuccio: l'ho sentito.

P: non abbiamo capito niente signora, deve ripetere e parli anche lentamente.

DICH. CAPPuccio: questo ragazzo l'hanno tirato fuori dalla cella è stato percosso ed è caduto per terra. Da lì poi l'hanno preso in due-tre, lo trascinarono e continuavano a percuoterlo, che dopo la ... mi hanno chi ... dopo che gli hanno menato, l'hanno trascinato, portato via, so' venuti da me e mi hanno detto: "che ci ha una sigaretta per favore?", dico: "sì, certo" e gliel'ho offerta io la sigaretta. Poi l'hanno portato via non è che ho visto nient'altro io.

P.M. LOY: a chi l'ha data lei questa sigaretta?

DICH. CAPPuccio: alla guardia ... quelle del carcere, quelle che stanno sotto e gliel'hanno portata.

P.M. LOY: e da dove ha visto questi fatti lei?

DICH. CAPPuccio: non ho capito, scusi.

P.M. LOY: da dove ha visto questo, questo che ha appena descritto, da dove l'ha visto?

DICH. CAPPuccio: dall'oblò della ... della porta, della cella.

P.M. LOY: lei quando è stata sentita dal Pubblico Ministero il 5 novembre 2009, si ricorda?

DICH. CAPPuccio: sì.

P.M. LOY: lei ha detto: "io ero sdraiata perché stavo male, avevo mal di testa ..." .

DICH. CAPPuccio: stavo male e stavo sdraiata sulla panchina.

P.M. LOY: e quindi come ha fatto ...

DICH. CAPPuccio: ho sentito un rumore, il fracasso e mi sono affacciata, ho detto questo, ce l'avete scritto quello che ho detto.

P.M. LOY: sì, però non ha detto questo ...

DICH. CAPPuccio: come non ho detto questo? lo ero ... ero distesa, mi ero messa sulla panchina perché mi sentivo poco bene, ho sentito il fracasso e mi sono alzata. Mi sono alzata e ho guardato dalla ... dalla finestrella e ho ... e ho visto questa scena. Che poi mi ha ricordato la scena di mi' figlio.

P.M. LOY: ecco. Ha sentito altro? Delle persone che parlavano?

DICH. CAPPuccio: no, ho sentito ... altro ho sentito che dicevano che stava male e lui ... e loro gli hanno detto: "adesso ti chiamiamo il Dottore", "chiamate il dottore, chiamate il dottore" e poi non ho sentito più altro.

PM LOY: e quanto tempo è rimasta lei nelle celle?

DICH. CAPPuccio: e che so' rimasta... il tempo che mi hanno portato su in udienza poi, sarò stata... non lo so, un tre quarti d'ora non ... più o meno.

P.M. LOY: si ricorda a che ora è arrivata? Che ora era quando è successo questo?

DICH. CAPPuccio: no, più o meno no, mica ci avevo l'orologio, non mi ricordo l'orario proprio... quando so' arrivata, saranno state le cinque e mezza, le sei, non lo so. Non lo so, l'orario quando so' arrivata. Doveva capita' proprio quel giorno poi.

P.M. LOY: a che ora c'è stata la sua direttissima si ricorda?

DICH. CAPPuccio: no, mi dispiace. Non è che mi hanno detto l'orario quando so' andata ...

P.M. LOY: va be', più o meno.

DICH. CAPPuccio: non lo so ...

P.M. LOY: dopo un'ora, dopo due ore, dopo tre ore, si ricorda?

DICH. CAPPuccio: non lo so, non me lo ricordo, guardi.

P.M. LOY: senta, ma quando poi lei ha sentito insomma questo tafferuglio, diciamo così, ha sentito delle risposte da parte di questo ragazzo? Ha sentito che diceva qualcosa?

DICH. CAPPuccio: quello che gli ho detto, che chiedeva questa sigaretta e ha detto infami alle guardie ...

P.M. LOY: sì.

DICH. CAPPuccio: ...e poi è successo quello che è successo, poi non è che ho sentito altro.

P.M. LOY: non ha sentito altro?

DICH. CAPPuccio: poi...

P.M. LOY: rispetto...

DICH. CAPPuccio: adesso so' passati quasi due anni.

P.M. LOY: ho capito. Quindi quando ...

DICH. CAPPuccio: e non mi ricordo tutto a filo per segno, ci avete tutto scritto e io mi rivalido su quello che ho detto.

P.M. LOY: però lo deve ripetere.

DICH. CAPPuccio: lo so. È una parola.

P.M. LOY: allora, visto che lo sa, faccia uno sforzo.

DICH. CAPPuccio: ma io non è che ...

P.M. LOY: lei ha detto che ha sentito che cadeva per terra.

DICH. CAPPuccio: sì.

P.M. LOY: e poi ha sentito se diceva qualcosa?

DICH. CAPPuccio: che strillava, che gli facevano male, che non gliela faceva a rialzasse e ...

P.M. LOY: come fa a sapere che non poteva rialzarsi visto che non poteva vedere?

DICH. CAPPuccio: lo diceva lui, che loro gli dicevano "alzati" e lui gli diceva: "non gliela faccio".

P.M. LOY: e questo le stavo chiedendo. Quindi ha sentito lui che diceva "non ce la faccio" e loro continuavano a dire qualche altra cosa?

DICH. CAPPuccio: continuavano a di' "tirate su, alzati, tirate su" e lui gli diceva: "no, non gliela faccio", poi l'hanno portato lontano da me e ho sentito che dicevano: "va be', ma te chiamiamo il medico", dice: "io sto male, sto male", "chiamiamo il medico".

P.M. LOY: ma lei ha visto se queste guardie penitenziarie erano arrabbiate, dicevano qualcosa?

DICH. CAPPuccio: dicevano solo... io ho sentito solo dire di stare zitto, "non di niente, devi sta' zitto" e basta, io questo ho sentito.

P.M. LOY: quando lei è stata sentita dal Pubblico Ministero ha detto: "il ragazzo era insistente, ho sentito che loro erano alterati e una delle guardie ha detto: «falla finita, mi hai rotto il cazzo», si ricorda?

DICH. CAPPuccio: «falla finita, mi hai rotto il cazzo», io non volevo ripeterlo perché so ... però ce l'avete scritto.

P.M. LOY: e poi che è successo dopo queste frasi che lei ha riportato?

DICH. CAPPuccio: dopo che ne so io che è successo, loro l'hanno por ... portato via ...

P.M. LOY: lei deve dire quello che ha visto, certo non le sto chiedendo ...

DICH. CAPPuccio: io ho visto ... quello che ho visto lei ce lo ha scritto, non è che mi ricordo per filo e per segno.

P.M. LOY: le ho già spiegato signora, che questo è un processo, dove si deve rispondere alle domande a prescindere da quello che è stato fatto in istruttoria e da quello che c'è scritto, deve dirlo adesso rispondendo alle mie domande, se se lo ricorda, se non se lo ricorda vedremo di intervenire in qualche modo.

DICH. CAPPuccio: io tutto per filo e per segno non è che me lo ricordo ...

P.M. LOY: però adesso faccia uno sforzo.

DICH. CAPPuccio: mi rivalido di quello che ho detto perché io ... dopo due anni non mi posso ricorda' per filo e per segno tutte le parole, mi scusi.

PM LOY: va bene. Infatti come ha visto gliele ho lette.

DICH. CAPPuccio: io già ci ho avuto i problemi mia.

P.M. LOY: quindi ...

DICH. CAPPuccio: ci ho altre cose di problemi miei grandi da pensare, non me posso mette a ricorda' tutto quello che io ho scritto. Siccome è tutto scritto e io mi rivalido di quello che ho scri... che ho fatto scri... che hanno scritto, mi scusi.

P.M. LOY: ha sentito poi andar via queste guardie penitenziarie? Ha visto poi il dottore ...

DICH. CAPPuccio: ma io da lì non è che vedevo, sentivo.

P.M. LOY: ha sentito andar via qualcuno dopo questo scambio di battute?

[.....]

AVV. PERUGINI: senta, quindi diceva al Pubblico Ministero che lei è detenuta per il processo per cui era stata arrestata il 16 ottobre del 2009? Il 15 ottobre.

DICH. CAPPuccio: il 15 ottobre del 2009.

AVV. PERUGINI: è ancora detenuta per quel processo lì?

DICH. CAPPuccio: sì.

AVV. PERUGINI: senta, lei prima ha detto al Pubblico Ministero: non mi posso ricordare adesso, so' passati due anni da quando le ho rilasciato le dichiarazioni.

DICH. CAPPuccio: eh!

AVV. PERUGINI: perché vede, io le faccio subito una contestazione, nel senso che lei al Pubblico Ministero, e leggo pagina 20 delle trascrizioni del verbale di assunzione di informazioni del 5 novembre, lei ha dichiarato: "no, rumori particolari

non ne ho sentiti, sentivo questi agenti che andavano e venivano, ma non è che ho sentito altre cose". Cioè lei, la storia dello schiaffo, del trascinarsi, tutte queste cose che ha detto oggi per la prima volta, lei al Pubblico Ministero e ci sono trenta pagine, non le ha dette. Cioè questo fatto lo sta dicendo oggi per la prima volta.

DICH. CAPPuccio: non le ho dette?

AVV. PERUGINI: no, non le ha dette. È tutto trascritto, guardi, non è neanche in forma riassuntiva, è tutto trascritto. Non solo non le ha dette, ma ha precisato a domanda del Pubblico Ministero: "no, non ho sentito altre cose che non un viavai di agenti". Vuole spiegare alla Corte per favore per quale motivo oggi ha detto queste cose, completamente diverse da quelle che ha detto al Pubblico Ministero?

DICH. CAPPuccio: mi sembra strano che non ...

AVV. PERUGINI: no, mi sembra stranissimo anche a me, ma deve spiegare alla Corte, non a me.

DICH. CAPPuccio: non ... io gli ho detto, non ricordo tutto particolarmente. Apposta ho detto ...

AVV. PERUGINI: sì, ma questa cosa che ha detto oggi, lei l'ha ricordata bene oggi.

DICH. CAPPuccio: mi rivalido di quello che ho scri ... che ho detto al Pubblico Ministero, non ricordo tutto con precisione.

AVV. PERUGINI: sì, lei non ricorda tutto, però questo ... questo fatto specifico lei non l'ha riferito al Pubblico Ministero, anzi ha affermato che non ha sentito alcun rumore. Vuole spiegare alla Corte come mai oggi ha cambiato idea? Ha sentito schiaffi, trascinarsi, vuole spiegarlo alla Corte, perché?

P: no signora, lei non ci deve spiegare niente, ci deve soltanto dire la verità, cioè ci deve dire che co ...

AVV. PERUGINI: ci dica.

DICH. CAPPuccio: io la verità l'ho detta.

AVV. PERUGINI: senta un po', vuole dire alla Corte chi è Ioanna Orazio?

DICH. CAPPuccio: è mio figlio

AVV. PERUGINI: siccome lo vedo citare nel suo interrogatorio, perché lei lo ha citato?

DICH. CAPPuccio: l'ho citato perché mio figlio è stato ammazzato, lì ... al carcere di Frosinone.

AVV. PERUGINI: è stato ammazzato ...

DICH. CAPPuccio: è stato ammazzato da ... da ... dalle guardie del carcere ... non lo so se erano quelle dell'interno o esterno, però quello che hanno scritto dopo i detenuti su Facebook ... erano quelli co ... con i cappucci che so' entrati dentro la cella e mio figlio stava all'isolamento. Ma perché me deve ricorda' 'sta cosa mo? Me deve fa' senti' male?

AVV. PERUGINI: c'è stato il processo per suo figlio?

DICH. CAPPuccio: certo, abbiamo fatto ... solo che io ... quando non ci hai i soldi non fai niente, capito? Perché qui si va avanti solo a ... a suon di musica. Ci ho avuto pure il medico legale, gli hanno fatto l'autopsia e mi hanno detto che è morto ... che è morto perché ci ha avuto un arresto cardiaco. Ma quale arresto cardiaco?

Che ... che ci aveva il naso che era spostato di qua, il sangue dalla bocca, dagli occhi, da tutte le parti.

P: senta signora quando è successo questo fatto. Mi dica solo la data.

DICH. CAPPuccio: mio figlio è morto il 29 aprile 2008”

[.....]

AVV. OLIVIERO: quindi per vedere quello che si ritiene possa essere Cucchi cadere davanti alla sua cella, lei si è alzata?

DICH. CAPPuccio: è passato davanti alla mia cella, è cascato vi ... davanti alla mia cella.

AVV. OLIVIERO: ecco, e allora Presidente, io voglio solo contestare due punti dell'esame della teste al Pubblico Ministero, dove dice 'ho sentito le guardie che parlavano, andavano avanti e indietro, però io stavo solo in cella, ero talmente ... stavo ... non mi sentivo neanche bene, mi ero messa sulla panchina, me faceva male la testa', e in un secondo punto: 'io ho sentito una agitazione di guardie – quindi ho sentito – andavano avanti e indietro, però non è che ho visto se se so' messi a litiga' o a ... non me so' neanche alzata pe' vede' alla porta'. Davanti al Pubblico Ministero lei ha riferito ...

DICH. CAPPuccio: ho detto così?

AVV. OLIVIERO: non si è nemmeno alzata per guardare dallo spioncino. Come risolve questa contraddizione?

DICH. CAPPuccio: gli ho detto che non me ricordo tutto, o loro ... non lo so ... non lo ricordo quello che ho detto”

Da quanto precede risulta che comunque, anche a prescindere dalla loro attendibilità, le dichiarazioni della Cappuccio, anziché dare riscontro a quelle di Samura Yaya, le contraddicono, sia con riferimento all'orario in cui si collocherebbe il “pestaggio”, (dieci/venti minuti prima che lei fosse portata in udienza, ciò che era avvenuto intorno alle 11,26, di tal che risulterebbe che Cucchi chiedeva insistentemente l'intervento di un medico già intorno alle 11,00, e cioè prima del pestaggio “sentito” da Samura Yaya), sia con riferimento alle motivazioni del pestaggio che si rinverrebbero non nel fatto che il Cucchi non volesse rientrare nella cella, ma nel fatto che volesse una sigaretta. Né vanno trascurati, come indice di scarsa affidabilità, la modifica della sua versione rispetto a quella da lei fornita in sede di indagini al PM, (fatta emergere con le contestazioni), e il forte coinvolgimento emotivo nella morte in carcere del figlio, dalla stessa attribuita ad un “pestaggio” da parte degli agenti di Polizia Penitenziaria. Va inoltre rimarcato che, stante la posizione reciproca delle celle, “*la porta aperta della cella di Stefano, aprendosi a sinistra, avrebbe impedito ogni visuale dalla cella della Cappuccio*”, (cfr. p. 25 memoria delle PPCC in data 3/6/2013).

Altro arrestato che quella mattina si trovava a piazzale Clodio per la convalida era Colangeli Stefano, (cfr. trascrizioni udienza 6/6/2011), il quale era salito per l'udienza poco prima delle h. 12,00, (tale orario si desume dalla circostanza che il predetto ha dichiarato di avere assistito a parte dell'udienza di convalida della

Costanzo e dalle dichiarazioni del carabiniere Carulli Antonio (cfr. pp. 284/285 trascrizioni udienza 28/2/2012), che ha riferito di averlo portato in aula verso le h. 11,30. Ebbene il Colangeli riferisce di aver sentito Cucchi gridare molto arrabbiato nei confronti degli agenti di custodia perché voleva le sue terapie (“*io so epilettico e me serve la terapia mia sennò me sento male*”); poco dopo erano arrivate le guardie avevano aperto la sua cella e lo avevano portato via, egli non era in grado di aggiungere altro poiché era stato subito fatto salire per la convalida. Con riferimento a tale testimonianza c’è da dire che in pratica il teste non ha visto e neppure “sentito” alcun pestaggio; inoltre se davvero gli agenti avevano prelevato il Cucchi prima della convalida per portarlo da qualche parte, (rimasta stranamente ignota poiché non ve ne è traccia in atti), perché non picchiarlo in questo sconosciuto “altrove”, lontano da occhi, e soprattutto da orecchi, indiscreti, anziché riportarlo in cella e commettere il riprovevole atto in un luogo nelle vicinanze del quale si potevano trovare quanto meno i carabinieri che avevano proceduto al suo arresto, stante che Cucchi, a quella ora, doveva essere ancora convalidato ed anzi stava per essere chiamato, (erano rimasti da convalidare praticamente soltanto lui e il Samura Yaya).

Conclusivamente osserva la Corte che la ricostruzione di “*alcune fasi o momenti di quanto avvenne la mattina del 16 ottobre 2009 nelle celle sotto la palazzina B, giungendo a comprendere chi c’era nel ‘sistema delle celle’ nel momento in cui Samura descrive le percosse inferte a Stefano*” di cui alla memoria delle PPCC in data 3/6/2013, consente di ritenere provato che nel momento indicato dal Samura Yaya come quello del pestaggio, nelle celle si trovavano soltanto lo stesso Samura Yaya e Cucchi. Inoltre, occorre sottolineare quanto più sopra accennato, e cioè che la ricostruzione dei fatti accreditata dalle PPCC è inficiata dalla seguente non trascurabile incongruenza, contenuta nella 2° fase del riepilogo della memoria citata che si riporta per intero:

“2° fase: in questa fase, (diversa dalla prima: il momento in cui Stefano chiama ‘guardie’ e la Costanzo risponde, non coincide con l’arrivo delle guardie), gli agenti arrivano alla cella di Stefano. Secondo la Cappuccio gli agenti arrivano quando Stefano li apostrofa come ‘infami’; secondo Colangeli gli agenti sono arrivati ‘a un certo punto’ perché Stefano continuava a insistere. Stefano viene fatto uscire dalla cella e né la Cappuccio né Colangeli lo vedono rientrare. Il momento in cui Stefano viene fatto uscire dalla cella avviene prima che sia la Cappuccio che Colangeli vengano portati in udienza, quindi necessariamente dopo l’episodio dello scambio di battute tra Stefano e la Costanzo, e prima delle 11,26, quando inizia l’udienza della Cappuccio. Non è noto cosa sia occorso a Stefano dopo che gli agenti lo hanno fatto uscire dalla cella, ma quel che è certo è che non è stato fatto visitare dal medico, posto che Ferri riferisce di essere stato chiamato poco prima della visita delle h. 14,05, ed infatti il certificato è a quell’ora”

Orbene, l’incongruenza rilevata dalla Corte è questa: non si vede perché gli agenti di custodia, avendo avuto l’opportunità di portare Cucchi in un luogo in cui “*non è noto*

cosa sia occorso”, non lo abbiano pestato in quel luogo e in quel momento, attendendo invece di farlo nelle celle dove potevano essere “sentiti” da altri detenuti, (quantomeno dal Samura Yaya) e/o da altri operanti in attesa delle convalide, (e quindi oltre che dagli operanti che dovevano prelevare Cucchi, anche dal carabiniere che aveva proceduto all’arresto di Samura Yaya). Con riferimento a tale carabiniere, Cirillo Mario, (cfr. p. 292/296 trascrizioni udienza 28/2/2012), costui ha precisato che nulla di anomalo aveva visto o sentito, e a specifica domanda del PM ha così risposto:

“P.M. DOTT. BARBA - lei era da solo quindi sotto alle celle finchè Samura Yaya era nella sua cella ad aspettare la direttissima?

TESTE CIRILLO - no, ero insieme a un altro collega

P.M. DOTT. BARBA - che era?

TESTE CIRILLO - l’appuntato scelto Argenziano Daniele

P.M. DOTT. BARBA - vi siete alternati lì sotto? Cioè, nel senso, vi siete spostati nel mentre ...?

TESTE CIRILLO - personalmente non ci ho questa abitudine. Rimango là fin quando ... il collega non so se si è allontanato, io personalmente ero sul posto.

P.M. DOTT. BARBA - a parte l’abitudine, a me interessa quel giorno in particolare

TESTE CIRILLO - no, no, no, assolutamente no”

Ma, a parere della Corte, la ricostruzione delle PPCC per dimostrare la responsabilità degli agenti di custodia è viziata dall’insuperabile limite di non prendere nemmeno in considerazione le testimonianze dei carabinieri, di cui sopra si è detto, che hanno riferito di avere visto il volto di Cucchi, prima del suo ingresso nelle celle del Tribunale, nelle stesse condizioni rappresentate nelle foto scattategli all’immatricolazione in carcere, di averlo visto, sempre prima dell’arrivo a piazzale Clodio, camminare con difficoltà e di averlo sentito lamentarsi per il dolore. Tra l’altro sono le stesse PPCC, (nella più volte citata memoria), a sottolineare come, all’atto della presa in carico di un detenuto, è regola di prudenza per chi lo riceve, al fine di non incorrere in indebite responsabilità, farlo sottoporre a visita medica affinché vengano certificate le condizioni fisiche o comunque di salute nelle quali lo stesso si trovi, se queste non siano normali e si possano sospettare atti di violenza. E allora occorre ricordare che, per quanto riguarda Cucchi, il primo che aveva preso in considerazione in maniera quanto meno problematica le sue condizioni fisiche era stato proprio quel carabiniere Colicchio, piantone della Caserma dei Carabinieri di Roma-Tor Sapienza, cui il malcapitato era stato affidato per la notte dai Carabinieri della Stazione di Roma-Appia.

In contrasto con quanto sostenuto da Samura Yaya, possono ancora essere ricordate le dichiarazioni del detenuto Vilbet Lamaj il quale, nel corso dell’incidente probatorio in data 9/12/2009, ha precisato che la mattina del 16 ottobre era stato tradotto a piazzale Clodio per la convalida dell’arresto; che era arrivato presso le celle alle h. 8,30 circa e che quando ancora stava all’esterno aveva sentito la voce di un

uomo che si lamentava dicendo: “*sto male*”; che anche poco più tardi, fatto ingresso nella sua cella, aveva sentito la stessa voce, evidentemente di un detenuto che si trovava in una cella poco distante dalla sua, lamentarsi: “*aiuto! C’è qualcuno che mi aiuti, sto male ... appuntato mi aiuti che sto male, devo andare in Ospedale, voglio andare in Ospedale, sto male*”, senza che nessuno se ne curasse, (“*nessuno è andato per aiutare a lui*”); che dalle nove fino a mezzogiorno aveva sentito questi lamenti; che da mezzogiorno in poi non aveva sentito più nulla, infatti “*verso l’una e mezza, le 13,30 lui l’hanno prelevato da lì e l’hanno portato in aula*”; successivamente, quando in carcere aveva appreso dalla televisione e dai giornali la storia di Stefano Cucchi, aveva ricollegato le due cose. Da tali dichiarazioni sembrerebbe desumersi, (se pure il detenuto sentito dal Lamaj possa identificarsi con Cucchi dal momento che egli risulta essere giunto in Tribunale dopo le h. 9,00), che questi lamentava dolore già prima dell’asserito “pestaggio” ad opera dei tre odierni imputati, “pestaggio” che, secondo quanto riferito da Samura Yaya, doveva collocarsi invece nella tarda mattinata.

Va infine rilevato che anche la prova scientifica contrasta con l’assunto accusatorio: secondo la perizia medico-legale infatti, (come appresso si dirà), il duplice urto, sulla destra e sulla sinistra del capo, contro una superficie ampia e piana, poteva produrre l’effetto di migrazione del sangue livido sotto gli occhi soltanto a qualche ora di distanza dal colpo stesso, invece le tumefazioni scure sotto gli occhi erano visibili già in sede di udienza di convalida, ovvero a pochi minuti dall’asserito “pestaggio”.

In conclusione, la Corte fa proprio quanto giustamente auspicato nel corso della sua arringa del 29/5/2013 dall’avvocato Scalise: la verità deve essere letta nelle carte processuali, e non si può consentire a nessuno di mettersi tra il fatto e il processo, di cercare, orientando l’opinione pubblica, di influire su quello che il Giudice, specie non Togato, tornando a casa, legge sul giornale o sente al telegiornale. Il processo si fa in aula, il processo è ciò che si è svolto nel contraddittorio delle parti; la verità che la Corte è chiamata a giudicare è la verità processuale, niente al di fuori di questi confini, e a questa verità processuale si arriva applicando i principi del nostro ordinamento, applicando innanzitutto il primo principio che deve governare il giudizio, e cioè la valutazione della prova; se si deve pervenire ad una decisione di condanna, ci si deve arrivare al di là di ogni ragionevole dubbio. Questo esige il nostro ordinamento, perché questa regola, cioè quella dell’ “al di là di ogni ragionevole dubbio”, che è stata introdotta dalla Legge 46 del 2006, che ha modificato l’articolo 533 del Codice di Procedura Penale, cioè l’articolo attraverso il quale si può arrivare alla condanna dell’imputato, impone un momento di verifica dialettica, impone di leggere e verificare l’ipotesi accusatoria secondo il criterio del dubbio. Questo è il principio fondamentale transitato nel nostro Codice. Dice la Cassazione che il Giudicante deve effettuare detta verifica in maniera da scongiurare la sussistenza di dubbi interni, (ovvero l’autocontraddittorietà o la sua capacità esplicativa), o esterni alla prova. E il giudizio deve essere e non può non essere che un giudizio sereno, un giudizio dove tutto quello che è successo fuori non deve

entrare nel processo e che va fatto esclusivamente seguendo quello che è avvenuto in aula.

Tanto premesso, la Corte ha ritenuto di dover prendere atto che, sussistendo il ragionevole dubbio che i fatti siano stati commessi dagli agenti della Polizia Penitenziaria, non possa pervenirsi a sentenza di condanna in ordine al “pestaggio” subito da Stefano Cucchi. Ne consegue che, stante la contraddittorietà del compendio probatorio, MININCHINI, SANTANTONIO e DOMENICI devono essere assolti, ai sensi dell’art. 530, II co cpp, dai reati loro ascritti ai capi a) e b) della rubrica per non aver commesso il fatto.

La traduzione e l’ingresso a Regina Coeli (h.14,00-19,50)

Al rientro in cella dopo la convalida, intorno alle h. 14,00, Cucchi veniva visitato dal medico dell’ambulatorio della città giudiziaria di p.le Clodio, Ferri Giovanni Battista, (cfr. pp. 10/25 trascrizioni udienza 22/6/2011), il quale era stato avvisato, a suo dire, “*nel modo classico*” da un agente della Polizia Penitenziaria che c’era un detenuto che aveva bisogno di seguire una terapia “*e che presentava anche delle alterazioni fisiche pure quelle da controllare prima che entrasse in carcere e questo più o meno intorno alle due, per cui mi sono recato alle camere di sicurezza cosiddette del ... del rito monocratico ... nei sotterranei del palazzo B, in pratica lì ... c’è una stanza che è adibita al controllo dell’imputato ... eccetera. In questa stanza mi aspettava anche Cucchi*” ; “*queste persone vengono controllate, ispezionate dalla Polizia Penitenziaria, con brutta parola, prima della presa in carico, cioè di assumersi le loro responsabilità di custodia e se notano o se la persona dichiara malattie, dolori, problemi sanitari di qualsiasi genere, si rivolgono a me per approfondire la questione*”. La regola era che i detenuti, se avevano dei problemi, venivano visitati dopo la convalida e solo eccezionalmente, in casi particolarmente gravi, venivano visitati prima, cioè all’ingresso nelle celle.

Cucchi era accompagnato da MININCHINI, da un agente soprannominato “Polpetta”, (DOMENICI) e forse da un terzo agente. Cucchi diceva che aveva bisogno del “Rivotril” che assumeva regolarmente, “*era sofferente, quello che si poteva vedere, visto che era completamente vestito e coperto, erano queste ... quelle che ho interpretato come ecchimosi al di sotto degli occhi, alle palpebre inferiori e mentre assumeva la pasticca ho ... chiesto che ... che cosa avesse fatto o che cosa accusava e lui rispose che aveva dolori alla ... in pratica alla base della colonna, alla base della schiena e anche alle gambe. In pratica poi non ci furono ulteriori sviluppi su questo fronte perché una volta assunto il “Rivotril” praticamente si rialzò come poteva e se ne andò, non aveva più interesse ad altro, quindi mi disse ... ho chiesto che cosa fosse successo eccetera, e lui andandosene mi disse che il giorno prima era caduto dalle scale, scendendo le scale ... in genere si cerca di ottenere la collaborazione della persona, anche perché se sto lì a qualche cosa dovrei servire, però l’intenzione era quella di troncargli il discorso e andarsene*”; “*nei miei ricordi*

era interessato soprattutto al “Rivotril”, dopodiché aveva perso interesse alla mia persona o alla mia funzione, nel senso che era ... è rimasto evasivo ma ... non solo a parole, ma anche con i gesti, nel senso che si è alzato e ha cercato ... ed è tornato nella cella vera e propria”. Il dottor Ferri gli chiedeva di farsi visitare, ma lui rispondeva che non gli interessava. Accusava dolori alla schiena, in regione sacrale e ad entrambi gli arti inferiori: “riusciva a camminare però in pratica con difficoltà, poggiandosi al muro, quindi scaricando parte del peso sul muro, sulla porta, a seconda del percorso che stava affrontando”, (in proposito si ricorda che Cucchi Giovanni non aveva notato difficoltà a camminare nel figlio). Il dottor Ferri precisava che era abbastanza comune trovare associati tossicodipendenza e uso di “Rivotril” che è una benzodiazepina e dunque un ansiolitico che aiuta a sopportare meglio l’astinenza, sedandone l’eccitazione. Questo il tenore del certificato medico redatto dal dottor Ferri: “Alle h. 14,05 si assiste all’assunzione di “Rivotril” compresse, 2 mg, una compressa. Riferisce anche di assumere “ Gabapentin”. Si rilevano lesioni ecchimotiche in regione palpebrale inferiore bilateralmente di lieve entità e colorito purpureo. Riferisce dolore e lesioni anche alle regioni del rachide e agli arti inferiori, ma rifiuta anche l’ispezione. Evasivamente riferisce caduta per le scale avvenuta ieri”.

Dopo la visita medica, intorno alle h. 15,00, (cfr. pp. 83/101 deposizione dell’agente Sanfilippo Alessio, udienza 23/5/2011), il Cucchi, unitamente a Samura Yaya, veniva portato nell’edificio “A”, (nelle cui prospicenze stazionavano i mezzi dell’amministrazione adibiti al trasporto dei detenuti nell’istituto di destinazione), affidato da SANTANTONIO, MINICHINI e DOMENICI, (in servizio quella mattina presso le celle dell’edificio “B”, dove si svolgevano le convalide del Tribunale in composizione monocratica), agli agenti del Nucleo Traduzioni e Piantonamenti, Capo Luciano, Mandaio Salvatore, La Rosa Antonio, (sentiti all’udienza del 22/6/2011), per essere condotto a Regina Coeli; nella circostanza il Cucchi, oltre ad avere difficoltà a camminare, all’atto della ispezione personale era riuscito soltanto ad alzarsi la maglietta e a mostrare la schiena che presentava dei “rossori”, dei “*segni rossi*”, invece non ce l’aveva fatta a togliersi i pantaloni e a fare la flessione di prammatica proprio perché lamentava dolori alla schiena che attribuiva ad una caduta, (“*che ti è successo?*”, “*sono caduto*”). L’agente Capo notava “*una magrezza proprio spaventosa*” (e così Mandaio: era “*magrissimo*”), mentre La Rosa, alla domanda di Cucchi se a Regina Coeli c’era modo di fare palestra, rispondeva: “*che palestra devi fare, peserai trenta chili vestito*”; ancora La Rosa gli chiedeva: “*com’è che stai conciato così?*” ricevendo la seguente risposta: “*stanotte sono caduto dalle scale*”, mentre i detenuti presenti commentavano: “*ma quali scale – dice – ha fatto un incontro di pugilato però faceva il sacco anziché il pugile*”.

Il Cucchi, arrivato a Regina Coeli alle h. 15,45, dopo essere passato all’accettazione presso l’Ufficio Matricola dove prestava servizio l’agente Furiglio Massimo, (cfr. pp. 93/130 trascrizioni udienza 16/9/2011), che curava la immatricolazione dei dati anagrafici e l’esecuzione dei rilievi foto-dattiloscopici, era giunto all’Ufficio

Casellario dove l'agente di turno Mastrogiacomo Bruno, (cfr. pp. 101/124 trascrizioni udienza 23/5/2011), procedeva, a sua volta, alla perquisizione e alla presa in carico degli oggetti personali. Avuto riguardo alla perquisizione, così ha riferito Mastrogiacomo: *“io, quando l'ho visto, così, mi è venuto spontaneo dirgli se aveva fatto un frontale con un treno, perché l'ho visto diciamo un po' con ... violaceo sul viso, così, un po' che camminava a stento ... non riusciva a piegarsi perché aveva un segno su ... sopra l'osso sacro”, “gli ho chiesto perché l'avevano arrestato e mi aveva detto che l'avevano fermato con un po' di ... roba, così, e che era stato diciamo menato all'atto dell'arresto cioè all'inizio ha detto così, i Carabinieri, poi dopo glielo ho richiesto dice: ‘all'atto dell'arresto’, mi ha detto, queste parole”, “che era stato pestato all'atto dell'arresto, sino a che è stato in piedi diciamo, ha ... parato qualche colpo e poi per terra non ... non si è potuto para’, mo da chi e come non lo so”, “e poi mi ha detto che faceva il pugile perché l'ho visto talmente secco, gli ho detto se era anoressico ... dice: ‘no, guardi, devo stare al di sotto dei 44 chili perché faccio il pugile’”, “quando l'ho fatto spogliare, è brutto dirlo, mi ha fatto pena, l'ho visto molto deperito e gli ho chiesto se era anoressico”*; proprio a seguito della constatazione dell'estrema magrezza del giovane, di sua iniziativa, gli prendeva al distributore automatico un caffè e un *“Kinder Delice”* e gli consegnava uno dei sacchetti, (contenenti un panino e un frutto), che la mattina vengono consegnati ai detenuti *“causanti”* prima della traduzione dal carcere in Tribunale e che erano avanzati, cibi tutti che – a suo dire – Cucchi aveva mangiato. Cucchi effettuava poi la visita medica cui vengono sottoposti i *“nuovi giunti”* prima di essere avviati in Sezione; senonchè il dottore che lo aveva visitato, Degli Angioli Rolando, alle h. 16,35 stilava un certificato, di cui appresso si dirà, che ne disponeva la visita ambulatoriale esterna con urgenza. Tale certificato veniva lasciato sul tavolo dell'agente Furiglio che intorno alle h. 17,00/17,30 ne prendeva visione ed allertava l'Ispettore di Sorveglianza, Fiore Michele, (cfr. pp. 27/41 trascrizioni udienza 4/10/2011), competente per la predisposizione della scorta per l'ambulanza; detta scorta si rendeva disponibile per le h. 18,00 circa, (poiché contemporaneamente c'era stato un altro detenuto da mandare in urgenza al Pronto Soccorso), ma l'ambulanza arrivava soltanto alle h. 19,30.

Nel frattempo sorgeva una questione tra l'agente Furiglio e il dr. Degli Angioli, (in ordine alla quale il primo relazionava il suo superiore Latini Roberto, Coordinatore dell'Ufficio Matricola: cfr. pp. 131/151 trascrizioni 16/9/2011), in quanto Furiglio avrebbe voluto avviare in Sezione il Cucchi, cosa che non poteva fare posto che il Degli Angioli non *“chiudeva”* la cartella clinica, operazione indispensabile per l'inoltro in Sezione; costui ritardava la *“chiusura”* della cartella clinica proprio perché il detenuto doveva uscire da un momento all'altro, cioè non appena fosse arrivata l'ambulanza; ed in effetti il Degli Angioli *“chiudeva”* la cartella clinica alle h. 19,30, vale a dire all'arrivo dell'ambulanza e finalmente, alle h. 19,50, Cucchi partiva per il Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli, trasportato a bordo dell'ambulanza.

Quanto alla visita medica come “nuovo giunto”, il dottor Degli Angioli riportava sul certificato quanto segue:

“Roma 16/10/2009, ore 16,35 Nuovi Giunti Urgente art. 17 Ordinamento Penitenziario. Cognome: Cucchi, nome: Stefano, Sezione: Nuovi Giunti. Alla visita Nuovi Giunti il detenuto riferisce ‘caduta accidentale ieri dalle scale’. Presente ecchimosi sacrale coccigea, tumefazione del volto bilaterale periorbitaria, algia della deambulazione arti inferiori. Pressione arteriosa: 90/60, frequenza cardiaca: 60 ritmico apiretico. Riferisce senso di nausea ed astenia. Si richiede RX cranio, si richiedono esami RX regione sacrale, non effettuabili nel pomeriggio in Istituto, visita neurologica. Diagnosi: lesioni ecchimotiche di natura da determinare. Indicazioni della sede di ricovero: Pronto Soccorso Ospedale Fatebenefratelli. Mezzo comune: no. Ambulanza: Sì, convenzionata. Il Direttore Mauro Mariani visto, si autorizza.”.

Al riguardo, il dottor Degli Angioli ha precisato:

“TESTE DEGLI ANGIOLI: quando le persone arrestate o tradotte da altri istituti vengono a Regina Coeli, vengono visitati da un medico prima di entrare nei reparti. Ecco perché vengono definiti “nuovi giunti”.

[.....]

Stefano è entrato e inizialmente, prima che entrasse Stefano, è entrato un cartellino che diceva appunto le connotazioni dell’arrestato e un certificato medico appunto del collega di piazzale Clodio. Quando è entrato Stefano l’infermiera lo ha pesato, ha preso l’altezza, gli ha preso la pressione, e quindi io continuavo a leggere questo certificato. Non ricordo bene il certificato, però mi è saltato all’occhio che non si voleva far visitare, che aveva una lesione dietro la schiena, quindi c’era questa mia lettura. Poi, quando ho alzato gli occhi, mi ricordo che ho visto Stefano, gli ho detto appunto di mettersi seduto. Nel momento in cui ho detto di mettersi seduto lui mi ha detto "No, mi fa male la schiena". Allora ho detto "Girati e fammi vedere". Lui ha tirato giù direttamente i pantaloni senza sbottonarli, senza aprire la cinta, e ho visto questo forte rossore, che c’era localizzato nella zona sacrale, un pochino più alto, quasi lombare. Allora da così ho fatto una digitopressione e lui ha avvertito subito un contraccollo, un vivo dolore. Allora gli ho detto "Che cosa gli è successo?", dice "Sono caduto dalle scale, io cado sempre dalle scale dopo che assumo il Rivotril". Nello stesso istante l’ho guardato in viso e aveva delle tumefazioni periorbitarie, non altri segni evidenti perché in automatico io ho detto all’infermiera "Deve uscire, faccio l’articolo 17 dell’ordinamento penitenziario", che prevede appunto l’uscita del detenuto, in quanto io volevo fare una radiografia ma sapevo che la Radiologia era chiusa, volevo dare una valutazione successiva, neurologica, ma non perché Stefano fosse, come dire, non lucido, anzi, se devo dire come era Stefano quando l’ho incontrato io, era educato, non tutti i detenuti sono educati; un’educazione da persona che era alla prima detenzione, perché lui non era mai stato detenuto. Nel momento in cui poi decido questa cosa, lui dice "E’ da chiudere la finestra” perché sentiva freddo; allora l’infermiera va e chiude la

finestra. Mi dice i parametri, la pressione, il peso e l'altezza. Scrivo i parametri e inizio il certificato dell'articolo 17, della uscita del detenuto.
[.....]

P.M. LOY- Ecco, in questo caso specifico quindi lei che gravità aveva visto per disporre l'articolo 17?

TESTE DEGLI ANGIOLI - Un'evoluzione, cioè quello che ho visto io, quello che ha visto il collega, quello che ho visto io, ho ragionato proiettivamente, "sta evolvendo la cosa, lui non può andare in cella così, io devo fare una lastra, una visita neurologica, una RX del cranio. Lui dice che è caduto dalle scale, forse ha un ematoma subdurale, forse si è rotto la milza, io non lo so, allora devo assolutamente valutare a un livello superiore, un Pronto Soccorso che è a 500 metri da me questa cosa" e io questo ho fatto.

P. M. LOY - Perché secondo lei poteva essere una situazione in evoluzione?

TESTE DEGLI ANGIOLI - Sì sì sì.

P. M. LOY - E quindi che poteva degenerare?

TESTE DEGLI ANGIOLI - Sicuramente.

P. M. LOY - In che termini?

TESTE DEGLI ANGIOLI - Non ne ho idea al momento, ma sicuramente degenerava perché la persona sarebbe andata in una cella, nessuno l'avrebbe visto, con il mio avallo "Sta bene, può stare in cella". Quindi per quale motivo un altro medico che. .. sarebbe dovuto andarlo a vedere se non il giorno dopo? Quindi la situazione per me era grave, era grave...

[.....]

P. M. LOY - In relazione alle altre caratteristiche di Stefano Cucchi che cosa può riferirci? Fisicamente dico, in relazione alle sue condizioni fisiche?

TESTE DEGLI ANGIOLI - Fisicamente quello che ho certificato perché quello ho visto.

P. M. LOY - Cioè?

TESTE DEGLI ANGIOLI - queste tumefazioni periorbitarie, sottozigomatiche, la magrezza, una magrezza eccessiva, perché ha tolto i pantaloni in questo modo, quello è stato proprio l'aspetto che ... perché avessi dovuto fargli una puntura non avrei trovato un gluteo dove farla perché aveva delle smagliature anche per i glutei, quindi sui muscoli piriformi, era molto emaciato in questo senso, non possiamo dire cachettico pero' era una persona emaciata, una persona magra, una magrezza non fisiologica", (cfr. pp. 6/12 trascrizioni udienza 16/9/2011).

I due accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli (venerdì 16 h. 20,00; sabato 17 h. 12,15)

Cucchi veniva trasportato in ambulanza al vicino Ospedale Fatebenefratelli, giungendovi alle h. 20,00 circa e qui veniva visitato dal dottor Calderini Cesare, medico di guardia al Pronto Soccorso, (cfr. pp. 47/68 trascrizioni):

“DICH. CALDERINI: io ero in attesa del... del cambio del ... della guardia e nel frattempo decisi di iniziare a visitare il paziente dopo pochi minuti dal suo arrivo .

P. M. LOY: sapeva che arrivava da Regina Coeli?

DICH. CALDERINI: lui arrivò scortato con due guardie penitenziarie per cui immaginavo arrivasse da lì .

P.M. LOY: le guardie penitenziarie son rimaste durante tutta a visita?

DICH. CALDERINI: sì sì, come di prassi .

P.M. LOY: sì. E che cosa ha riscontrato in questo paziente?

DICH. CALDERINI: quando entrò nella... nella stanza, gli chiesi che cosa era successo e lui mi disse che era caduto e che lamentava un forte dolore alla schiena. Diciamo che il suo problema vero era il problema alla schiena, al rachide lombare, per cui gli chiesi di ... diciamo così, di farsi visitare. In effetti a livello del ... del tratto lombosacrale, soprattutto alla palpazione presentava un dolore molto forte e c'erano dei segni di ... di infiammazione, insomma di un recente trauma in quella sede lì .

P. M. LOY: un recente trauma. In che zona esattamente?

DICH. CALDERINI: beh, più o meno nel tratto dove, diciamo così, esercitando una leggera pressione aveva dolore, cioè il tratto soprattutto lombosacrale.

P.M. LOY: sì. È in grado di essere più preciso?

DICH. CALDERINI: è un tratto, diciamo così, abbastanza ben ... ben localizzato, diciamo così, più o meno quindici centimetri sopra al coccige più o meno.

[.....]

DICH. CALDERINI: sì, qui ho scritto sacrale. In effetti era il tratto, diciamo così, terminale del rachide, diciamo così, era abbastanza diffuso il ... la dolenzia, tanto è vero che io nella richiesta di radiografie richiesi sia il tratto lombosacrale che quello sacrococcigeo.

P.M. LOY: visitò completamente il paziente o si limitò soltanto a questa zona?

DICH. CALDERINI: ma diciamo che mi concentrai su questa ... su questa zona perché era quella che il paziente mi aveva riferito di ... di trauma, nel senso gli chiesi se ... se avesse avuto, diciamo così, dei traumi in altre sedi però lui negò altre ... di aver battuto in altre sedi, per cui mi concentrai fondamentalmente in quella zona lì e quello che vidi, a parte il dolore, è che non c'erano, diciamo così, almeno obiettivamente dei segni di danno neurologico, che è quello, diciamo così, che andiamo sempre a cercare in questo tipo di ... di traumi. Cioè il paziente arrivò camminando, era ben lucido, orientato.

P.M. LOY: zoppicava o camminava normalmente? Lei ha visto qualcosa?

DICH. CALDERINI: no, lui arrivò normalmente, arrivò camminando normalmente .

P.M. LOY: e fu lui a dirle quindi di avere questo dolore nella regione sacrale?

DICH. CALDERINI: sì, lui mi disse che aveva ... no in realtà lui mi disse che aveva ... che aveva battuto, che era caduto e io ...

P.M. LOY: cosa le disse esattamente, si ricorda?

DICH. CALDERINI: mi disse che era caduto dalle scale la sera prima.

P.M. LOY: e specificò dove, come?

DICH. CALDERINI: no, in realtà non... in realtà non lo specificò.

P.M. LOY: di avere sbattuto la schiena specificò da qualche parte?

DICH. CALDERINI: beh, io ricordo vagamente, insomma mi ... che mi disse su uno spigolo di una scala.

P.M. LOY: le disse quindi di essere caduto dalle scale e di avere sbattuto su uno spigolo?

DICH. CALDERINI: su uno ... su uno spigolo esatto e quindi di riportare il dolore in quella sede lì.

P.M. LOY: non le spiegò altre circostanze in cui sarebbe ...

DICH. CALDERINI: no ...

P.M. LOY: ... avvenuta questa caduta?

DICH. CALDERINI: ... no, è stato ... fu abbastanza vago nella ... nella spiegazione.

P.M. LOY: però le disse la sera prima?

DICH. CALDERINI: sì.

P.M. LOY: e le sembrò compatibile all'esame diciamo una lesione recente, abbastanza recente?

DICH. CALDERINI: beh, direi di sì.

P.M. LOY: senta, poi vide altro nell'esame obiettivo di questo paziente?

DICH. CALDERINI: allora io notai che era leggermente segnato sotto gli occhi bilateralmente, cioè presentava un lieve edema sottopalpebrale, però lui negò di avere avuto trauma a livello della fa... delle ossa della faccia, insomma del cranio per cui questa è una cosa che mi rassicurò molto.

P.M. LOY: ma lei chiese al Cucchi se avesse subito un trauma ...

DICH. CALDERINI: sì, è chiaro.

P.M. LOY: alla testa?

DICH. CALDERINI: ... certamente.

P.M. LOY: e lui disse di no?

DICH. CALDERINI: lui mi disse che l'unica zona che aveva battuto era la schiena. Tra l'altro quei segni, diciamo così, sotto le palpebre non erano associati ad altri segni di trauma, cioè non presentava delle ferite sul volto che mi hanno insospettito né tantomeno delle tumefazioni diciamo così particolari, né erano presenti delle alterazioni a livello delle pupille che potessero insospettirmi più di tanto, per cui mi concentrai su quello che mi aveva detto il paziente, che secondo me era ... era la vera sede del dolore.

P.M. LOY: quindi lei non pensò vedendolo, visitandolo, che ci fosse un' origine traumatica di questi segni, chiamiamoli ... non lo so come vuole definirli lei.

DICH. CALDERINI: in realtà no.

P.M. LOY: sotto gli occhi.

DICH. CALDERINI: quello che era ... era una cosa, diciamo così, assolutamente ... diciamo non mi preo... non destò la mia preoccupazione.

P.M. LOY: ma erano simmetriche ... com'erano?

DICH. CALDERINI: erano più o meno simmetriche, sotto le palpebre.

P.M. LOY: sotto le palpebre.

DICH. CALDERINI: sottopalpebrale, di colore rossastro.

P.M. LOY: però lei escluse guardandoli che ci potesse essere una causa traumatica?

DICH. CALDERINI: sì, secondo me non era ...

P.M. LOY: e questo è il motivo per cui non ne diede atto?

DICH. CALDERINI: esatto.

P.M. LOY: senta e relativamente agli accertamenti invece della zona lombosacrale che cosa vide?

DICH. CALDERINI: allora, io richiesi questi... questi due radiogrammi e subito dopo diciamo io rimasi più o meno quaranta minuti, andai via verso le 20:45 dall'ospedale e quei minuti dalle 20:00 alle 20:45 li dedicai quasi interamente a Cucchi, perché in relazione alla radiografia che avevo visto insieme con il tecnico, ritenni necessario contattare il radiologo reperibile. Nel nostro ospedale fino a pochi mesi fa non c'era un radiologo notturno diciamo, per cui lo contattai telefonicamente chiedendogli esplicitamente di intervenire in ospedale per refertare questa radiografia che a me destava qualche sospetto e lui in effetti intervenne in pochi minuti refertando questa ...

P.M. LOY: chi era il radiologo?

DICH. CALDERINI: il radiologo era il Dottor Federici. E lui in effetti vide due fratture ...

P.M. LOY: chiamò degli altri specialisti poi?

DICH. CALDERINI: come?

P.M. LOY: chiamò degli altri specialisti?

DICH. CALDERINI: sì, sì. Contattai immediatamente l'ortopedico telefonicamente

P.M. LOY: e chi è, come si chiama?

DICH. CALDERINI: il Dottor Forconi.

P. M. LOY : sì.

DICH. CALDERINI: informandolo della situazione e lui telefonicamente mi .. mi riferì diciamo così ... mi diede delle indicazioni, diciamo, cioè di tenere il paziente a riposo a letto ... mi suggerì di ricoverarlo e di effettuare il controllo seriato dell'emocromo, cioè eseguire dei prelievi del sangue e poi ripeterli a distanza di alcune ore per vedere che non ci fosse un problema emorragico, anche se, voglio dire, era abbastanza improbabile che ci fosse visto che il trauma me l'ha riferito già di ... di qualche ora prima ecco.

P.M. LOY: e lei fece questi esami di emocromo?

DICH. CALDERINI: sì. E poi chiamai subito il neurologo.

P.M. LOY: chi è il neurologo?

DICH. CALDERINI: il neurologo è il Dottor Tibuzzi, lo contattai invitandolo anche... cioè invitando anche lui ad intervenire per... per una valutazione più approfondita in relazione a questa frattura. Io già avevo fatto un esame obiettivo neurologico, che a me non destava particolari preoccupazioni, però volli essere più ... più sicuro da questo punto di vista, è per questo che contattai il collega, il quale anche lui in pochi minuti, dato che abita di fronte l'ospedale, intervenne subito per visitare il paziente.

Dopodiché, finita la sua ... la sua visita, diciamo che ci ... ci confrontammo e decidemmo che insomma era opportuno ricoverarlo. Questo esame emocromo ancora non era diciamo ...

P.M. LOY: ecco, quali sono, ci può dire, ci può spiegare insomma, per quali ragioni, dopo questo consulto, entrambi decideste di ricoverarlo?

DICH. CALDERINI: ma più che altro per tenere il paziente in osservazione, perché come mi aveva detto l'ortopedico insomma era opportuno fare un controllo seriato dell' emocromo. Anche lui riteneva opportuno fare degli ulteriori accertamenti in regime di ricovero in relazione a questo tipo di... di frattura e questo... questo fondamentalmente è stato il motivo.

P.M. LOY: e quante volte ha ripetuto l'emocromo?

DICH. CALDERINI: ma in realtà io ho fatto fare l'emocromo e poi è arrivato il collega e gli ho dato le... le consegne, cioè non era ancora pronta il... non era ancora arrivato il risultato di questo emocromo ...

P.M. LOY: quindi lei non ha visto nessun risultato di emocromo?

DICH. CALDERINI: dell'emocromo no. Ma stiamo parlando, diciamo, tutto questo racconto, diciamo così, racchiude più o meno trenta minuti ...

P.M. LOY: certo.

DICH. CALDERINI: ... trentacinque minuti.

P.M. LOY: certo. Fu il Dottor Farina quindi a subentrare ...

DICH. CALDERINI: sì.

P.M. LOY: ... nell'analisi dell'emocromo?

DICH. CALDERINI: sì.

P.M. LOY: senta, relativamente al Dottor Tibuzzi, lei parlò, cioè voglio dire, relativamente alle condizioni del paziente ne parlò anche con il Dottor Tibuzzi?

DICH. CALDERINI: sì.

P.M. LOY: e senta, ma il Cucchi, in questo frangente com'era? Collaborava, insomma non si opponeva a nessuno di questi accertamenti, chiedeva qualcosa, si ricorda?

DICH. CALDERINI: guardi in realtà a me ... io gli ho fatto delle domande, lui mi ha risposto e c'è stato un ... non c'è stato nessun problema francamente. Io dopo averlo visitato, diciamo così, lui è andato a fare queste radiografie e poi è stato sistemato in una stanza a riposo, diciamo così, con il rachide appunto poggiato sul ... sul lettino e nel frattempo io mi sono occupato di contattare tutti quanti i ... i colleghi di cui ho parlato prima, anche perché in quel momento ero tra l'altro anche l'unico medico di Pronto Soccorso in Ospedale, per cui dovevo gestire anche altre situazioni diciamo. Lui non ha chiesto neanche degli antidolorifici, voglio dire, è stato molto tranquillo.

P.M. LOY: e si è fatto fare tutti gli esami che voi avete disposto senza obiettare alcunché?

DICH. CALDERINI: sì sì, assolutamente”.

[.....]

“AVV. SCALISE: secondo lei come erano le condizioni generali di Cucchi?

DICH. CALDERINI: allora, lui era molto ... la cosa che ricordo bene è che era molto magro. Mi colpì la sua magrezza”.

[.....], ricordo questo stato di importante magrezza, quasi di consunzione. Anche il suo volto ... era un volto... diciamo così, abbastanza emaciato, ecco, e mi colpì che avesse poca massa muscolare, molto poca”.

Poco dopo le h. 20,00 il dottor Calderini chiamava il neurologo, dottor Tibuzzi Francesco, per una consulenza neurologica, atteso il possibile interessamento di radici nervose in prossimità delle rilevate fratture. Il dottor Tibuzzi, (cfr. pp. 68/85 trascrizioni udienza 4/7/2011), procedeva all'esame obiettivo del paziente che non riferiva alcun deficit di sensibilità o comunque alcuna compromissione delle radici nervose collegate ai muscoli della gamba e della coscia; a scopo prudenziale e dato che il dottor Calderini, per via dell'esito fratturativo, era orientato verso il ricovero di Cucchi, consigliava approfondimenti mediante esami elettrofisiologici, cui si dovevano aggiungere controlli dell'emocromo, posto che la frattura poteva comportare anemizzazione per stitucidio. Anche al dottor Tibuzzi Cucchi spiegava di essere caduto, (questa volta sostenendo di avere sbattuto contro lo spigolo di un mobile), alle h. 23,00 circa del giorno precedente. Il paziente si era mostrato:

“tranquillissimo, tranquillo, era collaborativo, ha fatto tutto quello ... l'esame obiettivo corrisponde a delle prove diciamo che si fanno fare al paziente e lui ha collaborato in tutte queste prove”; era altresì “molto magro, se vogliamo anche troppo magro, quindi una magrezza eccessiva. Ma certamente le condizioni neurologiche non facevano pensare che ci fosse una compromissione delle funzioni”

Dopo le h. 21,00 Cucchi veniva preso in carico dal dottor Farina Fabrizio, (cfr. pp. 153/189 trascrizioni udienza 16/9/2011), che aveva dato il cambio a Calderini, erano nel frattempo giunte le risposte, (nella norma), degli esami ematochimici, e seguendo le indicazioni del collega che aveva sostituito proponeva al paziente il ricovero. Cucchi gli chiedeva subito quale era la prognosi e alla risposta che si sarebbe dovuto trattenere per circa 25 giorni, (secondo la prassi per quel tipo di casi fratturativi), riceveva un secco rifiuto:

“no, no, non voglio ricoverarmi, preferisco ricoverarmi a Regina Coeli, dove c'è il medico che conosco, che sicuramente mi dà una prognosi più lunga’, io ho detto ‘guardi che se il problema del non ricovero è la prognosi, questa poi si può prolungare quanto vuole insomma, però avendo una frattura di un corpo vertebrale, insomma sarebbe stato utile rimanere ricoverato qualche giorno, anche se il trattamento di una frattura di un corpo vertebrale è comunque il riposo a letto’. E lui ha insistito dicendo ‘no, no, no, preferisco ritornare a Regina Coeli, dove lì ci ho il mio medico, mi fido di lui”.

Anche il dottor Farina riferiva:

“Quello che mi ricordo sicuramente era il suo stato di magrezza, però lui insomma sembrava in discrete condizioni generali, a parte il dolore che aveva alla schiena, anche se lui fece una cosa un po’ strana per me: nonostante la mia sollecitazione a rimanere sdraiato, si alzò quando gli ho detto di venire che doveva firmare il foglio se voleva tornare in carcere, del rifiuto ricovero, lui si è alzato ed è venuto lì, al tavolo dove stavo io per firmare ... era sdraiato sul lettino ... si è alzato”.

Dava poi disposizioni, appunto per far rimanere sdraiato il paziente, di organizzarne il rientro in carcere mediante ambulanza.

Tornato a Regina Coeli intorno alle h. 23,00/24,00, il dottor Console Antonio, (cfr. pp. 85/101 trascrizioni udienza 4/7/2011), presa visione della documentazione sanitaria del Fatebenefratelli e del rifiuto al ricovero di Cucchi, ne disponeva l’immediato trasferimento, a mezzo barella, posto che il predetto lamentava forti dolori alla schiena, presso il Centro Clinico. Anche al dottor Consoli, egli spiegava di essere caduto *“all’esterno accidentalmente”*.

Verso le h. 11,00 il dottor Piccirillo Gianluca, medico di guardia del Centro Clinico di Regina Coeli, veniva chiamato dall’infermiera della Sezione, (Olivares Griselda: cfr. pp. 101/109 trascrizioni udienza 4/7/2011), perché Cucchi lamentava nausea e dolenzia diffusa, aveva brividi di freddo, ma non febbre, e diceva di non potersi alzare per il gran dolore. Il dottore gli chiedeva come mai aveva rifiutato il ricovero la sera prima, ma lui *“era come se non volesse parlare”*, chiedeva un antidolorifico, (gli veniva poi somministrata una fiala di “Toradol” dal dottor Pitillo, anch’egli in servizio quella mattina); alla fine ammetteva che non si era fatto ricoverare perché in Ospedale non si poteva fumare. Il dottor Piccirillo e il dottor Pitillo, rivalutata congiuntamente la situazione, concordavano per tentare nuovamente il ricovero ospedaliero del paziente, ma questa volta previamente accertandosi che egli avrebbe acconsentito:

TESTE PICCIRILLO -*“Alla fine ho avuto estrema difficoltà perché lui non collaborava ... poi alla fine, ho dovuto ingaggiare una sorta di lotta per convincerlo ad andare ricoverato ... perché ho capito e poi mi ha detto che lui non voleva andare in Ospedale perché in Ospedale non si fuma ed è una risposta che purtroppo io non accetto mai perché mi sembra stupida come motivazione, insomma, ecco ... per tentare di convincerlo sono stato più di 20 minuti e penso che nemmeno c’ero riuscito io quanto i detenuti che erano nella cella perché a un certo punto io gli ho detto ‘se questa è la tua decisione, vado a prendere la cartella e di tuo pugno mi devi scrivere che rifiuti il ricovero, con le motivazioni’ e ho cominciato a compilare la cartella e mentre uscivo dalla cella ho sentito i detenuti, di preciso chi fossero non lo ricordo, che gli dicevano ‘ma perché non vai, se il dottore dice che devi andare, tu devi andare, evidentemente qua non puoi stare”* (cfr. Piccirillo, pp. 14/17 *ibidem*).

Pertanto, verso le h. 12,15, l'agente della Polizia Penitenziaria Cantone Mauro, (cfr. pp. 125/151 trascrizioni udienza 23/5/2011), veniva incaricato di scortare l'ambulanza del 118, chiamata con urgenza, che avrebbe portato Cucchi, in preda a forti dolori alla schiena, di nuovo all'Ospedale Fatebenefratelli. Qui il paziente veniva nuovamente visitato da altro dottore in quel momento di guardia al Pronto Soccorso, Bastianelli Claudio, (cfr. pp. 195/226 trascrizioni udienza 16/9/2011), alla presenza dello stesso Cantone e del collega Cucurachi, (cfr. pp. 54/74 trascrizioni udienza 6/6/2011), e dopo alcune iniziali resistenze, dovute sia al fatto che gli avevano applicato un catetere, sia più in generale al risentimento per la vicenda del suo arresto, (egli avrebbe nella circostanza detto con tono fermo e arrabbiato: *“i servitori dello Stato mi hanno fatto questo”*, aggiungendo: *“ne parlerò solo con il mio avvocato”*, *“io accetto tutto, basta che mi fate parlare con il mio avvocato”*, precisava tuttavia, riferendosi alla Polizia Penitenziaria: *“io non ce l'ho con voi, so che voi state facendo il vostro lavoro”*), si convinceva finalmente ad accettare il ricovero, anche per l'aggravato persistere del dolore. Nella versione dell'agente Cucurachi, Cucchi, alla domanda del dottor Bastianelli se avesse qualche dichiarazione da fare, rispondeva *“no, è successo fuori, io voglio parlare urgentemente con il mio avvocato”*, (ma il dottor Bastianelli, alla domanda del P.M. *“lei ha chiesto al Cucchi cosa avesse causato queste lesioni?”*, si è limitato a rispondere: *“se non vado errato, ne abbiamo parlato rapidamente e mi ha detto di essere scivolato”*, omettendo ogni riferimento alla richiesta di un avvocato).

Senonchè veniva inoltrata la richiesta di ricovero a tutti gli Ospedali di Roma, come da prassi, ma questa volta nessuno aveva un posto-letto disponibile, tranne la Struttura Protetta, (così chiamata perché ospita soltanto detenuti), dell'Ospedale Sandro Pertini, per fare ingresso nella quale mancava tuttavia un'autorizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria, che tardava a pervenire per la difficoltà di reperire personale negli uffici stante l'ora tarda, (si erano fatte nel frattempo le h. 14,00), e la giornata di sabato. Per quanto riguarda gli accertamenti che gli aveva fatto il dottor Bastianelli, preso atto, per quanto detto dallo stesso paziente, che il dolore era diventato importante, le sue condizioni generali erano per il resto stazionarie, era stato eseguito un emocromo, posto in indicazione dall'ortopedico, che registrava un decremento dell'emoglobina; le altre analisi mostravano inoltre che era lievemente aumentata l'azotemia; il paziente non lamentava deficit neurologici; *“gli era stato posizionato un catetere vescicale in quanto riferiva una difficoltà alla minzione, cioè diceva di non riuscire a urinare, (...), c'era una vescica comunque piena di urine, perché siamo intorno ai 400 cc di urine limpide, quindi non con presenza di sangue all'interno”*, (cfr. pp. 198/199 *ibidem*).

Come già accennato, non essendovi posti-letto disponibili all'interno del Fatebenefratelli, il dottor Bastianelli attivava la *“procedura dei fax di trasferimento”*, incaricando il personale infermieristico di inviare dei fax agli Ospedali della Capitale; senonchè neppure gli altri Reparti di Ortopedia romani interpellati avevano disponibilità di posti letto. Il dottor Bastianelli decideva pertanto di inoltrare la richiesta scritta di ricovero alla Struttura Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini, (in

sostanza un reparto del Pertini organizzato come un carcere e riservato a pazienti detenuti):

“TESTE BASTIANELLI - questo sono stato io a proporre di verificare anche quest'altra disponibilità di posto letto.

P.M. BARBA - senta, ricorda, lei ha detto che anche nel passato, diciamo, era avvenuta una cosa del genere da parte sua. Ricorda quante volte?

TESTE BASTIANELLI - diverse volte, diciamo che è una pratica che avviene normalmente, all'interno di un Pronto Soccorso, qualora ci sia un paziente, che è anche un detenuto, che ha bisogno di ricovero; se non c'è una disponibilità all'interno del nostro Ospedale si manda la richiesta anche alla Medicina Protetta del Pertini, quindi è una pratica che io ho fatto più volte.

P.M. BARBA - lei conosce il Protocollo di Intesa tra l'Amministrazione Penitenziaria e l'Amministrazione Sanitaria, per così dire, che riguarda l'accesso di detenuti presso quella struttura? Cioè quali devono essere le condizioni che devono essere verificate perché possa essere tranquillamente e regolarmente ammesso un detenuto?

TESTE BASTIANELLI - normalmente noi mandiamo la richiesta di farlo, via fax.

P.M. BARBA - no, volevo chiederle se lo conosce, perché è un documento molto preciso, che loro hanno, che per noi è un elemento importante, (...), dove sa che ci possono andare solo pazienti stabilizzati, lo conosce, sa questo? (...), cioè che non hanno problemi particolari di situazioni in evoluzione.

TESTE BASTIANELLI - sì, diciamo che talvolta è successo che abbiamo inviato dei pazienti e ci sono tornati indietro, non essendo ritenuti idonei a stare in questo tipo di reparto, (...), comunque è una procedura comune che in certi casi di trasferimento, non soltanto alla Struttura Protetta, ci sia una comunicazione tra colleghi per vedere se il paziente può essere o no ricoverato in quel determinato reparto”, (cfr. pp. 206/207 ibidem).

A domande dei difensori, se vi fosse motivo di urgenza nel ricovero di Cucchi, il dottor Bastianelli precisava:

“TESTE BASTIANELLI - è difficile rispondere sì o no a questa cosa: non c'era bisogno di ricovero ... tutti i ricoveri di Pronto Soccorso rientrano in un certo senso nell'urgenza altrimenti si va per ricoveri ordinari. Necessitava di ricovero, ma non era in condizioni critiche al momento del ricovero”.

Specificava inoltre, su contestazione della parte civile, con riferimento al posizionamento del catetere:

“Allora, ho rilasciato questa dichiarazione ‘è un sintomo critico’, questo si dice prima che venga messo il catetere perché se non avessimo trovato urina in vescica, allora la cosa avrebbe avuto un altro significato”.

Il dottor Bastianelli smontava dal suo turno di Pronto Soccorso alle h. 17,00 quando, pur essendo stata già accertata la disponibilità di posti-letto nella Struttura Protetta, (mediante un fax inviato alle h. 15,33), le procedure burocratiche occorrenti per dare materiale attuazione al trasferimento non si erano ancora perfezionate.

Dava il cambio a Bastianelli il dottor Farina, il quale, presa visione dei risultati delle nuove analisi disposte dal collega, ed in particolare della diminuzione dell'emoglobina, concordava sull'opportunità del ricovero in quanto poteva esserci una perdita di sangue, una rottura di vasi nella zona in cui il giovane aveva battuto: a dire del dottor Farina, quello era *"un campanello d'allarme, un valore da tenere sotto controllo che ci ha fatto porre poi l'indicazione al ricovero"*.

L'ingresso nella Struttura Protetta dell'Ospedale S. Pertini (sabato 17 h. 19,00)

Alle h. 19,00 circa perveniva al Fatebenefratelli l'autorizzazione del competente ufficio dell'Amministrazione Penitenziaria e Cucchi veniva trasferito a mezzo ambulanza e scortato dagli agenti Cantone, Cucurachi e De Luca nella Struttura Protetta dell'Ospedale Pertini dove veniva preso in carico, alle h. 19,40 circa, unitamente alla documentazione sanitaria rilasciata dal Fatebenefratelli dagli agenti Chessa Salvatore Angelo, (cfr. pp. 97/120 trascrizioni udienza 11/10/2011), e Carletta Biagio, (cfr. pp. 121/133 *ibidem*), che registrarono gli ambulanzieri, la scorta e il detenuto, informavano sommariamente quest'ultimo sulle regole della struttura, (che si poteva fumare solo dalle h. 13,00 alle h. 22,00; che si stava chiusi in stanza come in cella; che non c'era il passeggio).

"P.M. - E lui le disse qualcosa?"

TESTE CHESSA - No, ha detto che le regole le accettava.

P.M. - Perché se non le avesse accette che cosa sarebbe successo?"

TESTE CHESSA - Perché noi abbiamo avuto ... No, niente nel senso che noi abbiamo disposto sempre le regole del fumo, quello, però magari si sarebbe autodimesso, come già è capitato altre volte che i detenuti quando sono arrivati sono stati ricoverati e poi si sono autodimessi perché non potevano fumare.

P.M. - E quindi tornavano in carcere?"

TESTE CHESSA - Sì.

P.M. - Quindi venne fatto entrare nella struttura e poi lei lo rivide nei giorni successivi?"

TESTE CHESSA - No, io poi alle ore 21,00 del 17, alle ore 21,00, ho smontato, ho chiesto due ore di permesso per smontare perchè avevo dei problemi personali. Dopodichè ho rimontato la domenica mattina, il 18, alle 7,00 del mattino.

Sono andato in ufficio, ho fatto alcune pratiche che facciamo quotidianamente e poi sono andato su alla stanza 16, della Sezione C, dove era ristretto il Cucchi, per chiedergli se poteva ... di firmarmi la dichiarazione per il consenso per dare notizia

ai familiari. E lui mi aveva detto, dice, che non intendeva dare nessun ... non autorizzava a dare notizie sanitarie ai familiari. Gliel'ho richiesto un'altra volta perché magari si creano problemi, vengono i familiari, e quelli giustamente vogliono avere notizie e siamo costretti a dirgli di no, e gliel'ho richiesto un'altra volta e mi ha riconfermato così che non voleva dare nessuna notizia. Allora, siccome lui stava sdraiato sul letto in posizione prona, io ... mi aveva chiesto di compilarglielo io il modulo e infatti ho scritto nome e cognome e al lato ho messo due no, uno dove sta nome e cognome dei parenti e l'altro il grado della parentela.

P.M. - Glielo disse lui di scriverlo?

TESTE CHESSA - Sì, allora io gliel' ho scritto però gli avevo detto: "Ma però lo firmi tu" perché giustamente io non ... E si è messo, gliel'ho messo sul cuscino, lui ha alzato un po' il busto e ha firmato. Stessa cosa poi gli ho chiesto anche per quanto riguarda il clero, i servizi dei volontari e ha accettato ... quello che ci ha accettato è di avere un colloquio con i volontari. Stessa cosa ho compilato io il modulo e lui l'ha firmato. E poi sono uscito dalla stanza e in quel momento è arrivata anche la volontaria, dovrebbe essere la signora ...

P.M. - Come si chiama?

TESTE CHESSA - Ciccardini dovrebbe essere, se non erro. E infatti praticamente è entrata subito in stanza. Però prima di uscire Cucchi mi aveva chiesto anche se potevo procurargli delle sigarette. Siccome io fumo e allora ho preso tre sigarette delle mie e gliele ho lasciate nel tavolino, ricordandogli sempre che si fumava dopo le ore 13:00. E poi è entrata la volontaria, però quello che si ... hanno detto non lo so perché io sono ritornato giù nel mio ufficio. Poi ho smontato alle ore 15,00 ... quindi fino alle ore 15:00 non l'ho più rivisto.

P.M. - Senta, ma questa compilazione del modulo per prassi lo fa fare lei o lo fa fare a qualcun altro ai detenuti che entrano?

TESTE CHESSA - Ma in genere erano loro che lo compilavano.

P.M. - In genere lo compilano i detenuti, ma chi gli chiede di compilarlo?

TESTE CHESSA - Noi, all'epoca eravamo noi agenti.

P.M. - Voi agenti.

TESTE CHESSA - Sì. Si andava in stanza, si gli chiedeva e loro poi...

P.M. - Perché dice all'epoca? E oggi?

TESTE CHESSA - A oggi sono i sanitari che raccolgono il consenso per parlare con i familiari.

P.M. - Quindi solo i sanitari?

TESTE CHESSA - Sì.

P.M. - All'epoca eravate solo voi o voi e i sanitari?

TESTE CHESSA - No, solo noi e infatti si riempivano i moduli e veniva mandato alla firma del direttore.

P.M. - Del direttore sanitario.

TESTE CHESSA - No, del direttore dell'Istituto.

P.M. - E cioè?

TESTE CHESSA - In questo caso noi avevamo all'epoca avevamo la dottoressa Rampazzi . Avevamo la dottoressa Rampazzi come direttore del Pertini.

P.M. - E lei si ricorda, ha parlato con Cucchi? In che condizioni era? Vi ha detto qualcosa?

TESTE CHESSA - No, del fatto delle condizioni di salute non abbiamo parlato.

P.M. - Si lamentava, aveva dei dolori?

TESTE CHESSA - No, nel momento che io sono stato lì a chiedere queste autorizzazioni non si è lamentato nel senso si era sdraiato, però abbiamo parlato di questo fatto qua delle autorizzazioni, però non si è lamentato. Solamente, ecco, ha chiesto se potevo compilarlo io perché stava sdraiato così. Era coperto con un lenzuolo fino a qua.

P.M. - Lei non l'ha visto in che condizioni era?

TESTE CHESSA - Ho visto solamente il volto che era ... c'aveva gli occhi tumefatti.

P. M. - E gli ha chiesto qualcos'altro di parlare con qualcun altro?

TESTE CHESSA - No, gli avevo chiesto se voleva parlare con i volontari e col clero.

P.M. - Gli ha chiesto di parlare col suo avvocato?

TESTE CHESSA - No, di avvocati non mi ha accennato niente”. (cfr. pp. 104/108 ibidem).

Con riferimento al suo avvocato, Cucchi non aveva fatto alcuna richiesta; spiegava l'agente Chessa che quando i detenuti chiedono di parlare con l'avvocato si dice loro di avvertirlo tramite i familiari oppure di fare un telegramma direttamente all'avvocato *“perché noi al Pertini non abbiamo un Ufficio Matricola, né un Ufficio Avvocati e non sappiamo neanche chi sono gli avvocati difensori loro”*; se poi il richiedente è privo del denaro occorrente per il telegramma, lo stesso viene effettuato dall'Istituto di appartenenza, *“si, fanno ... loro, [i detenuti] loro scrivono un telegramma e noi provvediamo alla spedizione tramite l'Istituto di appartenenza, perché i fondi ... noi non abbiamo i soldi, non ce li abbiamo lì”*); *“la nomina degli avvocati la facciamo noi e poi la giriamo all'Istituto d'appartenenza; nel caso di urgenza, la Struttura Protetta si avvale dell'Istituto di provenienza che avvisa direttamente l'avvocato”*. Neppure con riferimento ai colloqui con i familiari, (che richiedono comunque l'autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria), Cucchi aveva fatto richieste; aveva invece chiesto di assistere alla messa, o quantomeno di parlare con il prete. Secondo l'agente Carletta, che non ricordava se Cucchi avesse chiesto di parlare con l'avvocato, egli non voleva parlare nemmeno con i familiari, (cfr. p. 126 *ibidem*); costui ricordava peraltro che quella sera verso le h. 22,30 *“i familiari volevano parlare con i medici e io gli ho risposto che con i medici si poteva parlare il lunedì, il mercoledì e il venerdì e che c'erano degli orari”*. Se poi il detenuto fa richiesta di parlare con l'avvocato ai sanitari, questi sono tenuti a riferirne al sottoufficiale responsabile della Polizia Penitenziaria”, e poi:

“DIFESA CECI – voi spiegate ai detenuti che se vogliono parlare con l'avvocato devono rivolgersi a voi?

TESTE CARLETTA – si, si c'è anche l'apposito modulo” (cfr. p. 143 ibidem).

Cucchi, essendo “barellato”, in esito alle disposizioni impartite dalla dottoressa CAPONETTI, alle h. 19,45 veniva accompagnato direttamente al piano di degenza dove l’infermiere Lo Bianco Domenico, (cfr. pp. 129/162 trascrizioni udienza 18/10/2011), procedeva alla raccolta dei dati da trascrivere sulla cartella infermieristica:

“TESTE LO BIANCO - *io andai in stanza una mezz’oretta dopo che era arrivato a chiedere alla dottoressa i fogli per poter stilare i dati anagrafici della cartella medica infermieristica, quindi lo vidi in quel momento e stava a letto coperto, si vedeva solo il viso*”;

P.M. - relativamente alle altre parti del corpo ha avuto modo di vedere in che condizioni si trovava?

TESTE LO BIANCO - no, non lo vidi io, io vidi solo il volto perché entrai solo in quel momento per prendere i fogli per compilare la cartella. Non saprei più altro perché tornò in medicheria”.

In ordine alla rilevazione dell’ “Indice di Braden”, un protocollo che si utilizza nei reparti ospedalieri per verificare se il paziente sia soggetto a lesioni da pressione, (decubiti), Cucchi veniva indicato come “completamente allettato”; sul parametro “Umidità” così rispondeva il Lo Bianco a domanda del “P.M. - *poi per quanto riguarda quest’altro parametro di umidità cosa vuol dire?*”, *TESTE LO BIANCO - sul fatto che si bagnava, che poteva essere bagnato e quindi la cura ne avrebbe sofferto, in quel caso, dato che lui stava a letto, però non aveva problemi urinari, misi ‘occasionalmente bagnata’, P.M. perché era cateterizzato? TESTE LO BIANCO - no, io non lo sapevo in quel momento, loro non mi dissero niente*”, (per “loro” il teste intende la dottoressa CAPONETTI e l’infermiere Deluise Mario, che non avevano materialmente “scritto”, ma avevano “rilevato i parametri vitali”, mediante il contatto diretto con il paziente): “*TESTE LO BIANCO - “no, io con il paziente non ho parlato, me lo hanno ...*, *P.M. - solo sulla base di quello che le era stato riferito dal suo collega ... quindi lei non ha visto che era cateterizzato e allora come mai ha messo ‘occasionalmente bagnata’, TESTE LO BIANCO - perché qua dice ‘occasionalmente bagnata per via di un ... dato che era stato allettato ho pensato ‘eventualmente si può chiedere un cambio extra lenzuolo durante il giorno, perché magari suda di più insomma’ ”*, (quanto riferito dall’infermiere Lo Bianco, come si dirà, assume particolare rilievo in ordine al falso addebitato alla dottoressa CAPONETTI). Ancora l’infermiere, sull’annotazione contenuta nella cartella relativa al paziente, “*nutrizione eccellente*”: *P.M. - allora quando lei scrive ‘nutrizione eccellente’ non l’ha visto in realtà?, TESTE LO BIANCO - qui nutrizione era ... che mangia, mangia la maggior parte ... P.M. lei ha compilato senza vedere ..., TESTE LO BIANCO - purtroppo quando un paziente entra in reparto chi è che lo conosce? Questa è una rivalutazione che andava fatta dopo una settimana, in quel caso sarebbe cambiata questa ... perché lui mangiava di meno, però io chiaramente*

non avendo indicazioni, nel senso che lui non è che ha detto che rifiutava il cibo o che ... lui mangiava”.

L’infermiere Lo Bianco compilava sulla cartella infermieristica le consegne per i colleghi subentranti per la notte. Il turno di notte, (h. 21,00/6,00), veniva svolto dagli infermieri MARTELLI Elvira e FLAUTO Stefano e dalla dottoressa CAPONETTI i quali tentavano di fare un ulteriore elettrocardiogramma al paziente, dato che quello eseguito poco dopo il ricovero era venuto male, (*“i colleghi precedenti avevano provato a fare l’elettrocardiogramma e siccome ci avevano provato tante volte perché lui essendo magro, essendo che praticamente per fare l’elettrocardiogramma si mettono delle pipette sul torace e a lui si staccavano, ci avevano detto ‘non riusciamo a farlo, vedete se riuscite voi’”*), ma questi rifiutava, (*“ma, scusate, ci avete provato fino adesso, ma arrivate voi e ce volemo riprovare un’altra volta? Facciamolo domani, dopodomani, facciamo un altro giorno”*); effettuavano altresì due prelievi ematici per l’emocromo, uno alle h. 22,00 e uno alle h. 6,00. Per il resto della notte il paziente dormiva e non aveva mai chiamato.

Domenica 18 ottobre

Alle h. 8,30/9,00 l’infermiera Silva Spencer Rita Maria, (cfr. pp. 205/230 trascrizioni udienza 18/10/2011), si recava nella cella di Cucchi per la somministrazione della colazione e della terapia nonché per la rilevazione dei parametri vitali; Cucchi rifiutava di bere il the zuccherato dicendole di essere celiaco e che quindi non poteva mangiare zucchero; l’infermiera lo rassicurava che lo zucchero non rientrava tra gli alimenti vietati e per facilitargli l’assunzione della bevanda, visto che stava sdraiato, gli aveva fatto delle cannuce tagliando dei deflussori; il paziente beveva il the e mangiava dei *“biscotti che lui aveva portato con sé e che aveva sul tavolino”*; riferiva che nella circostanza aveva visto solo il viso del paziente perché il corpo era coperto dalle lenzuola; lo stesso aveva rifiutato le cure igieniche perché non voleva di lavarsi, né cambiarsi con la biancheria, usata ma pulita, portata agli ammalati dai volontari; quando poi era arrivato il pranzo, nonostante gli fosse rappresentato che si trattava di un vitto apposito per celiaci, aveva *“mangiato poco”*; lei e l’altra infermiera di turno, (Masciarelli Maria Giulia, cfr. pp. 6/57 *ibidem*), avevano avvertito il medico di guardia dottoressa CORBI che il paziente non voleva mangiare. La dottoressa CORBI, (cfr. pp. 147/205 trascrizioni udienza 28/2/2012), in servizio dalle h. 9,00 alle h. 21,00, era passata per il “giro visita” già intorno alle h. 11,00; subito il paziente iniziava a polemizzare con lei perché gli avevano portato per colazione cose che diceva di non poter mangiare in quanto celiaco; la dottoressa lo rassicurava che per il pranzo era stata predisposta la dieta specifica per la sua patologia; quando poi lei gli aveva chiesto se avesse dolore, le si era rivoltato in malo modo dicendole *“che non lo sai che ci ho una frattura?”*; accettava comunque di farsi visitare la schiena e la dottoressa constatava la presenza di un rigonfiamento nella parte bassa dei glutei, una specie di ematoma, di tumefazione cui ella attribuiva la causa del dolore; *“la cosa che mi ha colpito molto era che i glutei erano*

praticamente poco rappresentati, cioè non aveva massa muscolare a livello gluteo e quindi siccome poi gli infermieri mi dissero anche in presenza sua che avevano riscontrato difficoltà a fargli le intramuscolo, proprio per questa diciamo poca rappresentazione del tessuto muscolare a livello del gluteo, che spesso facevano le intramuscolo a livello del deltoide". La dottoressa CORBI attribuiva la atrofia dei glutei alla malattia celiaca, stante la sua esperienza di questa patologia; comunque Cucchi, poco dopo che ella aveva iniziato la visita, si era spazientito, si era girato dall'altra parte e le aveva impedito di proseguire la visita. Tuttavia poco dopo il detenuto aveva suonato il campanello perché aveva dolore, allora la dottoressa CORBI gli aveva detto che bisognava applicare una pompa antalgica, (*"guardi, è preferibile mettere una pompa antalgica anziché fare sempre le punture"*), ma il giovane era stato irremovibile, (*"guardi, preferisco le punture"*), senonché a causa della sua magrezza era impossibile fargli l'iniezione a livello del gluteo e la Silva Spencer gliela aveva fatta sul deltoide, (*"avevo deciso io, però anche lui ha suggerito: 'infermiera, me la faccia qui sul braccio' "*). Il diario infermieristico del turno di mattina era stato compilato dalla infermiera Masciarelli, mentre la Silva Spencer aveva scritto quello della notte: *"paziente tranquillo, h. 22,30 somministrare terapia al bisogno, azzerata la diuresi"*; la predetta chiariva che come regola generale la diuresi si azzerava la mattina alle h. 6,00 e attribuiva forse ad un errore di trascrizione l'indicazione delle h. 22,30; in ogni caso non era stata indicata la quantità. La Silva Spencer, pur essendo stata di turno nei giorni 18, 19 e 20 ottobre ed avendo modo quindi di costatare che Cucchi *"mangiava e beveva poco"*, (*"diciamo che lui mangiava poco, non è che ha detto 'io non voglio mangiare', mangiava poco"*), non gli aveva mai detto che poteva incorrere in gravi rischi per la sua salute. Le consegne firmate dalle due infermiere per il turno successivo erano: *"il paziente non può bere orzo perché è un paziente celiaco, recuperare emocromo, alle h. 18,00 eseguire emocromo a digiuno, paziente poco collaborativo, non ha eseguito elettrocardiogramma perché è stato impossibile mobilitare il paziente per presenza di frattura alla prima vertebra coccigea. H. 12,15 presenta dolore, eseguita una fiala di "Contramal", il paziente rifiuta posizione elastomero. Controllare TC, temperatura corporea, nel pomeriggio. H. 17,00 circa somministrare una fiala di "Contramal" intramuscolare per dolore lombare, posizionata busta del catetere 700 cc di urina non svuotata, per il resto vedi consegna precedente. Non ha cenato. Eseguito h. 14.00 emocromo codice 1"* Pur avendo *"mangiato e bevuto poco"* a pranzo e rifiutato la cena, intorno alle 16,00/16,30, aveva bevuto un bicchiere di succo di frutta per merenda, (e una tazza di the zuccherato con biscotti a colazione). La domenica pomeriggio si recava da Cucchi anche Ceriello Amalia Benedetta, (cfr. pp. 187/203 trascrizioni udienza 8/11/2011), che faceva attività di volontariato nella Struttura Protetta; chiedeva al giovane se avesse bisogno di qualcosa, ma questi *"era completamente coperto per cui non l'ho proprio visto; P.M. - non lo ha visto neanche in faccia?; TESTE CERIELLO - no, no, ha detto 'no, grazie, non ho bisogno di niente'"*

Lunedì 19 ottobre

L'infermiera di turno, Porcelli Silvia, aveva visto il paziente Cucchi per la prima volta la mattina di lunedì 19 ottobre; gli era sembrato *“lucido e consapevole, era tranquillo”*, (cfr. p. 7 trascrizioni udienza 8/11/2011); gli aveva portato la colazione, (del thè con due bustine di zucchero e delle fette biscottate per celiaci), che il paziente aveva assunto senza problemi. Aveva poi accompagnato la dr.ssa BRUNO durante la visita, che era stata un po' difficoltosa in quanto il paziente era seccato di rispondere alle stesse domande che già in precedenza altri medici gli avevano rivolto e non intendeva farsi vedere, tanto che quando la dottoressa BRUNO si avvicinava al letto dove giaceva prono, in posizione antalgica e interamente coperto dal lenzuolo, chiedendogli di farle vedere i segni che aveva intorno agli occhi, lui si era tirato su il lenzuolo fin sul viso, si era girato dall'altra parte e le aveva detto *“no, no, non voglio essere disturbato, mi lasci in pace, non voglio essere visto”*. L'intervento della dottoressa BRUNO si concludeva in pratica con la prescrizione di esami strumentali, in particolare radiologici coordinati con una consulenza ortopedica, atteso che detta dottoressa riteneva prioritario accertare che la frattura vertebrale L3, diagnosticata al Fatebenefratelli, non avesse bisogno di stabilizzazione chirurgica, (*“una frattura vertebrale chiaramente, a livello lombare, se si scompone può determinare una lesione trasversa del midollo e quindi chiaramente una paralisi degli arti inferiori”*, cfr. pp. 8/94 trascrizioni udienza 28/2/2012), raccomandandogli di non muoversi e comunicando questa indicazione terapeutica sia alla Porcelli che al caposala Bocci; successivamente la Porcelli aveva rilevato i parametri, (pressione e temperatura che risultavano normali), mentre il collega PEPE Domenico, che faceva il suo stesso turno, gli aveva somministrato la terapia, (tra l'altro antidolorifici). Alle h. 13,15 circa la Porcelli aveva portato il carrello con il pranzo. Il giovane in un primo momento si era rifiutato di mangiare il riso sostenendo che non lo poteva prendere in quanto celiaco, ma l'infermiera lo aveva rassicurato che il riso rientrava tra i cibi permessi. Gli aveva quindi aperto i contenitori che erano sul vassoio, che era completo e comprendeva un primo, un secondo con contorno e del pane speciale; ma la Porcelli non aveva controllato se il pasto fosse stato in effetti consumato o no perché se ne era andata essendo finito il suo turno. Tuttavia, prima di uscire notava che il paziente aveva sul comodino quattro bottigliette di acqua, (ciascuna con la sua cannuccia, per rendergli meno faticoso l'atto di bere, posto che, come detto, era costretto dai dolori alla posizione prona), tutte iniziate; gli aveva proposto di aprirgliene ancora un'altra: *‘facciamo così, prenda questa bottiglia che gliela sto dando io durante le mie ore di servizio così capisco quanto lei assume’*, ma il giovane le aveva risposto: *‘non mi tocchi le bottigliette’*, (cfr. p. 20); *“io mi sono trovata praticamente con lui in un momento in cui non capivo il perché c'erano quattro bottigliette sul tavolino e gli dissi ‘come mai bevi quattro ...’ , ‘cioè smezzi tutte e quattro le bottigliette ... voglio capire quanto assumi’*, (cfr. p. 10). Secondo la versione della Porcelli, il Cucchi in quell'occasione, (e in un momento in cui si sarebbero assentati tanto il Pepe quanto l'agente di custodia addetto), gli avrebbe

riferito che voleva che gli consegnassero le bottigliette chiuse perché non si fidava in quanto era stato picchiato dai Carabinieri. Sempre secondo la Porcelli a quel punto lei l'avrebbe sollecitato a ripetere la frase davanti all'agente di custodia, ma lui si sarebbe rifiutato. Di questa singolare circostanza riferitale dal Cucchi non aveva parlato con nessuno.

Quanto all'aspetto fisico, il paziente era molto magro, aveva gli occhi cerchiati e leggermente gonfi ed era sempre sdraiato in posizione prona anche se riusciva comunque a fare dei piccoli movimenti.

Il turno h. 14,00/21,00 veniva effettuato nuovamente dall'infermiera Masciarelli insieme alla collega Carpentieri Stefania, (cfr. pp. 162/185 trascrizioni udienza 18/10/2011) e al dottor DE MARCHIS PREITE che riportavano in cartella infermieristica: *“alle h. 15,00 eseguita una fiala di “Contramal” intramuscolo; h. 17,00 azzerata la diuresi, 500 cc”; va ad eseguire RX in urgenza, controllata TC”*, (la diuresi era stata azzerata in quanto il paziente si doveva recare ad effettuare una lastra alla colonna e durante lo spostamento la sacca carica di urina poteva dare fastidio, la radiologia si trovava infatti in un padiglione del Pertini esterno alla Struttura Protetta); *h. 22,00 somministrato “Contramal” una fiala intramuscolo per dolori, esito positivo; somministrata terapia prescritta; domani prelievo ematico”*.

A dire delle infermiere e dello stesso dottor DE MARCHIS, (cfr. pp. 99/144 trascrizioni udienza 28/2/2012), in quel momento il paziente si mostrava poco collaborativo, non si era instaurato con lui un rapporto di fiducia e quindi era scarsamente disponibile al colloquio, chiedeva soltanto antidolorifici per la schiena che gli venivano somministrati a richiesta, previo parere del medico di turno. L'infermiera Carpentieri aveva avvisato il dottore DE MARCHIS, il quale, consultata la cartella clinica, proponeva al paziente di farsi posizionare la pompa antalgica, che anche questa volta veniva rifiutata. In particolare, il dottor DE MARCHIS PREITE, controllato che in cartella era annotato *“terapia antalgica intramuscolare al bisogno”*, chiedeva al paziente se fosse allergico alla tachipirina; questi era molto agitato e rispondeva al dottore insultandolo, accusandolo che voleva curarlo con la tachipirina; il dottore gli spiegava allora che intendeva fargli una terapia infusione nelle 24 ore, ma Cucchi gli rispondeva che *“assolutamente con le vene non voleva averci niente a che fare. Le sue parole testuali erano ‘ho avuto brutte esperienze con le vene’*. Così il dottor DE MARCHIS: *“Avendo letto in anamnesi il suo passato di tossicodipendenza, conoscendo questo tipo di pazienti, che spesso, forse più frequentemente da noi capitano in reparto, quindi pazienti tossicodipendenti, conoscevo bene la situazione, quindi pazienti con irreperibilità venosa, quindi pazienti che hanno ... avrei causato un ulteriore fastidio a dover far cercare una vena dagli infermieri, perché sarebbe stato probabilmente difficoltoso, perché le vene si sclerotizzano con il tempo e sicuramente la terapia che avrei proposto avrebbe richiesto l'incannulazione diciamo permanente di una vena e oltretutto sarebbe stata anche fastidiosa; quindi ho compreso, ho scoperto il paziente e valutato, insomma, lo stato di trofismo a livello gluteo. Ho detto ‘ma non hai masse muscolari, tu hai prescritto in terapia un farmaco intramuscolare – che è quello che*

poi chiedeva – però non hai masse muscolari tali che potessero permettere questa terapia, anche ripetuta nell'arco della giornata'”

Cucchi gli diceva che voleva lo stesso farsi l'intramuscolo, il medico quindi indicava all'infermiera di somministrare il farmaco per via intramuscolare, (“P.M.- e dove gliela ha fatta l'iniezione? *TESTE CARPENTIERI* - sul deltoide; P.M. - quindi sul braccio? *TESTE CARPENTIERI* - sì; P.M. - e come mai non sul gluteo? *TESTE CARPENTIERI* - perché era magro e aveva questo dolore lombare, per cui gli chiesi se mi faceva vedere il braccio e avendo visto comunque un fascio muscolare sufficiente glielo feci nel deltoide”).

Per quanto riguardava l'alimentazione, all'ora di merenda Cucchi prendeva del the, (“AVV. *CECI* - per quanto riguarda la necessità di idratarsi, lei ha mai spiegato al Cucchi i pericoli eventuali a cui sarebbe andato incontro se non si fosse idratato? *TESTE CARPENTIERI* - io quando passai con la merenda il Cucchi non fece alcun rifiuto, perché lo bevve e lo bevve davanti a me”), mentre per la cena ha riferito: “io all'ora di cena gli portai il vitto e gli chiesi se voleva aiuto, lui mi disse di no che avrebbe fatto da solo (...) mi ricordo che trovai i vassoi aperti con del cibo mancante” (cfr. p. 179 *ibidem*).

Sulla diligente tenuta della documentazione relativa al malato, sono indicative le dichiarazioni dell'infermiera Carpentieri:

“AVV. PERUGINI - ci spiega come mai la sua firma il 17 alle h. 16,00, passaggio terapia?

TESTE CARPENTIERI - è un errore di confusione (...) praticamente c'è una mia firma nel giorno 17 che io non c'ero; in realtà io mi sono trovata davanti una terapia che il medico, quando scrive fa dei segni nell'orario in cui deve essere somministrata, ora noi quando la somministriamo chiudiamo e firmiamo. Quel giorno, il giorno 17 il signor Cucchi entrò la sera, però questi segni furono aperti dalla mattina, quindi ... per errore, che in genere, diciamo, le terapie dovrebbero essere aperte da quando il paziente arriva in poi. Siccome mi fece trovare queste freccette aperte, che in genere le frecce aperte è del giorno odierno in cui deve essere somministrata la terapia, sono stata tratta in inganno perché avendole ... aperte, ho pensato che era la terapia di quel giorno, mi sono accorta e sono andata poi a chiudere, a correggermi e a chiudere, firmare nel giorno ...”

Analoga approssimazione per quello che concerneva l'assunzione di liquidi da parte di Cucchi; la Carpentieri ha riferito:

“P.M. - A parte il tè del 19, lei ha visto se beveva altri liquidi?

TESTE CARPENTIERI - Sì, aveva l'acqua, poi mi ricordo, siccome avevamo predisposto delle cannucce, per il fatto che lui stava in posizione prona, per evitargli di bagnarsi gli avevamo creato queste cannucce, il tè glielo diedi io stessa ...

P.M. - Con la cannuccia?

TESTE CARPENTIERI - Con la cannuccia, sì.

P.M. - E l'acqua poi ..

TESTE CARPENTIERI - Poi aveva l'acqua, le bottigliette di acqua aperte con la cannuccia, utilizzate, e mi ricordo addirittura delle camicie sporche di succhi di frutta, perché siccome già gli erano state predisposte io gliene feci altre e ho visto che quelle che già aveva erano sporche, perché erano appiccicose come se avesse bevuto succhi di frutta.

P.M. - Rispetto a questo foglio della terapia, che lei dovrebbe avere lì, lei ha compilato in qualche parte relativamente all'idratazione o ai bicchieri d'acqua?

TESTE CARPENTIERI - No.” (cfr. p. 174 ibidem).

In ordine alla patologia lombare, quel pomeriggio stesso si presentava l'ortopedico, dottor AURELI, chiamato in precedenza dalla dottoressa BRUNO; insieme al dottor DE MARCHIS andavano a visitare il paziente il quale, richiesto di spiegare la dinamica del trauma, *“sempre con tono, diciamo, burbero, renitente, riluttante, ci dice ‘parlo solo davanti al mio avvocato’ e si gira dall'altra parte (...) che è stata interpretata da me e dall'ortopedico come una battuta. Al che gli abbiamo spiegato che noi eravamo dei medici che volevamo curarlo e che comunque si lasciasse visitare. E lui ha detto: ‘va bene’. Quindi a quel punto era un obiettivo raggiunto. Siamo riusciti a visitarlo”*, (cfr. p. 107 trascrizioni udienza 28/2/2012). Il paziente accettava altresì di essere inviato nell'apposito padiglione esterno di radiologia dove gli veniva effettuata una radiografia lombare mirata su L3 e sul sacro. Nel frattempo il dottor DE MARCHIS controllava gli esiti degli esami di *“routine”* che erano stati effettuati al mattino e che risultavano - a suo dire - tutto sommato normali, in particolare l'emoglobina, (l'emocromo era stato prescritto anche quello stesso pomeriggio); il paziente presentava un po' di ipoglicemia probabilmente dovuta al fatto che la sera del 18 non aveva cenato, ma il dottore si era tranquillizzato perché le infermiere Carpentieri e Masciarelli gli avevano detto che quella sera aveva cenato e preso il the zuccherato a merenda. Così DE MARCHIS:

“visto che era un soggetto eccessivamente magro, ho valutato gli indici di malnutrizione, diciamo. Un paziente che ha la malnutrizione ha dei valori che sono alterati. Lui non aveva valori elevati a livello di linfociti, non aveva un'ipoferritinemia, non aveva un'anemia, non aveva un calo vistoso delle proteine totali e tantomeno dell'albumina e quindi era un paziente costituzionalmente magro”, “quando sono andato a comunicargli l'esito della radiografia ho avuto la possibilità di avvicinarmi al paziente, di vedere che non aveva segni a livello cutaneo e a livello delle mucose di disidratazione evidenti; quindi c'era forse un'iniziale disidratazione che emergeva dagli esami, il paziente si stava idratando per os, purtroppo rifiutava l'accesso venoso, e quindi l'ho stimolato a bere”.

La notte del 19 era ancora di turno il dottor DE MARCHIS PREITE il quale al riguardo ha riferito di avere fatto, come al solito, il *“giro terapia”* intorno alle 22,30, *“nella notte ha riposato, non ho avuto nessuna segnalazione dal personale*

infermieristico. La mattina ho valutato i parametri vitali che erano stati effettuati ... presi dagli infermieri e la diuresi”, (...) “diuresi che era anche in aumento rispetto al giorno precedente, segno che il paziente probabilmente si stava idratando un po’ di più”.

Martedì 20 ottobre

La mattina era di turno l'imputato FLAUTO il quale, nonostante le recriminazioni del paziente, gli faceva il “giro letto”, (cioè il cambio delle lenzuola), mentre non riusciva a fargli cambiare la biancheria intima, (nel frattempo fatta pervenire dai familiari), per il netto rifiuto di costui che pure rifiutava il pranzo per celiaci, (riso al sugo), adducendo di non gradire il sugo (“*anche in questa occasione lui m’ha detto che non ... A me sinceramente m’ha dato la sensazione che si volesse alimentare poco perché io l’ho cercato di stimolare a mangiare*”, (...), “*perché mi era sempre stato segnalato dai colleghi che lui si alimentava poco, che beveva poco, che mangiava poco. Quindi c’eravamo passati comunque la cosa che dovevamo stimolarlo sempre*”).

Dalle h. 14,00 alle h. 21,00 era nuovamente di turno l'infermiera Porcelli, insieme al collega PEPE e alla dottoressa BRUNO; quest'ultima, visionato l'esito degli esami che erano stati fatti la mattina e che riportavano dei valori alterati di transaminasi, azotemia, amilasi e litiasi e temendo che fosse insorta qualche problematica addominale, chiedeva al paziente se aveva mangiato, alla risposta affermativa, gli visitava l'addome che risultava trattabile, quantunque molto magro, e ne deduceva che non vi era nulla di preoccupante dal punto di vista addominale, né come sintomatologia, né come esame obiettivo; rilevava tuttavia un quadro di disidratazione, cioè un'iniziale insufficienza renale dovuta al fatto che il paziente non beveva abbastanza; la dottoressa BRUNO gli prescriveva pertanto delle flebo che Cucchi rifiutava perché non voleva aghi; per convincerlo gli aveva “*drammatizzato*” la situazione “*e quindi appunto io gli dissi ‘guarda che se questa insufficienza renale progredisce ... a questo punto è recuperabile, ma se l’insufficienza renale progredisce tu potresti anche andare in insufficienza renale terminale e quindi potresti rischiare di andare in dialisi*”, (...), “*quindi non è che gli dissi ‘domani muori se non ti fai le flebo’, però gli spiegai che i rischi per la sua salute erano sicuramente significativi, in termini di qualità e di aspettativa di vita*”. Ne riceveva in risposta “*a me non me ne frega un cazzo se crepo*”. A domanda del PM perché non avesse registrato in cartella il “*rifiuto informato*” del paziente, la BRUNO così rispondeva: “*Allora io dico sicuramente in quel caso la mia preoccupazione non è stata di tutelarmi, me personalmente dal punto di vista medico-legale, scrivendo ‘il paziente, correttamente informato dei rischi e bla, bla, bla, che è la formuletta che si usa quando si pratica la medicina difensiva; in quel caso a me è interessato spiegare bene al paziente tutto quello che stava succedendo e i rischi a cui andava incontro e lui mi ha risposto in quella maniera. E basta. Ho sbagliato, forse avrei dovuto anche scrivere esattamente le parole che mi ha riportato il paziente*”. In pratica, la

dottor BRUNO non prendeva particolari iniziative se non quella di insistere con il paziente; ella affermava comunque che *“la situazione richiedeva una monitoraggio e quindi ho richiesto gli esami, di ripetere gli esami”*.

Ad ogni buon conto, avevano somministrato al paziente un antalgico intramuscolo e, stante la magrezza di Cucchi, avevano sostituito l'ago della siringa con uno più piccolo, (cfr. esame Porcelli, pp. 17/18 trascrizioni 8/11/2011).

La notte di martedì 20 ottobre era di nuovo di turno il dottor DE MARCHIS PREITE che aveva preso le consegne dalla dottoressa BRUNO la quale gli riferiva che c'era bisogno di idratare il paziente che aveva rifiutato la terapia endovena idrica:

“IMP. DE MARCHIS - per me questa non era una novità, aveva rifiutato l'accesso venoso e quindi ho detto ‘va beh, vediamo, assicuriamoci che beva e non ci sia compromissione ulteriore, insomma, dei parametri’. Erano stati scritti gli esami per il mattino successivo. Mi chiede sempre una terapia antalgica, per il dolore. Faccio il “Tramadolo”, prescribo il “Tramadolo” intramuscolo. Passo nel giro serale della terapia, sempre quindi le infermiere Masciarelli e Carpentieri. Saluto il paziente, beve davanti a me e quindi (...) nella notte mi chiama per insonnia. Io somministro una compressa di “Stilnox” verso l'una”.

[.....]
“Al mattino il paziente effettua il prelievo ematico. Valuto sempre i parametri presi dagli infermieri e c'era stabilità emodinamica, la pressione quindi reggeva, perché è la pressione quella che porta il sangue ai tessuti. Quindi il fatto che ci sia o meno la stabilità emodinamica è un fattore che noi valutiamo guardando i parametri quali la pressione, il respiro eccetera. Quindi il paziente non aveva segni di instabilità emodinamica. E valuto la diuresi, segnalata questa volta tra le 6 del mattino del 21 che era una diuresi di 1.500 di urina, quindi una diuresi in crescita dal 18, 19 (...) e quindi quello era un segno indiretto che il paziente beveva”.

Il dottor DE MARCHIS aveva anche richiesto una consulenza ortopedica per una rivalutazione post-radiografica, dopo di che alle nove del mattino era smontato e non aveva più rivisto il Cucchi.

Mercoledì 21 ottobre

Il 21 era nuovamente di turno l'imputato FLAUTO insieme alla MARTELLI e alla dottoressa CORBI; FLAUTO proseguiva il turno fino alle h. 6,00 del 22 facendo anche il turno di notte successivo in sostituzione della collega Porcelli. Intorno alle h. 16,00 del 21 la dottoressa CORBI aveva visto gli esiti degli esami fatti a Cucchi che non andavano bene per via dei valori dell'azotemia, del sodio, degli elettroliti, che si stavano muovendo in senso negativo ed indicavano una disidratazione.

Al riguardo la dottoressa CORBI, alle domande del PM, precisava:

“P.M. DOTT. BARBA - Quindi non era proprio tutto rose e fiori, insomma, ecco.

IMPUTATA CORBI - Cioè, se fosse ... se fosse continuata questa cosa. Tant'è vero che quando poi sono tornata da Stefano Cucchi, a parlare, dopo aver parlato col primario io sono tornata da lui un'altra volta e gli ho detto: "Guarda" ... appunto non mi ricordo se ... che ora fosse, ma insomma era dopo che avevo parlato col dottor Fierro; sono tornata da lui e gli ho detto "è importante che ti idrati a sufficienza"; gli ho detto "se proprio ... se non vuoi l'idratazione endovenosa almeno mi devi assicurare che bevi a sufficienza", tanto che poi, proprio per accertarmi della quantità che lui avesse bevuto, ho scritto come terapia di somministrargli dell'acqua a vista, cioè che gli infermieri, ogni volta che passavano lì, quindi sostanzialmente ...

PRESIDENTE - Ecco, guardi, a questo proposito ...

IMPUTATA CORBI - Sì.

PRESIDENTE - L'Ufficiale Giudiziario? Le vorrei far vedere questa cosa.

IMPUTATA CORBI - Sì.

PRESIDENTE - Proprio a proposito della somministrazione dell'acqua. Questo è il caso infermieristico, mi pare.

IMPUTATA CORBI - No, è la ...

PRESIDENTE - Lo controlli un attimo.

IMPUTATA CORBI - ... è la scheda di terapia.

PRESIDENTE - Eh. Lo controlli un attimo.

IMPUTATA CORBI - Sì.

PRESIDENTE - E guardi lì dove dice "quattro bicchieri" ...

IMPUTATA CORBI - Sì, è quello che ho scritto io, sì.

PRESIDENTE - E' la sua scrittura, quella?

IMPUTATA CORBI - Sì, sì, sì. Sì, l'ho scritto. Poi qui avevo sbagliato ...

PRESIDENTE - Ecco, poi ci illustri quello che viene dopo.

IMPUTATA CORBI - Dopo dove?

PRESIDENTE - Che è successo? Che cosa è successo rispetto a questa prescrizione?

IMPUTATA CORBI - Allora, qui ho cancellato tre ... perché era ... ho cancellato tre quadratini, diciamo.

PRESIDENTE - Tre quadratini.

IMPUTATA CORBI - Sì, tre caselle ...

PRESIDENTE - Perché?

IMPUTATA CORBI - Perché era già passato l'orario. Quindi, quando io l'ho scritta per ... cioè, ho iniziato ... ho scritto ... ho, diciamo, aperto delle caselle che in realtà era un orario già passato, quindi poi l'ho annerito e l'ho riportato al giorno successivo, sostanzialmente. Quindi più o meno erano le diciotto ... sedici, diciotto ... le diciotto, e ho lasciato aperte quelle delle diciotto, venti e ventiquattro, che erano gli orari che mancavano alla fine della ...

PRESIDENTE - E che significava lasciarle aperte?

IMPUTATA CORBI - Che ...

PRESIDENTE - (sovrapposizione di voci)

IMPUTATA CORBI - ... quando poi fossero ... cioè, si apre la ... diciamo la casellina, quando gli infermieri somministrano la terapia chiudono, fanno il segno opposto e quindi chiudono, fanno un rombo praticamente, e significa che è stata effettuata la terapia. In quel caso sono stati somministrati quattro bicchieri d'acqua ogni volta che sono ...

PRESIDENTE - Chi glieli ha somministrati?

IMPUTATA CORBI - Gli infermieri di turno. Gli infermieri di turno in quei turni, quindi chi era presente il pomeriggio.

PRESIDENTE - No, no, quello che riguarda lei, a noi ci interessa solo il turno che riguarda lei.

IMPUTATA CORBI - Quindi fino alle venti, sostanzialmente, c'erano Martelli ... c'erano Masci ... aspetti ... Martelli e Flauto.

[.....]

IMPUTATA CORBI - Io ricordo di averlo detto a Flauto questa cosa, cioè che era importante che appunto, visto che si doveva idratare il paziente, che ci accertassimo che ogni volta che loro passavano per la terapia, quindi alle diciotto, alle venti e alle ventiquattro, in sostanza, gli facessero bere una certa quantità di acqua, quindi quattro bicchieri ogni volta che entravano nella ... nella stanza. Questo poi mi risulta che è stato fatto. Tra l'altro, perché dicevo che secondo me era cambiato l'atteggiamento di Stefano Cucchi. Perché lui ...

PRESIDENTE - No, non ci interessa l'atteggiamento.

IMPUTATA CORBI - Beh ...

PRESIDENTE - Vogliamo sol tanto sapere che cosa ... la Corte vuole soltanto sapere, voleva soltanto sapere una ... avere una risposta a quelle domande che le sono state fatte. Ha mai bevuto in sua presenza Stefano Cucchi?

IMPUTATA CORBI - Quel giorno probabi ... non mi ricordo, ma l'ho visto bere, l'ho visto bere probabilmente proprio il 21 pomeriggio, ma ... (cfr. pp. 178/181 trascrizioni udienza 28/2/2012).

La dottoressa CORBI insisteva ancora per un'idratazione endovenosa proponendola al paziente:

TESTE FLAUTO - "Ricordo che lei è andata proprio dal paziente, ci sono andato anch'io e la dottoressa ha parlato con Stefano, gli ha detto: 'Stefano, guarda, è importante che tu metti le flebo, perché ci hai degli esami che si stanno muovendo in senso negativo. Non è nulla di eccezionale, però se metti la flebo riusciamo a rimettere a posto subito la situazione', e lui: 'no, no, no, assolutamente no, io le flebo non le metto, le flebo non le voglio', e lei dice: 'ma guarda che è importante, l'idratazione che stai facendo a livello orale non basta perché gli esami si stanno muovendo in senso negativo' (...), "lui: 'no, io le flebo non le voglio ... se proprio vi posso far contenti io posso bere ... bevo dell'acqua e per me basta bere acqua, non mi dovete mettere nessuna flebo' (...)" "perché la dottoressa poi era preoccupata di questa cosa ed è stato proprio il giorno 21 che lei scrive quella cosa che voi vedete

nella cartella medica, 'idratazione a vista ogni volta, controllare che lui beve' e aveva disposto i quattro bicchieri d'acqua ogni volta che si entrava, è stato disposto proprio il giorno 21 perché era l'unica arma", (...) "dopo siamo usciti, allora a lui gli ho proposto, dico: 'Stefano, devi farci la cortesia di almeno bere, però no che dici che bevi tu per conto tuo, devi bere davanti agli infermieri, davanti agli operatori, cioè a noi non ci basta più che tu dici 'sì, ho bevuto', ma devi bere in presenza nostra" (cfr. pp. 71/76 FLAUTO trascrizioni udienza 16/2/2012).

Con riferimento alla dottoressa CORBI, la stessa verificava l'esito delle analisi che erano state effettuate la mattina e constatava un lieve rialzo dell'azotemia; creatinina e sodio praticamente nella norma per cui non vi erano – a suo dire – segni di insufficienza renale; vi era invece un aumento delle transaminasi e della bilirubina che poteva far sospettare problemi epatici o addominali, ma il paziente non presentava sintomi a livello addominale, cosa che l'aveva tranquillizzata; era necessaria però una maggiore idratazione, ma quando gli aveva proposto l'idratazione per via endovenosa Cucchi le aveva risposto che non voleva farla e che il motivo era che voleva parlare con il suo avvocato oppure con un volontario della Comunità CEIS e le aveva chiesto di mettere questa sua richiesta per iscritto, cosa che la dottoressa CORBI aveva fatto facendolo controfirmare in cartella, ella aveva però insistito affinché il paziente almeno bevesse *"gli ho detto, dico 'c'è l'urina quindi significa che i reni funzionano ... cioè, per il momento è così, ma potrebbe succedere che si blocca la diuresi, quindi inizi a non urinare più e andrai incontro al fatto che il rene avrà dei problemi seri, puoi andare in dialisi e puoi anche morire' e questa è stata cioè una sollecitazione diciamo molto incisiva, proprio perché volevo che lui tornasse indietro rispetto alla decisione che aveva preso, cioè alla decisione di non farsi idratare; sostanzialmente era una sollecitazione per appunto superare questo scoglio, diciamo così", (...) "ma in quel momento non c'era una situazione di pericolo di vita per lui ... cioè non è che lui nel giro di un'ora sarebbe andato incontro alla morte", (cfr. pp. 166/167 *ibidem*).*

Circa la richiesta di parlare con l'avvocato – a dire della dottoressa CORBI – ella aveva sollecitato in quel senso l'agente di Polizia Penitenziaria, (di cui ignorava il nome), che le aveva aperto la cella e che aveva assistito al loro colloquio, *"non so se ha sentito. Mi pare che abbia sentito direttamente, ma comunque io l'ho sollecitato a dire 'va bene, se la sua esigenza è questa, mettiamolo in condizioni, diciamo, di contattarlo questo avvocato come da prassi, era presente alla visita", e infatti quando era rientrata nella cella "ho visto che gli avevano portato questi moduli, tanto che l'ho visto scriverli questi moduli, cioè dei moduli di telegramma, lui ce li aveva lì e stava sul letto che scriveva".*

Precisava che quando era uscita dalla cella la prima volta, (intorno alle h. 18,00), era andata dal dottor FIERRO a fargli vedere gli esami del paziente, (*"sono andata poi dal dottore FIERRO, sapevo che era in Ospedale, era in Reparto, stava giù nella sua stanza"*), ma soprattutto a rappresentargli che il paziente rifiutava le terapie se prima non avesse parlato con l'avvocato. Il dottor FIERRO le aveva risposto *"facciamo una*

lettera al Magistrato, tu la prepari e domani mattina la visto anche io, in modo da avere poi un riscontro per questa situazione'. Il fatto che fosse necessaria questa ... cioè controfirmarla, era proprio per avere una maggiore attenzione da parte dell'Autorità competente". L'idea della lettera era proprio partita dal dottor FIERRO: "mi ha detto 'facciamo questa lettera, almeno siamo sicuri che ci sia un esito rispetto a questa cosa', quindi io ho preparato, sul tardi, questa relazione e l'ho lasciata in cartella. Poi credo una copia di averla portata pure giù da FIERRO, però non mi ricordo, mi pare di sì. E questa lettera sarebbe dovuta partire il giorno dopo, cosa che non è successa ovviamente per ovvi motivi. Però, cioè, se fosse stata una situazione clinica a determinare la necessità di fare questa lettera, sarebbe partita immediatamente. Cioè, io una volta ... non sto parlando del caso in particolare, ma quando succedono queste situazioni, se c'è una motivazione clinica, quindi un aggravamento, una situazione clinica particolare, diciamo per la quale io devo avvisare l'Autorità competente, io la mando subito, cioè la mando alle quattro di notte la relazione non è che aspetto il giorno successivo. Quindi questa ... diciamo, questa urgenza in realtà non c'era".

"AVV. PISA - l'annotazione in cartella quando è stata fatta? Glielo chiedo perché è scritta di lato ('predispongo in accordo con il Direttore, dottor FIERRO, relazione clinica da inviare domattina al Magistrato').

IMPUTATA CORBI - alle ... appena ho fatto la lettera, quindi la sera prima di andare via".

In ordine alla finalità della lettera, la dottoressa CORBI così tentava di spiegare: *"sì, cioè, non c'era una ... cioè informativo, ma anche perché se poteva fare qualcosa per far venire l'avvocato, poteva ... cioè, se poteva, diciamo, rendere più facile il riscontro con l'avvocato, sarebbe stata una cosa che per noi era importante in quel momento".*

La dottoressa CORBI, dopo aver parlato con il dottor FIERRO, era tornata da Cucchi si era fatta promettere che avrebbe bevuto e gli aveva a sua volta assicurato che l'indomani gli sarebbe stato fatto un (ennesimo) prelievo di controllo per verificare la funzionalità renale ed altre cose, tra cui la glicemia.

Quanto al dottor FIERRO, (cfr. pp. 223/227 trascrizioni udienza 28/2/2012), in qualità di Direttore della Struttura di Medicina Complessa dell'Ospedale Sandro Pertini, apprendeva dell'esistenza del ricoverato Cucchi soltanto nel tardo pomeriggio del 21, allorchè la dottoressa CORBI gli aveva rappresentato, come si è detto, le problematiche giuridiche del caso; quantunque le problematiche sanitarie non fossero – a suo dire – di sua competenza, esaminava tuttavia l'esito degli esami di Cucchi che la dottoressa CORBI gli aveva portato a vedere e che egli giudicava sostanzialmente nella norma, (*"veniva fuori che c'era un'iperazotemia non grave, c'era un leggero aumento della bilirubina, esclusivamente indiretta, e mi pare basta. L'emocromo era perfetto ... quindi questi mi pare che sono ... e le transaminasi moderatamente aumentate di quantitativo, moderatamente, perché mi pare ci fossero le GOT di tre volte e le GPT di due volte, quindi moderatamente o per nulla, poi le GPT sono quelle più specificamente epatiche"*). La dottoressa CORBI in particolare gli riferiva

che aveva difficoltà *“di interagire con il paziente perché tendeva a rifiutare sia prestazioni, cioè, come dire, radiografiche, ecografiche, sia nella difficoltà di approccio per permettere che ... come dire per farlo mangiare e bere di più”*. Le proponeva di scrivere una lettera al Magistrato affinché questi potesse attivare i contatti richiesti da Cucchi, e cioè con il suo avvocato e con gli operatori del CEIS, una comunità di recupero per tossicodipendenti. Il dottor FIERRO, l'indomani mattina, quando era stato chiamato a seguito dell'avvenuto decesso, si era ritrovato sul tavolo la lettera predisposta dalla dottoressa CORBI, ma, in considerazione di tutto quello che era accaduto dopo, non aveva neanche letto detta missiva.

Con riferimento a tale missiva, si tratta di una relazione datata 21.10.2009 indirizzata alla dott.ssa Inzitari, (che aveva in carico il procedimento penale dal quale tutto aveva tratto origine), della VII Sezione Monocratica del Tribunale di Roma, che così recita: *“... il paziente in oggetto è stato ricoverato presso il nostro reparto in data 17 ottobre u.s., trasferito dall'ospedale Fatebenefratelli di Roma. Presso il suddetto ospedale era stata documentata radiograficamente la presenza di frattura vertebrale L3 e frattura della 1a vertebra coccigea a causa di un trauma. Il paziente è in condizioni generali molto scadute, riferisce di essere affetto da crisi epilettiche, per cui sta effettuando terapia, da malattia celiaca diagnosticata 15 giorni fa e da “anoressia” non meglio specificata. Il signor Cucchi ha un atteggiamento oppositivo, per nulla collaborante e di fatto rifiuta ogni indagine anche non invasiva. Ha rifiutato una visita oculistica che avrebbe dovuto effettuare per la presenza di vistosi ematomi del volto e perioculari e ha rifiutato di sottoporsi ad ecografia dell'addome, proposta per il rialzo dei livelli di transaminasi e bilirubina. Ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia reidratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione e ha affermato anche di rifiutare anche di alimentarsi, accettando di bere liquidi ed assumere la terapia orale, finché non parlerà con il suo avvocato. Quanto sopra per informarLa delle attuali condizioni di salute del paziente e delle difficoltà della gestione clinica. Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti”*.

per il turno di notte, (svolto da FLAUTO insieme all'infermiere PEPE, subentrato alla MARTELLI), le consegne erano di controllare l'idratazione e la diuresi. FLAUTO assumeva di avere effettuato il controllo intorno alle h. 15,00/15,30 accertandosi che l'urina nella sacca era 300/400 circa (peraltro lo stesso aveva in precedenza sostenuto che il controllo della diuresi si faceva soltanto alle ore sei del mattino). Non sapeva spiegare come mai alle h. 6,00 del mattino seguente (22 ottobre 2009), quando il paziente era stato trovato nel letto ormai morto, la sacca conteneva una così rilevante quantità di urina, (FLAUTO *“era un dato inspiegabile, perché c'è un catetere che funziona, c'è un catetere che drena urina, c'è un paziente che non ha dolore e il globo vescicale si manifesta con una sintomatologia inequivocabile, cioè il globo vescicale si manifesta col dolore o con l'assenza di diuresi o con una diuresi ferma”*).

Infine FLAUTO precisava che nella Struttura Protetta avevano avuto altri pazienti che si sottoponevano ad un dimagrimento volontario al fine dichiarato di ottenere

benefici ed uscire dal carcere; ne avevano avuti anche più magri di Cucchi, come un tale soprannominato “Pelle”, che neppure si reggeva sulle gambe, eppure non era mai successo niente di irreparabile in quanto i parametri vitali erano costantemente tenuti sotto controllo.

Quel pomeriggio (21 ottobre) Cucchi, a differenza della domenica 18, accettava di parlare con la volontaria Ceriello (cfr. pp. 187/203 trascr. Ud. 18/10/2011):

“TESTE CERIELLO - Ha parlato, mi ha chiesto di fare una telefonata al cognato, perché ha detto "con mio cognato ho un buon rapporto", poi mi ha detto che aveva un cagnolino a cui teneva tanto e che avrebbe avuto piacere di sistemarlo, allora ho detto "va be', io ho una signora che cerca un cagnolino", ha detto "no no, voglio una persona che se lo prende per poco tempo, perché quando esco di qui voglio che il cagnolino sia mio", lo voleva lui. Poi mi ha chiesto la Bibbia.

P.M. - Ma questa telefonata al cognato, le ha detto perché voleva parlare col cognato?

TESTE CERIELLO - Al cognato, perché ha detto "con mio cognato ho un bel rapporto, è stata l'unica persona che mi è stata vicino quando avevo problemi, quindi voglio parlare con lui".

P.M. - Sì, però non era lui che doveva telefonare al cognato, ha chiesto a lei di chiamare suo cognato?

TESTE CERIELLO - Ma loro in quel reparto, i detenuti non hanno la possibilità di telefonare ai familiari, quindi siamo sempre noi volontari che facciamo questo servizio.

P.M. - Ma le ha detto ...

TESTE CERIELLO - Non è l'unico che ...

P.M. - Certo, però le ha detto che cosa voleva che dicesse a suo cognato?

TESTE CERIELLO - No, solo che gli voleva parlare e se poteva andargli a fare visita.

P.M. - E invece degli altri familiari non ha chiesto di nessuno?

TESTE CERIELLO - Mi scusi?

P. M. - Non le ha chiesto che voleva parlare anche con altri della famiglia?

TESTE CERIELLO - No no.

P.M. - Solo il cognato?

TESTE CERIELLO - Solo il cognato.

P.M. - Lei ha parlato poi col cognato?

TESTE CERIELLO - No, perché quando ho telefonato ho trovato la sorella, però le ho riferito questa cosa e ha detto "va bene" .

P.M. - Le ha detto altro poi Stefano Cucchi?

TESTE CERIELLO - Cucchi no, del cagnolino e mi ha chiesto la Bibbia, ci siamo salutati e ho detto "ci vediamo la prossima settimana".

P.M. - Gliel'ha data la Bibbia lei?

TESTE CERIELLO - No, perché ho detto "che vuoi, il Vangelo?", dice "no, voglio proprio la Bibbia", sono andata nella biblioteca e non c'era, dico "te la porterò la prossima volta oppure magari vedo un altro volontario".

P.M. - Durante questo colloquio lei l'ha visto in faccia?

TESTE CERIELLO - Questa volta sì, solo il viso perché era sotto le coperte.

P.M. - Il resto del corpo no, ma il viso ha notato qualcosa di strano?

TESTE CERIELLO - Ho notato che era tumefatto.

P.M. - Tumefatto?

TESTE CERIELLO - Sì, un po' gonfio, un po' ...

P.M. - Dove?

TESTE CERIELLO - Con precisione dopo due anni ... aveva un po' di gonfiore, però sinceramente dopo due anni non ... poi non ho una memoria da ventenne voglio dire.

P.M. - Quanto è durato questo colloquio?

TESTE CERIELLO - Non glielo so dire, dieci minuti, un quarto d'ora, però col beneficio del dubbio perché non lo so.

P.M. - Non le ha raccontato altro, non le ha detto come mai era lì?

TESTE CERIELLO - No no.

P.M. - Lei gli ha chiesto qualcosa vedendo questo viso, così come dice, gonfio?

TESTE CERIELLO - No, per delicatezza mi sono mantenuta ...

P.M. - Non avete parlato d'altro?

TESTE CERIELLO - Che io ricordi no, però, ripeto, dopo due anni ...

P.M. - Non si ricorda qualche altra cosa di particolare che ha visto, non le ha chiesto di parlare col suo avvocato?

TESTE CERIELLO - No no.

P.M. - Nient'altro, non si ricorda altro?

TESTE CERIELLO - Che io ricordi è questo, mi ha colpito il fatto del cagnolino che ci teneva tanto, il fatto che ha chiesto la Bibbia.

P.M. - Lei non gli ha chiesto come mai era lì?

TESTE CERIELLO - No, di solito io non lo chiedo, aspetto che siano loro a dirmelo.

P.M. - Grazie.

AVV. SCALISE - Signora, mi interessava sapere, lei ha riferito al Pubblico Ministero un momento fa che chiese di parlare con il cognato, ma non con gli altri familiari, le diede una motivazione di questa sua scelta?

TESTE CERIELLO - Perché col cognato andava d'accordo, era la persona che gli era stato vicino quando aveva avuto dei problemi.

AVV. SCALISE - Mentre, invece, con gli altri familiari non andava d'accordo?

TESTE CERIELLO - Be', non lo so.

AVV. SCALISE - La preoccupazione principale del detenuto per questa telefonata al cognato cosa riguardava in particolare? Lui era preoccupato per che cosa?

TESTE CERIELLO - Non me l'ha detto, ha detto "voglio parlare con mio cognato", ma non mi ha detto ...

AVV. SCALISE - Lei ha detto che era preoccupato ...

TESTE CERIELLO - Per il cagnolino.

AVV. SCALISE - *Questa preoccupazione era una preoccupazione molto sentita dal detenuto?*

TESTE CERIELLO - *Io che sono animalista l'ho sentita una cosa a cui teneva, diciamo”, (...). La cagnetta “mi disse ‘sta da mia madre’ però mi disse pure che temeva che già l'avessero portata al canile”. (cfr. pp. 189/192 ibidem)*

Ancora la teste Ceriello, sulle condizioni psicofisiche del giovane in quel momento:

“AVV. SCALISE - *Ho capito, signora. Quando il detenuto Cucchi esprimeva questa sua preoccupazione le sembrò lucido, le sembrò sinceramente preoccupato? Che impressione ...*

TESTE CERIELLO - *A me sembrò sinceramente preoccupato, cioè è un'opinione mia, perché ha rifiutato il mio aiuto ... un signore che conoscevo ...*

AVV. SCALISE - *Balbettava mentre diceva queste cose?*

TESTE CERIELLO - *No, no.*

AVV. SCALISE - *Lei poi quando ha appreso della morte di Stefano Cucchi?*

TESTE CERIELLO - *Io lo appresi il giorno dopo, non mi ricordo se il pomeriggio o la sera, perché avevo telefonato proprio, perché l'avevo visto preoccupato per il cagnolino, lo volevo avvertire se era ancora... se lo voleva dare a questa signora per un po' di tempo, perché lui cercava qualcuno che lo tenesse per un po' di tempo, allora mi ha detto l'Agente - non so con quale Agente ho parlato - "ma Cucchi è morto stamattina, stanotte".*

AVV. SCALISE - *signora e lei che reazione ebbe a questa notizia?*

TESTE CERIELLO - *Di grande sorpresa.*

AVV. SCALISE - *Perché?*

TESTE CERIELLO - *Perché io l'avevo visto che non era ... l'avevo visto normale, quindi sono rimasta ... per me è stata una morte improvvisa e inaspettata, quindi sono rimasta scioccata”, (cfr. pp. 193/194 ibidem).*

Come già si è avuto modo di accennare dalle h. 21 del 21 ottobre alle h. 6,00 del 22 era di turno l'infermiere FLAUTO con la dottoressa BRUNO, la quale aveva ricevuto le consegne dalla dottoressa CORBI, smontante. In particolare la dottoressa CORBI le aveva riferito che il paziente aveva rifiutato non solo di sottoporsi a terapia infusione, ma anche di fare un'ecografia addominale giustificando tutti questi rifiuti col fatto che voleva parlare con un avvocato pertanto “*gli fu portato il modulo per fare la richiesta dell'avvocato, lui lo compilò e poi ...*”, (cfr. p. 64 esame BRUNO). La dottoressa CORBI le diceva altresì che l'esito degli esami nuovamente ripetuti continuava a dare un quadro di alterazione di valori, anche se “*non c'era un cambiamento drammatico di questi esami di laboratorio e poi dal punto di vista clinico soprattutto non è che si curano gli esami di laboratorio in un paziente: si vede la situazione clinica*”, tanto più che la diuresi era nella norma in base alla quantità di urina raccolta nelle 24 ore, non c'era un allarme particolare e la situazione si sarebbe prevedibilmente sbloccata con la richiesta di colloquio con l'avvocato: “*la situazione*

*era tranquillizzante, per me appunto ... sapevo che il giorno dopo avrebbe ripetuto gli esami però non c'era ... io mi sono riguardata un sacco di volte questa ... questa situazione e non c'era un allarme particolare; la dottoressa CORBI tra l'altro, insieme al dottor FIERRO, avevano scritto una lettera al magistrato per avvertirlo che il paziente rifiutava le terapie perché voleva parlare con l'avvocato e, quindi, diciamo, di cercare di sbloccare questa cosa. Ora è chiaro che non ci aspettavamo una risposta immediata, diciamo, da parte ... perché purtroppo non è così, cioè quando noi mandiamo le lettere ai magistrati, per vari motivi, purtroppo ne passa di tempo” (cfr. p. 67 esame BRUNO). La lettera non era stata spedita il giorno stesso perché “per dare più forza a questa lettera si voleva spedirla con la ... sottoscritta, diciamo, dal primario, perché ... perché ha una forza diversa, ovviamente”, (cfr. *ibidem*).*

Giovedì 22 ottobre

Con riferimento al suo turno di notte la dottoressa BRUNO, non essendoci un allarme particolare ed essendo il paziente stabile come sempre, non aveva visto Cucchi appunto perché non ce ne era motivo “*qui era tutto un movimento di analisi, quando poi il paziente clinicamente risultava stabile e quindi, come ripeto, non è che uno va appresso al ... cioè, agli esami di laboratorio ... cioè è un insieme di cose*”. Senonché alle sei di mattina era stata chiamata telefonicamente dall'infermiere PEPE che l'aveva avvertita che Cucchi era morto e che c'era con lui l'infermiere FLAUTO intento a praticargli il massaggio cardiaco; ma i soccorsi non avevano prodotto effetto di talché la dottoressa BRUNO compilava il certificato di morte di cui all'imputazione, il modulo con la richiesta di autopsia e nel contempo informava telefonicamente il magistrato di turno dell'avvenuto decesso.

Questo il racconto di quei momenti concitati fatto dall'infermiere FLAUTO:

“IMP. FLAUTO - Allora, la notte, praticamente, siamo passati col collega, in questo caso era il collega Pepe, perché la Martelli, appunto, aveva smontato ed è subentrato il collega Pepe. Siamo passati, come passiamo di solito sempre, tutte le notti, verso le nove e mezza, dieci, e siamo passati per la somministrazione della terapia. E ricordo che quella sera ...

P.M. - Qual era la terapia? Flauto, qual era?

IMP. FLAUTO - La terapia, lui prendeva il “Rivotril”, prendeva il “Gabapentin”, che sarebbe il “Neurontin”, e, poi, aveva bisogno dell'antidolorifico, il “Contramal” che però quella ...

P.M. - Prescritta da chi, questa terapia, in particolare?

IMP. FLAUTO - Era descritta in cartella, non so da chi medico.

P.M. - Da quale medico, non si ricorda?

IMP. FLAUTO - Ma credo già era stato prescritto alcuni giorni, perché lui aveva già fatto altre volte l'antidolorifico, non era specifico di quella sera. Era già in terapia da due, tre giorni, quindi presumo che sia stato fatto due, tre giorni prima.

P.M. - Sì?

IMP. FLAUTO - E, quella sera, la cosa, infatti, mi sembrò un po' strana perché praticamente, lui, a parte era tranquillo, e non chiese neanche l'antidolorifico. Cioè, a me, li, parve un po' strano, dico: "Boh, strano", cioè, di solito, i pazienti, poi, lo chiedono tante volte anche quando non ne hanno bisogno. Dico: "Strano", però lui aveva detto che non aveva dolore, non aveva fastidi, ho detto: "okay". E, quindi, poi, siamo andati oltre. Poi, arriva una chiamata, mi suona il campanello verso mezzanotte. Al che, siamo andati là e ho detto: "Che è successo, Stefano?", ma questo senza farci aprire, siamo andati solo davanti la cella, non siamo entrati dentro. Stavamo all' esterno della cella e gli ho detto: "Stefano, che è successo, hai chiamato? C'hai bisogno di qualcosa?" e lui dice: "Ah, perché, ho chiamato?", dice: "No, no, mi sono sbagliato. Mi sono sbagliato, scusate", ho detto: "Va be', non ti preoccupare, non fa niente" e ce ne siamo andati. Dopo un'oretta circa, saranno state, credo, l'una, l'una e qualcosa, l'una e dieci, l'una e cinque, risuona il campanello e riandiamo là, sempre dall' esterno della cella, non siamo entrati neanche in questa occasione dentro. "Stefano, è successo qualcosa? C'hai bisogno di qualcosa?", dice "Mah, veramente, vorrei una cioccolata". Ho detto: "La cioccolata, Stefano, dove te la vado a prendere mo' la cioccolata?", dico: "Guarda che, se vuoi, noi, di là, c'abbiamo le marmellate, c'abbiamo i succhi di frutta, c'abbiamo altre cibarie, ma la cioccolata non ce l'abbiamo". Dico: "Se ti va bene, ti porto un po' di marmellata, ti porto qualcos'altro". Se c'hai fame, ti do qualcos'altro". E lui: "Ah, no, no. Ah, se non c'è la cioccolata, allora non voglio niente. Vi ringrazio, buonanotte", "Buonanotte" e ce ne siamo andati di là. Poi, non ci sono state più chiamate. E, poi, io ho sentito pure gli agenti che sono passati durante la notte, dice che stava sempre a letto, sempre tranquillo, non ha mai chiamato, non ha più chiamato. Poi, alle sei di mattino, come tutte le mattine, come era già successo la mattina del giorno 18, ovviamente, noi facciamo il giro e per fare i prelievi e per svuotare le diuresi. E io ero andato proprio nella cella di Stefano per fare il prelievo e per svuotare la diuresi e segnarla in cartella, solo che, quando mi ha aperto l'agente, io sono entrato nella cella e Stefano, praticamente, stava sul fianco destro, con la mano sotto la testa, in posizione proprio ... per me, stava dormendo, stava così, cioè, coperto, sul fianco destro, con la mano sotto la tesa. Al che, io, quando sono entrato, ero convinto che stesse dormendo perché proprio la sensazione era ... cioè, non dava la sensazione di un paziente ... cioè, proprio mi sembra che dormiva. Come feci la mattina del 18, dico: "Stefano, Stefano, guarda, ti devo fare il prelievo" e solo lui non mi rispondeva, dico: "boh! Forse c'avrà sonno". Allora, mi sono avvicinato al letto, dico: "Stefano, Stefano, ti devo fare il prelievo" e lui niente. Allora, al che, dico: "Porca miseria", allora mi avvicino, lo tocco, lo scopro, vedo che visivamente lui già non c'aveva comunque respiro, c'era assenza di respiro, perché c'era il torace che era fermo. Allora, controllo subito il battito per vedere se c'è polso e non c'era polso, controllo a livello carotideo e non c'era neanche qui. Mi sono allarmato e ho chiesto subito, ho detto all'agente: "Chiama subito il collega, fai portare il defibrillatore, fai portare tutto". L'ho girato, ho cominciato a fare il

massaggio cardiaco, perché lui, comunque, era proprio caldo, era ... cioè, per me, io, sinceramente, non so dire quando... da quando ha smesso di respirare, sinceramente, però, per me, il corpo era caldo. Io mi sono allarmato subito, l'ho girato, ho cominciato a massaggiarlo, ho detto: "Chiama subito il medico, chiama subito il medico, fai venire il medico, il defibrillatore. Porta il defibrillatore, tutto quanto! Intanto io incominciato a massaggiarlo, ho cercato di vedere se dava qualche segno di vita. Poi, è venuto subito il collega col defibrillatore, la dottoressa è arrivata nel giro di quattro, cinque minuti.

P.M. - Chi era il medico di turno?

IMP. FLAUTO - C'era la Dottoressa Bruno. Abbiamo subito attaccato gli elettrodi per vedere se c'era movimento a livello cardiaco, c'era sempre distolia. L'abbiamo massaggiato per mezz'ora, poi mi ha sostituito la dottoressa e, niente, poi, almeno da come m'ha detto la dottoressa, nel momento in cui lei cerca di mettergli la cannula di Maio in bocca, che è una cannula che si mette per aprire le vie respiratorie, per permettere all'ossigeno di entrare, lei ha detto che si è resa conto che, comunque, c'era una minima rigidità a livello della mandibola e, quindi, ha capito che non c'era nulla da fare. Noi l'abbiamo massaggiato per più di mezz'ora, credo dalle sei e dieci, che ho iniziato io, fino alle sette meno un quarto, le sette meno venti, siamo stati là sempre a cercare in qualsiasi modo di vedere se c'era modo di farlo riprendere, però, purtroppo, non c'è stato. E, ovviamente, che cosa è successo dopo? Siccome era la prima volta che a me succedeva una cosa del genere, cioè, in quella struttura, cioè, a me è capitato di altri pazienti che sono morti, ma c'è tutta una procedura che si fa, cioè, dopo che viene accertata la morte, si prepara la salma, si tolgono tutte le apparecchiature, eventuali flebo, qualsiasi cosa ..".

[.....]

"IMP. FLAUTO - Praticamente, come stavo dicendo prima, a me è capitato altre volte che sono morti i pazienti, ovviamente, però, in quella struttura, era la prima volta e, sinceramente, ci siamo trovati un po' spiazzati, cioè, non sapevamo che cosa andava fatto dopo che è stata costatata la morte e, quindi, ci siamo chiesti col collega: "Va be', che facciamo? Prepariamo la salma? Togliamo tutto?". Quando, appunto, abbiamo chiesto alle ... abbiamo chiesto alle guardie, dice: "Ma che cosa ... Cioè, noi possiamo sistemare la salma, tutto quanto?" e loro c'hanno detto: "No, no, no, assolutamente no. Lasciate il corpo così come si trova e non lo toccate più". Dico: "Ma, guarda, c'ha la cannula, c'ha il catetere", "No, no, lo dovete lasciare così com'è perché lo deve visionare il Magistrato. Dopodiché, dopo che l'ha visionato il Magistrato, toglierete il catetere, toglierete la cannula e tutto quanto". Questo, però, erano le sette meno un quarto, io calcoli che, poi, ho smontato alle sette. Quindi, che cosa è successo? Ovviamente, ho lasciato il corpo di Stefano col catetere inserito, con 'sta busta attaccata con l'urina dentro e la cannula di Maio in bocca. Siamo andati in medicheria e abbiamo dato le consegne, anche verbali, ai colleghi che montavano. Quella mattina, c'era la Masciarelli che, in particolare, ho parlato con lei e le ho detto, dico: "Guarda, così e così, non so che cosa sia successo, una cosa veramente incredibile, è morto Stefano Cucchi e non ci spieghiamo

veramente che cosa può essere successo, perché noi, di notte, ci abbiamo parlato, stava bene", e poi sinceramente, è stata veramente una cosa, per noi, abbastanza incredibile, abbastanza toccante. E le ho detto, dico: "Guarda, ho lasciato il corpo con il catetere inserito e c'ha ancora la cannula in bocca, di Maio", dico: "io volevo preparare la salma, ma m' hanno detto che va lasciata così, va prima visionata, poi dico - pensateci voi a togliere il catetere, la cannula e a sistemare il corpo - dico - perché a noi non ce l'hanno fatto fare". E basta, queste sono state praticamente le ultime cose che ho fatto, diciamo, per Stefano, insomma. Quindi, ho lasciato le consegne al collega e ...".

Un quadro riassuntivo delle particolari attenzioni asseritamente prestate da tutto il personale, medico ed infermieristico, alla assunzione di liquidi da parte di Cucchi è fornito dal coordinatore infermieristico, (capo-sala), Bocci Dario, (cfr. pp. 65/126 trascrizioni udienza 18/10/2011), che in tale qualità (e quindi ricoprendo – in base alle sue stesse affermazioni – un *“ruolo più organizzativo rispetto a chi fa assistenza diretta”*), aveva avuto rapporti con il paziente nei giorni 19, 20 e 21. Premesso che nella Struttura Protetta lavoravano complessivamente 11 infermieri che ruotavano su un turno di due infermieri oltre un fuori turno, e cinque unità di personale ausiliario, e che in quei giorni c'erano 21/22 ricoverati, il coordinatore Bocci ha riferito che era presente quando al Cucchi era stata proposta la visita oculistica. Il paziente si era rifiutato *“perché voleva parlare col suo legale”*, che la motivazione del suo rifiuto era stata percepita dal personale della Polizia Penitenziaria, sempre presente alle visite e ai colloqui tra i sanitari e i ricoverati, che *“prontamente raccolgono le richieste dei detenuti”*; che al riguardo ricordava che *“ci fu soltanto una iniziativa della dottoressa Corbi che comunicò, cominciò a fare una comunicazione per il magistrato di sorveglianza, legata proprio a questa difficoltà che avevamo a relazionare con il paziente”*, a quanto gli risultava né il personale medico né quello infermieristico, si era accertato che venisse effettivamente chiamato un avvocato. Con specifico riferimento all'idratazione, Bocci ha riferito che *“si andava proprio ad orario a farlo bere”*, come – a suo dire – desumibile dalle annotazioni contenute sulla Scheda Unica di Terapia, rappresentate da freccette aperte e chiuse, (ciascuna coppia delle quali corrispondente ad un bicchiere di acqua effettivamente assunto dal paziente), dette freccette comparivano per la prima volta il giorno 19 alle h. 18,00 e alle h. 24,00 e corrispondevano ai bicchieri di acqua effettivamente bevuti da Cucchi quel giorno; per il giorno 20 non vi erano indicazioni, e nel giorno 21 vi erano indicazioni per le h. 8,00, h. 12,00 e h. 24,00 ed in particolare alle h. 24,00 del 21 gli sarebbero stati somministrati 4 bicchieri d'acqua. Sempre il 21, alle h. 19,30 risultava la seguente annotazione: *“N.B. segnalare quanta acqua beve e controllare se beve”*, il giorno 21 gli era stata proposta la somministrazione di liquidi per via endovenosa, ed egli ancora una volta rifiutava.

In sintesi, *“no, mi ricordo che in quegli ultimi giorni, visto questo atteggiamento verso l'assunzione discontinua di liquidi e di cibo, si pose più attenzione a farlo bere. Poi lui beveva anche altre cose, oltre a quelle prescritte che erano probabilmente*

secondo noi il minimo che doveva assumere, poi lui integrava perché aveva le bottigliette lì nella stanza, quindi beveva anche altre cose oltre alla colazione. Lo dimostra anche ...”.

[.....]

“TESTE BOCCI - Sì, ogni volta che veniva proposta l'idratazione è stato edotto sui rischi in cui incorreva se manteneva questo atteggiamento, che non era una mancata ma era un'alimentazione sicuramente in frazione non corretta.

PRESIDENTE - Ecco, e chi gli dava queste ... ?

TESTE BOCCI - Il medico e anche ...

PRESIDENTE - Quale medico, se lei lo sa?

TESTE BOCCI - Io non ero presente, credo che gli è stato proposto dalla Dottoressa Corbi, dal Dottor De Marchis. Comunque anche noi per quanto riguarda il nostro ruolo, come educatori sanitari anche noi abbiamo fatto una ... cioè io personalmente - come ripeto - non ho avuto modo durante il giorno, però io so che i miei colleghi avevano instaurato un colloquio col Cucchi, quindi ...

PRESIDENTE - E chi sono questi colleghi ...

TESTE BOCCI - I miei colleghi presenti.

PRESIDENTE - Che hanno instaurato il colloquio?

TESTE BOCCI - Credo un po' tutti quanti, credo anche la Spencer, Flauto e... cioè è la normalità che durante un ricovero ... A parte il fatto che la nostra professione è fatta di questo, cioè noi dobbiamo comunque interagire con la persona per capire le sue variazioni, la sua patologia, quindi noi siamo molto interessati ad avere un rapporto con la persona proprio per raggiungere quell' empatia tale che ti fa capire le cose prima che avvengono. Quindi è necessario per la cura che noi abbiamo questo tipo di rapporto”.

Le consulenze tecniche medico-legali del PM e delle PPCC

Le alterazioni di natura traumatica rilevate sul cadavere secondo le considerazioni dei CCTT del PM

Subito dopo la morte di Stefano Cucchi venivano disposti dal PM accertamenti medico-legali con la nomina di consulenti tecnici; analoga nomina veniva effettuata dalle PPCC e successivamente dai difensori degli imputati.

Nell'esposizione dei risultati degli accertamenti medico-legali si ritiene opportuno affrontare partitamente da un lato l'esame delle alterazioni di natura traumatica rilevate sul cadavere e dall'altro l'esame delle patologie di natura organica da cui Stefano Cucchi era affetto e del loro trattamento medico-sanitario.

Preliminarmente, in merito alla eccepita nullità degli accertamenti autoptici delegati dal PM al CT prof. Dino Mario Tancredi in data 22 ottobre 2009 per omesso avviso ai difensori degli indagati, ci si riporta integralmente al contenuto dell'ordinanza di rigetto pronunciata dalla Corte all'udienza del 29/11/2011. Per quanto riguarda invece le eccezioni sollevate dai difensori degli imputati relativamente agli omessi avvisi degli accertamenti svolti in seguito alla riesumazione del cadavere, gli stessi

devono ritenersi superati dall'espletamento di perizia collegiale medico-legale da parte della Corte.

Quanto alle alterazioni di natura traumatica rilevate dai CCTT del PM, (che vanno esaminate per prime per verificarne la eventuale incidenza causale sull'evento morte), vengono in rilievo sia gli accertamenti svolti a seguito dell'esame necroscopico effettuato il 23/10/2009 dal CT del PM prof. Tancredi Dino Mario, sia quelli svolti a seguito di esumazione del cadavere effettuata il 23/11/2009 dal collegio dei CCTT del PM: prof. Arbarello Paolo, prof. Carella Prada Ozrem, prof. Cipolloni Luigi e lo stesso prof. Tancredi.

I dati dell'indagine necroscopica eseguita il 23/10/2009 dal prof. Tancredi apparivano indicativi di una serie di lesioni traumatiche. In particolare, il Cucchi presentava, all'esame esterno del cadavere, un piccolo ematoma in regione sopracciliare sinistra, escoriazioni sul dorso delle mani, lesioni escoriate in regione para-rotulea bilateralmente, cinque lesioni escoriate ricoperte da crosta ematica in corrispondenza della cresta tibiale sinistra: tali ultime lesioni apparivano disposte verticalmente in maniera allineata lungo l'asse longitudinale del distretto scheletrico. Venivano inoltre rilevate altre piccole escoriazioni a livello lombare para-sacrale superiormente e del gluteo destro (quadrante infero-laterale sede paratrocanterica). L'esame macroscopico delle soffiusioni ecchimotiche presenti a livello periorbitario bilateralmente, nella autopsia del prof. Tancredi, permetteva di escludere che le stesse potessero essere espressione di traumatismo contusivo diretto, non in contrasto peraltro con le risultanze degli accertamenti istologici effettuati a fronte di esumazione. In particolare, l'attento esame delle soffiusioni stesse condotto anche attraverso il riesame dei rilievi fotografici (quasi 200 scatti) eseguiti nel corso della prima autopsia, induceva i CCTT del PM ad escludere la genesi traumatica diretta di tali soffiusioni, anche per l'assenza di qualsivoglia alterazione cutanea a carattere discontinuativo a tale livello: pertanto, la pigmentazione periorbitaria osservata andava ricondotta, dal punto di vista etiopatogenetico e del meccanismo di produzione, ad una diffusione dello stravasamento ematico presente al versante interno della cute in sede frontale sinistra, secondo l'asse gravitativo, verso aree immediatamente adiacenti, tipicamente coinvolte in via migratoria. Più in particolare, infatti, poteva essere considerata a genesi certamente traumatica diretta unicamente la lesione contusiva frontale sinistra con componente tumefattiva sopracciliare apprezzabile esternamente: determinatasi per verosimile intervento di mezzo ad ampia superficie. E ciò anche avuto riguardo all'assenza di discontinuazioni cutanee focali ed in particolare di lesioni cosiddette da scoppio, tipiche dell'azione di un mezzo a stretta superficie. Di converso, vi era la disposizione perfettamente simmetrica delle soffiusioni rilevate a livello periorbitario; e ancora, vi erano: morfologia ed orientamento rispettose del decorso delle fibre dei muscoli distrettuali, i margini netti, la pigmentazione che si arrestava in corrispondenza dei margini inferiori delle sopracciglia (le cui aree apparivano completamente risparmiate); infine, l'assenza di discontinuazioni cutanee (del tipo escoriazioni e/o ferite lacero-contuse), i fornicati congiuntivali indenni, l'assenza di infiltrazioni emorragiche a

carico dei globi oculari, l'assenza di infiltrazione a livello della radice del naso. Tutte fattispecie che depongono – a dire dei CCTT del PM – per soffiusioni periorbitarie riconducibili esclusivamente ad una origine diffusiva dell'infiltrazione emorragica frontale sinistra: non emergendo, peraltro, alcun elemento atto ad avvalorare l'ipotesi di un trauma diretto orbitario-oculare e, più in generale, del massiccio facciale.

Peraltro, la genesi migratoria delle soffiusioni periorbitarie era ben spiegata anche dal fatto che il soggetto era in trattamento con antitrombotico ad effetto sostanzialmente anticoagulante, (Clexane, eparinico a basso peso molecolare), a seguito delle diagnosticate lesioni vertebrali. Di più: il paziente, durante la degenza – sia presso l'infermeria della casa circondariale di Regina Coeli, sia presso il reparto di Medicina Protetta del Pertini aveva mantenuto un decubito sostanzialmente prono, così come si evinceva dalle annotazioni rilevabili nella documentazione sanitaria.

Era quindi ampiamente verosimile ritenere che la migrazione in questione del materiale ematico stravasato dalla regione frontale sinistra nei tessuti lassi periorbitali, secondo preordinate vie anatomiche, era stata facilitata:

- a) dalla posizione prona,
- b) dalla fluidità del sangue per ridotta coagulabilità prodotta dalla terapia anticoagulante.

Peraltro, le sedi di diffusione erano declivi rispetto alla zona di stravasato primario e ad esso immediatamente contigue: risultando quindi, ulteriormente giustificata la diffusione, anche a carico della regione periorbitaria destra, in ragione di momenti nei quali il paziente aveva assunto un decubito laterale destro, come risulta dalla documentazione sanitaria. Ed inoltre, la pigmentazione ecchimotica facciale rilevata in alcuni gruppi muscolari aveva mostrato caratteristiche di sostanziale simmetria, così essendo ulteriormente avvalorata l'ipotesi diffusiva per via gravitaria dall'infiltrazione emorragica osservata a livello frontale sinistro inferiormente.

Inoltre, in sede di scheletrizzazione completa delle strutture ossee del volto eseguita dopo la riesumazione del cadavere, non era emersa alcuna lesione traumatica a carico di tutte le ossa del massiccio facciale. E, ciò anche per quanto atteneva alla mandibola, alle ossa della volta e della base cranica: ciò in piena sintonia con le risultanze della prima autopsia e con gli accertamenti TC e RMN successivamente eseguiti.

Erano altresì presenti tre piccole escoriazioni a livello del terzo superiore dell'avambraccio destro, su margine radiale in prossimità del gomito. Tali escoriazioni risultavano di forma diversa tra di loro, con crosta rilevata: in particolare una di esse risultava conformata a goccia, con estremità appuntita rivolta cranialmente. Tutte e tre queste escoriazioni risultavano di fatto localizzate lungo il decorso di vasi venosi superficiali (vena cefalica): pertanto, tenuto conto delle loro dimensioni, della sede e della forma, esse erano riconducibili a venopunture distrettuali.

Le lesioni escoriativie rilevate a livello del versante anteriore delle gambe, in considerazione delle caratteristiche qualitative, (presenza di croste), rilevate nel corso degli accertamenti necroscopici, apparivano di recente produzione. Le lesioni

escoriative in questione, inoltre, risultavano più precisamente localizzate in sede pararotulea a destra nonché pararotulea e sulla cresta tibiale a sinistra: in altre parole, dette lesioni apparivano come simmetricamente o comunque regolarmente distribuite in aree che notoriamente e comunemente rimangono lese in caso di caduta.

All'esame autoptico, condotto in data 23 ottobre 2009 dal prof. Tancredi, erano anche evidenziate infiltrazioni nel contesto del muscolo quadrato dei lombi a sinistra e del muscolo ileo-psoas a destra, a livello della sua inserzione: in particolare, l'infiltrazione interessava tessuti muscolari satelliti alla colonna lombare superiormente, proprio là dove la radiografia, eseguita in sede di Pronto Soccorso al Fatebenefratelli, aveva segnalato una deformazione del soma vertebrale di L3. Le infiltrazioni emorragiche – riscontrate all'esame autoptico nelle citate strutture muscolari endoaddominali – erano espressione di vitalità e di acuzie: si trattava cioè di lesioni la cui epoca di produzione era recente e poteva essere verosimilmente compatibile con un fatto traumatico riportato dal soggetto nei giorni precedenti il decesso. Anche nel caso di tali lesioni – secondo le considerazioni dei CCTT del PM – l'entità delle stesse poteva essere stata amplificata dalla terapia anticoagulante, somministrata al soggetto nel corso della degenza.

Le risultanze degli accertamenti strumentali radiologici (TC e RM) e di laboratorio (istologia), eseguiti nel corso delle operazioni peritali avevano evidenziato che le lesioni vertebrali in L3 e S4 erano di differente epoca di produzione. Più precisamente, l'aspetto sclerotico riscontrato a livello delle alterazioni vertebrali di L3 e la presenza, a tale livello, di evidente ernia di Schmorl, deponevano – secondo i CCTT – per una produzione non recente delle stesse: ciò che consentiva di escludere un nesso di causalità materiale con eventi recenti.

I CCTT del PM evidenziavano una sclerosi dei limiti ossei dell'ernia intraspongiosa una sclerosi a livello dell'emisoma sinistro di L3: ciò permetteva escludere, in modo assoluto, una lesione fratturativa, (o rifratturativa), recente del corpo vertebrale. Tanto più che nella sequenza "*fat suppression*" della RM veniva rilevata la presenza di un tessuto fibrotico che era solo indice di lesione pregressa. Né vi era, peraltro, alcuna traccia di edema intraspongioso, caratteristico delle lesioni acute.

Infine, ulteriore conferma era pervenuta dal reperto istologico evidenziato a tale livello, con numerosi preparati allestiti. Nei relativi campi di osservazione, infatti era stato possibile evidenziare unicamente la presenza di tessuto osteoide, in alcuni casi in via di ossificazione, in assenza di qualsivoglia infiltrazione emorragica e/o infiammatoria con carattere di acuzie. Ciò consentiva con certezza scientifica, di affermare che si trattava di alterazione traumatica non recente. Pertanto, pur sussistendo infiltrazione emorragica a carico del muscolo ileopsoas destro e del muscolo quadrato dei lombi sinistro – che per sede, tipologia e distribuzione erano riconducibili a fatti distrattivi – si doveva ritenere che le alterazioni morfostrutturali del corpo vertebrale di L3 risalivano ad evento non recente nel tempo. Quanto all'immagine evidenziata dai radiogrammi tradizionali a livello dell'apofisi traversa destra di L1, essa andava ricondotta alla presenza a tale livello di un abbozzo costiforme. In altre parole, tale immagine radiografica doveva essere attribuita ad un

dimorfismo del passaggio dorso-lombare, fattispecie questa confermata dalla presenza di una sincondrosi che testimoniava a tale livello la presenza di una variante anatomica. Queste considerazioni trovavano puntuale conferma nel dato necroscopico che non aveva evidenziato, a livello di L1, la presenza di una infiltrazione ematica, ciò che invece sarebbe stato lecito attendersi, nel caso in cui, a tale livello, si fosse prodotta una alterazione di recente genesi traumatica.

Per quanto atteneva poi alla genesi delle suddette lesioni ecchimotiche traumatiche profonde, gli approcci necroscopici consentivano di escludere elementi deponenti per traumi diretti che potessero aver interessato il soggetto a quel livello. Giacché, le infiltrazioni intramuscolari erano, di fatto, profonde e nel contesto delle fibre muscolari, sicché tali alterazioni non potevano che essere ascrivibili a meccanismi traumatici di tipo indiretto.

Peraltro, all'esito degli accertamenti collegiali eseguiti, la lesività traumatica accertata a livello osseo, era risultata sostanzialmente sovrapponibile a quanto emerso nella prima autopsia. Tutto ciò era già desumibile anche dalla documentazione clinica relativa all'accesso al Pronto Soccorso del Cucchi del 16.10.2009 ed agli accertamenti radiologici eseguiti in tale occasione. Al riguardo, tuttavia, sia nel referto RX dell'Ospedale Fatebenefratelli che in quello del Pertini la lesione vertebrale più bassa non interessava, come refertato dai sanitari dei predetti ospedali, la I vertebra coccigea, bensì l'osso sacro a livello S4, come emerso anche alla lettura della radiografia del 16.10.2009 effettuata presso l'ospedale Fatebenefratelli.

Peraltro, nel corso della seduta del 1 marzo 2010 i CCTT del PM provvedevano ad esporre completamente l'osso sacro ed il coccige: ebbene, mentre il versante interno dopo totale scheletrizzazione e sezione mostrava parcellare rima di frattura - già evidente all'RX del 16.10.2009 -, i relativi versanti esterni ed in particolare le prominenze rappresentate dalle creste sacrali erano risultate del tutto esenti da infiltrazioni emorragiche e, soprattutto da discontinuazioni fratturative.

I preparati istologici ottenuti a tale livello, inoltre, avevano evidenziato sul versante interno della regione sacro-coccigea la presenza di spandimento ematico all'infiltrazione emorragica già macroscopicamente emersa all'autopsia, mentre sul versante esterno erano presenti esigui focali stravasi emorragici, il tutto inquadrabile nell'ambito di traumatismo di recente verificaione.

Non solo, ma sin dalla prima autopsia era stato possibile escludere a tale livello l'applicazione diretta di un mezzo lesivo: giacché oltre all'assenza di fratture coinvolgenti la superficie esterna dei metameri ossei, anche la cute immediatamente sovrastante il distretto sacrococcigeo e loco-regionale non mostrava aspetti lesivi. Appariva cioè esente da lesività ecchimotica e/o escoriata focale e, in particolare, esente da ferite lacero-contuse da scoppio dei tegumenti distrettuali. Tali ultime lesioni avrebbero dovuto essere presenti, ancor più nell'ipotesi di azione traumatica esercitata con mezzo a stretta superficie, in soggetto, peraltro, estremamente magro e quindi con cute strettamente adesa al piano osseo sottostante ed ai relativi profili.

Diversamente, dovrebbe ammettersi che un mezzo a stretta superficie, animato da significativa forza viva, tale da fratturare l'osso sacro sul relativo versante interno,

avrebbe, invece, risparmiato la cute ed il versante esterno dell'osso sacro stesso: il che, invero, sarebbe, dal punto di vista dei CCTT del PM, oltreché incongruente, anche totalmente dissonante con tutta la ormai consolidata trattativa traumatologica e medico - legale, a riguardo.

Ad ogni modo, come anche già evidenziato nella relazione redatta dal prof. Tancredi, il complesso di tutte le lesioni acute riscontrate, (sia ossee che dei tessuti molli), risultava – a detta dei CCTT del PM – compatibile con un meccanismo di caduta sul podice, comportante sostanziale unico momento traumatico. Non era peraltro possibile distinguere, dal punto di vista rigorosamente medico-legale, se il complesso delle lesioni occorse al Cucchi, fosse conseguente a caduta di natura accidentale ovvero fosse stato determinato da turbativa dell'equilibrio, non coesistendo, sul soma del predetto, alcuna lesione da afferramento o da difesa attiva o passiva.

Comunque, ad ulteriore esaustivo chiarimento, spiegavano i CCTT, anche nell'ipotesi che la lesione a livello della vertebra L3 fosse stata acuta, (ciò che era inconfontabilmente dimostrato non essere), tale fattispecie non avrebbe che ulteriormente rafforzato l'ipotesi di una caduta sul podice del soggetto. Giacché sulla base della comune esperienza in materia di lesività e, soprattutto, in relazione a quanto emerge unanimemente dalla letteratura, una deformazione del corpo vertebrale, del tipo di quella riscontrata nel caso di specie, non poteva che conseguire ad un meccanismo traumatico indiretto di tipo compressivo assiale. Vale a dire prodotta da un urto estrinsecantesi sul corpo vertebrale lungo l'asse longitudinale, trasmesso verticalmente, in modo da determinare una lesione fratturativa con schiacciamento dello stesso. Peraltro, nel soma del Cucchi era presente ernia di Schmorl, cronica, analogamente a livello lombare, riconducibile ai medesimi meccanismi e modalità di produzione, (caduta).

Pertanto, alla luce di quanto considerato, andava escluso che una lesione fratturativa del tipo di quella riscontrata potesse conseguire ad un trauma direttamente inferto a livello della vertebra L3. Anche l'esame dei tegumenti permetteva di escludere la presenza di possibili lesioni discontinuative a livello sacro-coccigeo che, tenuto conto della costituzione del soggetto, sarebbe stato lecito attendersi in caso di lesività indotta da mezzo a stretta superficie. Per quanto atteneva al rilievo presente nelle cartelle cliniche del Pertini e di Regina Coeli, concernenti la descrizione di un edema gluteo sinistro e di ecchimosi sacro-coccigee, esse deponavano per un impatto avvenuto su una superficie ampia. Tali lesioni, unitamente all'ampia infiltrazione emorragica del pavimento pelvico e dell'area escoriata al gluteo destro erano complessivamente compatibili con una caduta sul podice del soggetto su ampia superficie, che giustificava anche la lesività ossea a livello sacrale, localizzata esattamente sulla linea mediana e con decorso tipicamente trasversale.

Ad ogni modo, l'assenza di segni deponenti per colpi diretti non escludeva l'ipotesi di un intervento esterno nella genesi del fatto traumatico-contusivo.

Sia dalla lettura della documentazione clinica che dai rilievi anatomopatologici condotti si poteva senz'altro affermare che:

- a) il Cucchi era stato interessato da un evento traumatico che lo aveva reso sofferente, non in grado di deambulare e con decubito prono obbligato per algie presenti in sede sacrale;
- b) doveva essere presa in considerazione l'evenienza clinica che la condizione preesistente di L3, (alterazione della limitante somatica superiore di L3 con ernia di Schmorl cronica), avesse subito, a seguito del trauma, esacerbazione dolorosa;
- c) certamente la lesività acuta in forma di discontinuazione ossea a livello S4 non poteva che comportare ulteriore accentuazione delle algie;
- d) il complesso muscolare del Cucchi era marcatamente atrofico;
- e) il soggetto presentava altresì un atteggiamento rotoscoliotico.

Sicché le conseguenze del trauma erano pienamente sintoniche con la sintomatologia presentata dal soggetto.

In conclusione le lesioni citate avevano determinato per il Cucchi l'insorgere di una malattia intesa come incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni che, stando alla natura ed entità delle lesioni riscontrate, si sarebbe protratta per un periodo superiore ai venti giorni ed inferiore ai quaranta e non avrebbe determinato, con ogni verosimiglianza, alcun postumo configurante un indebolimento permanente al sensi dell'art. 583 c.p.

Di conseguenza, affermavano i CCTT del PM, le suddette lesioni non avevano avuto alcun ruolo causale e/o concausale nel determinismo della morte del soggetto, in quanto le alterazioni riscontrate nel corso dell' accertamento – per caratteristiche quali-quantitative e relativi riflessi disfunzionali – non avevano in alcun modo interferito sulle funzioni vitali.

Le alterazioni di natura traumatica rilevate sul cadavere secondo le considerazioni dei CCTT delle PPCC

A conclusioni opposte pervenivano i CCTT delle PPCC, i quali, in via preliminare provvedevano a richiedere, come detto, la riesumazione della salma per l'effettuazione di un nuovo studio settorio al fine di svolgere un completo esame eidologico e plurimi prelievi di tessuti di organi e di apparati al fine della corretta individuazione della causa della morte e al fine di poter circoscrivere temporalmente gli eventuali fenomeni fratturativi.

All'esame esterno, alla luce dei reperti fotografici rilevati tanto in corso di primo esperimento settorio effettuato in data 23 ottobre 2009, quanto del successivo esperimento settorio su cadavere esumato in data 23 novembre 2009, visti anche gli esiti descrittivi degli esperimenti settoriali di cui alla consulenza dei CCTT del PM, i CCTT delle PPCC sottolineavano quanto segue:

- 1) regione orbitaria sinistra: area di colorito violaceo su tutto l'ambito nel contesto di una generale alterazione del normale profilo anatomico della regione stessa per procidenza dei tessuti molli orbito-palpebrali dell'angolo laterale dell'orbita, estesa per circa i due terzi della superficie della stessa, con scomparsa, per appianamento, a tale livello del solco orbito-palpebrale consensuale;

- 2) regione orbitaria destra, area di colorito rosso violaceo di tutto l'ambito esteso all'angolo sottozigomatico omolaterale;
- 3) piramide nasale, in corrispondenza del terzo superiore del dorso del naso e delle facce laterali bilateralmente, presenza di area di colorito rossastro;
- 4) regione infratemporale sinistra, a livello dell'angolo sovra mandibolare omolaterale in corrispondenza del rafe pterigomandibolare e del solco mento labiale, estesa al solco naso labiale, presenza di area di colorito rosso violacea, di forma irregolarmente oblunga con base slargata in corrispondenza del rafe mandibolare e andamento lineare dall'alto al basso lungo il solco naso labiale la commessura labiale omolaterale, ed il solco mento labiale appunto;
- 5) braccio di sinistra, presenza di aree di colorito rossastro, di varia forma e dimensione, diffusamente localizzate;
- 6) braccio di destra, presenza di aree di colorito rossastro, di varia forma e dimensione;
- 7) piega del gomito di destra, presenza di n. 3 aree disepitelizzate, aventi forma irregolarmente circolare ed ovoidale delle dimensioni non superiori al cm, di colorito rossastro, in evoluzione crostosa;
- 8) mano destra, faccia dorsale, secondo dito, in corrispondenza dell'osso metacarpale, area disepitelizzata di colorito rossastro, forma approssimativamente a losanga;
- 9) mano destra, faccia dorsale, secondo dito, in corrispondenza della III falange, presenza di area disepitelizzata di colorito rossastro, forma approssimativamente circolare;
- 10) mano destra, faccia palmare, primo dito in corrispondenza della falange distale, area di perdita di sostanza cutanea, con messa a nudo degli strati sottostanti, di forma grossolanamente ovalare, margini sfrangiati, scavati, di colorito nerastro.

In sede di esperimento settorio, rilevavano:

testa: secondo quanto si osservava dai rilievi fotografici effettuati nel corso dell'esperimento settorio del 23/10/2009, ed anche secondo quanto descritto dai CCTT del PM, mediante taglio bimastoideo si procedeva allo scollamento e al ribaltamento del cuoio capelluto. Effettuato lo stesso si evinceva chiaramente la presenza di vasta area di infiltrato emorragico in corrispondenza della regione frontale di sinistra estesa dalla glabella alla regione sovra orbitaria sino alla regione parietale omolaterale che si rifletteva sulla radice di inserzione del muscolo temporale di sinistra.

All'ispezione fotografica dei reperti effettuati, all'isolamento dei muscoli temporali era altresì presente area di infiltrazione emorragica in corrispondenza del terzo medio del muscolo temporale di destra che veniva confermata macroscopicamente mediante sezione, mirata, dei ventri dello stesso.

Visto il reperto macroscopico, su esplicita richiesta dei CCTT delle PPCC, in sede di esperimento settorio del 23 novembre 2009, si era esteso lo studio macroscopico della regione della testa anche al distretto facciale, mediante sezione per piani anatomici dello stesso. Nello specifico si procedeva prolungando il piano di sezione lungo il

marginale sotto frontale, sovra orbitario sino alla regione del naso e specularmente della regione mandibolare ed infratemporale bilateralmente, secondo taglio di Adams modificato. Pur nel disfacimento determinato dai processi trasformativi (fase cromatica putrefattiva), si provvedeva alla corretta visualizzazione anatomica della regione del cranio-volto, che a sinistra presentava un franco quadro di infiltrazione emorragica in regione angolo mandibolare sinistra, infiltrazione emorragica dei tessuti molli e muscolari della regione zigomatica sinistra, area di infiltrazione emorragica dei tessuti sottocutanei e molli della piramide nasale e della cute e cuoio capelluto della regione frontale sinistra, così come descritto in sede di primo esperimento settorio.

Indagine eidologica: al fine di caratterizzare natura, sede ed entità dei traumi fratturativi diagnosticati anche al fine di poterli meglio corredare di criteri cronologici confacenti al quadro clinico anamnestico e radiologico evincibile dagli atti, si era reso necessario procedersi a dettagliato studio eidologico sulla salma esumata dello Stefano Cucchi, in accordo a protocollo metodologico univocamente accettato dalla disciplina medico-legale. Si visionavano pertanto i radiogrammi del rachide lombosacrale e del tratto sacro-coccigeo eseguiti in duplice proiezione oltre che l'esame di Tomografia Computerizzata (TC) e di Risonanza Magnetica (RM) di tutto il corpo. L'esito degli stessi era stato collegialmente visionato sotto la supervisione del prof. Giuseppe Guglielmi, esperto radiologo. Lo studio radiologico della colonna vertebrale del tratto lombare dimostrava la frattura del corpo vertebrale di L3 che appariva ridotto in altezza con cedimento della limitante somatica e avvallamento del suo profilo nella parte superiore di sinistra (fig. 1 pag. 110 relazione CCTT di PPCC). L'indagine radiologica della regione sacro coccigea in proiezione laterale evidenziava la rima di frattura a livello del corpo vertebrale della I vertebra coccigea con netta interruzione del profilo osseo corticale e angolatura dei monconi di frattura (fig.2 pag. 110). L'indagine TC dimostrava bene la frattura con cedimento strutturale della porzione posteriore-superiore del corpo vertebrale L3 con presenza di frammento osseo da riferire a distacco osseo di natura post-traumatica che sporgeva nel canale midollare e improntava il sacco durale. Il frammento osseo non mostrava alcuna irregolarità periferica né iniziali fenomeni riparativi che vanno sotto il nome di "callo osseo" a dimostrazione della recente epoca di insorgenza (figg. 3-7 pagg. 111/113). La RM confermava tutti gli aspetti sopradescritti e permetteva di bene evidenziare l'estensione verticale della rima di frattura e il cedimento di tutta la porzione sinistra del corpo vertebrale della III vertebra lombare, (figg.8-10 pagg. 113/114).

Tanto l'esperimento settorio condotto in data 23 ottobre 2009 sul cadavere di Stefano Cucchi, quanto il successivo esperimento settorio sulla salma esumata del Cucchi, effettuato in data 23 novembre 2009, unitamente agli accertamenti eidologici effettuati, consentivano ai CCTT di PPCC di confermare il grave quadro lesivo polidistrettuale plurifratturativo che emergeva dal dato clinico. In specie, il necessario esame eidologico, effettuato sulla salma esumata del Cucchi, (autopsia virtuale), in ossequio al più moderno armamentario medico-legale nei casi consimili, permettevano di fare chiarezza, in maniera univoca e definitiva, tanto sulla entità,

sede e numero delle fratture vertebrosacrali, presentate dal Cucchi, quanto in merito alla natura traumatica delle stesse.

Nel dettaglio, all'esame esterno cadaverico, veniva confermato quanto descritto dai vari sanitari che si erano avvicinati nell'assistenza al Cucchi. Era cioè presente, in sede di distretto cranio-facciale, lesività di tipo classicamente contusivo a carico dei tessuti molli facciali rappresentata da una generale alterazione del normale profilo anatomico della regione orbitaria sinistra a motivo della procidenza dei tessuti molli orbito-palpebrali dell'angolo laterale dell'orbita sinistra, estesa per circa i due terzi della superficie della stessa, con scomparsa a tale livello, per appianamento, del solco orbito-palpebrale omolaterale. Concomitava, in regione orbitaria destra, area di colorito rosso-violaceo estesa sino all'angolo sottozigomatico omolaterale. Il successivo esperimento settorio permetteva inoltre di acclarare la presenza di area di infiltrato emorragico in corrispondenza dei ventri muscolari del muscolo temporale di destra. Il necessario completamento dello studio per strati anatomici della regione cranio-facciale, in corso di successiva esumazione, permetteva di confermare l'interessamento, a tale livello, dei piani sottocutanei e dei tessuti molli dove era nitidamente distinguibile, pur nel disfacimento tipico ad opera dei fenomeni trasformativi cadaverici, una vasta area di infiltrato emorragico dei tessuti molli facciali maggiormente spiccata a carico dell'emivolto sinistro.

In sintesi, tanto il dato eidologico, (fratture traumatiche di recente insorgenza), quanto il dato microscopico, (emorragiole perilesionali), unitamente con l'esordio e l'evoluzione clinica del quadro lesivo del Cucchi così come evincibile dalla certificazione medica del giorno 16 ottobre 2009, permettevano – a dire dei CCTT di PPCC – di poter circoscrivere la genesi traumatica delle lesioni traumatiche vertebrali stesse, con elevata probabilità logica e scientifica, in un ben preciso arco temporale da ascriversi tra le 13.00 e le 14:05 del giorno 16 ottobre 2009.

Avvaloravano tale affermazione tanto la scansione della certificazione acclusa in atti, quanto la naturale evoluzione del quadro traumatico-clinico.

Dalla scansione dell'attività certificativa emergeva infatti che alle ore 14:05 del 16 ottobre 2009, il Cucchi (dopo aver regolarmente presenziato all'udienza di convalida), era stato visitato all'interno dei locali della città giudiziaria e in quella sede, al medico di guardia, riferiva dolore ed ecchimosi in regione sacrale; solo due ore più tardi, alla visita presso l'U.O.C. di Medicina Penitenziaria e Ass.za Patologie da Dipendenza I D della Casa Circondariale Regina Coeli, il sanitario di turno richiedeva urgente trasferimento del Cucchi, a mezzo di ambulanza, presso il PS dell'Ospedale Civile Fatebenefratelli, descrivendo "... ecchimosi sacrale-coccigea, tumefazione del volto bilaterale... Algia alla deambulazione ...".

Alle ore 20:00 del 16 ottobre 2009, infine, il Cucchi, ricoverato presso i locali del Pronto Soccorso dell' Ospedale Civile Fatebenefratelli, presentava dolore acuto alla palpazione a livello della regione sacrale, accompagnato da un quadro di instabilità vertebrale con "... stazione eretta e deambulazione impossibile in relazione alla frattura vertebrale ... corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura della I

vertebra coccigea. Riferisce l'insorgenza e la durata dei sintomi da 3 a 6 ore." ovvero alle 14:00 circa della medesima giornata.

Tale ricostruzione analitica – nella ricostruzione dei CCTT delle PPCC – era l'unica oggettivamente basata sui dati clinici ed era plausibile e sostenibile alla luce proprio del quadro clinico, tipico di quadri consimili, giacché la frattura del corpo di L3, per di più con la concomitante frattura del corpo della I coccigea, si caratterizzavano per un quadro clinico rapidamente invalidante tanto la deambulazione quanto la posizione seduta ed il mantenimento della stazione eretta, acutezza del quadro clinico che si associava a vivo dolore.

A nulla valeva quanto evasivamente dichiarato dal Cucchi circa un trauma avvenuto alle ore 23:00 della sera del giorno prima, irrilevante, (ove anche avvenuto), ai fini del quadro fratturativo obiettivato, giacché l'esordio clinico, in casi consimili, per univoca accettazione da parte della scienza medica, avveniva con un esordio sintomatologico eclatante e rapidissimo contenibile al massimo in un range di poche ore, (nulla di clinicamente rilevante emergeva invece a carico del Cucchi nelle ore che seguirono l'arresto, avvenuto alle ore 23:30 del 15 ottobre 2009 sino all'udienza per direttissima, terminata alle ore 13:00 del giorno 16 - ben 14 ore dopo le ore 23:00).

Inoltre i CCTT delle PPCC, nelle note controdeduttive in data 2/10/2010, chiarivano quanto segue:

“I consulenti, alle pag. 88-93 danno una interpretazione della lesività da loro stessi oggettivata sul cadavere del Cucchi.

Orbene essi pervengono alla conclusione che (pag. 88, rigo 8 e seguenti) “Il Cucchi presentava un piccolo ematoma in regione sopraciliare sinistra, escoriazioni sul dorso delle mani, lesioni escoriate in regione pararotulea bilateralmente...”.

Finita tale enunciazione sempre alla pag. 88 ultimo capoverso ed 89 primo capoverso è dato leggersi che “l'esame macroscopico delle soffiusioni ecchimotiche presenti a livello periorbitario bilateralmente, nella autopsia del dott. Tancredi permise di escludere che le stesse potessero essere espressione di traumatismo contusivo diretto, non in contrasto per altro con le risultanze degli accertamenti istologici effettuati a fronte di esumazione”.

Orbene sorge spontaneo chiedersi sulla scorta di quale asserto scientifico, dacché non viene motivato in alcuna parte della relazione, sia possibile affermare che un esame macroscopico permette di escludere la genesi traumatica delle stesse.

Non può non sottolinearsi, infatti, in tale sede come il proseguo e l'argomentazione di tale affermazione nell'elaborato sia basato non già su una spiegazione scientifica di tale diniego, bensì su affermazioni ancorchè altamente contraddittorie, scarsamente credibili scientificamente.

Si legge a pag. 89 secondo capoverso che “In particolare l'attento esame delle soffiusioni stesse...ha permesso di escludere la genesi traumatica anche per l'assenza di qualsivoglia alterazione cutanea a carattere discontinuativo a tale livello”.

Alla lettura del giurista e non del tecnico medico legale, o semplicemente medico, parrebbe affermarsi dunque un assioma scientifico, del tutto nuovo ed in contrasto col dato esperienziale di ognuno di noi, secondo il quale ogni schiaffo o pugno non sono da includersi tra gli eventi a genesi traumatica quando non incidono e ledono la superficie cutanea.

Inoltre se fosse vera tale prima affermazione mal allora si comprende perché, al contrario, per i medesimi Consulenti, possa considerarsi traumatica la sola lesione contusiva frontale sinistra che invece non solo è tale ma sarebbe addirittura prodotta, pag. 90, rigo “...per verosimile intervento di mezzo ad ampia superficie. E ciò (sempre come prima ndr) avuto riguardo all’assenza di discontinuazioni cutanee focali ed in particolare di lesioni cosiddette da scoppio, tipiche d’un mezzo a stretta superficie”.

Il che se non interpretiamo male equivale a giustificare anche a sinistra l’assenza di lesività discontinuativa, come medesimamente a destra, e che entrambe, allora possano, correttamente interpretarsi quali lesioni contusive “per verosimile intervento di mezzo ad ampia superficie”

Ed infatti a riprova della bontà di tale affermazione, e quindi di una genesi traumatica polidistrettuale facciale, colpisce che ai consulenti sia sfuggito quanto da loro obbiettivato in corso di esame autoptico e segnalato a a pg. 48 ove, al paragrafo CAPO, righe 4-6, è dato leggersi “Nulla ai muscoli temporali ove si escluda a destra – interamente nel contesto delle fibre muscolari – apparente parcellare infiltrazione emorragica”.

In buona sostanza c’era sangue nei muscoli della tempia destra a riprova di una azione contusiva profonda con stravasamento ematico intramuscolare.

Tali reperti sono stati correttamente fotografati dal perito settore dell’Ufficio e da noi così commentati “All’ispezione fotografica dei reperti effettuati all’isolamento dei muscoli temporali era altresì presente area di infiltrazione emorragica in corrispondenza del terzo medio del muscolo temporale di destra che veniva confermata macroscopicamente dal settore mediante sezione, mirata, dei ventri dello stesso”.

Sia i CCTT del PM sia i CCTT delle PPCC ribadivano rispettivamente, (nelle udienze del 29/11/2011, 6/12/2011, 20/12/2011 e 11/1/2012 i primi, e nelle udienze del 27/1/2012 e 9/2/2012 i secondi), le proprie conclusioni, confutando con ampie argomentazioni quelle avversarie.

Le cause della morte secondo le considerazioni dei CCTT del PM

Nella relazione a loro firma i CCTT del PM hanno evidenziato che dalla documentazione in atti non era stato disposto un doveroso accertamento specialistico cardiologico volto ad approfondire le cause della bradicardia, da cui sarebbero potuti scaturire più idonei trattamenti. In merito poi ai rifiuti delle terapie e degli accertamenti più volte segnalati dai sanitari in diaria clinica, eccezione fatta per un’occasione, il paziente non aveva mai controfirmato le annotazioni relative ai rifiuti

che apparivano come mere annotazioni dei sanitari in diaria. Se dunque dalla lettura degli atti sanitari e degli elementi circostanziali emergeva che il Cucchi si presentava come un paziente dalla non facile gestione diagnostico-terapeutica, ciò non esimeva certamente i curanti dal doversi a maggior ragione attivare nel rendere ancor più completamente e dettagliatamente edotto il Cucchi sul suo stato di salute nonché sugli immediati rischi e pericoli a cui in concreto si esponeva con i suoi reiterati rifiuti, rifiuti peraltro motivati dal paziente stesso preve condizioni. Inoltre, i sanitari avrebbero dovuto adottare misure più determinate e incisive finalizzate a trasferire il paziente in contesti di cura più adeguati, tenuto conto di un quadro clinico che non mostrava evoluzione certamente favorevole.

E, dunque, se il Cucchi non rifiutò di sottoporsi a consulenza ortopedica si poteva ritenere che fosse consapevole che la persistente sintomatologia algica lombare potesse essere causata da un problema a tale livello. Ecco, dunque, che ciò poteva porre interrogativi sull'effettiva consapevolezza ed informata volontà del Cucchi di rifiutare ogni altro intervento volto a migliorare le sue condizioni generali.

In tema di corretta analisi medico-legale, v'è da chiedersi se - in termini di ipotesi controfattuali, qualora si fosse posto mano ad un corretto ed adeguato percorso di informazione del paziente - cosa di cui non vi è traccia documentale - e qualora fosse stato colta l'effettiva criticità delle problematiche cardiologiche inserite in grave contesto malnutrizionale con relativi segni dismetabolici, vi è da chiedersi se egli avrebbe comunque perseverato nell'espone la propria salute a pericoli, rifiutando ulteriori ovvero diversi accertamenti e terapie.

Insomma, da quanto desumibile dalla documentazione sanitaria non risulta in alcun modo che il paziente sia stato informato sulla gravità ovvero sulle potenzialità evolutive del proprio quadro clinico: ciò consente di ritenere che i dissensi relativi a diagnosi e terapie opposti dal Cucchi non possano essere considerati come validi.

Ma v'è di più: proprio sul rifiuto ad eseguire accertamenti (segnatamente ECG) da parte del Cucchi, è ovvio che la volontà del paziente, (che nel caso di specie, si ribadisce, non appare sottoscritta dallo stesso), non può essere considerata, di per sé, fonte di annullamento di responsabilità da parte dei sanitari che lo ebbero in cura: soltanto perché egli dichiara che vi si sarebbe sottoposto non prima di aver parlato con il proprio avvocato.

Infatti, il rifiuto al trattamento costituisce di per sé una determinazione che il paziente è libero d'assumere previa costante, completa e corretta informazione sul proprio stato di salute, sui rischi *quoad valetudinem* o *quoad vitam* ai quali si espone: e di tutto ciò non v'è traccia alcuna negli atti esaminati. In altri termini, secondo una rigorosa valutazione medico-legale, non risulta documentalmente comprovato che l'atto compiuto dal paziente, (rifiuto diagnostico-terapeutico), scaturì dalla piena consapevolezza di quelle che erano le sue effettive condizioni di salute. Dal punto di vista medico-legale, insomma, emergeva dalla documentazione clinica come, la mancata richiesta e conseguente esecuzione di un *videat* specialistico cardiologico pur di fronte a un ECG che, per la presenza del già ricordato ritmo bradicardico, doveva costituire motivo di allarme, sia davvero da considerarsi

omissione censurabile in termini di imprudenza e negligenza. Del resto, atteso che i sanitari, nell' ambito di un iter diagnostico e comunque di una gestione del paziente invero approssimativa, non avevano compreso la gravità del quadro clinico o comunque le potenzialità evolutive anche letifere, ne derivava che ben difficilmente il paziente avrebbe potuto essere correttamente informato circa i rischi reali a cui poteva andare incontro rifiutando l'approfondimento diagnostico proposto dai sanitari.

Peraltro, anche nelle giornate successive a quella del ricovero, il dato già citato della bradicardia era andato a complicarsi con un grave stato ipoglicemico ed un subittero: anche qui non si trova traccia d'un intervento dei sanitari a far sottoscrivere al Cucchi un informato - e quindi consapevole - rifiuto ad accertamenti e terapie.

E del resto, oltre alla inesattezza e alle contraddizioni con le quali venne compilata la documentazione clinica nel caso in esame, con riferimento alla obiettività clinica e strumentale, vi è anche una mancata compilazione completa del modulo con cui il paziente autorizza la trasmissione delle proprie notizie cliniche: tale modulo, infatti, che costituisce parte integrante della cartella clinica, non risulta compilato in alcune delle sue parti essenziali né risulta controfirmato dal paziente. In particolare, non appare compilata affatto la sezione B del modulo stesso che, secondo le istruzioni per la compilazione allegate al modulo, dovrebbe essere riempita proprio in quei casi nei quali il soggetto non acconsenta a fornire notizie cliniche ai propri familiari.

Proseguendo nell'analisi dei dati clinici presenti agli atti, veniva evidenziato come il soggetto de quo presentava, oltre alle alterazioni di alcuni parametri renali nonché epatici e pancreatici, in data 19.10.09, valore di glicemia pari a 40 mg/dL - valore enormemente basso - senza che nei giorni successivi venisse effettuata alcuna altra analisi di controllo di questo parametro.

Ebbene, tale importante parametro avrebbe dovuto – non solo in senso assoluto (cioè in riferimento ai parametri della norma), ma in relazione alla particolare condizione nutrizionale del paziente - suscitare grande allarme. Giacché una condizione di ridotto apporto di glucosio agli organi nobili, comporta riflessi pregiudizievoli anche sulla cellula miocardica, risultando così l'ipoglicemia ancor più perniciosa in un soggetto che presentava stato di dimagrimento cachettico. A fronte del valore abnormemente basso della glicemia nel caso di specie, dunque, non risultano le doverose seriate determinazioni della glicemia stessa, pur in presenza di un soggetto che si alimentava ed idratava in maniera piuttosto discontinua e che aveva presentato una drastica diminuzione del peso corporeo. Non è noto, quindi, quale sia stata la effettiva evoluzione del quadro da questo punto di vista, proprio a causa di un mancato monitoraggio: fattispecie questa che non può non venire in rilievo dal punto di vista della negligenza e della imprudenza che si colgono nella prestazione professionale resa dai sanitari dell'ospedale Pertini. Ed ancora, al momento della prima autopsia eseguita sul cadavere del Cucchi dal dott. Tancredi, oltre ai riscontri a carattere traumatico, venne rilevata la presenza di un globo vescicale quantificato in circa 1400 cc di urina. La presenza di tale reperto, in considerazione della cateterizzazione vescicale del paziente appare sconcertante: giacché non possono che

esservi due circostanze che ne hanno determinato il verificarsi. E cioè: il catetere si era spostato, ovvero, si era ostruito avendosi a determinare un mancato drenaggio vescicale nel relativo sacchetto. E poiché tale fattispecie non compare mai in alcuna notazione in cartella clinica, non se ne può che dedurre, quindi, che nessuno notò tale circostanza e, soprattutto che, in base alla quantità di urina riscontrata in sede necroscopica, tale ostruzione o spostamento dovevano datarsi a diverse ore prima: in proposito e tra l'altro in diaria clinica viene segnalato uno svuotamento del sacchetto alle ore 6,00 del 21.10.09 e non risulta annotato alcun successivo intervento del personale curante in tal senso.

La formazione di una quantità rilevante di urina richiese un tempo certamente prolungato durante il quale, la stessa, ovviamente, non si riversò nel sacchetto esterno connesso al catetere, circostanza questa evidentemente, non notata dal personale sanitario del reparto: sicché, anche in questo caso, non può non rilevarsi come l'atteggiamento mantenuto dal personale sanitario sia stato connotato da evidente negligenza per non aver controllato né il corretto posizionamento del catetere, né il suo efficace drenaggio, sicché l'accumulo di urine determinò un abnorme dilatazione della vescica.

Inoltre, a fronte della situazione clinica del soggetto e di una discontinua idratazione dello stesso, appare gravemente carente sotto il profilo diagnostico-assistenziale che non sia stato dato corso ad un completo monitoraggio del livello degli elettroliti del soggetto: anche in questo caso non può non rilevarsi un atteggiamento imprudente da parte di chi, avendo la gestione clinica del soggetto, non ritenne di eseguire controlli completi e seriati pur a fronte di prelievi per esami ematochimici che vennero eseguiti pressoché quotidianamente, ed ai quali il paziente non aveva opposto rifiuto.

Nella pratica clinica, come peraltro ribadito in tutta la trattatistica medica de quo, è ben noto che a fronte di stati di alterata idratazione, innegabili nel caso de quo, ed in presenza di un contesto cachettico assumono grande valore le modificazioni di tasso ematico degli elettroliti: in questo caso, esse furono o sotto stimate (sodio e cloro) ovvero non monitorate (calcio). Sicché ciò avrebbe rigorosamente imposto un tempestivo monitoraggio clinico e laboratoristico; anche per l'influenza negativa che tale squilibrio elettrolitico esercita sulla attività cardiocircolatoria che, nel soggetto de quo, era già compromessa da evidente bradicardia.

Peraltro, il rilievo di una diuresi apprezzabile nei giorni precedenti il decesso (cfr. Annotazioni in diaria clinica 700 cc il 18.10; 500 cc il 19.10 e azzeramento della stessa il 21.10) ed il rilievo sopra ricordato dei 1400 cc di urine evidenziato all'esame autoptico non appare quindi in alcun modo indicativo di uno stato di totale e grave disidratazione del soggetto, tale da sola da determinare l'exitus, anche considerato che il Cucchi nelle ore precedenti la morte assunse tre bicchieri di acqua.

In altri termini, non si tratta assolutamente del cosiddetto exitus da disidratazione, bensì di un quadro assai più complesso e per certi versi più grave.

In sintesi, ebbe a determinarsi una situazione nella quale il soggetto presentava una marcata bradicardia, con valore glicemico estremamente basso, (in assenza di ulteriori controlli seriati), alterazione degli elettroliti in soggetto cachettico con

ipertransaminasemia, iperbilirubinemia, iperazotemia, ed incremento degli enzimi pancreatici. In tali condizioni è assai verosimile che si instauri una forte turbativa della fisiologica funzione di diversi organi ed apparati, segnatamente di quello cardiaco con conseguente insufficienza cardio-circolatoria acuta e subentrante asistolia che è certamente la causa che ebbe a condurre a morte il Cucchi.

Tale fattispecie non contrasta con i dati della cartella clinica nonché con quelli della indagine necroscopica e dai successivi rilievi istologici. Infatti le risultanze delle indagini necroscopiche hanno consentito di escludere che il decesso del soggetto potesse, in alcun modo, essere ricondotto a genesi traumatica essendo le lesioni rilevate e discusse in precedenza, assolutamente non rilevanti ai fini del determinismo della morte.

L'indagine necroscopica aveva peraltro mostrato la presenza di un marcato edema polmonare, indicativo di una insufficienza di pompa del cuore con successivo arresto cardiaco e decesso del soggetto. Né erano state evidenziate altre patologie a valenza letifera alternativa. Tutto ciò, peraltro, puntualmente in accordo con le indagini istologiche.

Infine, gli esami tossicologici eseguiti sui liquidi biologici prelevati nel corso dell'accertamento necroscopico hanno consentito di escludere nel sangue la presenza di sostanze esogene che possano in qualche modo aver influito sul decorso causale che ha condotto alla morte del Cucchi. La sottovalutazione del complesso morboso di cui era portatore il Cucchi, con tutti i relativi subentranti riflessi disfunzionali, è stata certamente antecedente causale determinante nel produrre l'evento morte del Cucchi.

Come sopra precisato tali circostanze si sono concretizzate per il comportamento imprudente e negligente dei sanitari che avevano in cura il soggetto, dovendosi quindi ritenere che il comportamento degli stessi abbia avuto una essenziale rilevanza causale nel determinismo della morte del soggetto: si può quindi affermare in termini controfattuali che in assenza di tale condotta e con un iter diagnostico-terapeutico tempestivo ed adeguato nonché con una puntuale e completa informazione, il decesso del Cucchi si sarebbe potuto evitare con elevatissima probabilità logica e credibilità razionale.

Del resto, anche la relazione datata 21.10.09 redatta dalla dottoressa Corbi testimonia di un incomprensibile atteggiamento ancora una volta non fattivamente interventistico: infatti, a fronte di un paziente che viene descritto in condizioni scadute ed i cui parametri son quelli sopra commentati, invece di attivare idonee ed immediate misure clinico-terapeutiche di sua competenza ovvero richiedere eventuale consulenza specialistica opta per una missiva all'Autorità Giudiziaria che, nel caso di specie, non avrebbe che comportato ulteriore ritardo nei doverosi approcci medici. Inoltre mal si comprende come mai il Primario del Reparto, informato della situazione clinica di gravità di uno dei pazienti ricoverati, invece di prendere visione direttamente della condizione clinica segnalatagli da uno degli assistenti, si limiti a indicare la predisposizione di una relazione. Appare evidente come un tale atteggiamento configuri una mancata assunzione di responsabilità da parte di un soggetto che rivestiva una figura apicale e che, per sua natura ed esperienza clinica

conferitagli dal ruolo rivestito, avrebbe dovuto adottare maggiore prudenza rispetto anche a quella adottata dal personale sanitario del reparto, stante anche la sua funzione di controllo sull'attività dei suoi assistenti. Sempre con riferimento al momento in cui venne constatato il decesso del Cucchi si ribadiva, come sopra ricordato, come non veniva, dal sanitario intervenuto, descritta alcuna eventuale presenza di fenomeni tanatologici consecutivi sul cadavere. In assenza dei predetti rilievi e/o di una immediata osservazione diretta del cadavere, nessuna ipotesi poteva essere formulata in maniera scientificamente attendibile circa l'epoca della morte del soggetto: inevitabilmente ogni diversa affermazione in merito, finirebbe per rivestire carattere di ipoteticità, addirittura sconfinante in una apoditticità del tutto ascientifica. Da ultimo va detto a questo punto che ulteriore dato deponente per un non corretto e non univoco inquadramento del caso, anche nella fase epicritica del post-mortem, è rappresentato da differenti annotazioni a riguardo presenti in atti. Contraddittoria infatti è l'annotazione riportata in diaria dopo la morte del Cucchi secondo cui la stessa è dovuta a fatto "naturale", soprattutto quando considerata alla luce della successiva richiesta di autopsia con "... Diagnosi clinica presunta: sospetta embolia polmonare in paziente affetto da frattura vertebra L3 + trauma facciale. Grave dimagrimento. Iperazotemia ...". Nel momento in cui, infatti, il sospetto diagnostico sia di un fatto embolico polmonare conseguente a trauma fratturativo appare ovvio come il decesso non possa certamente essere considerato naturale ma debba essere ascritto a fatto violento (sia esso o meno accidentale) e, come tale, descritto nella parte relativa alle morti violente del modello Istat per la denuncia della causa di morte: anche dopo il decesso del Cucchi continuano, pertanto, erronee determinazioni dei sanitari anche nella compilazione della documentazione sanitaria nella fase conclusiva della vicenda clinica in esame.

Si riportano quindi le conclusioni dei CCTT del PM:

“Sulla base di tutti gli accertamenti necroscopici svolti anche in sede di esumazione del cadavere del Cucchi, alla luce delle risultanze di tutti gli accertamenti strumentali e di laboratorio, nonché tenuto conto di quanto risultante dalla documentazione sanitaria in atti con riferimento ai diversi ricoveri, cui il Cucchi è stato sottoposto, possiamo così esprimere in ordine alle problematiche proposte dai Magistrati.

Va doverosamente segnalato che nel corso delle operazioni peritali svolte si in questi mesi per la complessità del caso si è aderito volta per volta ad ogni tipo di richiesta di accertamenti, il tutto avvenuto nella più ampia collegialità con i consulenti di parte rispettiva. Si vuole sottolineare altresì che a disposizione dei consulenti delle parti sono state poste circa un centinaio di preparati istologici, diverse centinaia di rilievi fotografici ed alcune migliaia di immagini radiografiche, tratte non solo dalle routinarie indagini radiologiche, ma altresì da procedure di Risonanza Magnetica Nucleare e Tomografia Assiale Computerizzata.

Ciò detto possiamo così rispondere al quesiti posti dai Magistrati:

La morte di Stefano Cucchi venne constatata, in costanza di degenza ospedaliera, alle ore 6,10 del 22 ottobre 2009, non in contrasto con l'entità e l'evoluitività dei fenomeni tanatologici rilevati in sede di prima necropsia. A riguardo non è consentita alcun'altra eventuale puntualizzazione, giacchè dalla documentazione clinica non risultano descritti eventuali fenomeni tanatologici consecutivi sulla base dei quali potrebbero essere espressi considerazioni circa l'ora effettiva in cui ebbe a verificarsi il decesso a riguardo.

Il decesso del soggetto è riconducibile ad insufficienza cardio - circolatoria acuta per bradicardia marcata a fronte di ipoglicemia grave e screezio epatico, in soggetto affetto da comizialità e con anamnesi positiva per tossicodipendenza.

Il paziente era portatore di lesioni osteotraumatiche consistenti in una rima di frattura composta dell' osso sacro a livello S4 di epoca recente, ed esiti di lesioni pregresse dell'emisoma sinistro della vertebra L3, coesistendo lesioni tegumentarie di significato contusivo. Tale quadro traumatico di insieme non ha avuto alcuna valenza causale nel determinismo della morte.

Si ritiene che la condotta dei sanitari che ebbero in cura Stefano Cucchi presso la struttura di Medicina Protetta dell' Ospedale Pertini di Roma sia stata caratterizzata da profili di censurabilità professionale in termini di negligenza, imperizia ed imprudenza e che tale condotta abbia avuto valenza causale nel determinismo della morte del Cucchi”.

Le cause della morte secondo le considerazioni dei CCTT delle PPCC

In sintesi, queste le conclusioni dei CCTT delle PPCC circa le cause della morte:

“Risposta ai quesiti

La morte di del Sig. Stefano Cucchi è addebitabile ad un quadro di edema polmonare acuto in soggetto politraumatizzato ed immobilizzato affetto da insufficienza di circolo sostenuta da una condizione di progressiva insufficienza cardiaca su base aritmica (bradicardia da ritmo giunzionale a 45b/min con associate anomalie aspecifiche della ripolarizzazione ventricolare), intimamente correlata all'evento traumatico occorso e al progressivo scadimento delle condizioni generali.

Conducono a tale affermazione, la critica analisi delle evidenze emerse in corso di esperimento settorio oltre che le risultanze dell'indagine istopatologica, in uno, alla critica interpretazione dei dati clinico strumentali evincibili dalla documentazione sanitaria negli atti a nostra disposizione.

Parimenti, la condotta del personale sanitario che si avvicendò nell'assistenza del Cucchi tra il 16 ed il 22 ottobre 2009 appare viziata da gravi elementi di negligenza”, (cfr. pp. 120/121 relazione scritta acquisita in atti)

A queste conclusioni i CCTT delle PPCC pervengono attraverso un lungo ed articolato iter descrittivo-argomentativo che esamina analiticamente le varie evenienze cliniche e patologiche che si erano poste nel corso del ricovero e della

degenza di Stefano Cucchi. Tra le patologie che vengono particolarmente evidenziate per la loro importanza vi sono quelle afferenti il tratto lombare della colonna vertebrale:

“In sintesi: Lo studio radiologico della colonna vertebrale del tratto lombare dimostra la frattura del corpo vertebrale di L3 che appare ridotto in altezza con cedimento della limitante somatica e avvallamento del suo profilo nella parte superiore di sinistra.

L’indagine radiologica della regione sacro coccigea in proiezione laterale evidenzia la rima di frattura a livello del corpo vertebrale della I vertebra coccigea con netta interruzione del profilo osseo corticale e angolatura dei monconi di frattura.

L’indagine TC dimostra bene la frattura con cedimento strutturale della porzione posteriore-superiore del corpo vertebrale L3 con presenza di frammento osseo da riferire a distacco osseo di natura post-traumatica che sporge nel canale midollare e impronta il sacco durale. Il frammento osseo non mostra alcuna irregolarità periferica né iniziali fenomeni riparativi che vanno sotto il nome di “callo osseo”, a dimostrazione della recente epoca di insorgenza (Figg. 3-7).

La RM conferma tutti gli aspetti sopradescritti e permette di bene evidenziare l’estensione verticale della rima di frattura e il cedimento di tutta la porzione sinistra del corpo vertebrale della III vertebra lombare (Figg. 8-10)”.

[.....]

“L’indagine eidologica

Al fine di caratterizzare natura, sede ed entità dei traumi fratturativi diagnosticati anche al fine di poterli meglio corredare di criteri cronologici confacenti al quadro clinico anamnestico e radiologico evincibile dagli atti, si è reso necessario procedersi a dettagliato studio eidologico sulla salma esumata del sig. Stefano Cucchi, in accordo a protocollo metodologico univocamente accettato dalla disciplina medico –legale e da anni posto in essere nel nostro Istituto. Si sono visionati i radiogrammi del rachide lombo-sacrale e del tratto sacro-coccigeo eseguiti in duplice proiezione oltre che l’esame di tomografia computerizzata (TC) e di risonanza magnetica (RM) di tutto il corpo. L’esito degli stessi è stato collegialmente visionato sotto la supervisione del prof. Giuseppe Guglielmi, radiologo con comprovata esperienza nell’ambito dello studio dell’apparato muscolo-scheletrico, della morfometria vertebrale e della radiologia forense, (cfr. pp. 109/115 relazione).

I Consulenti ponevano poi in evidenza le problematiche “addominali” del paziente soffermando la loro attenzione sull’addome e sul c.d. globo vescicale:

“Addome: alla sezione dei piani muscolari dei muscoli retti dell’addome presenza di aree di infiltrato emorragico verosimilmente dei piani sottocutanei sovrafasciali dei muscoli retti dell’addome, in regione sopra ombelicale.

La cavità peritoneale si presentava occupata per oltre un terzo da globo vescicale che sospingeva i visceri addominali ed in specie lo stomaco e le anse ileo digiunali rispettivamente in fossa epatica e lienale con risalita delle stesse a livello delle consensuali porzioni del muscolo diaframma intratoraciche”,(cfr. pp. 93/95 relazione).

[.....]

“La vescica conteneva circa 1.400 cc di urina, da quanto emerso dalla relazione d’Ufficio, come anticipato verbalmente dal dr. Manfredi in corso di riunione preliminare all’esperimento settorio del 23 novembre. Alla luce di tale reperto fotografico del tutto corrispondente al dato presentato, (1.400 cc di urina in vescica), si è proceduto dietro nostra richiesta a studio dell’apparato urinario e sezione e esame macroscopico del canale uretrale che mostrava, nella sua porzione prostatica, in corrispondenza della regione verumontanum area di infiltrazione emorragica ad ore 6-7. Si procedeva a prelievo in toto dell’uretra e a plurimi prelievi della parete vescicale”, (cfr. ibidem).

E ancora per quanto riguarda lo stato dell’apparato cardiovascolare e, a seguire, più in particolare per quanto riguarda le varie concause che – secondo l’impostazione dei CCTT delle PPCC – hanno contribuito a determinare il decesso:

“Dobbiamo pertanto considerare il cuore del Cucchi all’ingresso in ospedale come "perfettamente sano". Ciò acclarato, occorre allora identificare le cause che condussero alla documentata bradicardia o, quantomeno, visto la pochezza delle indagini di monitoraggio effettuate proprio durante il ricovero ospedaliero, verificare i meccanismi che con elevate probabilità logiche e scientifiche possono giustificare l’insorgenza di un tale quadro ed in particolare se questo possa essere ricondotto, anche concausalmente, al quadro lesivo obiettivo.

Orbene, è noto che la bradicardia ha una varietà di eziologie tra le quali spiccano, per il caso in questione, quelle correlate all’attivazione dei riflessi nervosi ". La bradicardia come risposta a stimoli traumatici è stata ben descritta in casi di danni oculari, danni alle corna spinali, in caso di shock ipovolemico, emotorace spontaneo e traumi addominali. Nella maggior parte di questi casi si è dimostrato il coinvolgimento dei riflessi vagali. La normale frequenza cardiaca è determinata dall’equilibrio esistente tra sistema nervoso simpatico e parasimpatico a livello del nodo seno atriale. La bradicardia mediata dal vago si ritiene esser il risultato della interazione tra norepinefrina e acetilcolina sul nodo seno-atriale'. Allo stesso modo le bradicardie estreme e gli stessi arresti sinusali con ritmi giunzionali di scappamento attivati come compenso, possono essere attribuiti all’incremento del tono vagale. Il blocco delle vie afferenti di questa risposta, come accade per esempio durante le anestesi spinali, aboliscono la risposta. Nel caso del Cucchi, il trauma lombo-sacrale (coccigeo) esercita un significativo effetto sulla funzione nervosa vagale che non compare immediatamente ma si estrinseca in maniera subdola a

seguito del danno traumatico. Tale affermazione è sorretta dal concomitare di almeno due significative evidenze cliniche:

fattore tempo/decorso: il Cucchi non manifesta immediatamente la compromissione delle funzioni nervose autonome. Gli esami clinici a cui viene sottoposto dimostrano l'integrità delle funzioni sensitive e motorie (riflessi e quant' altro). Con il progredire del quadro clinico e con la comparsa delle emorragie perilesionali (ex-post confermate dal vasto ematoma retroperitoneale perilesionale) si determina uno stato irritativo locale che determina la compromissione grave di tali funzioni; cosa che si evince dalla valutazione del secondo parametro; sebbene nessun sanitario esegua manovre specifiche alla ricerca del danno neuro-autonomico, esso appare evidente in relazione all'esigenza del posizionamento del catetere vescicale per scongiurare il rischio di una vescica neurologica possibile a seguito di traumi spinali. Tale accortezza, lungi dall' essere soltanto una manovra profilattica, rappresenta la prova della compromissione nervosa autonoma in quanto, all'autopsia, il Cucchi mostra i segni del globo vescicale anche in condizioni di cateterizzazione, poichè, a catetere mal posizionato, il sistema sfinteriale del Cucchi non è in grado di funzionare nemmeno parzialmente. Il globo vescicale agisce evidentemente come amplificatore della risposta vago tonica in quanto esso stesso, anche nel soggetto sano, è condizione sufficiente a determinare riflessi vagali talvolta associati ad eventi di tipo sincopale. Tale meccanismo potrebbe essere stato ulteriormente amplificato da alterazioni della risposta simpatica che avrebbero potuto inficiare la risposta adattativa. E' infatti dimostrato che i pazienti con lesioni osteo-midollari che interessano le prime vertebre lombari presentano alto rischio di disfunzioni cardiache in seguito ad alterazioni delle vie simpatiche dei nuclei intermediolaterali”, (cfr. pp. 160/166 relazione scritta).

[.....]

“Queste alterazioni erano (e sono) suggestive di un quadro di iperosmolarità plasmatica sostenuta da iperazotemia (da ipercatabolismo e/o da riassorbimento emorragico) e da ipernatriemia. Nel caso del Cucchi, infatti, al ricovero, il deficit di acqua corporea era stimabile, in circa 2000cc. Durante il ricovero tale deficit si è aggravato fino a raggiungere un deficit di circa 3000cc, il giorno del decesso. Altresì è possibile calcolare l'osmolarità plasmatica in maniera precisa all'ingresso, poichè sono disponibili contemporaneamente i valori di glicemia, azotemia e sodiemia. In tale occasione il valore dell'osmolarità plasmatica calcolata è di 333,4mOsm/kg che rappresenta, già di per se, un quadro di iperosmolarità plasmatica. Nei giorni successivi tale quadro va progressivamente deteriorandosi per il peggiorare del quadro iperazotemico ipercatabolico che, in assenza di adeguata correzione terapeutica, porta l'osmolarità a >378mOsm/kg il giorno 21 ottobre. Quadro che configura una severa sindrome da iperosmolarità plasmatica. Al momento del ricovero il Cucchi presentava valori plasmatici di sodio di 151mEq/l, condizione che caratterizza il quadro di ipernatriemia. Tale condizione è andata aggravandosi durante il ricovero fino al valore di 156mEq/l del 21 ottobre, giorno prima del decesso. L'ipernatriemia, nel caso del Cucchi, va attribuita in primis all'

iperazotemia e, secondariamente, alla perdita per sudorazione aumentata, condizione questa che si evince dalla cartella infermieristica all'Ingresso. L'iperazotemia in assenza di aumento di creatinina ed elevato peso specifico urinario (funzione filtrante glomerulare e secretiva tubulare preeservate), depone infatti per un quadro di spiccato ipercatabolismo proteico tipico di un organismo privo, come era il Cucchi, di riserve adipose e povero di masse muscolari (peso all'ingresso 52kg) ed aggravato dal riassorbimento post-emorragico. E' ben noto che tanto fattori scatenanti cardiaci, quanto extracardiaci o iatrogeni, possono altresì scompensare acutamente un cuore con preesistente cardiopatia e determinare un improvviso cedimento funzionale del ventricolo sinistro.

Tra i fattori scatenanti extracardiaci si annoverano le alterazioni acute dell'equilibrio idroelettrolitico ed acido-base.

Tra i fattori scatenanti iatrogeni c'è il sovraccarico idrosalino, la scadente compliance al trattamento medico e i traumi.

In conclusione, dunque, la drammatica evoluzione del grave quadro di scompenso metabolico trova conferma del suo acme negli esami ematochimici del 21 ottobre 2009:

iperosmolarità dovuta a iperazotemia spiccata che induce diuresi osmotica e conseguente disidratazione che si manifesta in penultima giornata con ipersodiemia in presenza di funzione renale conservata preservata ed aumento di tutti i parametri biochimici, compresi i dati emocromocitometrici;

grave stato di defedamento e malnutrizione: l'ipoglicemia è nel Cucchi il segno biochimico dell'insufficienza metabolica instauratasi rapidamente nel corso della degenza; essa, infatti, è da ascrivere all'inadeguata gluconeogenesi epatica evidentemente non più sostenuta dal catabolismo muscolare.

L'ipoglicemia a sua volta fa aumentare l'iperazotemia perché induce ulteriore aumento del riassorbimento di aminoacidi. Inoltre, in alcuni studi, è stato osservato come vi sia una correlazione diretta tra ipoglicemia marcata e mortalità per arresto cardiovascolare nel paziente critico in medicina d'urgenza. Orbene, così come ampiamente argomentato, le condizioni suddette peggioravano il quadro di bradicardia giunzionale di base ed ipotensione e, conseguentemente, il deficit di portata cardiaca (gittata sistolica x frequenza cardiaca) sostenuta al principio solo dalla bassa frequenza a cui il cuore sano oppone compenso aumentando la gittata sistolica. Con il perdurare degli squilibri di base, aggravati dal perdurare della bradicardia non tempestivamente riconosciuta e corretta, ed intervenuto il deficit metabolico con conseguente riduzione dei substrati energetici per la contrazione cardiaca, si è instaurata una riduzione della gittata sistolica con conseguente edema polmonare acuto evidenziato all'esame autoptico e microscopico." (cfr. pp.168/173 relazione scritta)

I CCTT delle PPCC, prof. Fineschi Antonio, prof. Pomara Cristoforo, prof. Vendemmiale Gian Luigi, prof. Serviddio Gaetano e prof. Guglielmi Giuseppe sono stati esaminati alle udienze del 27/1/2012 e del 9/2/2012.

In particolare, sulle cause della morte, si è soffermato il prof. Vendemmiale, ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Foggia, (cfr. pp. 91 e seguenti trascrizioni udienza 27/1/2012), il quale ha riferito: *“dunque, dicevo, possiamo partire da questa prima immagine e dal nostro primo fondamentale quesito: come è potuto accadere che un giovane sportivo, magro certo, vedremo tra poco, con poca massa grassa, tratto in arresto il 16 ottobre, sia deceduto dopo soltanto sei giorni per edema polmonare acuto e in condizioni di estrema cachessia? Che cosa è avvenuto in questi sei giorni per portare ad un evento così drammatico?”*

[.....]

Abbiamo ritenuto di sgombrare il campo da altri parametri di disturbo, secondo noi, non perché non presenti, ma perché assolutamente irrilevanti nel determinismo del decesso del giovane Cucchi, quali quelli relativi alla funzione epatica, come vedremo, e a quella pancreatica. Mostreremo come il ruolo centrale in questo caso clinico sia stato svolto dal trauma lombo-sacrale, dalla disfunzione vescicale e dalla brachiardia”, (cfr. pp. 92/93 ibidem).

“Io vorrei spiegare la metodologia che ci ha guidato in questa analisi, che è l'unica possibile secondo noi in casi del genere, cioè quella del ragionamento clinico internistico induttivo e deduttivo, dell'integrazione dei dati sostanzialmente. Perché in medicina un sintomo o un segno non dice nulla o dice troppo, bisogna che dica il giusto; un segno o un sintomo dice il giusto se viene inquadrato e interpretato in un contesto generale. Questo è il nostro compito, dare un senso a tre, quattro, cinque, segni e sintomi contemporaneamente presenti in una persona per arrivare ad una diagnosi; e questo abbiamo cercato di fare. Quindi, se un segno mi può dir poco, più segni e più sintomi contemporaneamente presenti in uno stesso individuo e in uno stesso periodo devono verosimilmente significare una cosa principale, una diagnosi principale. Faccio un esempio che può apparire banale ma che può servire per chiarire: la febbre da sola può essere causata da 100, probabilmente, 100 cause, forse anche di più; la tosse può essere un sintomo respiratorio, può essere un sintomo cardiaco, può essere un sintomo persino intestinale; le altre algie possono essere dovute a malattie osteoporotiche, artrosi, degenerative, infettive, possono essere dovute a cause immunitarie, possono essere dovute a cause neoplastiche; ma un individuo che ha febbre, altre algie e tosse, molto verosimilmente ha una sindrome influenzale. Allora insieme, così noi abbiamo analizzato tutti i parametri ematochimici a disposizione, gli esami clinici strumentali, cercando di interpretarli quando possibile secondo un'unica sostenibile chiave di lettura. Ora io vi anticipo quelli che sono i punti principali che toccheremo in questa relazione in modo sistematico e dettagliato, con il Professor Serviddio, per meglio specificarli e focalizzarli. I parametri ematochimici secondo noi fondamentali e principali in questa storia clinica, e i segni clinici più rilevanti, che vedete mostrati qua, l'emoglobina, l'azotemia, la sodiemia, la funzione urinaria, il calo ponderale, la disidratazione. Ora vedremo poi perché, nello specifico ognuno di essi. Mentre abbiamo creduto di sgombrare il campo da altri parametri di disturbo secondo noi, di scarso valore non perché non presenti, ma perché assolutamente irrilevanti nel

determinismo del decesso del giovane Cucchi, quali quelli relativi alla funzione epatica, come vedremo, e a quella pancreatico. Mostriamo come ruolo centrale in questo quadro clinico sia stato svolto da l trauma lombosacrale, dalla disfunzione vescicale e dalla bradicardia, ma ancora una volta come spiegare, come, come interpretare questi due eventi fondamentali, la disfunzione vescicale e dalla bradicardia, non già in modo disgiunto e avulso da un contesto generale, perché se non dovremo pensare che si trattava di una persona che aveva una non meglio definita malattia renale, che neanche conosceva probabilmente, che di colpo ha smesso di urinare, con iperazotemia, con ipersodiemia e che avesse un cuore malandato fragile, metabolicamente inefficace, quasi vecchio. E cioè una persona malaticcia, e il Professor Fineschi ha usato un termine che a me è molto piaciuto prima, cioè, una persona che aveva un' orologio biologico tarato per morire in quei giorni. Io ne uso un'altra per farvi capire cosa penso: una persona a questo punto ad alto rischio di morte, senza che neanche lo sapesse. Ma secondo noi è poco verosimile perché era uno sportivo, che si allenava, che faceva pugilato, che il giorno prima ha fatto mezzora di tapis roulant; pensiamo invece che tutto sia stato estremamente acuto e iniziato con il trauma lombosacrale, e mostreremo i collegamenti fisiopatologici fra trauma lombosacrale e insorgenza di vescica neurogena e bradicardia. In uno scenario dove vedremo come si inseriscono molto bene quei sintomi e quei segni e quei parametri prima accennati, in un contesto, nel contesto di un drammatico crollo e declino delle condizioni cliniche del soggetto, in assenza di un adeguato ruolo e di un adeguato piano diagnostico terapeutico. Ciò che ha condotto alla causa finale del decesso: un edema polmonare acuto”, (cfr. pp. 94/95 ibidem).

Le consulenze tecniche dei CCTT delle difese degli imputati

A loro volta i numerosi CCTT degli imputati, sentiti dalla Corte e dei quali sono state acquisite le relazioni scritte, hanno prospettato come cause della morte del giovane Cucchi, sia pure con una vasta gamma di differenziazioni e di distinzioni, ancora altri fattori, tutti però sostanzialmente riconducibili alla “morte cardiaca improvvisa”. In particolare, si sarebbe trattato di una morte cardiaca improvvisa, inattesa e senza sintomi che avessero preceduto l’evento, in un soggetto dipendente cronico da sostanze da abuso e con molteplici esiti da pregressi traumatismi. Nel caso di specie l’evento morte non era stato preceduto da alcun sintomo di rilievo, quale dispnea, cianosi, dolore toracico o addominale, cardiopalmo, febbre o altro; il paziente non aveva mai accusato disturbi particolari tali da avvertire il personale di assistenza, che pure intorno alle h. 22,00 e alle h. 24,00 circa era stato allertato per altri motivi: caratteristiche tutte che configuravano i termini della “morte improvvisa”

Secondo i CCTT delle difese, la probabilità che possa verificarsi una *morte improvvisa* è correlata al numero dei fattori di rischio che, nel caso di specie, erano presenti nei limiti di pura potenzialità poiché il paziente non era portatore di patologie cardiache clinicamente evidenti o di altre grandi patologie di organo o di sistema per

cui l'arresto cardiaco si sarebbe potuto verificare, in termini di prognosi, in qualsiasi momento ed in qualsiasi luogo senza essere preceduto da sintomi prodromici: l'evento era, quindi, del tutto imprevedibile per l'assenza di sintomatologia d'allarme nella data condizione clinica.

L'ipertrofia ventricolare sinistra, riscontrata solo all'esame autoptico, fattore di rischio indipendente di morte improvvisa, e lo stress emotivo, prodotto dall'arresto e dalla detenzione, erano due tra i maggiori fattori gravati da morte improvvisa che potevano determinare un'ischemia miocardica transitoria, causata da spasmo coronarico per iperincrezione catecolaminica e per attivazione del sistema autonomo simpatico, potenzialmente innescante un'aritmia ventricolare maligna. Non andava certamente sottostimata l'importanza dell'azione esercitata dall'uso prolungato di cocaina, di fumo di sigaretta che si potenziano reciprocamente.

In particolare si rimarcava come il concetto generale secondo il quale la morte causata dalla cocaina sia dovuta agli alti dosaggi sia assolutamente sbagliato. Eccetto casi particolari nei quali esistono massive esposizioni alla droga, la morte non è dose-correlata ed i livelli ematici di cocaina non possono essere usati come predittori di tossicità. La maggior parte delle morti accade dopo uso prolungato della droga attraverso una serie di alterazioni a livello molecolare, cellulare e tissutale. Tutte queste alterazioni favoriscono la morte improvvisa. Potenzialmente letali sono le alterazioni miocardiche che comprendono l'ipertrofia, la fibrosi e la microangiopatia.

I CCTT della difesa hanno sostenuto che i medici del Pertini non potevano obiettivamente prevedere la morte del Cucchi in quanto non esistevano fattori di rischio clinicamente evidenti o evidenziabili. Anche l'elettrocardiogramma, eseguito al momento del ricovero, non mostrava alcun segno morfologico indicativo di danno d'organo e pertanto non si ravvedeva la ragione che avrebbe dovuto spingere i medici del Pertini a richiedere un ecocardiogramma sia pure per un semplice atteggiamento cautelativo.

Le cause che potevano aver portato, nel tempo, all'instaurarsi dell'ipertrofia del ventricolo sinistro si dovevano ricercare nell'attività sportiva praticata, nell'uso prolungato di cocaina e del fumo di sigaretta oltre, ovviamente, a motivi genetici. Le alterazioni metaboliche ed elettrolitiche presentate dal paziente, l'ipoglicemia e l'ipersodiemia, non erano riscontrabili nell'elenco dei possibili fattori di morte improvvisa se non nel contesto di una sintomatologia chiaramente specifica e del tutto assente nel caso in esame. A questo proposito l'ECG, tecnicamente non perfettamente eseguito, non presentava indicazioni di allarme.

Si trattava quindi di una persona capace di gestire la propria condizione in quanto aveva obbligato i medici a non fornire notizie sulla sua salute ad alcuno, compresi i familiari, aveva rifiutato spesso, ma non sempre, le visite mediche e gli accertamenti proposti, aveva accettato di alimentarsi sia pure parzialmente, aveva assunto sempre la terapia orale e non si era opposto a quella parenterale antidolorifica. Coloro che lo avevano assistito si erano prodigati per farlo sentire una persona normale e per dargli la sensazione che la partecipazione e il colloquio continui fossero finalizzati a

stabilire un contatto umano indipendentemente dalle problematiche legate al suo stato di detenzione.

Si trattava quindi di una situazione complessa, analizzata in maniera assolutamente incompleta dalle perizie dei CC.TT. del PM e delle PPCC che apparivano prive di un rigoroso ragionamento clinico e mancanti di una diagnosi di morte che potesse dirsi vicina alla realtà dell'accaduto.

Gli episodi dell'arresto e della detenzione avevano amplificato i meccanismi fisiopatologici propri dello stress i quali, interagendo con le alterazioni strutturali e microscopiche del cuore, evidenziate ed evidenziabili solo con l'esame autoptico e le metodiche istopatologiche, legate all'uso di alcool, del fumo di sigaretta, di cocaina e di eroina, erano stati decisivi nel determinare il decesso.

Infine ed a ulteriore supporto della tesi fin qui descritta, il dato autoptico ed i numerosi e dettagliati esami istopatologici non avevano messo in evidenza alcuna patologia con caratteristiche evolutive fatali e pertanto non avevano fornito una causa evidente della morte. Con riferimento poi alla gestione clinica del paziente presso la Struttura Protetta dell'Ospedale S. Pertini, la stessa era stata priva di errori e di censure medicolegali rilevanti e tutte le varie fasi della vicenda erano state annotate in modo metodico e scrupoloso nel diario clinico. Quindi non si individuavano profili di colpa medica responsabili del decesso che era stato evento improvviso e non prevedibile in quanto non emergevano elementi oggettivi di allarme e malattie conclamate in atto che potessero far prevedere la morte la quale si era verificata a seguito della forte condizione di stress psicologico unitamente a quello traumatico che, anche se non aveva causato lesioni gravi, aveva sicuramente provocato una seria ed invalidante sintomatologia dolorosa. La situazione, nel suo complesso, aveva compromesso lo stato psicofisico generale del paziente innescando i meccanismi fisiopatologici che avevano determinato la morte improvvisa.

La perizia medico-legale svolta in dibattimento

A fronte delle contrastanti conclusioni sull'origine delle lesioni, sulle cause della morte e sulla condotta del personale sanitario cui pervenivano gli esperti del PM, delle PPCC, nonché quelle dei numerosi CCTT degli imputati, la Corte all'udienza del 18/7/2012 disponeva perizia medico-legale affidata ai professori: Grandi Marco della Sezione di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano, Iapichino Gaetano del Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti dell'Università degli Studi di Milano, Marenzi Giancarlo del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari dell'Università degli Studi di Milano, Sganzerla Erik della Clinica Universitaria di Neurochirurgia dell'Università Milano Bicocca, Barana Luigi dell'Unità Operativa di Urologia dell'Ospedale E. Bassini di Milano e Cattaneo Cristina della Sezione di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano.

Nel presente procedimento si è sviluppato, tra i consulenti delle parti, un pressochè totale contrasto su tutti i punti controversi in materia di prova scientifica medico-legale sopra sinteticamente elencati. Né la pur serrata dialettica dibattimentale ha

sciolti i nodi, essendo ciascuno rimasto ancorato alla posizione di partenza. In un simile contesto, che investe la conoscenza di materie di per sé complesse, e rese ancor più scivolose dai costanti progressi della scienza, con quel che ne segue in termini di aggiornamento delle tecniche sia di rilevazione che di interpretazione, il Giudice, ancorché "peritus peritorum", non dispone aprioristicamente del bagaglio di cognizioni che gli consenta di pronunciarsi in modo deciso a favore di una tesi o dell'altra. Egli può discostarsi dalle valutazioni degli esperti con sintetica motivazione nei casi in cui la fallacità delle conclusioni "tecniche" sia macroscopica e palese, tale da sfidare il buon senso comune, ma tale non è la vicenda che ci riguarda, come dimostra la stessa, amplissima esposizione in fatto dei punti controversi. In caso di contrasti così acuti, dunque, la Corte, alla quale è fatto divieto, anche se ne disponesse, di ricorrere alla propria scienza privata (ma, attesa la complessità della materia, così non è), ha il dovere di ancorarsi a criteri il più possibile oggettivi. Non è un criterio oggettivo, ovviamente, la provenienza della valutazione tecnica, nel senso che non può arbitrariamente operarsi una "scelta" tra le ragioni dell'una o dell'altra parte. Non si può, in altri termini, astrattamente sostenere una supposta maggiore "affidabilità" della valutazione proveniente ad esempio dai tecnici impiegati dal PM: è vero che il PM indaga anche nell'interesse della parte, perché mosso esclusivamente da ragioni di giustizia, ma è anche vero che si tratta pur sempre di attività squisitamente discrezionale. Dal che discende che la natura del processo accusatorio, strutturato sulla dialettica fra parti a cui si riconoscono le stesse facoltà e pari diritti, impone di valutare nello stesso modo le consulenze tecniche eventualmente sviluppate da tutte le parti. Né è un criterio oggettivo quello che si affida a una (difficilmente dimostrabile) prevalenza, per così dire, accademica: anteporre le valutazioni di un titolare di cattedra in una certa sede rispetto al titolare di un'altra sede sarebbe anche in questo caso arbitrario. Senza contare che un ricercatore o un professore associato, (è arduo, talora, districarsi nel groviglio dei titoli) potrebbero disporre, di un'abilità specifica superiore, in ipotesi, a quella del loro stesso titolare di cattedra. Nel caso in esame poi la professionalità e la valentia dei consulenti che hanno affrontato le tematiche del presente procedimento è indiscussa. "Quid iuris" allora in caso di contrasto?

Nell'intento di raggiungere il massimo di neutralità possibile il Giudice, che sta tra l'Accusa Pubblica e Privata e la Difesa, nel perdurante contrasto di valutazioni tutte provenienti da professionisti di indubbio valore, ha il dovere di procedere ad una valutazione complessiva delle stesse affidandosi all'unico soggetto che può garantirgli quel sapere del quale necessita per valutare correttamente materie di grande specificità tecnica: un perito che al Giudice, e solo ad esso, risponda.

E che debba operarsi una distinzione concettuale tra consulenza di parte e perizia di ufficio è confermato dalla giurisprudenza di legittimità, (cfr. Cass. Sez. VI, nr.22540 del 2/3/2006, est. Carcano, RV 234372), laddove (in fattispecie afferente a scritture di comparazione) espressamente si afferma che "la consulenza tecnica (...) non ha valore di prova e non è equiparata alla perizia": a ben vedere, la citata massima ricalca, precisandola, la distinzione che già il codice opera nel postulare un rapporto

di collaborazione diretta tra Giudice e perito, facoltizzando nel contempo PM e parti private ad avvalersi di propri consulenti. La persistenza di posizioni divergenti conferma, ex post, la necessità di un autorevole parere riassuntivo (quale quello chiesto ai periti della Corte), per un altro verso occorre che la Corte dia conto dei criteri ai quali si è ispirata nell'iter logico che ha condotto alla decisione. Orbene, posto che la perizia viene disposta quando sono necessarie “specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche” (che per definizione sono escluse dalle cognizioni del Giudice ed in genere dalle cognizioni di comune esperienza) sarebbe tuttavia contraddittorio pretendere dal Giudice l'autonoma dimostrazione dell'esattezza delle conclusioni raggiunte dal perito dovendosi invece ritenere sufficiente che dalla motivazione del provvedimento giurisdizionale risulti che l'adesione non sia stata acritica e passiva. Ed ancora, il Giudice che ritenga di aderire alle conclusioni del perito di ufficio contro quelle del consulente di parte non è gravato dall'obbligo di fornire autonoma dimostrazione dell'esattezza scientifica delle prime e dell'erroneità delle altre.

In applicazione di questi principi la Corte ritiene di dover condividere le conclusioni cui è giunto il collegio peritale, fondate su corretti, comprovati e documentati elementi fattuali cui sono stati esattamente applicati criteri scientifici e metodi di indagine non certo nuovi o sperimentali, ma già sottoposti al vaglio di una pluralità di casi e al confronto critico degli esperti del settore così da potersi considerare acquisiti al patrimonio della comunità scientifica. In particolare, come si avrà modo di esporre, la “causa mortis” indicata dai periti ovvero la “sindrome da inanizione” è l'unica in grado di fornire una spiegazione dell'elemento più appariscente e singolare del caso in esame e cioè l'impressionante dimagrimento cui è andato incontro Stefano Cucchi nel corso del suo ricovero, (al riguardo è sufficiente rimandare alle numerose fotografie del cadavere scattate durante la autopsia del prof. Tancredi). Al contrario, la tesi, sostenuta dalle difese degli imputati, secondo cui il giovane sarebbe stato condotto all' “exitus” da morte cardiaca improvvisa, non fornisce alcuna spiegazione della grave perdita di peso corporeo subita da Stefano Cucchi, (arrivato a 37 kg), ma anzi si fonda, in contrasto con le risultanze probatorie, (il peso di 52 kg registrato all'ingresso a Regina Coeli), sull'errato assunto che il peso corporeo di Cucchi in realtà fosse intorno ai 40 kg, (si veda al riguardo quanto “sollecitato” dal difensore al teste Palmisano Salvatore, istruttore della palestra frequentata dal giovane, cfr. pp. 6 e segg. trascrizioni udienza 5/4/2012, “*TESTE PALMISANO – io guardi, ritornando dalle ferie estive, venne Stefano ma io non lo ... non lo feci allenare con me; AVV. DIFESA FALVO – perché?; TESTE PALMISANO – perché lo vedevo un po' esile; (...) AVV. DIFESA FALVO – ha avuto anche modo di vedere il peso del Cucchi?; TESTE PALMISANO – sì, lo misi in bilancia direttamente (...) sì lo pesai direttamente io, sì; AVV. DIFESA FALVO – e quanto pesava se lo ricorda? (...); AVV. DIFESA FALVO – quindi che il peso era di 40 kg sulla bilancia?(...); TESTE PALMISANO – avrà fatto 43 kg, 42 e mezzo”*).

Ancor meno convincenti, (non fosse altro perché non condivise né dai periti né dai CCTT delle difese), sono le conclusioni dei CCTT delle PPCC secondo cui il decesso

si sarebbe verificato a causa delle lesioni vertebrali che, interessando terminazioni nervose, avrebbero dato origine ad una sintomatologia dolorosa e che, unitamente ad una “vescica neurologica”, avrebbero ingenerato, con riflesso vagale, l’aritmia cardiaca consistente in una bradicardia da ritmo giunzionale la quale si sarebbe a sua volta inserita causalmente nel determinismo della morte. Anche questa tesi presta il fianco all’insuperabile rilievo che non vi è prova scientifico-fattuale (anzi, vi è semmai la prova del contrario, come dimostrato dai periti) che le lesioni vertebrali in questione abbiano interessato terminazioni nervose.

Si riportano di seguito i passaggi salienti della relazione dei periti al fine di dare compiutamente conto sia degli elementi in fatto che hanno costituito il fondamento del loro ragionamento, sia del percorso, logico e coerente, delle argomentazioni tecnico-scientifiche che su quegli elementi in fatto sono state dagli stessi sviluppate, pervenendo a delle conclusioni che la Corte pienamente condivide.

L’epoca della morte

“Dalle dichiarazioni dell’infermiere Sig. Flauto risulta che l’ultima volta in cui Stefano Cucchi è stato visto vivo risale alle ore una circa (“l’una, l’una e qualcosa, l’una e dieci, l’una e cinque”) del 22.10.09, quando ha richiesto una cioccolata. Viene poi rinvenuto cadavere alle ore 6 dello stesso giorno nel corso del giro per i prelievi; fu rinvenuto “sul fianco destro, con la mano sotto la testa”, come riferito nelle dichiarazioni rese. Nel corso delle manovre di rianimazione, viene inoltre riferito di una “minima rigidità a livello della mandibola”.

Con riferimento ai dati tanatologici disponibili è impossibile trarre un’indicazione precisa. In ambito medico legale la stima più precisa deriva infatti dalla rilevazione della temperatura del cadavere in sede rettale ed auricolare.

In assenza di tali importanti indicazioni, è possibile unicamente trarre una stima molto generica sulla base dei pochi dati rilevabili dalle immagini fotografiche, relativi allo sviluppo delle macchie ipostatiche. Le foto relative all’autopsia evidenziano la presenza di macchie ipostatiche scarse, di colore rosato, limitate al dorso ed appena accennate in regione iliaca destra ed all’emicostato destro nonché alla superficie dorsale dell’avambraccio di destra: inoltre le condizioni di disidratazione del cadavere hanno indubbiamente contribuito alla contrazione della massa sanguigna del soggetto con conseguente sviluppo di ipostasi scarse.

La presenza di ipostasi, seppur scarse, in regione antideclive, soprattutto per il torace e l’addome, suggerisce che Cucchi sia deceduto in una posizione diversa da quella supina e in questi termini conferma la posizione su fianco destro, riferita dal Flauto al momento del rinvenimento. Il dato più rilevante tuttavia riguarda il fatto che le ipostasi si siano mantenute, seppur parzialmente, nella posizione originaria di formazione, suggerendo che al momento del rinvenimento fosse passato un periodo di tempo sufficiente per produrne la fissità, almeno parziale.

[.....]

Secondo la letteratura, lo sviluppo di fissità avviene in un periodo compreso fra le 4 e le 24 ore (media di 11 ore, con 4.5 ore di deviazione standard). E' ora da osservare che nel caso specifico la contrazione del volume sanguigno causato dalla disidratazione ha determinato, oltre che la formazione di ipostasi limitate, anche una loro più precoce fissità: è presumibile pertanto che la stima sopra fornita debba essere corretta con riferimento alle condizioni di salute specifiche del soggetto. Il dato relativo alle ipostasi pertanto risulta inficiato dalle particolari condizioni cliniche, e pertanto non possono fornire una stima più precisa per l'epoca del decesso.

Un altro dato potenzialmente utile per la stima dell'epoca della morte proviene dalla valutazione della rigidità cadaverica: a tal proposito, è da osservare che nelle dichiarazioni fornite viene riferito che al momento dei soccorsi era presente una minima rigidità a livello della mandibola; anche per la valutazione della rigidità cadaverica Knight riporta una tabella con le indicazioni provenienti dalla letteratura sui tempi di sviluppo del fenomeno (Saukko & Knight, 2005).

[.....]
Come è possibile osservare, il rigor inizia a svilupparsi dopo un periodo di tempo compreso fra mezz'ora e sette ore, con media di 3 ore e deviazione standard di 2 ore. Anche in tal caso, è da osservare che le condizioni cliniche del soggetto possono aver avuto un ruolo nella modificazione di tale fenomeno: nel dettaglio, su soggetti cachettici, con ridotte masse muscolari, il rigor tende a svilupparsi più rapidamente; tuttavia, anche in tal caso mancano fattori di correzione adeguati per una migliore stima dell'epoca della morte.

In definitiva pertanto, in assenza di indicazioni più precise di tipo termico, è possibile unicamente trarre una stima generica, derivante dai dati circostanziali e dalla letteratura secondo cui è prospettabile che il decesso sia avvenuto fra 1 e 5 ore prima del rinvenimento, probabilmente fra le 2 e le 4 ore dal rinvenimento (indicazione corrispondente ad un periodo compreso fra le h 2:00 e le ore 4:00 del mattino del 22.10.09)", (cfr. pp. 79/82 elaborato peritale).

Il quadro lesivo

I periti hanno suddiviso i reperti in tre categorie generali, ma nella presente trattazione si farà riferimento solo a quelli della terza categoria, (rinviaandosi per quelli della prima e della seconda categoria, attesa la loro esigua significatività traumatica, direttamente all'elaborato peritale). Per quanto riguarda appunto i reperti della terza categoria, ovvero quelli da azione contusiva a maggior valenza traumatica, essi comprendono i quadri lesivi localizzati alla regione sacrale e i quadri lesivi localizzati al capo.

Con riferimento ai quadri lesivi della regione sacrale, queste le conclusioni:

“Prima di affrontare la discussione del quadro lesivo vanno riassunti i risultati delle nuove indagini da noi condotte.

Le indagini osteologiche macro e microscopiche hanno rilevato:

L'assenza di fratture recenti alla terza vertebra lombare; la presenza di nodulo di Schmorl e di esiti di frattura di vecchia data, in accordo con la storia clinica che attesta una frattura della stessa vertebra del 2003.

L'assenza di fratture vitali alla quinta vertebra lombare. La rima fratturativa alla lamina destra della quinta vertebra lombare è dimostratamente postmortale e da attribuirsi alle manovre da taglio e distacco del blocco vertebrale durante la seconda autopsia.

La presenza di una frattura recente trasversale al quarto segmento sacrale.

La presenza di un infiltrato emorragico massivo sul filum terminale e nei tessuti molli perilesionali del sacro, che va sfumandosi sempre di più rostralmente lungo la dura madre.”

[.....]

Con riferimento ai quadri lesivi localizzati al capo:

“Al capo vi sono multiple aree di interesse che tuttavia possono spiegarsi con l'ipotesi di due urti contro superfici ottuse: uno che coinvolge la porzione superiore dell'orbita e l'emivolto superiore di sinistra in generale (ciò spiegherebbe anche l'escoriazione allo zyghion di sinistra), l'altro che interessa la regione parietale e temporo-zigomatica di destra. Anche se il quadro pare suggerire una lesività maggiore da un punto di vista quantitativo (colorazione bluastra degli occhi a procione e del solco labio-genieno), ciò si spiega attraverso fenomeni di migrazione del sanguinamento di cui va tenuto conto. Per quanto riguarda la lesione ecchimotica al cuoio capelluto in regione fronto-temporale sinistra, le evidenze emerse all'esame autoptico attestano la presenza di una vasta area di infiltrazione emorragica determinata da un trauma di natura contusiva, avvenuto in corrispondenza della regione frontale, maggiormente esteso a sinistra. Da tale punto di vista, il reperto descritto costituisce senza alcun dubbio il risultato dell'urto contro una superficie piana o ottusa.

Per quanto riguarda le ecchimosi periorbitarie (denominate in letteratura anche "black eyes", "occhi neri" o "raccoon eyes", "occhi da procione"), le cause segnalate in letteratura sono di tre tipi differenti:

Trauma diretto, che può essere associato o meno ad escoriazioni o ferite lacero-contuse della regione zigomatica superiore, sopraccigliare, nasale, o di altre parti del volto;

Migrazione per forza di gravità di una raccolta di sangue sotto il cuoio capelluto derivante da un'ecchimosi o una ferita lacero-contusa in corrispondenza o sopra il margine sopraccigliare. Il tempo di sopravvivenza e almeno una parziale postura eretta del capo devono essere mantenuti per un tempo di almeno qualche minuto (generalmente di più) (Knight), fra l'epoca di produzione della lesione ed il decesso. Quando la lesione al cuoio capelluto è craniale alla regione frontale, tale periodo di tempo si dilata a ore;

Colatura del sangue nella regione orbitale da una frattura della fossa anteriore del cranio, in genere a causa di un contraccolpo causato da una caduta sulla regione posteriore del capo, che porta ad una frattura secondaria dello spessore dell'osso del tetto dell' orbita. E' invariabilmente associata con contusioni da contraccolpo ai lobi frontali del cervello (Saukko & Knight, 2004).

La letteratura evidenzia inoltre che un semplice urto del volto contro una superficie piatta non causa generalmente tale reperto, in quanto la prominenza del margine sopraccigliare, degli zigomi e del naso impediscono il danno diretto al tessuto periorbitale. E' infine da osservare che la postura stessa favorisce lo sviluppo di "occhi neri" per colatura di sangue: tale fenomeno infatti in genere richiede almeno qualche minuto e una postura almeno parzialmente eretta del capo (Knight et al., 2005). Nel caso specifico, è da segnalare che non sono state evidenziate fratture del tetto dell' orbita, e pertanto l'ipotesi n. 3 è da escludere, mentre rimangono da valutare l'ipotesi di un trauma diretto e di una colatura del sangue da una lesione frontale.

Nel caso del Cucchi è stata in effetti rilevata la presenza di un'area di infiltrazione emorragica in regione frontale: tale reperto risulta inoltre collocato sulla linea mediana/sinistra, il che potrebbe spiegare la colatura della raccolta di sangue in corrispondenza delle regioni periorbitali. Questo può spiegare anche la colatura di sangue in corrispondenza del solco labiogenieno sinistro, come descritto all'esame autoptico: da un punto di vista anatomico la regione periorbitale e la regione malare risultano separate da una struttura fasciale denominata setto malare che tende a raccogliere e delimitare il sangue presente nella regione oculare fino ad un limite posto 3 cm inferiormente al canto laterale dell' occhio (Pessa et al., 1998); nel caso specifico tuttavia il sangue è migrato da una posizione più alta rispetto alle orbite da cui può avere invaso sia le regioni periorbitali che la regione zigomatica, e pertanto anche il solco labiogenieno. Per avere una migrazione di tal genere, è sufficiente che il sangue passi esternamente alla regione orbitale, per esempio lateralmente al ponte nasale, ove il setto malare descritto non è presente. Dal momento che la raccolta di sangue in regione frontale copre un'ampia zona sulla linea mediana, la dislocazione di tale materiale può aver invaso le regioni periorbitali e la regione malare, passando medialmente al setto malare. La comunicazione anatomica fra il tessuto sottocutaneo in regione orbitale ed in regione zigomatica è dimostrata anche da diversi studi sull'enfisema facciale, che mostrano la possibilità di passaggio di aria fra le due zone (Martinez et al., 2012). Da questo punto di vista pertanto è possibile ipotizzare che le aree ecchimotiche rilevate in regione periorbitaria bilateralmente e in corrispondenza del solco labiogenieno sinistro e destro siano in realtà aree di colorazione violacea determinate dal passaggio del sangue dall'originaria raccolta di sangue in regione frontale per gravità.

Pertanto i poli d'urto certamente identificabili al capo sono due:

Frontale a sinistra,

Parieto-ternporale a destra.

Come è possibile osservare, le fratture sacrali trasverse basse come nel caso del Cucchi sono caratterizzate da un trauma a bassa energia, quali una caduta sui glutei/dorso. In termini generali pertanto la modalità specifica di frattura si accorda con l'ipotesi di una caduta; tuttavia, non è possibile escludere un trauma diretto, quale sarebbe prospettabile ipotizzando, ad esempio, un calcio assestato alla regione sacrale, anche se meno probabile.

Vale poi la pena commentare brevemente i problemi riguardanti la datazione delle lesioni descritte. Per quanto riguarda le ecchimosi va ricordato che con il tempo tendono a cambiare colore, passando dal rosso-blu chiaro al rosso scuro, verde, giallo, marrone (Spitz, 2005). In termini generali, una colorazione rossa-blu chiara depone per un tempo di poche ore, mentre il passaggio al rosso scuro subentra grossolanamente dopo qualche giorno". (cfr. pp. 155/158 relazione)

[.....]

In conclusione:

“Il quadro traumatico in discussione potrebbe ricondursi quindi ad una caduta accidentale, ad un'aggressione o ad una modalità mista. In termini generali, la lesione al sacro si accorda in via di maggior probabilità con una caduta piuttosto che con un'aggressione, in considerazione della specifica modalità di produzione di tale lesione. Per i due poli d'urto al capo, vista la bilateralità, si deve ammettere un traumatismo in due tempi.

Le risultanze dell'esame autoptico sono coerenti sia con l'ipotesi di una caduta accidentale, che con quella di un'aggressione, sia ancora con una modalità mista, allo stato equiparabili con riferimento ai reperti osservati.

Va anche precisato che la caduta sul podice/sacro può anche essere avvenuta accidentalmente e indipendentemente da eventuali lesioni "volontarie" al capo.

In definitiva il quadro traumatico osservato si accorda sia con un'aggressione, sia con una caduta accidentale, né vi sono elementi che facciano propendere per l'una piuttosto che per l'altra dinamica lesiva.

I primi riscontri clinici riferibili alle lesioni suddette risalgono al pomeriggio del 16.10.2009. I riscontri anatomopatologici non contrastano con un'epoca di produzione di poco anteriore.

Va comunque ribadito che l'indicazione della volontà di ledere e infierire su di una vittima si desume dal numero, dalla sede, dalla gravità e dalle caratteristiche strutturali delle lesioni contusive. Nel caso del Cucchi, anche nella ipotesi di un quadro lesivo sostenuto da colpi volontariamente inferti da terzi, il numero di poli d'urto documentati sono 3, di cui due al capo (che ledono soltanto i tessuti molli) e uno in regione sacrale". (cfr. p. 168 relazione).

La vescica neurologica

Con riferimento alla correlazione tra lesioni e decesso, prendendo in esame anche la prospettazione dei CCTT delle PPCC relativa alla vescica neurologica, così si esprimono i periti nell'elaborato scritto, di cui si riportano le pp. 169/172:

“La revisione della documentazione radiologica nonché l'analisi osteologica macro e microscopica dei distretti toraco-lombari e sacrali esaminati (come più dettagliatamente descritto nell'apposita sezione) hanno rilevato l'assenza di fratture recenti sia alla terza vertebra lombare (che presenta nodulo di Schmorl/erniazione discale e numerose aree iperdense riferibili a esiti della frattura ossea documentata del 2003) sia alle altre vertebre lombari, nonché l'integrità del canale midollare per tutto il tratto lombare fino al quarto segmento sacrale. Unica frattura ossea recente e vitale apprezzabile sul Cucchi è riferibile al quarto segmento sacrale e consiste in una frattura trasversale composta, cosiddetta low (bassa) TSF (transverse sacral fracture). Da questa zona l'infiltrazione ematica va sfumandosi lungo la muscolatura pelvica e lombare. Inoltre l'esame istologico e immunoistochimico dei tessuti molli lesi e residuati in questi distretti malgrado la decomposizione, vale a dire dura madre, parte del filum terminale e altri campioni di tessuti perivertebrali, ha evidenziato un'infiltrazione emorragica lungo la dura che va progressivamente sfumandosi in senso rostrale anche con aspetti simil petecchiali o parcellari.

Altra zona che presenta un quadro di notevole interesse lesivo è il capo. Come si è già discusso nella sezione relativa alla revisione della documentazione fotografica autoptica, le zone in cui si può dire che con certezza è avvenuto l'urto del capo contro una superficie resistente piana o ottusa sono la regione frontale sinistra e mediana e la zona parietale di destra. In buona sostanza il capo del Cucchi mostra due poli d'urto.

Pertanto le uniche sedi mostranti lesioni contusive certamente attribuibili ad un evento contusivo violento avvenuto tra l'arresto e il ricovero, e con caratteri riconducibili a dinamiche lesive di una certa importanza, sono il capo e il sacro.

Il resto del corpo presenta una serie di lievi ecchimosi ed escoriazioni crostose, persino ulcere, che possono trovare la loro eziologia in microtraumi (sfregamenti, grattamenti, aree di appoggio e da decubito) anche di epoca precedente all'arresto, in manovre relative al trattamento da parte dei sanitari e persino nelle condizioni patologiche del Cucchi (denutrizione, avitaminosi...); esse quindi non possono essere attribuite con certezza ad episodi traumatici di una certa violenza/entità avvenuti tra l'arresto e il ricovero.

Identificate le tre sedi certamente di interesse (sacro, regione frontale sinistra e parietale destra) va commentata la modalità di produzione nonché la dinamica lesiva alla fonte di questo quadro, vale a dire se tali lesioni siano state prodotte da un evento accidentale o da terzi.

Malgrado la letteratura scientifica si sia ampiamente cimentata nel tentativo di distinguere lesioni di natura contusiva (ecchimosi, escoriazioni, lacerazioni...) dovute a percosse, da esiti di cadute accidentali, la questione non è risolta né forse mai lo sarà. Seppur si siano trovate formule per distinguere la minore o maggiore

probabilità che lesioni al capo siano da colpi inferti o da caduta (Kremer et al., 2008, Kremer et al., 2009, Guyomarch et al., 2010), è palese che sia una caduta che percosse possono dare quadri simili o dissimili a seconda delle dinamiche che in ambedue i casi possono essere innumerevoli.

Tutti e tre i distretti anatomici in oggetto hanno subito l'urto contro una superficie resistente piana e ottusa, di forma indeterminabile data la aspecificità dei caratteri delle lesioni (pugno, muro, oggetto contundente, pavimento...). Per quanto riguarda il sacro, gran parte della letteratura riferisce che fratture trasversali sulla porzione bassa del sacro sono da caduta diretta sulla porzione più bassa del dorso; è possibile tuttavia immaginare che un calcio nella stessa zona, anche se meno probabile, possa esitare in lesioni simili. I colpi ai due lati del capo possono essere parimenti da caduta con urto contro un ostacolo fisso, un muro, il pavimento, ma anche da colpi inferti da terzi. Un terzo scenario ipotetico addirittura comprende la combinazione accidentale della percossa/spinta e della caduta (nella sezione apposita tali possibili dinamiche sono state illustrate a titolo esemplificativo). Rimane il dato scientifico tuttavia che è impossibile risalire con certezza alla tipologia della dinamica lesiva. Possiamo dire che l'evento traumatico ha coinvolto la regione frontale sinistra, la regione parietale destra e quella sacrale; tuttavia, né la sequenza, né la natura accidentale o criminosa dell'evento possono essere motivatamente dedotte con il necessario rigore scientifico.

Tornando alla questione dell'entità e del rilievo delle lesioni più importanti, vale dire quelle al capo e al sacro, va sottolineato che si tratta comunque di lesioni circoscritte, di per sé non idonee ad influenzare metabolicamente sulla evoluzione clinica infausta della sindrome da inanizione; la loro inconsistenza ad interferire negativamente sul piano sistemico è confortata dal fatto che solitamente queste lesioni non richiedono neppure il ricovero del paziente in ambiente ospedaliero. La frattura sacrale si colloca, ovviamente, ad un più alto livello sintomatologico e, conseguentemente disfunzionale: essa determina dolore regionale talvolta anche intenso e soprattutto avvertito in posizione seduta, ma di per sé non necessita di trattamento in regime di degenza ospedaliera, in quanto decorso della malattia ed evoluzione in guarigione avvengono nello stesso modo anche a domicilio.

La successione cronologica degli eventi attesta poi come la patologia traumatico-contusiva sia stata sovrastata da una patologia da privazione di acqua e cibo, dotata di compiuta autonomia lesiva e responsabile del decesso, a prescindere dalla patologia traumatica recente.

Nel caso del Cucchi, l'indicazione al ricovero fu determinata dal riscontro di una presunta frattura recente di L3: questo errore diagnostico (innescato dall'esame radiografico eseguito nel pomeriggio del 17.10 presso il pronto soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli), al Pertini, durante la fase di "inquadramento diagnostico-terapeutico", fu considerato elemento fondamentale e prioritario, con prescrizione a decubito obbligato in clinostatismo e profilassi antitrombotica .

Certo, non si può negare che la patologia traumatica recente (soltanto quella sacrale) possa aver contribuito a viepiù influenzare la decisione di ricoverare il

Cucchi presso l'Ospedale Pertini: tuttavia si tratta della sequela cronologica di due eventi, il cui significato causale va lasciato alla valutazione giuridica, non rivestendo i caratteri di una concatenazione causa-effetto a valenza biologica.

Sotto questa prospettiva, i Consulenti Tecnici di Parte Civile hanno formulato l'ipotesi patogenetica, secondo la quale sarebbe possibile che la frattura sacrale abbia indotto un quadro di "vescica neurologica" con sovradistensione vescicale che, interferendo negativamente sul sistema vegetativo autonomo, avrebbe comportato riflessi secondari capaci di indurre un disturbo del ritmo cardiaco, a sua volta responsabile dell'arresto cardiaco terminale.

Già un primo limite di questa ipotesi di causa di morte a genesi anche solo indirettamente "traumatica", trova ostacolo insormontabile nella più volte richiamata circostanza che il catabolismo proteico, indice di una evoluzione inevitabilmente (e "a breve") infausta della vicenda clinica, era in atto fin da 2-3 giorni prima dell'avvenuto decesso.

Ma anche altre considerazioni non consentono di condividere tale possibile -non certa né probabile - ipotesi patogenetica.

Al contrario, un deficit condizionante una cosiddetta vescica neurologica appare assai improbabile: una frattura trasversale isolata e composta di S4 (assenza di lussazione marcata dei frammenti ossei con stenosi conseguente del canale e assenza di frammenti intracanalari), assai difficilmente determina deficit neurologici; in letteratura oltre il 95% di tali fratture è neurologicamente asintomatico e presenta problemi clinici di solo dolore locale; non vi era alcun rilievo di ipoestesia nella regione genitale e/o perineale; infine, in caso di interventi chirurgici per neoplasie sacrali si ricorre spesso ad una volontaria sezione bilaterale delle radici di S4 senza conseguenze funzionali, mentre invece è importante il risparmio di S2 e di S3".

Le cause della morte

Con riferimento alle cause della morte, in sintesi, le conclusioni dei periti:

"Nella disamina della documentazione disponibile, elemento d'immediato e collegiale rilievo è stata la estrema magrezza del cadavere del Cucchi.

E' sorto quindi il sospetto di una morte dovuta a una sindrome da inanizione, sospetto che, pertanto, è stato doverosamente sottoposto a verifica sia anatomopatologica sia clinica. La lesività "da fame" o "da privazione di cibo e bevande" è argomento poco frequente nella trattatistica medico legale più recente (sia italiana sia estera), al contrario di quanto emerge dalla trattatistica più datata, e ciò a cagione del numero elevato di casi di denutrizione che, per vari motivi (carestie, guerre, ecc.) un tempo giungevano a morte nelle società europee ed occidentali in genere.

Con il termine di morte per inanizione (altri termini utilizzati sono quelli di morte da fame e sete, da digiuno, da denutrizione e simili) si indica una sindrome sostenuta da mancanza (o grande carenza) di alimenti e liquidi: questa sindrome può presentarsi

"in modo acuto per totale sottrazione di ogni cibo e bevanda: o in modo cronico per una loro continuata riduzione o somministrazione insufficiente" (Carrara - Romanese, pag. 177)."

Dopo un accurata premessa sul metabolismo idrico ed energetico durante il digiuno, i periti analizzano attraverso complesse metodiche scientifiche, (alle quali interamente si fa rinvio: cfr. pp. 83/95 della relazione), la perdita di peso di Stefano Cucchi calcolando il bilancio energetico, il bilancio idrico e quindi il bilancio ponderale. Già dal settembre precedente la carcerazione (Stefano Cucchi) è in condizioni di grave riduzione della massa grassa corporea:

"La glicemia di 40 mg/dL del 19.10 (Tabella 3), nonostante che la concentrazione da deidratazione ne abbia aumentato il valore, è la classica ipoglicemia asintomatica indice di digiuno protratto in malnutrizione importante (Winick, 1979). E' frutto della reazione protettiva al digiuno che riduce l'insulinemia e potenzia gli ormoni controregolatori (glucagone, catecolamine) perché il glucosio neo prodotto non venga captato dai tessuti insulino-dipendenti, ma sia a disposizione del solo fabbisogno giornaliero del SNC, cellule ematiche e corticale renale (Cahill, 1970; Faintuch, 200 I). Il glucosio residuo è insufficiente a mantenere la normoglicemia, ma non si manifestano sintomi da ipoglicemia acuta perché il fabbisogno del SNC è garantito. In digiuno terapeutico sono segnalate glicemie asintomatiche di 30 mg/dL, ottimo indicatore di buona compliance del paziente alla dieta. (Stewart, 1973).

La concomitante anemia carenziale associata al diminuito potere oncotico plasmatico (proteine totali diminuite di circa 1/3), suggerisce una diminuzione di massa circolante sia nella componente corpuscolata come nella liquida che la restrizione idrica e il bilancio idrico negativo hanno amplificato, esitando in una probabile ipoperfusione splancnica e di tutti i distretti corporei.

A questo si aggiunga la bradicardia non sinusale dovuta a possibili cause molteplici, (ipotiroidismo funzionale, deficit metabolici della cellula miocardica, pregressi effetti tossici di abuso, effetti della terapia antiepilettica) oltre che l'effetto bradicardizzante degli oppioidi in terapia (Contramal) che hanno annullato la fisiologica risposta all'ipovolemia e all'ipoperfusione di distretti vitali (coronarie, splancnico) cioè la correzione in frequenza della bassa gettata pulsatoria (Peel, 1997).

I dati ponderali del 22.10 (Tabella 4) indicano un calo di peso assoluto e percentuale ed un BMI peggiori di quello degli 8 prigionieri brasiliani recuperati e dell'ordine di grandezza di quelli riportati nei 13 soggetti deceduti per sciopero della fame dal 1916 ad oggi, in accordo peraltro con i dati del ghetto di Varsavia (Winick, 1979), di Krieger (1921) e Knight (2005).

La malnutrizione grave colpisce tutti gli organi e apparati: funzione mentale, muscolare, respiratoria, cardiaca (il cuore è un muscolo, quindi anch'esso perde massa) con diminuzione sulla gettata cardiaca, bradicardia e ipotensione. Il concomitante deficit di vitamine (particolarmente la B I) e minerale (K, Mg e P) aggrava il quadro e predispone ad aritmie minacciose e i danni da ipovitaminosi

multiple. L'inattivazione rapida dell'ormone tiroideo T3, oltre agli effetti depressivi cardiaci -bradicardia-, compromette la termoregolazione con ipotermia (il paziente è ben coperto con maglione e spesso sotto le coperte), il sistema immunitario, la flora intestinale ed il trofismo della mucosa (Sobotka, 2004). Il digiuno protratto con deidratazione abolisce il senso di sete (Keys, 1950; Peel, 1997; Winick, 1979); le testimonianze rese dagli infermieri sembrerebbero suggerire che più che rifiutarsi il paziente non avesse voglia di bere e comunque bevesse poco.

Knight (2005) e Leiter (1982) affermano che il pericolo di vita diviene consistente quando il calo di peso in digiuno non terapeutico intacca i depositi energetici di grasso. Il deficit energetico innesta un catabolismo proteico obbligato e "catastrofico" (Peel, 1997) che va obbligatoriamente a intaccare le scorte energetiche rimaste e cioè le proteiche, che, tuttavia, non possono impunemente scendere sotto l'81 % della quota totale corporea (Leiter, 1982).

L'esame delle urine del 19.10 (condotto sulle urine del 18.10) è, di fatto, dimostrativo del processo di progressivo esaurimento delle scorte corporee grasse: l'assenza di chetoni fa dire che il catabolismo dei grassi è molto modesto o assente ed ha innescato il catabolismo proteico delle scorte proteiche indisponibili. L'aumento massiccio di urea plasmatica di questo giorno e del 21 conferma questo rilievo.

Il deficit idrico, di Vit B1 e di elettroliti intracellulari K, Mg e P contribuiscono ampiamente al realizzarsi di condizioni incompatibili con la vita (Altun, 2004; Leiter; 1982; Peel, 1997), particolarmente nelle fasi di rialimentazione non medicalmente controllata (Falzi, 1990). Queste alterazioni disturbano il potenziale elettrico di membrana cellulare, in particolare quello cerebrale e miocardico, predisponendo malfunzionamenti, (convulsioni, aritmie).

In definitiva la causa della morte di Stefano Cucchi, per univoco convergere e dei dati anamnestico-clinici e delle risultanze anatomopatologiche, va identificata in una sindrome da inanizione.

In questo contesto, pare anche inutile perdersi in discussioni sulla causa ultima del decesso; se, vale a dire, esso sia da ricondursi terminalmente ad un disturbo del ritmo cardiaco, piuttosto che della funzionalità cerebrale, trattandosi di ipotesi entrambe valide ed ugualmente sostenibili.

Questo anche in considerazione del fatto che il decesso (vuoi per causa ultima cardiaca, vuoi per causa ultima cerebrale) intervenne nella prime ore della mattinata del 22.10, quando, quanto meno a partire da due-tre giorni prima, già si era instaurato il catabolismo proteico, indice, come abbiamo visto sopra, di una prognosi "a breve" sicuramente infausta.

Alcune considerazioni verranno comunque fatte:

Il giorno 17.10.09, alle ore 19:45 il paziente dopo essere stato dal PS dell'Ospedale Fatebenefratelli all'Ospedale Pertini, nel reparto di Medicina Protetta, alle ore 20:32 fu sottoposto ad elettrocardiogramma (ECG), che risulta incompleto (mancano le derivazioni precordiali V I e V6): da esso si rileva la presenza di un ritmo atriale basso, o giunzionale, alla frequenza di 46 bpm; intervallo QT di 436 msec (QTc 381 msec). L'ECG fu ripetuto pochi minuti dopo (alle ore 20:36) (è ancora incompleto: vi

sono solo le derivazioni periferiche) e risultò sostanzialmente sovrapponibile al precedente (ritmo atriale basso o giunzionale a 42 bpm; QT 452 msec QTc 378 msec). Questo quadro ECG (spiccata bradicardia atriale bassa o giunzionale da possibile disfunzione del nodo del seno) può in genere manifestarsi acutamente o cronicamente. Le forme acute, di solito reversibili e transitorie, possono insorgere in corso di intossicazione (o effetto) farmacologica (beta-bloccanti, calcio-antagonisti, digitale, lidocaina, amiodarone, oppiacei ecc.) ma anche in seguito a turbe metaboliche (iperpotassiemia per esempio) o in coincidenza di situazioni fisiopatologiche acute associate a ipertono vagale (stimoli dolorosi, ittero ostruttivo, ipertensione endocranica, ecc.). Da questo punto di vista, nel caso specifico del Sig. Cucchi, devono essere ricordati i noti potenziali effetti bradicardizzanti dei farmaci assunti dal paziente, in particolare del tramadolo (Contramal), un analgesico oppiaceo ad azione centrale, del gabapentin, un farmaco anti-epilettico e del clorazepam (Rivotril), un derivato benzodiazepinico.

Per quanto riguarda la possibilità che l'ECG fosse possibile espressione di una situazione cronica, la presenza di bradicardia spiccata era perfettamente compatibile con la condizione clinica presentata in quel momento dal Sig. Stefano Cucchi e, in particolare, con il suo stato di grave deperimento organico (vedasi sopra). Infatti, in letteratura sono state chiaramente descritte le modificazioni dell'emodinamica cardiaca che si associano a condizioni di malnutrizione e importante calo ponderale che, seppur etiologicamente un po' differenti da quelle presentate dal paziente, ne riproducono il quadro clinico complessivo. In particolare, le modificazioni cardiovascolari croniche più note e più studiate associate a marcato dimagrimento patologico si riferiscono ai casi conseguenti ad anoressia nervosa. Nei soggetti affetti da anoressia nervosa sono stati descritti gli adattamenti cardiovascolari associati alla riduzione del peso corporeo. Quando ragazze con anoressia nervosa sono state confrontate con ragazze di pari età, senza patologia e con normale peso e costituzione, e con ragazze di pari età, senza anoressia ma costituzionalmente magre, quelle con anoressia nervosa hanno presentato una frequenza cardiaca e una pressione arteriosa significativamente più basse". (cfr. pp. 100/104 relazione).

La responsabilità professionale dei medici

Da ultimo i periti prendono in esame, gli elementi rilevanti ai fini della valutazione della responsabilità professionale di medici ed infermieri della Struttura Protetta.

“Per valutare la correttezza e la regolarità della tenuta di una documentazione sanitaria, si deve in primo luogo far riferimento alle caratteristiche della struttura sanitaria interessata: in questo caso si tratta di una Struttura Complessa di Medicina Penitenziaria, vale a dire di una Unità Operativa afferente al Dipartimento Medico dell’Ospedale Sandro Pertini, tesa a offrire garanzia di tutela della salute alle persone detenute secondo standard di buona pratica clinica (Degrassi et al., 2010): è questo quindi un reparto di degenza ospedaliera (e che pertanto doveva garantire a

Stefano Cucchi livelli di assistenza ospedaliera), con 22 stanze singole dotate di servizi igienici, posto all'interno di una struttura organizzata per il massimo controllo della Sicurezza, con la presenza sia di operatori sanitari ospedalieri, sia di agenti di polizia penitenziaria. Accanto al Direttore, nella Struttura operano sei medici specialisti in Medicina Interna o specialità affini, un coordinatore infermieristico con 11 infermieri e due unità ausiliarie negli orari diurni (De Marchis et al., 2012).

In tal senso, concorda la deposizione resa nell'udienza del 18.10.11 (pag.72) dal signor Bocci Dario, coordinatore infermieristico della struttura protetta, che riferì come all'epoca il reparto disponeva di 22 stanze con presenza di 16-18 pazienti e di "due infermieri per turno più uno fuori turno".

Inoltre, secondo la deposizione della dr.ssa Bruno resa nell'udienza del 28.2.12 (pag. 91), in data 19.10.09 il reparto, dotato di 2 stanze con monitor, era "pieno", con presenza di 19 pazienti.

Premesso quindi che il raffronto va fatto con una struttura ospedaliera a tutti gli effetti, va detto che l'obbligo di correttezza e regolarità della tenuta della documentazione sanitaria di un paziente in corso di degenza ospedaliera grava certamente sui dirigenti medici di primo livello e sugli infermieri del singolo reparto per quanto di loro competenza, ma anche sul dirigente medico di secondo livello, nel caso concreto anche direttore della struttura di medicina protetta: a questi, infatti, è demandato il compito di valutare la regolarità della compilazione della cartella (anche se materialmente compilata da altri), vigilare sull'esattezza dei contenuti tecnici della cartella, sulla congruità tra quanto la cartella riporta e la realtà obiettiva, sulla correttezza degli accertamenti richiesti, delle formulazioni diagnostiche e della terapia impostata. Ciò implica il dovere, da parte del dirigente di secondo livello, di essere figura presente in reparto, non solo al fine di verificare che il reparto correttamente operi, ma anche di condividere le decisioni diagnostico-terapeutiche dei dirigenti di primo livello e, nei casi di maggiori difficoltà, indirizzare e consigliare questi ultimi, valendosi delle sue maggiori conoscenze ed esperienza. Ora, sulle modalità di compilazione e tenuta della cartella clinica di Stefano Cucchi, va detto che essa risulta giornalmente compilata nelle sue varie parti (anamnesi, esame obiettivo all'ingresso, diario clinico medico, esami laboratoristici, foglio della terapia, registro dei parametri di base, diario infermieristico). Tuttavia alcune parti risultano palesemente carenti: si fa particolare riferimento alla registrazione della temperatura corporea effettuata alcuni giorni due volte al dì, altri giorni una sola volta; alla scritta del dato della temperatura in data 21.10.09 in uno spazio ad essa non dedicato; nella mancata registrazione della frequenza cardiaca dal 18 al 21.10.09; nella confusa registrazione della diuresi [Relativamente alla registrazione delle urine della domenica 18.10.09 (con turni infermieristici di Spencer e Masciarelli la mattina, di Ferrari e Spencer il pomeriggio e di Ferrari e Lo Bianco la notte), mentre le testimonianze di infermieri caposala asseriscono che la quantità di urine (QU) è sempre fatta alle h. 6, non c'è indicazione delle h. 6, ma delle h. 16; la frase del diario "700 cc, urine non vuotate"

farebbe inoltre intendere che il catetere fosse chiuso e mai collegato ad un sacchetto raccolta urine dal posizionamento del catetere al secondo accesso al Fatebenefratelli, (cioè dal 17/10 ore 14,35), ma neanche all'ingresso al Pertini. Se fosse così questi 700 cc sono la QU di 24 h. dalle h. 16 del 17/10 sino alle h. 16 del 18/10. Non è però chiaro se questi 700 cc sono rimasti nella sacca e fanno parte dei 1100 cc registrati alle 6 del mattino seguente 19/10 o se invece, essendo stati eliminati i 1100 sono la QU di 14 h. La professionalità delle IP della notte, mattina (è possibile lasciare un catetere chiuso per quasi 24h?) appare quindi discutibile] nella assenza di qualsiasi riferimento ad eventuali scariche alvine; nella mancata registrazione del peso corporeo; nella indicazione del quantitativo d'acqua assunta per os solo per la giornata del 21.10.09; nei confusi riferimenti alla dieta che, forse per celiaci, giorno per giorno (e tre volte al giorno) era effettivamente proposta al paziente, senza che, di volta in volta, ne sia registrato il rifiuto, ovvero l'assunzione anche solo parziale; nella assenza di qualsivoglia segnalazione sulla pratiche di igiene personale.

Sono poi ravvisabili alcune contraddizioni anche sulla obbiettività del Cucchi: all'esame obbiettivo d'ingresso alla Struttura Protetta del Pertini (ore 19:45 del 17.10.09) il decubito è descritto come "indifferente", per divenire "obbligato sul fianco destro" nel diario clinico infermieristico dello stesso pomeriggio, e quindi persistentemente "prono" la mattina del 18.10.09.

Inoltre, sempre all'ingresso, lo stato di nutrizione viene descritto "discreto" con apparato muscolare "tonico-trofico", quando invece

- il dottor Calderini (questi visitava il Cucchi alle ore 8:05 del 16.10.09 presso il PS Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina) nell'ud. 4.7.11 pag. 54 così si esprime: "... questo stato di importante magrezza, quasi di consunzione. Anche il... il suo volto era un volto diciamo così abbastanza emaciato ecco e mi colpì il fatto che avesse poca massa muscolare, molta poca...";

- il dottor Tibuzzi (neurologo che visitò il Cucchi sempre la mattina del 16.10.09 al Fatebenefratelli) nell'udienza del 4.7.11 pag. 77 così lo descrive: "mi è apparso molto magro, se vogliamo anche troppo magro, quindi una magrezza eccessiva...";

- il dottor Degli Angioli, che visitò il Cucchi presso il reparto "Nuovi Giunti" di Regina Coeli verso le ore 13:35 del 16.10.09 nella deposizione del 16.9.11 a pag. 12 così si esprime: "... la magrezza, una magrezza eccessiva, perché ha tolto i pantaloni in questo modo, quello è stato proprio l'aspetto che... perché avessi dovuto fargli una puntura non avrei trovato un gluteo dove farla perché aveva delle smagliature anche per i glutei, quindi sui muscoli piriformi era molto emaciato in questo senso, non possiamo dire cachettico però era una persona emaciata, una persona magra, una magrezza non fisiologica...". In definitiva la correttezza e la regolarità della tenuta della cartella clinica non può essere certamente considerata espressione della massima diligenza, che pur dovrebbe sempre caratterizzare l'operato del personale ospedaliero, sia medico che infermieristico. Questa comunque è solo una premessa di carattere generale alla discussione della condotta di ciascun imputato medico (Fierro Aldo, Di Carlo Silvia, Bruno Flaminia, Corbi Stefania e De Marchis Preite

Luigi) e infermiere (Flauto Giuseppe, Martelli Elvira e Pepe Domenico), nella prospettiva di stabilire, come da quesito, se l'assistenza, le terapie prestate e le informazioni rese al detenuto sul suo stato di salute siano state fornite nel rispetto delle regole di perizia, diligenza e prudenza proprie della professione medica e sanitaria e se le stesse abbiano, ed in quale misura, contribuito a causare il decesso. In via sempre generale, la qualità (o meno) della assistenza va ovviamente valutata in funzione della causa di morte, che, come motivato nelle pagine precedenti, è stata identificata in una sindrome da inanizione. Diagnosticare una sindrome "da fame" non è sempre facile: presuppone nozioni approfondite sui meccanismi metabolici e fisiopatologici della nutrizione/malnutrizione, che non sono nella esperienza e nelle conoscenze di tutti i medici. Tuttavia, si tratta di conoscenze che devono essere pretese in un reparto medico ospedaliero e, in particolar modo, nel reparto medico di una struttura di medicina protetta, se non altro perché è in queste strutture che più facilmente sono ricoverate persone detenute che, attuando il cosiddetto "sciopero della fame", pretendono di denunciare situazioni per essi ingiuste. Sullo stesso piano non possono essere posti gli infermieri: essi non hanno responsabilità diagnostiche, né autonomia nella gestione terapeutica del paziente: a loro, pertanto, non può essere richiesta la stessa perizia, vale a dire lo stesso "sapere" e lo stesso "saper fare", che, invece, deve essere preteso dal medico. Nel caso di Stefano Cucchi i medici del reparto di medicina protetta dell'Ospedale Pertini non si sono mai resi conto di essere (e fin dall'inizio) di fronte ad un caso di malnutrizione importante, quindi non si sono curati di monitorare il paziente sotto questo profilo, né hanno chiesto l'intervento di nutrizionisti (o altri specialisti in materia), e, non trattando il paziente in maniera adeguata, ne hanno determinato il decesso.

Considerati i parametri ponderali registrati nel pomeriggio del 16.10.09 presso la casa circondariale di Regina Coeli, Stefano Cucchi doveva essere da subito considerato affetto da un importante stato malnutrizione, anche in relazione alla diagnosi di morbo celiaco che, secondo anamnesi, gli era stata fatta nel settembre precedente. Gli esami eseguiti nel pomeriggio del 17.10.09 al FBF andavano nello stesso senso: l'anemia macrocitica ben si accordava con una malnutrizione severa con deficit vitaminico, la iperazotemia con un catabolismo proteico in digiuno, la creatinina piuttosto bassa era spiegabile in relazione alla ridotta massa muscolare, la sodiemia sopra il limite massimo deponiva per una concentrazione da possibile deidratazione.

Manca, e questo risulta evidente fin dal primo giorno di ricovero (sabato 17.10.2009), una attenzione dei medici al bilancio calorico, delle vitamine e dei micronutrienti, al bilancio idrico ed elettrolitico (apporto di acqua, sodio, potassio, magnesio, fosforo e calcio): e ciò pur in un paziente celiaco (e quindi con denutrizione da malassorbimento), con anemia macrocitica, potassio ai limiti, azotemia mossa, estremamente magro, definito privo di muscoli glutei, ed oltretutto inappetente, il quale non vuole assumere cibo non per celiaci. Manca, inoltre, un

adeguato controllo dei parametri di laboratorio risultati alterati il giorno prima al Fatebenefratelli.

In generale manca inoltre da parte dei sanitari della struttura protetta una attenzione all'esame obiettivo del paziente: certamente si trattava di un paziente "non facile", ma l'assenza di descrizione clinica anche solo della ispezione (colore della cute e delle mucose, secchezza delle labbra, visibilità delle vene periferiche, frequenza respiratoria), viepiù denota come le condizioni generali del Cucchi fossero sottovalutate. Da nessun sanitario è fatta richiesta di un controllo seriato del polso periferico e centrale, della pressione arteriosa, della diuresi, degli elettroliti plasmatici e urinari, del PH e gas analisi, di un controllo glicemico anche solo con stix, di una ripetizione dell'elettrocardiogramma.

Nessun medico cura (né in tale senso vengono date disposizioni agli infermieri) che siano regolarmente registrate qualità e quantità di alimenti e liquidi ingeriti dal Cucchi; della scarsa attenzione ad una regolare raccolta e registrazione della diuresi già si è detto.

Si pone attenzione alle questioni di natura ortopedica, ma, nel contempo, ci si trincerava dietro il rifiuto del paziente ad essere visitato e senza entrare nel merito (almeno fino al 21.10.09) delle motivazioni alla base di questo rifiuto.

Gli esami di laboratorio, quando disposti, lo sono automaticamente, senza una chiara finalità, tanto è vero che anche gli esami laboratoristici della mattina del 19.10.09 non vengono interpretati nella maniera dovuta; invece, in linea con la sindrome in atto, a carattere progressivamente ingravescente:

- l'emoglobina e l'ematocrito, in progressivo costante aumento, sono indici di concentrazione da deidratazione;*
- gli aumentati esami di funzionalità epatica (con esami negativi per epatite virale in atto) e pancreatico/ghiandole salivari-paratiroide, sono compatibili (oltre che con l'assunzione di farmaci/stupefacenti/alcool) per una malnutrizione multifattoriale*
- celiachia, ipoalimentazione -, oltre che il risultato della concentrazione plasmatica e/o di una progressiva ipoperfusione splancnica;*
- la ipoprotidemia è coerente con un digiuno in malnutrito (rapporto A/G alto a fonte di albumine basse);*
- il valore di glicemia di 40 mg/dL è valore ridotto, pur essendo in parte più alto per iniziale concentrazione da deidratazione: esso è indice di digiuno in malnutrizione importante con neoglucogenesi da proteine muscolari e viscerali insufficiente a mantenere normoglicemia dopo aver garantito il fabbisogno giornaliero del SNC, cellule ematiche e corticale renale (implicava un ricontrollo seriato);*
- l'azotemia e la creatinemia risultano aumentate rispetto ai valori registrati due giorni prima (il 17.10.09) per catabolismo proteico per neoglucogenesi da digiuno;*
- il peso specifico urinario di 1028 è ai limiti superiori e indica una concentrazione urinaria per riassorbimento idrico come compenso renale alla deidratazione;*
- l'assenza di chetoni (probabilmente non è una determinazione di laboratorio, ma uno stix meno accurato) significa che la chetosi da digiuno è molto modesta, se non completamente assente: il corpo ha scarse o nulle riserve di grassi;*

- non essendo chiara né la quantità urine sul quale è stato eseguito l'esame, né l'intervallo temporale della raccolta urine, non è possibile calcolare a posteriori la clearance della creatinina; comunque quella stimata dalla sola creatinina plasmatica (concentrata) è soddisfacente, circa 78 mL/mi (140-31anni)x 48 kg/72 x 0,93 creat pl); ma il rapporto creatinuria altezza con 1100 cc su 24 ore e calcolato sul 140%-150% circa dell'atteso giornaliero, conferma il catabolismo proteico per neoglucogenesi da digiuno.

In definitiva sia l'assistenza sia la terapia si dimostrano assolutamente inadeguate. I medici (almeno fino al 21.10.09) non paiono particolarmente allarmati delle condizioni del Cucchi, in quanto ne ignorano la fisiopatologia e, non comprendendone la possibile rapida evoluzione, programmano come unica terapia la semplice reidratazione (anche se poi non riescono ad attuarla per l'opposizione del paziente): omettono, invece, come avrebbero dovuto fare, di occuparsi del riequilibrio elettrolitico, vitaminico energetico e plastico del paziente. Sono talmente inconsapevoli della patologia presentata dal Cucchi, che neanche considerano l'eventualità di chiamare a parere gli specialistici nutrizionisti, pur presenti presso l'Ospedale Pertini.

Non avendo consapevolezza della patologia di cui il Cucchi è affetto, viene pure a mancare da parte dei sanitari del reparto una adeguata e corretta informazione al paziente sul di lui stato di salute e sulla prognosi a breve inevitabilmente infausta, nel caso egli avesse persistito nel rifiutare cibi e liquidi.

Il medico di fronte ad un paziente che rifiuti di nutrirsi e bere è grandemente coinvolto sotto il profilo deontologico ed etico; e lo è particolarmente quando il rifiuto è una forma di protesta del detenuto, che ritenga di non aver altro modo per far valere le proprie richieste.

Nello "sciopero della fame" la libertà di scelta del paziente-detenuto (ovviamente se consapevole e cosciente) è condizione prioritaria; ma la sua scelta, per essere libera, deve essere "informata", vale a dire formarsi solo sulla scorta di una corretta ed esaustiva informazione da parte del medico.

Questi sono i binari su cui deve correre il comportamento del medico, tra l'altro in perfetta e piena aderenza con il Codice Nazionale di Deontologia Medica (2006) [Il vigente Codice deontologico all'art. 53 così recita :

"Rifiuto consapevole di nutrirsi - Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla"] e, sotto il profilo internazionale, con la Dichiarazione di Malta sullo "sciopero della fame" del 1991, che elenca i principi e le linee-guida per meglio gestire chi attui lo "sciopero della fame" (WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers). In altre parole, nel caso di digiuno di un detenuto, quando la sua capacità di autodeterminazione sia certa, la

di lui decisione va rispettata, sempre che la persona sia informata, e in modo ripetuto, sui rischi cui si espone.

Le implicazioni cliniche del digiuno vanno spiegate in modo per il paziente comprensibile, ma il medico deve anche assicurarsi che il paziente abbia compreso quali possono essere le conseguenze del digiuno, eventualmente facendogli ripetere e/o scrivere quel che ha capito.

Inoltre, viste anche le motivazioni solitamente alla base della forma di protesta, il medico ha il dovere di attivarsi perché tali motivazioni vengano, se non rimosse, quanto meno tempestivamente portate a conoscenza delle autorità competenti e di mantenere con il detenuto canali di comunicazione continui, al fine di intervenire in modo tempestivo, se il paziente dovesse tornare sulla sua decisione.

Di tutto questo non vi è traccia nella documentazione clinica esaminata.

Risulta quindi evidente come le mancata conoscenza ed individuazione del quadro patologico in atto nel Cucchi abbia da un lato impedito ai medici della struttura protetta di impostare accertamenti, assistenza e terapie idonee, dall'altro non abbia loro consentito di fornire al detenuto notizie sul di lui reale stato di salute [secondo quelle che invece dovrebbero essere le regole della necessaria perizia e diligenza della professione medica], e determinandone, di conseguenza, la morte.

D'altra parte, e questo lo si è sottolineato nella trattazione della vicenda clinica del Cucchi, la patologia in esame è una patologia in evoluzione progressiva, che, raggiunto un certo punto, non è più affrontabile né regredibile, riconoscendo una evoluzione sicuramente infausta.

Il punto, per così dire, di “non ritorno” si colloca quando, le scorte corporee di grassi si sono esaurite e quindi, quando, divenuto o nullo o estremamente modesto il metabolismo dei grassi, si inneschi il “catastrofico” catabolismo proteico delle scorte proteiche assolutamente indisponibili. Nel caso di Stefano Cucchi l'assenza di chetoni, dato dimostrativo del processo di un assai avanzato esaurimento delle scorte corporee grasse, compare con l'esame delle urine del 19.10.09 (esso è relativo alle urine raccolte alle ore 6 dello stesso giorno); inoltre l'urea plasmatica della stessa mattina appare raddoppiata rispetto a quella del 17 così come la creatininemia del 55% superiore, indicano un importante e rapido aumento del catabolismo proteico: ciò fa dire che, in mani esperte, l'allarme rosso era in atto con gli esami del 19.10.09 e che, da questo momento il Cucchi, per avere un trattamento appropriato, doveva essere trasferito in una struttura di terapia intensiva. Un trasferimento ed un trattamento immediato avrebbero probabilmente ancora consentito di recuperare il paziente. E' intuibile che se il trasferimento del paziente fosse stato rimandato le di lui possibilità di sopravvivenza si sarebbero proporzionalmente e progressivamente ridotte, fino a raggiungere livelli molto bassi in data 20.10 ed ad annullarsi in data 21.10.09.

Si è consapevoli che questo è un giudizio approssimativo, ma è impossibile esprimersi diversamente, in quanto, nella assenza di precisi riferimenti bibliografici, il giudizio è tratto dalla esperienza clinica personale di uno di noi (Iapichino).

Secondo quanto sopra detto, tutti i sanitari della Medicina Protetta del Pertini ebbero una condotta colposa, a titolo sia di imperizia, sia di negligenza, quando non di mancata osservanza di disposizioni comportamentali codificate.

In aggiunta, per quanto riguarda i singoli medici operatori di primo livello, che operarono secondo turni come sotto sintetizzati,

	<i>I turno</i>	<i>II turno</i>	<i>III turno</i>
17.9		<i>Caponnetti</i>	
18.9	<i>Corbi</i>	<i>Corbi</i>	<i>Di Carlo</i>
19.9	<i>Bruno</i>	<i>De</i>	<i>De</i>
		<i>Marchis</i>	<i>Marchis</i>
20.9	<i>Di Carlo</i>	<i>Bruno</i>	<i>De</i>
			<i>Marchis</i>
21.9	<i>Di Carlo</i>	<i>Corbi</i>	<i>Bruno</i>

si specifica quanto segue:

Di Carlo Silvia:

- Servizio nel turno di notte 18-19/10.09: non risulta abbia visitato il paziente, né che abbia dato alcuna disposizione.

- Servizio nella mattinata del 20.10.09: scrive in diario che il paziente rifiuta visita medica ed ECG; poi nella deposizione del 7.3.12 dirà che il Cucchi era molto magro, senza reperti particolari alla auscultazione del torace e alla palpazione dell'addome.

- Servizio della mattinata del 21.10.09: riferisce in diario del continuo rifiuto alla terapia idratante per via endovenosa; poi nella deposizione del 7.3.12 segnala che il respiro era regolare, la frequenza cardiaca di 56-58, e che sollecitò idratazione orale; non prende nella dovuta considerazione gli esami di laboratorio stampati alle ore 11,28.

BrunoFlaminia:

- Servizio della mattinata di lunedì 19.9 fino alle 14: scrive in diario che il paziente non è accessibile al colloquio e rifiuta visita medica.

- Servizio del pomeriggio del 20.9 fino alle 21: raccomanda idratazione orale e richiede altri esami di laboratorio per l'indomani.

- Servizio della notte fra 21-22.9.09: è chiamata alle ore 6,15 dagli infermieri che hanno rinvenuto il Cucchi ormai cadavere. Appare inappropriato eseguire rianimazione cardiorespiratoria per 30 min. con ventilazione in ambu, (non è specificato se usato), tramite cannula oro-faringea, senza assicurare le vie aeree; inoltre non risulta convocato un Anestesista Rianimatore.

Corbi Stefania:

- Servizio della mattina e del pomeriggio di domenica 18.10: riesce a visitare il paziente parzialmente, ma non descrive quel che ha osservato anche alla semplice ispezione.

- Servizio del pomeriggio del 21.10: si preoccupa per i risultati degli esami del giorno, propone nuovamente una idratazione endovena, ancora rifiutata. Scrive in

diario che il Cucchi non si alimenta dall'ingresso in reparto, ma che accetta di idratarsi per via orale. Decide di interpellare il dirigente di secondo livello dottor Fierro e, sentitolo, predispose la lettera da inviare l'indomani al Magistrato. Si tratta di una relazione datata 21.10.2009 indirizzata alla dott.ssa Inzitari, della VII Sezione Monocratica del Tribunale di Roma, che così recita: "... il paziente in oggetto è stato ricoverato presso il nostro reparto in data 17 ottobre u.s., trasferito dall'ospedale Fatebenefratelli di Roma. Presso il suddetto ospedale era stata documentata radio graficamente la presenza di frattura vertebrale L3 e frattura della 1a vertebra coccigea a causa di un trauma. Il paziente è in condizioni generali molto scadute, riferisce di essere affetto da crisi epilettiche per cui sta effettuando terapia, da malattia celiaca diagnosticata 15 giorni fa e da "anoressia" non meglio specificata. Il signor Cucchi ha un atteggiamento oppositivo, per nulla collaborante e di fatto rifiuta ogni indagine anche non invasiva. Ha rifiutato una visita oculistica che avrebbe dovuto effettuare per la presenza di vistosi ematomi del volto e perioculari e ha rifiutato di sottoporsi ad ecografia dell'addome, proposta per il rialzo dei livelli di transaminasi e bilirubina. Ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia reidratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione e ha affermato anche di rifiutare anche di alimentarsi, accettando di bere liquidi ed assumere la terapia orale, finché non parlerà con il suo avvocato. Quanto sopra per informarLa delle attuali condizioni di salute del paziente e delle difficoltà della gestione clinica. Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti". Tale relazione conferma ancora una volta come nessun sanitario della Medicina Protetta del Pertini, neppure il dottor Fierro, e neppure in prossimità dell'infausta conclusione della vicenda clinica del Cucchi, ebbe anche solo a sospettare che questi presentava una sindrome da inanizione.

De Marchis Preite Luigi:

- Servizio dalle 15 del 19.10 fino alle 7 del giorno dopo 20.9.09: non scrive nulla sul diario clinico, anche se nella deposizione del 28.12.12 afferma che il Cucchi non aveva masse muscolari e tessuto muscolare quasi assente; il polso era valido e regolare, tendenzialmente bradicardico; si sarebbe preoccupato per i valori di azotemia e glicemia; avrebbe valutato i dati nutrizionali, rassicurandosi perché assumeva thè zuccherato e succhi di frutti e perché aveva cenato [tuttavia non ha idea della quota calorica introdotta, né si rende conto che i valori sono aumentati per la progressione della concentrazione]

- Servizio dalle 21 del 20.10 alle 9 del giorno successivo 21.10.09: nulla è scritto in diario.

Fierro Aldo:

Quale dirigente di secondo livello di reparto ospedaliero [vale a dire della Struttura di Medicina Complessa (si tratta di livello apicale, con compito di controllo e verifica dell'operato del personale medico e infermieristico del reparto)], all'epoca gravava sullo stesso l'obbligo di attivarsi personalmente e di garantire la frequentazione, preferenzialmente quotidiana, del reparto: e ciò a partire dal lunedì 19.10.2009, al rientro dal fine settimana; né vale la considerazione che egli fosse

contemporaneamente il Responsabile di tutta la Sanità penitenziaria di Rebibbia, dal momento che un cumulo di incarichi non esime dal doverli svolgere entrambi nel modo migliore, con la dovuta massima diligenza. Trattandosi appunto, almeno fino al pomeriggio di mercoledì 21.10.09 di una censura a titolo di negligenza e/o inosservanza, è ovvio che se per questo periodo fosse fornita la prova che impedimenti oggettivi non gli consentirono di svolgere i compiti dovuti presso il reparto di degenza, il giudizio dovrebbe essere rivisto. Rimane comunque la censura a titolo di imperizia, non avendo neppure lui, quando interpellato dalla dott.ssa Corbi, compreso entità e gravità del quadro patologico presentato da Stefano Cucchi.

Venendo ora a considerare la condotta del personale infermieristico, è da ribadire che gli infermieri segnalano gli eventi; certo vi sono criticità nel controllo della diuresi e di alcuni controlli di parametri clinici di base, non sempre condotti, né eseguiti con regolarità; ma disporre tipo e frequenza dei controlli è compito del medico, non dell'infermiere: comunque, anche rilevando alcune manchevolezze ed imprecisioni nella compilazione del diario infermieristico, a carico degli infermieri non si individuano profili di responsabilità professionale che abbiano influito in qualche modo sulla evoluzione della patologia di Cucchi Stefano e che, quindi ne abbiano in alcun modo condizionato il decesso.

La condotta dei singoli imputati infermieri può essere così riassunta

1) Flauto Giuseppe:

-turno della notte del 17.10.09 (insieme con la collega Martelli): segnalata in diario la richiesta di vari esami (compresa una ripetizione dell'ECG), che il paziente è allettato e deve essere aiutato al bisogno

-turno del mattino del 20.9.09 (insieme con i colleghi Bocci e Spencer): si segnala il rifiuto al vitto e il rifiuto parrebbe condizionato dal fatto che la dieta non è ancora idonea; si azzerano le urine ma non è indicata la quantità di urine raccolte

-turno del pomeriggio del 21.10.09 (con la collega Martelli) : è segnalata variazione nel vitto con riso bianco per "primo", ma non si precisa se lo ha mangiato e quanto

-turno di notte del 21.10.09 (con il collega Pepe): si indica che non ha cenato e che si devono controllare gli apporti idrici

2) Martelli Elvira

-turno di notte del 17.10.09 (insieme con il collega Flauto): segnala in diario la richiesta di vari esami (compresa una ripetizione dell'ECG), che il paziente è allettato e deve essere aiutato al bisogno

-turno del pomeriggio del 21.10.09 (con il collega Flauto): è segnalata variazione nel vitto con riso bianco come "primo", ma non si precisa se lo ha mangiato e quanto

3) Pepe Domenico

-turno del pomeriggio del 20.9.09 (con i colleghi Flauto e Bocci): si segnala il rifiuto al vitto e il rifiuto parrebbe condizionato dal fatto che la dieta non è ancora idonea; si azzerano le urine ma non è indicata la quantità di urine raccolte

-turno di notte del 21.10.09 (con il collega Flauto): il diario infermieristico registra che non ha cenato e che si devono controllare gli apporti idrici".

Sulla base delle suindicate conclusioni cui perveniva la perizia disposta dalla Corte, terminato l'esame e il controesame, in contraddittorio delle parti, dei periti, all'udienza del 30/1/2013, previa istanza delle PPCC, le parti venivano invitate, in conformità da quanto previsto dalla sentenza CEDU, ric. Drassich, 11/12/2007, ricorso n. 25575/2004, a dedurre nuovi temi di prova relativi ad una eventuale diversa riqualificazione giuridica del fatto di cui al capo e) ai sensi dell'art. 589 cp. Alle udienze del 21/2/2013, 1/3/2013, 13/3/2013 e 20/3/2013 veniva ammesso e svolto, viste le istanze in tal senso, il nuovo esame dei CCTT di tutte le parti, (ad eccezione del PM).

L'esame del professor Thiene

In particolare, all'udienza del 13/3/2013, veniva esaminato, su istanza delle PPCC, il professor Gaetano Thiene:

“CONSULENTE THIENE - Sì, io sono professore ordinario nell' università di Padova, sono stato presidente della Società di Patologia Cardiovascolare Americana, della Società di Patologia Cardiovascolare Europea, e diciamo sono noto al mondo per gli studi sulla morte improvvisa giovanile, tra l'altro a novembre terrò la più prestigiosa lettura proprio sulla morte improvvisa giovanile a Dallas, all'American Heart Association”.

[.....]

“CONSULENTE THIENE - Sì. Premetto che la mia esperienza nasce da oltre 600 casi di morte improvvisa giovanile che abbiamo studiato nella regione Veneto dal 1980, è quella che ci ha resi famosi al mondo, siamo diciamo degli esperti sul tema. Allora il problema che si pone, che va distinto immediatamente nel caso di Cucchi, è, per quanto concerne la sua morte, la causa è il meccanismo, cioè come è morto e perché è morto. Allora il come è morto va assolutamente chiarito, il meccanismo è cardiaco elettrico. Perché? Perché è stata fatta un'autopsia, sono state indagati l'encefalo, i polmoni, in genere la morte improvvisa o è cerebrale o è polmonare o cardiaca, non avendo trovato cause a livello cerebrale, non avendo trovato cause a livello polmonare, non può altro che essere cardiaca, ovviamente si è fermata la circolazione. Non esiste un tracciato elettrocardiografico terminale che ci possa dire con certezza il meccanismo elettrico preciso, però possiamo sicuramente dire che la morte è cardiaca ed è elettrica. Detto questo, dico questo perché c'è un po' di confusione nella perizia dei colleghi milanesi, nel senso che si pensa che l' inanizione abbia portato a una morte cerebrale, ma non è mica morto in coma il ragazzo, se fosse stato un coma, stadio terminale del digiuno e della disidratazione certo potremmo dire che è stata una morte cerebrale. No, la sua morte è una morte improvvisa, cioè è avvenuta esattamente nel sonno, è successo una cosa incredibile, è passato dal sonno alla morte, è stato trovato morto. E come mai proprio durante il sonno? Ecco questo è importantissimo, durante il

sonno c'è una particolare attività di ipertono vagale che deprime ulteriormente quella che è l'attività del segnapassi cardiaco del nodo del seno e che in condizioni già patologiche di alcune predisponenti può portare alla interruzione del ritmo cardiaco definitivo.

Nel caso di specie, questo caso è un caso cardiologico, non è soltanto un caso di digiuno, non è sol tanto un caso di traumi che probabilmente sono stati la causa che ha fatto traboccare il vaso diciamo in termini di morte cardiaca, ma questo è un caso cardiologico, perché, e quel famoso 17 è stato registrato un tracciato elettrocardiografico che era patologico e che doveva assolutamente allarmare. Mi spiego: quando si trova un tracciato elettrocardiografico in cui il nodo del seno ha spento la sua attività, è come se fosse cessata la luce e a nutrire c'è un nodo atrioventricolare che va a un ritmo di 40, 42, questo è un campanello d'allarme, e in realtà mi sorprende che non sia stato immediatamente addirittura portato, io direi, portato in una unità intensiva per monitorare dal punto di vista elettrocardiografico come vanno monitorati elettrocardiograficamente i pazienti con infarto miocardico, con gravi aritmie. Perché questo? Perché durante il monitoraggio c'è un campanello di allarme, se per caso il ritmo scende sotto determinati livelli, oppure nel caso di bradicardia, oppure addirittura va in fibrillazione ventricolare, perché immediatamente quel campanello di allarme fa intervenire e fa rianimare. Tutto questo non è stato fatto, ma non è stata fatta nemmeno, e questo è ancora più sorprendente, una banalissima manovra, la banalissima manovra terapeutica era quella di atropina, cioè, in parole ... c'è farmaco che, diciamo così, blocca l'ipertono vagale e fa tornare su il livello del ritmo cardiaco, è un meccanismo anche tra l'altro che serve per capire esattamente se funziona o non funziona, perché se funziona vuol dire che effettivamente c'è un ipertono vagale, se non funziona bisogna fare qualcos'altro. E che cosa qualcos'altro quando uno va a 40 battiti al minuto? Tra l'altro io credo che ci siano stati problemi anche con la bassa frequenza di perfusioni cerebrali che possono anche aver obnubilato il soggetto anche nel suo comportamento vi devo dire. Che cosa si deve fare a questo punto quando non si riesce a controllare neanche dal punto di vista farmacologico, con l'atropina il ritmo cardiaco? Si può anche impiantare un pacemaker. Voi direte: ma tutto questo è mai possibile in quel reparto? No, è una delle ragioni perché questo doveva essere considerato un'emergenza cardiovascolare da essere trasferita in unità intensiva coronarica.

AVV. P.C. PICCIONI - Senta professore lei ha fatto riferimento a questo tracciato ...”

[.....]

“CONSULENTE THIENE – allora io farò una premessa franca da medico: le sincopi, la maggior parte delle sincopi perfino in soggetti normali possono avvenire o durante la defecazione difficoltosa o ... una minzione particolare, diciamo così, trattenere troppo le urine e via dicendo. Esiste un asse ben preciso fra vescica e cuore che è questo: la vescica è sotto il controllo anche del midollo spinale, dei nervi spinali sacrali, dove si è avuta la famoso trauma, questi nervi che vanno alla vescica

hanno due funzioni, la prima è di stimolare la vescica sotto comando per la minzione, per lo svuotamento, ma la seconda è di riportare anche della sensibilità della vescica. Vi faccio notare che questa sensibilità della vescica è fisiologica (trascrizione fonetica) nella nostra vita quotidiana, quando mai noi altri faremmo la pipì se non avvertissimo che c'è una distensione vescicale che ci richiede svuotamento? Non lo faremmo mai, no? Quindi guardate che la natura ci ha dotato di meccanismi straordinari, scusatemi se come medico entro anche in questi particolari, ma voi pensatevi che lo svuotamento della vescica comporta piacere, pensatevi la natura che usa questi strumenti di salvaguardia, perché noi non potremmo certo vi vere con un globo vescicale, dobbiamo far la pipì, e siamo gratificati di far la pipì. Detto questo, questi nervi che innervano appunto la vescica dal sacro e che ne controllano la contrazione, e che ricevono degli stimoli, bene, questi nervi in via riflessa, cosiddetta afferente, finiscono pensatevi nella corteccia cerebrale, esattamente dove noi avvertiamo sensibilità, insomma, la vescica la sentiamo sia prima che dopo la minzione. Questi nervi passano però attraverso il ponte, il ponte è il midollo allungato, è la parte cosiddetta vegetale non quella intellettuale e corticale del nostro cervello, e lì esiste un nucleo, il nucleo dorsale del vago, che riceve questi stimoli e li trasmette al cuore, e li trasmette al cuore certe volte appunto sotto forma di depressione dell'attività elettrica del cuore, cioè del segnapassi, tanto è vero che in certe situazioni, cosiddette vescicali, urgenze vescicali, si può avere una sincope. Che cos'è successo a Cucchi? E' successo questa serie di eventi, questa cascata che adesso io vi sintetizzo. Cioè lì c'è stato il trauma, il trauma non ha dato lesioni mieliche, cioè non ha dato lesione del midollo spinale, ha dato una ... commozione cerebrale.

Voi sapete la differenza che esiste fra commozione e contusione? La commozione è un qualche cosa non organico ma che ti fa perdere la funzione, ed è transitoria, beh lui ha avuto una commozione, tra l'altro anche documentata dalle emorragie così ben descritte dal punto di vista istologico dal patologo del perito, con il quale abbiamo condiviso e visto insieme i, gli esami istologici in cui c'erano delle emorragie della dura, che è quell'involucro che sta attorno ma che non, senza danni del midollo, ma che sta a significare che, ed è della dura da dove escono i nervi. Bene, c'è stata una emorragia fuori nella zona del sacro che ha, diciamo così, fatto un groggying, diciamo così, dei nervi, come se avesse KO dei nervi, no?, poi si tira su, ma ha avuto un KO dei nervi, questi KO dei nervi ...”.

[.....]

CONSULENTE THIENE - E' l'equivalente di una perdita di coscienza, sincope, solo che è traumatica, che dura qualche secondo. Quando appunto supera i dieci secondi è KO tecnico, no?, cosiddetto, vabbè, o KO vero, vabbè. Detto questo e la... questi nervi hanno avuto uno stupore cosiddetto, no?, cioè si sono incantati, groggy vuol dire stupore, e è mancata la capacità di controllo di stimolo della contrazione della vescica e questo ha dato l'incapacità di mingere del, appunto, del Cucchi. (cfr. pp. 41/47 trascrizioni udienza 13/3/2013).

Al riguardo, osserva la Corte che la pur dotta e circostanziata disquisizione del professor Thiene non autorizza a fornire dei fatti, come ricostruiti dai periti, una lettura diversa da quella di cui si è detto sopra, atteso che neppure la sua interpretazione del caso clinico dà ragione del rilevante dimagrimento subito dal giovane.

Né è possibile, (secondo quanto reiteratamente profilato nel corso del presente procedimento dalle PPCC, tra l'altro nelle "Brevi note della Parte Civile in tema di principio penale di equivalenza delle cause e in tema di riconoscimento giurisprudenziale del concorso di lesioni dolose e responsabilità dei sanitari nella causazione dell'evento morte", depositate il 10/12/2012), rinvenire un nesso causale tra le lesioni inferte a Cucchi e l'evento morte, posto che la "sindrome da inanizione" si pone, rispetto a tale evento, quale causa sopravvenuta da sola sufficiente a determinarne la verificazione. Ed invero, nel contesto teorico della imputazione oggettiva dell'evento, le questioni del titolo di responsabilità e del rapporto causale vengono non di rado unificate dalla giurisprudenza mediante l'adozione di schemi sostanzialmente presuntivi. Un automatismo del genere è normalmente impiegato proprio nelle ipotesi in cui un soggetto procuri ad un terzo lesioni personali le quali vengano aggravate o condotte ad esiti letali dall'intervento tardivo o comunque negligente dei medici. In questo caso la concausa sopravvenuta è considerata irrilevante perché l'incuria e l'imperizia dei medici sono configurabili come dati comuni dell'esperienza e perciò qualificate come normali ed astrattamente prevedibili, ma la giurisprudenza di legittimità ha anche riaffermato ripetutamente il mai disatteso criterio secondo cui i fattori atipici, abnormi e imprevedibili vanno riguardati alla stregua di limiti negativi del rapporto causale, sia nella teoria dell'adeguatezza causale, sia nella teoria della causalità umana. Ed invero, in virtù del disposto dell'art. 27 Cost., che stabilisce il principio di personalità della responsabilità penale, l'imputazione di eventi furtuiti è bandita dal sistema, pertanto la responsabilità oggettiva nel nostro ordinamento coincide con l'addebito dei soli esiti della precedente realizzazione dolosa o colposa che siano coerenti con l'intrinseca pericolosità di cui costituiscano il normale sviluppo logico il che, in linea di principio, non può non apparire che concettualmente riferibile ad una responsabilità colpevole. In proposito, si richiamano ancora una volta le osservazioni dei periti, (cfr. pp. 170/ 171 relazione): *"Tornando alla questione dell'entità e del rilievo delle lesioni più importanti, vale a dire quelle al capo e al sacro, va sottolineato che si tratta comunque di lesioni circoscritte, di per sé non idonee a influenzare metabolicamente sulla evoluzione clinica infausta della "sindrome da inanizione"; la loro inconsistenza ad interferire negativamente sul piano sistemico è confortata dal fatto che solitamente queste lesioni non richiedono neppure il ricovero del paziente in ambito ospedaliero". (...)* *"Nel caso del Cucchi l'indicazione al ricovero fu determinata dal riscontro di una presunta frattura recente di L3: questo errore diagnostico (innescato dall'esame radiografico eseguito nel pomeriggio del 17.10 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli) al Pertini durante la fase di "inquadramento diagnostico terapeutico" fu considerato elemento*

fondamentale e prioritario con prescrizione a decubito obbligato in clinostatismo e profilassi antitrombotica. Certo, non si può negare che la patologia traumatica recente (soltanto quella sacrale) possa aver contribuito a vieppiù influenzare la decisione di ricoverare il Cucchi presso l'Ospedale Pertini: tuttavia si tratta della sequela cronologica di due eventi, il cui significato causale va lasciato alla valutazione giuridica, non rivestendo i caratteri di una concatenazione causa-effetto a valenza biologica". Al riguardo è appunto sufficiente evidenziare che – secondo quanto riferito dai periti – la patologia da cui era affetto Cucchi neppure richiedeva il ricovero ospedaliero.

Va invece rilevato che i fatti descritti in maniera ampia e dettagliata nella articolata formulazione del capo e) della rubrica, non consentono di ravvisare il reato di cui all'art. 591 cp, del quale non ricorre alcuno dei presupposti oggettivi, nè soggettivi, ma quello di cui all'art. 589 cp. E' sufficiente fare richiamo, per escludere la ricorrenza della contestata fattispecie di cui all'art. 591 cp, alla circostanza che praticamente tutti i testi esaminati hanno negato che Cucchi, quantunque gravemente sofferente, fosse portatore di una ridotta capacità psichica. Ci si limita a citare, in proposito, il congruente e lucido contenuto della lettera da lui scritta il giorno 20 e diretta ad un volontario della Comunità CEIS, sia pure con incerta grafia dovuta alla scomoda posizione cui lo obbligava il dolore alla schiena, nonché quanto da lui riferito alla Ceriello nella loro conversazione del pomeriggio del 21, (alla donna egli aveva tra l'altro dato il numero di telefono del cognato, mostrando di ricordarlo perfettamente).

Deve inoltre ritenersi escluso che le condotte ampiamente descritte nel capo e) siano volontarie, e cioè sostenute da dolo; le stesse si prospettano piuttosto come colpose, e cioè contrassegnate da imperizia, imprudenza, negligenza sia per la omissione della corretta diagnosi, non avendo i sanitari individuato le patologie da cui era affetto il paziente, in particolare tenuto conto del suo stato di magrezza estrema, sia per avere trascurato di adottare i più elementari presidi terapeutici che non comportavano difficoltà di attuazione e che sarebbero stati idonei ad evitare il decesso, sia per avere sottovalutato il negativo evolversi delle condizioni del paziente che avrebbero richiesto il suo urgente trasferimento presso un reparto più idoneo, (da ciò si desume che, modificato il profilo soggettivo, permane invariata la materialità delle condotte ascritte nell'imputazione, nel pieno rispetto del diritto di difesa che peraltro, come si è detto, ha avuto modo di specificamente dedurre e assumere prove in contraddittorio nel corso di udienze proprio a ciò dedicate).

Ancorchè vada escluso il dolo, a parere della Corte, deve essere esclusa anche la semplice colpa lieve. Ci si riferisce alla recente innovazione normativa cui hanno fatto richiamo i difensori degli imputati: l'art. 3 D.L. n. 158/2012 convertito nella L. n. 189/2012, c.d. "decreto Balduzzi", che al comma 1 stabilisce che "l' esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art.

2043 del codice civile. Il giudice anche nella determinazione del risarcimento del danno tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”.

Da ciò consegue che il professionista che inquadri correttamente il caso nelle sue linee-guida generali riguardo a una data patologia e che, tuttavia, non adegui in modo consono le direttive al contesto specifico, o non disattenda del tutto le istruzioni usuali per perseguire una strategia che affronti efficacemente i rischi connessi al quadro d'insieme, sarà censurabile in ambito penale purchè l'acritica valutazione della strategia ordinaria riveli un errore non lieve, (cfr. Cass. Pen. Sez. IV, sentenza 29/1/2013, n. 16237). Si tratta pur sempre di un profilo soggettivo che riguarda l'agente in concreto occorrendo determinare la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni dell'agente: quanto più è adeguato il soggetto all'osservanza della regola e fondato è l'affidamento dei terzi, tanto maggiore è il grado della colpa; ad esempio, l'inosservanza di una norma terapeutica ha un maggiore disvalore per un insigne specialista che per un comune medico generico; per contro, il rimprovero sarà meno forte quando l'agente si sia trovato in una situazione di particolare difficoltà per ragioni quali: un leggero malessere, uno shock emotivo, un'improvvisa stanchezza. Altro elemento di rilievo sul piano soggettivo è la motivazione della condotta: un trattamento terapeutico sbrigativo ed inappropriato è meno grave se compiuto per una ragione di urgenza. Il caso di specie esula completamente dallo schema indicato dal c.d. “decreto Balduzzi” non risultando in alcun modo applicate linee guida e buone pratiche alle quali le difese hanno fatto solo un generico e vago riferimento. Del resto, ritenere che la ‘sindrome da inanizione’ fosse una patologia di difficile individuazione da parte dei sanitari della Struttura Protetta è contraddetto, (come riportato anche dai periti), dalla circostanza che si trattava di medici che operavano con pazienti detenuti i quali sovente sono del tutto disinteressati alla propria salute, (come, ad esempio, la maggior parte dei tossicodipendenti) e non collaborativi, o addirittura pongono in essere condotte autolesionistiche, come lo “sciopero della fame”, (si veda il detenuto “Pelle” cui fa riferimento l'infermiere FLAUTO).

Le posizioni dei singoli medici

Avuto riguardo agli elementi di colpa ravvisabili nella condotta dei medici, la Corte non si nasconde che alcuni rilievi prospettati dalle difese sono particolarmente suggestivi, come ad esempio quelli contenuti nella memoria difensiva in data 15/5/2013 a firma degli avvocati Di Biase e Giansante nell'interesse della dottoressa DI CARLO, secondo cui per valutare la sussistenza o meno dei presupposti della colpa medica la Corte non potrebbe riportarsi alle conclusioni dei periti in quanto così facendo delegherebbe loro la decisione in ordine alla responsabilità degli imputati, atteso che *“il parere dei periti non può che costituire un punto di partenza e di riflessione: alla luce delle pesanti e scientificamente documentate contestazioni che sono state mosse alla perizia da tutti i consulenti degli imputati e delle PPCC. Basterebbe prendere atto solo di questo per assolvere tutti gli imputati”*. (...). *“ Il*

compito della Corte non è infatti quello di risolvere i contrasti insorti tra illustri professori in ordine alle cause della morte di Stefano Cucchi. Il compito della Corte è invece quello di valutare se, proprio sulla base di quell'insanabile contrasto – (che discende non certo e non solo dalle posizioni di difesa assunte dai vari specialisti), ma – incontrovertibilmente – dall'estrema complessità del caso, vi siano sufficienti elementi per condannare gli odierni imputati. E' bene evidenziare che i consulenti e i periti sono divisi su tutto: dal modo in cui sono stati analizzati i reperti autoptici, (ed in particolare il cuore), alla causa della morte, dall'interpretazione dei dati clinici alla loro rilevanza sul decesso, dal peso e dalle condizioni fisiche da attribuire a Cucchi al momento dell'ingresso in Ospedale, alla gestione della cartella clinica. Per non parlare poi della fitta nebbia che caratterizza l'aspetto relativo ai presidi di salvaguardia che i medici avrebbero dovuto e potuto mettere in atto ove mai si fossero potuti avvedere della gravità della situazione e del rischio morte: qui si è passati dalla possibilità di salvare il paziente con un po' di acqua e zucchero, alla necessità di impiantare un pace-maker, al trasferimento in un reparto di terapia intensiva, pur apparendo evidente che non vi erano le condizioni né per l'una né per l'altra opzione in quanto i parametri vitali erano indiscutibilmente nella norma. E allora sorge spontanea una riflessione: se tali e motivati contrasti sono sorti e rimasti tali nella mente degli illustri professori che abbiamo ascoltato, (e che da soli decidono le sorti degli imputati per tanti altri processi per colpa medica), dopo diversi mesi di studio e di riflessioni conoscendo l'esito mortale e con l'enormità di dati a loro disposizione, come possiamo noi ritenere che il 'caso Cucchi' – per quanto concerne la sua situazione clinica – poteva essere compreso e risolto con immediatezza dai medici del Pertini, (che dovevano per giunta occuparsi ogni giorno di altre 15/20 degenze) e per ciò condannarli? Se fossimo dinanzi ad una ipotesi di colpa medica – posto che il giudizio di responsabilità deve essere necessariamente valutato ex ante – i profili della colpa dovrebbero risultare dal mero esame dei dati scaturiti dall'autopsia e delle ricerche scientifiche effettuate ad hoc.

Nel caso in questione, per capirci qualcosa, si è reso necessario riesumare il cadavere, tante erano le incertezze dei periti. E neppure con gli ulteriori dati acquisiti si è riusciti a capire che cosa sia effettivamente accaduto.

Ad ogni buon conto, sembra che l'ipotesi più accreditata e credibile circa la causa della morte di Stefano Cucchi sia quella relativa all'arresto cardiaco improvviso come sostenuto dai consulenti degli imputati, ma anche dal professore Thiene, consulente della parte civile, e come appare più ragionevolmente credibile dall'esame obiettivo degli atti. Molto si è discusso sulle cause che hanno portato all'arresto cardiaco, dalla bradicardia evidenziata all'ingresso al Pertini, aggravata da una marcata ipoglicemia e screzio epatico, alla 'sindrome da inanizione' per finire al globo vescicale che troverebbe la sua origine nelle lesioni subite dal Cucchi prima di entrare in Ospedale.

La bradicardia come elemento di rischio viene però contestata sia dai CCTT del PM che degli imputati ed anche dalle parti civili, la 'sindrome da inanizione' così come la cosiddetta 'vescica neurologica' non trova d'accordo nessuno dei consulenti e

periti. In verità sembra che il contrasto insorto tra tutti i professori che si sono occupati della vicenda Cucchi sia la naturale conseguenza delle sue precarie condizioni fisiche, per cui tutte le cause individuate potrebbero essere in astratto valide, ma nessuna di esse trova un apprezzabile riscontro probatorio scientificamente sostenibile. Di conseguenza la mancanza di un valido riscontro probatorio evidenzia l'impossibilità per i medici che hanno avuto in cura il Cucchi di poter prevedere la morte quale rischio a breve termine".

Osserva la Corte che compito del Giudice è invece proprio quello di fornire dei criteri di valutazione in grado di orientare il giudizio nella vastità e nella inevitabile contraddittorietà dei dati prospettati dalle parti.

In proposito, la Corte, (riportandosi a quanto enunciato in premessa sulla c.d. 'prova scientifica'), condivide in pieno le conclusioni della disposta perizia di ufficio in quanto basata su dati fattuali certi e sviluppata con argomentazioni logiche, coerenti e soprattutto conformi alle più accreditate opinioni della scienza medica del settore. In particolare, la causa della morte individuata dai periti nella "sindrome da inanizione" è l'unica che riesce a giustificare un dato di fatto di assoluto rilievo nella presente vicenda, e cioè l'abnorme dimagrimento del paziente compatibile esclusivamente con quel catabolismo proteico catastrofico, (un fenomeno patologico cioè che aveva portato il corpo di Cucchi a nutrirsi delle sostanze, idriche e proteiche indisponibili, delle stesse sue proprie cellule), descritto appunto dai periti. Né vale al riguardo obiettare, come sostenuto dalle difese e dalle PPCC, che la detta causa di morte così individuata sarebbe stata inficiata dalla circostanza di essere relativa ad un solo caso riscontrato nella pratica terapeutica, quello direttamente sperimentato dal prof. Iapichino, innanzitutto perché così non è, (e qui basti pensare all'esempio più eclatante, fatto dagli stessi periti, degli internati nei "lager" nazisti e a quello, non meno significativo e certamente più attuale, delle ragazze anoressiche), in secondo luogo perché il prof. Iapichino è l'unico che, (a differenza di tutti gli altri esperti), ha potuto in concreto osservare, nel corso della sua esperienza professionale, appunto la genesi e lo sviluppo di un caso concreto di "sindrome da inanizione".

Per quanto concerne la posizione dei singoli medici DI CARLO, BRUNO, CORBI, DE MARCHIS PREITE, (di FIERRO si dirà a parte), tutti hanno fornito il loro contributo causale alla verifica dell'evento secondo lo schema dei rispettivi turni di guardia, come riportato nella relazione peritale a pag. 185.

Non può quindi essere condiviso l'approccio che tutte indistintamente le difese dei medici hanno assunto nei confronti delle separate posizioni dei rispettivi assistiti, cioè quello di fare riferimento alla condotta parcellizzata e in sé considerata di ciascun singolo per dimostrare sia la mancanza di colpa che la mancanza del nesso di causalità.

Orbene, nel caso in cui vi siano dei turni tra medici nell'assistenza al paziente è indiscutibile che la responsabilità medica debba ritenersi retta dal principio dell'affidamento in base al quale ciascun sanitario può contare sul corretto svolgimento delle mansioni da parte degli altri medici che si alternano al capezzale del paziente. Tuttavia tale principio non opera quando colui che si affida ad altri,

come nel caso che qui interessa, sia in colpa per aver violato norme precauzionali o aver omesso determinate condotte confidando che altri, succedendo nella posizione di garanzia, eliminassero la violazione o ponessero rimedio all'omissione. Ne consegue che, in tal caso, l'evento dannoso derivante anche dall'omissione del successore avrà due antecedenti causali, non potendo la seconda condotta configurarsi come fatto eccezionale e sopravvenuto sufficiente a produrre l'evento. La ragione di tale responsabilità comune risiede nel fatto che ciascun medico, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e di prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico. Pertanto ogni medico ha l'obbligo di conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da un altro collega, nonché di controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio a errori altrui, nel caso di specie evidenti, non settoriali, nè propri di una conoscenza medica altamente specialistica, e come tali rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio. Detti principi trovano sicuramente applicazione nel caso in esame.

Su una circostanza periti e consulenti hanno unanimemente concordato, e cioè che il paziente Cucchi fosse poco collaborativo e di non facile gestione e ciononostante di fronte ad una situazione così evidente nessuno dei medici della Struttura Protetta ha colto la necessità di dovervi fare fronte con una condotta attiva "governando" il problema, ma tutti si sono fatti passivamente "governare" dal problema fino all'esito infausto.

E' stato osservato dai periti che effettivamente i medici che hanno avuto in cura Cucchi hanno continuato a sottoporlo ad analisi, controlli strumentali e quant'altro, sia pure nei limiti in cui il paziente accettava di sottoporsi a controlli e visite specialistiche, ma questo hanno fatto in modo puramente meccanico, "routinario" (si pensi al numero di volte in cui è stato eseguito l'emocromo, anche più volte nella stessa giornata e con l'indicazione di urgenza), senza essere in grado di ricavare dagli esiti di quegli accertamenti una diagnosi o una qualsivoglia indicazione terapeutica, così come non sono stati in grado di gestire l'emergenza del "rifiuto", (di terapie, di accertamenti, di alimentazione, di idratazione).

Non vi è dubbio che la particolarità del caso era inerente non solo alla circostanza del rifiuto in sé, ma anche alle modalità del rifiuto: Cucchi infatti non ha mai assunto un atteggiamento di totale chiusura, la qual cosa avrebbe potuto mettere immediatamente in allarme tutto il personale sanitario, ma ha tenuto un comportamento per così dire altalenante, ondivago, e con riferimento all'idratazione, all'alimentazione e alle terapie, scarsamente interessato, svogliato, per cui in taluni casi e senza apparente motivazione accettava quanto gli veniva proposto, (si pensi al primo elettrocardiogramma, o alle radiografie della colonna), in altri casi rifiutava, (si veda quanto annotato nel diario infermieristico del 17 "domani mattina eseguirà ECG in quanto il paz. rifiuta di eseguirlo alle h. 21,00"; così come il rifiuto della visita oculistica). Lo stesso con l'idratazione: Cucchi rifiutava quella endovenosa assicurando che avrebbe bevuto, talvolta beveva in presenza degli infermieri,

secondo quanto dai medesimi asserito, di fatto mostrava disinteresse per il bere limitandosi a “cincischiare” con le bottigliette di acqua aperte che teneva sul comodino per far vedere che comunque beveva, (come riferito dalle infermiere). Soltanto l’ultimo giorno e nell’imminenza della tragedia viene istituita dai medici curanti la regola, riportata nel diario infermieristico, per cui il paziente doveva bere un certo numero di bicchieri di acqua, (peraltro non risultano prescritte le modalità di queste assunzioni con particolare riferimento al fatto che esse avrebbero dovuto, quanto meno, avvenire alla presenza del personale sanitario, proprio per l’atteggiamento non collaborativo di Cucchi). Tuttavia con riferimento a questa ultima ormai inutile regola, non può non rilevarsi, da un lato la sospetta confusione attestata dalla documentazione in atti circa i piccoli rombi disegnati sulla cartella infermieristica, (alcuni cancellati, altri segnati su righe del foglio inappropriate), ognuno dei quali avrebbe dovuto rappresentare il numero dei bicchieri di acqua effettivamente bevuti; dall’altro la non meno sospetta contraddizione emergente tra la deposizione del capo-sala Bocci e ciò che ha riferito l’infermiere FLAUTO. Stando alle dichiarazioni di Bocci infatti risulterebbe che la notte del 21 ottobre sarebbero stati somministrati 4 bicchieri di acqua alle h. 24,00, mentre invece FLAUTO, nel riferire, anche in maniera piuttosto dettagliata, lo svolgimento di quella nottata, afferma senza esitazioni di non essere mai entrato nella cella di Cucchi, ma di essere soltanto intervenuto dal di fuori, (senza cioè che l’agente gli aprisse la porta), per due volte: una volta intorno a mezzanotte perché Cucchi aveva inavvertitamente suonato, ma in effetti non aveva bisogno di nulla, un’altra volta intorno all’una, quando Cucchi aveva chiesto la cioccolata. In questa situazione, non si vede come possano essere stati somministrati i 4 bicchieri di acqua indicati da Bocci, (di cui nelle dichiarazioni di FLAUTO non si rinviene traccia), se solo si pensa alle modalità di apertura delle celle come descritte dallo stesso FLAUTO:

“P.M. - Né lei è mai andato a rivederlo?”

IMP. FLAUTO - No, perché li funziona in questo modo, cioè, noi abbiamo la possibilità, ci sono solo due celle, dove, praticamente, sono predisposte di monitor, dove vengono messi i pazienti critici, e queste celle, all'occorrenza, se il medico lo ritiene opportuno, vengono lasciate aperte, e solo in queste due celle noi c'abbiamo la possibilità di andare quando vogliamo, perché, se un paziente è grave, non possiamo aspettare di chiamare la guardia, "Apri la cella, vieni tu". Invece, nelle altre celle, che sono celle comuni, per entrare, cioè, non è che io potevo andarci di mia spontanea ... dovevo comunque chiamare la guardia che apre la cella e, ovviamente, si entra nelle celle quando c'è bisogno, di somministrare qualcosa, se il paziente chiama, quando serve, insomma. Però, non siamo autonomi, cioè, non c'è autonomia in questo senso, non si può andare in una cella di spontanea volontà, solo nelle due celle predisposte, nelle altre no”.(cfr. p. 51 udienza 16/2/2012).

L'emergenza "rifiuto" di idratazione supera la barriera di sostanziale noncuranza da parte dei medici, soltanto il giorno 21 allorchè la dottoressa CAPONETTI assume finalmente l'iniziativa di informare il responsabile della struttura, dottor FIERRO, su suggerimento del quale decide di segnalare il caso, (in maniera del tutto incongrua, come si dirà), all'Autorità Giudiziaria con la lettera in atti.

Questa lettera costituisce ulteriore conferma della grave inadeguatezza e della inescusabile superficialità con cui sono state affrontate le criticità del paziente.

Ed invero, a parte i dubbi che possono ragionevolmente porsi in ordine al momento in cui è stata effettivamente scritta, se davvero nel tardo pomeriggio del 21, come sostengono gli imputati, ovvero a morte già avvenuta, nel tentativo di alleggerire l'incresciosa posizione in cui si veniva a trovare il personale sanitario della Struttura, come potrebbe desumersi sia dalla circostanza che la scritturazione in cartella relativa a tale lettera appare inserita a forza in uno spazio insufficiente, sia dal rilievo che non si comprende come una comunicazione che rivestiva i caratteri dell'urgenza e che proprio per quel motivo doveva essere firmata anche dal dottor FIERRO, anziché essere trasmessa immediatamente, era stata lasciata sulla scrivania del responsabile della struttura, (insolitamente presente e che quindi ben avrebbe potuto firmarla subito), in attesa di essere comodamente inoltrata il giorno successivo. E' chiaro infatti che la missiva doveva avere la massima urgenza se solo si pone mente alle condizioni di Cucchi nel pomeriggio del 21: infatti, quand'anche si vogliano prospettare incertezze sul peso corporeo del giovane all'ingresso in carcere, (se 50 o 42/43 kg), non vi è dubbio che in quel momento egli era non molto diverso da come risulta nelle foto scattate al tavolo settorio, cioè poco più di uno scheletro, tanto che, ci dicono i periti, le sue condizioni erano ormai irreversibili.

Ciò per non dire della assoluta incompetenza, tanto più grave per dei medici addetti ad una struttura sanitaria destinata ad ospitare solo detenuti, rivelata dalla lettera medesima: non si vede infatti quale potesse essere l'utilità di scrivere una lettera al Giudice che aveva in carico il procedimento penale, posto che secondo le regole al tempo vigenti, (che dovevano essere conosciute da tutto il personale medico e tanto più dal suo dirigente), la richiesta di colloquio con il difensore era gestita dalla Polizia Penitenziaria, quindi assai più efficacemente la segnalazione sarebbe dovuta essere stata inoltrata a quella anzichè all'Autorità Giudiziaria.

Ma tutta l'attività dei medici del Pertini è segnata da trascuratezza e sciattezza. Al riguardo non può non citarsi l'"esame obiettivo" eseguito all'ingresso nella Struttura Protetta dalla dottoressa CAPONETTI e di cui al capo c) della rubrica in cui inspiegabilmente con riferimento al paziente si indicano "condizioni generali: buone", "stato di nutrizione: discreto", "apparato muscolare: tonico-trofico", "apparato urogenitale: ndr". Orbene, se pure si volessero ritenere frutto di valutazioni le notazioni relative alle "condizioni generali", allo "stato di nutrizione" e all'"apparato muscolare", e come tali opinabili con la conseguenza di non potersi sussumere nella fattispecie di cui all'art. 479 cp, (si ricordi che le "condizioni generali" di Cucchi già avevano allarmato il piantone della Caserma dei Carabinieri di Roma-Tor Sapienza che aveva infatti chiamato il 118, mentre per quanto riguarda

lo “stato di nutrizione” e l’ “apparato muscolare” indistintamente tutte le persone che avevano avuto modo di incontrarlo il 16 e il 17 hanno riferito che lo stesso appariva in condizioni di magrezza vistosa, (e quasi privo di muscolatura a livello dei glutei, tanto che le iniezioni di antidolorifico gli venivano praticate sul deltoide e con aghi più piccoli del normale, e tuttavia nella registrazione dell’Indice di Braden il personale infermieristico annoterà: “nutrizione: eccellente”). Certamente non ascrivibile a valutazione è la notazione “apparato urogenitale: ndr”, la quale è puramente e semplicemente contraria al vero, posto che il paziente era cateterizzato. A parere della Corte, se pure questa falsa annotazione non può essere connotata dalla specifica finalità di commettere il delitto di abuso di ufficio di cui al capo d) della rubrica, mirante ad aggirare il Protocollo Organizzativo dell’8/7/2005 contenente l’elencazione delle condizioni cui era subordinato il ricovero di detenuti nella Struttura Protetta, tuttavia non può non rilevarsi il carattere di discordanza tra realtà obiettiva e contenuto dell’atto amministrativo. Ed invero, il delitto di falso ideologico è configurabile ogniqualvolta l’attestazione di sussistenza di una determinata situazione di fatto, caduta sotto la diretta percezione del pubblico ufficiale che redige l’atto, non è veridica e l’attestazione è funzionale rispetto all’economia dell’atto e rilevante rispetto al contenuto e alla funzione del documento; infatti la norma che punisce la falsità ideologica in atti pubblici è diretta a tutelare la veridicità in astratto degli atti stessi ed è dunque irrilevante che l’atto affetto da falsità abbia determinato o meno un danno in concreto. E’ pur vero che nel delitto di falso il dolo non è “*in re ipsa*”, tuttavia l’elemento soggettivo richiesto consiste nel dolo generico, vale a dire nella mera volontarietà e consapevolezza della falsa attestazione, non essendo richiesto né l’ “*animus nocendi*”, né l’ “*animus decipiendi*” in quanto il delitto è perfetto non solo quando la falsità è compiuta senza l’intenzione di nuocere, ma addirittura anche quando la sua commissione sia accompagnata dalla convinzione di non produrre alcun danno.

Del resto la presenza o meno del catetere non poteva considerarsi circostanza irrilevante e lo dimostra la questione posta dalle PPCC in relazione alla “vescica neurologica” come asserita conseguenza mediata di fratture lombo-sacrali, (e successivamente come causa di morte), “vescica neurologica” che *ex ante*, e cioè nel momento in cui la dottoressa CAPONETTI compilava l’atto, non poteva essere esclusa a priori, ma anzi avrebbe dovuto essere doverosamente oggetto di specifici accertamenti. La presenza del catetere e la sua corretta gestione da parte degli infermieri, (i periti hanno rilevato tra l’altro la mancanza di una regolare raccolta e registrazione della diuresi), è inoltre venuta in rilievo nella fase terminale della degenza di Cucchi: non va infatti trascurato che comunque sia, intenzionalmente o accidentalmente, il catetere, che era all’evidenza mal funzionante, fu fatto sparire contestualmente alla constatazione del decesso. Non solo, l’infermiere Lo Bianco che accompagnava nella circostanza la dottoressa CAPONETTI e che, come si è detto, aveva raccolto i dati da trascrivere sulla cartella infermieristica e quelli per l’indice di Braden, premettendo che lui non aveva visto il paziente che era coperto fino al collo da un lenzuolo, ha riferito, a specifica domanda del PM:

*"P.M. - poi per quanto riguarda quest'altro parametro di umidità cosa vuol dire?",
TESTE LO BIANCO - sul fatto che si bagnava, che poteva essere bagnato e quindi la cura ne avrebbe sofferto, in quel caso, dato che lui stava a letto, però non aveva problemi urinari, misi 'occasionalmente bagnata',*

P.M. perché era cateterizzato?

TESTE LO BIANCO - no, io non lo sapevo in quel momento, loro non mi dissero niente", (n.d.r. per "loro" il teste intende la dottoressa CAPONETTI e l'infermiere Deluise Mario, che non avevano materialmente "scritto", ma avevano "rilevato i parametri vitali", mediante il contatto diretto con il paziente):

"TESTE LO BIANCO - "no, io con il paziente non ho parlato, me lo hanno ...

P.M. - solo sulla base di quello che le era stato riferito dal suo collega ... quindi lei non ha visto che era cateterizzato e allora come mai ha messo 'occasionalmente bagnata'?

TESTE LO BIANCO - perché qua dice 'occasionalmente bagnata' per via di un ... dato che era stato allettato ho pensato 'eventualmente si può chiedere un cambio extra lenzuolo durante il giorno', perché magari suda di più insomma"

Ancora l'infermiere, sull'annotazione contenuta nella cartella relativa al paziente, *"nutrizione eccellente"*, indicativa della trascuratezza con la quale veniva "visitato" il paziente:

" P.M. - allora quando lei scrive 'nutrizione eccellente' non l'ha visto in realtà?,

TESTE LO BIANCO – qui nutrizione era che mangia, mangia la maggior parte ...

P.M. lei ha compilato senza vedere ...

TESTE LO BIANCO - purtroppo quando un paziente entra in reparto chi è che lo conosce? Questa è una rivalutazione che andava fatta dopo una settimana, in quel caso sarebbe cambiata questa ... perché lui mangiava di meno, però io chiaramente non avendo indicazioni, nel senso che lui non è che ha detto che rifiutava il cibo o che ... lui mangiava ".

Un discorso diverso va fatto per il reato di abuso di ufficio di cui al capo d) relativo al ricovero di Cucchi presso la Struttura Complessa di Medicina Protetta, dal quale la dottoressa CAPONETTI deve essere invece assolta perché il fatto non sussiste.

L'elemento messo in rilievo dal PM è fondato sostanzialmente sulle anomale modalità con cui il ricovero presso la Struttura Protetta fu disposto dal dottor Marchiandi Claudio, imputato del medesimo reato, per il quale si è proceduto separatamente con giudizio abbreviato, (assolto in grado di appello). Il dottor Marchiandi si recò personalmente, cosa mai avvenuta prima, al Pertini fuori dell'orario di ufficio per consentire il ricovero di Cucchi.

In merito a detto ricovero, Mariani Mauro, Direttore del Carcere di Regina Coeli, ha riferito, (cfr. pp. 57/89 trascrizioni udienza 11/10/2011), che nel primo pomeriggio del 17 era stato contattato da Forte Alessia, (coordinatrice del Nucleo Traduzioni e Piantonamenti di Regina Coeli, addetta all'organizzazione delle scorte per tutti i

movimenti dei detenuti all'esterno dell'Istituto), per il ricovero di un detenuto presso la Struttura Protetta del Pertini. Costui ha riferito che:

“TESTE MARIANI - E la dottoressa Forte che spesso era sua abitudine, dopo aver fatto le cose, aver fatto, diciamo, svolto l'operatività quotidiana, spesso nel pomeriggio veniva a fare la firma e a, come dire, dare le ultime consegne, insomma le ultime conoscenze. Stavamo appunto svolgendo questo lavoro ordinario, credo che ad un certo punto, se non ricordo male, mentre io parlavo anche con la dottoressa col vicecomandante, fosse stata raggiunta la dottoressa Forte da una telefonata della scorta del Fatebenefratelli per cui mi portò immediatamente a conoscenza insomma di questa situazione che ... perché sa credo che forse anche in precedenza avesse detto, insomma, che stavamo messi male coi piantonamenti, i problemi ... con la dottoressa Forte c'è un continuo chiaramente riscontro sulle problematiche, anche di prima mattina tante volte. E quindi ... però in quel momento mi disse: "Ah guardi direttore però non possiamo mandare nessu ... ", perché noi insomma spesso cerchiamo di agire nel senso di ... o di assegnare, far assegnare al Nucleo Traduzioni del Provveditorato Regionale qualche detenuto a Rebibbia, perché quando non ce la facciamo vediamo se possiamo, oppure agiamo ... la dottoressa Forte spesso si spende con le direzioni sanitarie degli Ospedali per cercare, come dire, di premere per dimissioni insomma, laddove è possibile naturalmente, insomma, e quindi ... e non ce n'era, insomma, non c'era questa possibilità. Improvvisamente invece la dottoressa Forte mi annuncia che sembrava che tra il medico del Fatebenefratelli e un medico del Pertini del Reparto Protetto ci fosse un preaccordo, insomma un accordo, per il trasferimento, per l'accoglienza di questo detenuto e quindi ...

P.M. - Senta, in relazione ... scusi se la interrompo ma volevo precisare un attimo, in relazione al problema dei piantonamenti, si ricorda cosa le disse esattamente la dottoressa Forte? Quel giorno quanti piantonamenti c'erano?

MARIANI - Mi disse naturalmente parole che probabilmente sono sempre quelle, insomma, gravissime, che era tra l'altro di sabato, sabato e domenica sono due giorni ... tra l'altro tra i giorni, disgraziati sono quelli più disgraziati ancora, perché trovare degli uomini ...

P.M. - No, ce lo spieghi giusto per capire tutti quanti come funziona.

MARIANI - Il sabato e la domenica sono giorni anche più particolari, ci sono un paio di picchi di questo tipo ...

P.M. - Va bene, lei quindi si è attivato ...

TESTE MARIANI - Insomma, sostanzialmente la Sezione era ... (incomprensibile) ... è di una quarantina di uomini insomma, quindi di sabato e di domenica poi assolutamente insomma. Quindi il fatto che fosse possibile poter toglierci, diciamo tra virgolette, questo piantonamento era naturalmente un'ipotesi da praticare come noi sempre praticiamo perché il problema è questo: la carenza di uomini.

P. M. -Va bene, quindi lei come pensò di risolvere questo problema che le veniva prospettato?

TESTE MARIANI- Io avevo un unico modo per poter risolvere perché io non avevo la possibilità di far trasferire un detenuto da un Ospedale al Pertini, occorreva un' autorizzazione da parte del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria. Però l'orario era superiore alle 14:00 e quindi l'ufficio sostanzialmente era vuoto, tutti gli uffici, era soltanto ...

P.M. - Chiude, il sabato mattina chiude?

TESTE MARIANI - Da un po' di tempo, sì, c'era stata una contrazione di orario al Provveditorato Regionale e quindi questo era ovviamente un problema. Lì ho pensato di chiamare il commissario Chimenti, tra l'altro con il quale c'era una vecchia conoscenza perché era stato il mio comandante alla casa di reclusione dell'istituto precedente, e avevo ... poi insomma, spesso lo contattavamo e quindi avevo il numero di telefono. Non avevo il numero di telefono del dottor Marchiandi...

P.M. - Chi era il dottor Marchiandi?

TESTE MARIANI – Il dottor Marchiandi era il Dirigente Responsabile dell'Ufficio Detenuti presso il Provveditorato, quindi colui che avrebbe dovuto ordinariamente occuparsi di rilasciare queste autorizzazioni o lui o il provveditore regionale in prima persona ovviamente.

[.....]

TESTE MARIANI - Poi ci siamo sentiti col dottor Marchiandi e io gli ho rappresentato appunto questa situazione che peraltro non gli era stata rappresentata dalla dottoressa Forte lì presente quindi ... Cioè questo di evitare piantonamenti, un altro piantonamento, se era possibile ... sembrava possibile.

P.M. - Bene, e quindi che cosa accadde? Lei chiamò il dottor Marchiandi ...

TESTE MARIANI - Il dottor Marchiandi mi ha detto, mi assicurò che avrebbe, si sarebbe interessato visto che gli riferivo che probabilmente c'era già un'intesa tra i due medici delle due struttura sanitarie ... (incomprensibile) ... e quindi diciamo il trasferimento dal punto di vista medico era possibile, per lo meno così sembrava all'apparenza, mi disse: "Va be' adesso me ne occupo io, vediamo di poterlo fare". E fu assolutamente come dire collaborativo rispetto a questo problema .

P.M. - E poi cosa seppe lei di questa vicenda ulteriore? Venne informato delle cose?

TESTE MARIANI - Ma io poi sono uscito, la situazione naturalmente l'ha curata il Commissario Forte, coordinatore del Nucleo Traduzioni e Piantonamenti, quindi non sono io prettamente ...

P.M. - E lei non ha più saputo niente?

TESTE MARIANI - Chiedo scusa?

P.M. - Non ha più saputo niente di come poi si è evoluta ...

TESTE MARIANI - Guardi, io sinceramente ...

P.M. - Ovviamente in serata, poi dopo lo sappiamo tutti.

TESTE MARIANI - Sì, sì io onestamente non ho un ricordo di una telefonata della dottoressa Forte, anche se la dottoressa Forte poi insomma naturalmente nel proseguito delle cose mi ha detto che poi alla fine mi avvertì che la cosa era finita”.

All'udienza del 4/10/2011, (cfr. pp. 43/87 trascrizioni), è stata sentita la Forte che ha reso dichiarazioni concordanti con quelle di Mariani:

“TESTE FORTE - Allora, nel primo pomeriggio sono stata contattata telefonicamente dall' Assistente Capo De Luca, che è del nucleo traduzioni e che come autista aveva preso parte a questa traduzione al Pronto Soccorso. Mi telefona, io mi trovo nell' ufficio del mio Direttore, insieme alla mia collega che era il Vicecomandante di Reparto, perché il Comandante era assente quel giorno, e mi sento dire che questo ragazzo deve essere ricoverato in Ospedale e che, a differenza della sera prima, stavolta accetta di essere ricoverato però, sempre a differenza della sera prima, stavolta in ospedale il posto letto non c'è e sempre l'Assistente De Luca mi dice che i medici dell'Ospedale Fatebenefratelli, che lavorano con noi in via privilegiata perché sono al Pronto Soccorso di zona al quale afferiamo in continuazione quando abbiamo detenuti che stanno male e vengono portati fuori in via d'urgenza, conoscendo l'esistenza del Reparto Protetto, reparto di medicina penitenziaria presso l'Ospedale Sandro Pertini hanno avuto l'idea di provare a chiedere il posto anche lì perché non avendo il posto presso il loro Ospedale, mi dice, devono cominciare a mandare fax a tutti gli Ospedali presenti nel territorio di richieste ne troverà uno che risponderà in maniera affermativa. Quindi il rischio qual è? Che la persona che sta male rimanga in barella in corridoio per chi sa quante ore e quindi, mi dice, decidono di fare anche questo tentativo, e parliamo del primo pomeriggio, più o meno intorno alle 15.00”.

La prospettiva di mandare Cucchi al Pertini veniva anche dalla necessità di evitare un ulteriore piantonamento, trattandosi tra l'altro del fine settimana, cioè di un momento di critico per la mancanza di personale.

“TESTE FORTE - Certo, come no, avrebbe evitato un ulteriore ricovero esterno, certo, quella è una struttura che esiste proprio per queste finalità, per alleggerire i piantonamenti della polizia penitenziaria.

P.M. - Ma lei conosce anche diciamo il tipo di patologie che devono avere i detenuti quando ...

TESTE FORTE – ci sono, nel Protocollo d'Intesa, delle patologie che sono escluse dal ...

P.M. - Tipo, cosa sa lei?

TESTE FORTE - Per esempio non accettano detenuti che abbiano ingerito sostanze stupefacenti, quindi ecco ...

P.M. - Pluritraumatizzati?

TESTE FORTE - Non ricordo, ricordo che non prendono quelli con sostanze stupefacenti, che abbiano assunto sostanze stupefacenti, che abbiano insomma occultato nel loro corpo sostanze stupefacenti, ricordo che non prendono quelli con patologie psichiatriche acute, quelli che abbiano bisogno di rianimazione e terapia intensiva, ci sono delle patologie ... quelli che abbiano esiti di interventi chirurgici

eseguiti altrove perché il decorso post-chirurgico non lo seguono se l'intervento è stato eseguito in altra struttura ...

P.M. - Quindi persone diciamo che non hanno dei problemi acuti, insomma, patologici acuti in sostanza.

TESTE FORTE - Sì, sì”.

[.....]

“TESTE FORTE - A questo punto conoscevo il protocollo esistente tra la mia amministrazione e la ASL a cui fa capo l'Ospedale Pertini, il Protocollo prevedeva che per chiedere il trasferimento di un detenuto ricoverato in una struttura esterna, alla Struttura Penitenziaria dell'Ospedale Pertini, bisognasse avere sia la richiesta scritta dei medici nel cui Ospedale si trovava il paziente, quindi in questo caso al Fatebenefratelli, sia ... dunque, la dinamica era questa: l'Ospedale esterno doveva inviare una breve relazione sanitaria a noi Istituto; noi Istituto dovevamo farla firmare al Direttore e, tramite l'Ufficio Matricola, inoltrarla al nostro Provveditorato Regionale Ufficio Detenuti che era quello che era stato individuato come competente per questa procedura; l'Ufficio Detenuti dal Provveditorato Regionale doveva a sua volta firmarla, protocollarla eccetera e inviarla alla Struttura Protetta, che era in questo caso il Pertini, ma la stessa cosa era per l'Ospedale Belcolle di Viterbo. Una volta che la Direzione, i medici dell'Ospedale Pertini avevano ricevuto questa richiesta dovevano valutare la relazione sanitaria, quindi in questo caso la Direzione del Carcere e il Provveditorato Regionale non avevano nessuna competenza dell'ambito sanitario nella valutazione della patologia che fosse compatibile o no, si limitavano a seguire questa procedura amministrativa. Erano i medici dell'Ospedale Pertini che valutavano la relazione sanitaria inviata dall'Ospedale esterno e stabilivano, a seguito della loro valutazione, se la patologia fosse compatibile con quelle che si potevano curare all'interno del loro reparto.

P.M. - E tutta questa trafila è stata seguita nel caso in oggetto?

TESTE FORTE - Una volta che loro davano l'okay, firmavano, scrivono "okay, disponibilità posto letto", firmavano e rinviavano tutto quanto al Provveditorato Regionale il quale a sua volta comunicava per iscritto alla matricola dell'Istituto ...

P.M. - però io le ho chiesto semplicemente, molto più semplicemente, nel caso di specie, una volta che lei ha avvertito quindi il Direttore Mariani della problematica riguardo al piantonamento (...) che cosa è praticamente successo, come avete pensato di procedere per consentire questo ricovero? Questa era la domanda.

TESTE FORTE - Allora, sapevamo che non era possibile inoltrare la richiesta all'Ufficio Detenuti perché, da alcuni mesi, l'orario dell'Ufficio Detenuti del Provveditorato Regionale era stato ridotto, l'orario di apertura, il sabato era stato deciso di chiuderlo alle 14.00, era stato precedentemente era aperto fino alle 18.00, fino a pochi mesi prima. Quindi quell'Ufficio che si occupava di autorizzare i movimenti dall'Ospedale esterno all'Ospedale protetto era chiuso e quindi mancava chi potesse autorizzare tale movimento. Allora ebbi l'idea di chiamare il Dirigente di questo Istituto, cioè il dottor Claudio Marchiandi. Del dottor Claudio Marchiandi non avevamo il numero di telefono, dissi al Direttore "ma perché non chiamiamo il

dottor Marchiandi se ci può dare una mano?", non avevamo il numero di telefono e il dottor Mariani, il Direttore, chiamò il Commissario Chimenti. Il Commissario Chimenti è un funzionario di Polizia Penitenziaria che fa servizio al Provveditorato Regionale, non all'Ufficio Detenuti, fa servizio all'Ufficio Traduzioni e Sicurezza, e gli dice "Leonardo ... gli dice 'Leonardo, senti, per cortesia, abbiamo una situazione qui ... eccetera eccetera, dobbiamo raggiungere Claudio Marchiandi, per caso hai il suo numero?". Dopo 10 minuti il Commissario Chimenti rispose di no, ma ce lo procurò dopo una decina di minuti dopo o un quarto d'ora, ci ritelefonò e ci fornì il numero del cellulare di servizio del dottor Marchiandi che fu chiamato dal Direttore, dottor Mariani, davanti a me e il dottor Mariani gli disse "senti, abbiamo questa difficoltà, abbiamo un detenuto che al Pronto Soccorso, lo devono ricoverare, lì non c'è posto ...", spiegò per sommi capi com'era la situazione "lo prenderebbero al Pertini però il medico che è lì non lo accetta se non viene in qualche modo autorizzato dal tuo Ufficio ...".

[.....]

"Insomma è andato avanti, quel giorno sono rimasta in Ufficio fino alle sette passate, e il dottor Marchiandi ad un certo punto mi ha detto che in un quarto d'ora, in 10 minuti poteva arrivare lui al Pertini e mi disse di allertare il nostro Capo Posto lì, che era un Assistente Capo, perché al Pertini abbiamo delle unità di personale che fanno servizio in via permanente, di allertare questa persona con i moduli che loro avevano per il trasferimento dei detenuti, il facsimile di quelli che, insomma, c'erano anche i non Provveditorato, diciamo, è che sarebbe andato lui lì a firmare personalmente questa richiesta in modo che ... dato che lui era la persona titolata a chiedere il posto letto al Pertini, l'avrebbe firmato lui, sempre per il fatto che il suo Ufficio era chiuso dalle 14.00 e quindi in Ufficio non c'era nessuno che potesse, in sua vece, firmare questa richiesta di posto letto.

P.M. - Quindi lei diede istruzioni in qualche modo al De Luca che a sua volta parlasse con i medici del Fatebenefratelli per procedere per quanto di sua competenza ...

TESTE FORTE - lo sono stata informata di questa difficoltà, della necessità di ricovero e della necessità di trovare il posto letto chissà dove nell'ambito cittadino e dell'intenzione dei medici del Fatebenefratelli di tentare anche la carta del Reparto Protetto del Pertini dove in effetti il posto disponibile c'era quindi ..."

[.....]

P.M.- quindi, diciamo, l'iniziativa comunque dei medici è stata in qualche modo sollecitata da lei attraverso il De Luca.

TESTE FORTE - non è stata sollecitata, quando De Luca mi ha detto i medici vogliono sentire se il Pertini ha posto, il Pertini ha posto ma vogliono tutta la procedura, ho detto 'allora dica ai medici che per attivare la procedura ...', ma non ho detto 'dite ai medici di farlo trasferire'.

A sua volta Marchiandi, (cfr. pp. 17/56 trascrizioni udienza 18/1/2012), ha riferito che:

“I.C.R. MARCHIANDI - No anche perché, solitamente, appunto, io le richieste di ricovero le trasmetto senza nessuna valutazione da parte del mio Ufficio. Quindi, anche, diciamo così, richieste che apparentemente sono inammissibili ai sensi del protocollo, io, le richieste di ricovero, le trasmetto senza nessuna valutazione da parte del mio Ufficio. Quindi, anche, diciamo così, richieste che apparentemente sono inammissibili ai sensi del protocollo, io, comunque, quando mi arrivavano, le trasmettevo al Pertini e poi erano i sanitari del Pertini a valutare l'eventuale ammissibilità o no. Quindi, non sono mai entrato nel merito tecnico, diciamo, dell'opportunità o meno del ricovero. Quindi, per me ...

P.M. - Quindi, ha dato questa sua disponibilità e, poi, cosa è successo dopo?

I.R.C. MARCHIANDI - Niente, per me, la faccenda era chiusa lì, tanto che non ho avuto più nessuna notizia, fino a circa le cinque, cinque e mezzo, quando vengo chiamato, a questo punto, non più dal Dottor Mariani, ma dal Commissario Forte, Responsabile del Nucleo Traduzioni e Piantonamenti che mi diceva che, praticamente, il trasferimento al Pertini non poteva essere eseguito, perché l'Ospedale richiedeva espressamente la trasmissione della richiesta non direttamente da Regina Coeli o dal Fatebenefratelli, ma la volevano assolutamente dal mio ufficio”.

[.....]

“I.R.C. MARCHIANDI - Esatto. Non è neanche una richiesta, la mia, è semplicemente la trasmissione, infatti il modulo recita: "Si trasmette richiesta di ricovero", eccetera, eccetera. Quindi, non è neanche una richiesta da parte nostra, è semplicemente la trasmissione di una richiesta di ricovero”.

Risulta anche da altre testimonianze assunte che il ricovero presso la Struttura Protetta, quantunque la relativa richiesta fosse trasmessa dal P.R.A.P., era deciso dai sanitari sulla base di un Protocollo; in particolare, sulle limitazioni imposte dal Protocollo, così riferisce il dottore Aloisio Patrizio, (cfr. pp. 102/115 trascrizioni udienza 8/11/2011), per alcuni anni in servizio presso detta Struttura:

“TESTE ALOISIO - C'era un limite stabilito dal Protocollo che era per le malattie infettive in atto oppure per complicazioni di qualsiasi genere di una malattia: della malattia dell'HIV. Per cui c'era necessità di avere un infettivologo che non era disponibile presso il Pertini. Per il resto noi ... cioè, la Medicina Protetta è a circa 500 metri dal Pertini e non è presente nella struttura un anestesista, un rianimatore, per cui ovviamente pazienti non particolarmente gravi. Cioè, che non avessero ... (...) Nel senso che non fossero pazienti condizioni tali da poter aver bisogno immediatamente di un intervento di terapia intensiva. Poi è chiaro, nel momento in cui peggioravano mentre erano lì poi venivano messe in opera tutte le consulenze ed eventualmente il trasferimento presso il Pertini o la terapia intensiva ...

P.M. - A me interessa all'atto dell'accettazione ovviamente. Cioè, il plurifratturato per esempio le è mai capitato di farlo entrare?

TESTE ALOISIO - Come regola generale era questa, poi naturalmente stava alla valutazione del singolo medico ... (...) Bisogna intendersi che cosa si intende per polifratturato. E' ovvio che uno che ha, non so, la frattura di quattro dita di una mano è tecnicamente un polifratturato, però ovviamente non ha rischi. In genere le fratture che non erano in grado di essere accettate erano quelle emboligene. Adesso è un problema un po' tecnico, però per esempio delle fratture multiple degli arti inferiori, oppure del bacino, sono fratture che possono complicarsi rapidamente. Quindi questo era più o meno il criterio.

P.M. - Non viene accettato quindi il paziente in questo caso. Ci può fare un esempio in cui lei ha valutato per l'appunto in relazione alle fratture di non fare entrare qualcuno?

TESTE ALOISIO - Ora non ricordo precisamente L'episodio preciso non me lo ricordo, mi pare che fosse un paziente con una frattura di femore, più frattura di bacino che sono due fratture potenzialmente emboligene quindi, diciamo, pericolose, anche perché poi un'embolia non ci mette niente a venire fuori .

P.M. - Chi è che normalmente accetta il ricovero?

TESTE ALOISIO - Il medico di turno .

P.M. Cosa fa, qualche atto scritto, qualche relazione circa i motivi per cui ha accettato o meno l'ingresso?

TESTE ALOISIO - No, una relazione sul perché l' ha accettato o no” .

Inoltre, sempre sul Protocollo, la dottoressa De Grassi Flori, (cfr. pp. 78/100 ibidem), ha chiarito quanto segue:

“TESTE DEGRASSI - Non dovevano essere patologie in acuzie e non dovevano essere patologie infettive contagiose. Questa era l'unica parte sanitaria di cui al regolamento peraltro.

P.M. - Cosa intende? Non potevano essere interessati da stati acuti che cosa significa?

TESTE DEGRASSI - Cioè, dovevano essere pazienti stabilizzati perché la palazzina penitenziaria è separata fisicamente dall'Ospedale e il tunnel di collegamento che l'avrebbe dovuta collegare, e che pure esisteva, non è stato mai aperto, non per volontà dell'Ospedale. Quindi si cercava di avere delle patologie che avessero delle caratteristiche di stabilità onde non mettere a rischio la salute della persona.

P.M. - C'era un Pronto Soccorso autonomo rispetto a questa Struttura Protetta, una ala di rianimazione, oppure c'erano quelli dell'Ospedale Pertini ?

TESTE DEGRASSI - Che ci fossero le attrezzature per fare una rianimazione, ventilazione, c'erano queste attrezzature all'interno della Struttura Protetta; per quanto riguarda invece il Pronto Soccorso, il Pronto Soccorso è una struttura indipendente, tant'è vero che i pazienti che da Rebibbia avevano dei problemi di acuzie andavano al Pronto Soccorso del Pertini, venivano stabilizzati e soltanto dopo stabilizzati entravano nella palazzina protetta. Infatti la maggior parte dei pazienti della palazzina protetta veniva dal Pronto Soccorso del Pertini, (...), una volta

stabilizzati o dalle rianimazioni o dai reparti di chirurgia, ma soltanto dopo stabilizzati trovavano posto dentro la palazzina.

P.M. - Per quanto riguarda Cucchi lei che cosa ha accertato? Cioè, il suo trasferimento all'interno della Struttura Protetta era conforme a quanto stabilito dal Protocollo?

TESTE DEGRASSI - Allora, Cucchi veniva da un altro Pronto Soccorso che era il Pronto Soccorso dell'Isola Tiberina, (...), dove era stato portato, sì. Ci sono stati altri trasferimenti da altri Pronto Soccorsi, questo l'ho verificato in seguito. Diciamo che era l'orario un po' strano, nel senso che le accettazioni all'interno della struttura avvenivano, essendo sabato, avvenivano fino alle 14.00 i ricoveri. Gli altri ricoveri che avvenivano dopo questo orario dentro la palazzina avvenivano perché venivano dal Pertini, cioè i pazienti stabilizzati trasferiti anche di sabato o di domenica dentro la Palazzina a noi venivano dal Pertini. In questo caso invece è l'orario che è sabato sera e che è ... anche se è successo un'altra volta, il fatto particolare è che è venuta addirittura un'altra persona, è entrata a firmare l'autorizzazione”.

Da quanto sopra esposto discende che deve essere esclusa la sussistenza del delitto di abuso di ufficio di cui al capo d) della rubrica contestato alla CAPONETTI in concorso con il Marchiandi. Ed invero, Cucchi, per quanto polifratturato, era certamente un paziente stabilizzato e la Struttura Protetta, anche secondo quanto accertato dai periti, era idonea alla cura delle patologie fratturative da cui era affetto. Ed anche se volesse ammettersi l'inosservanza del Protocollo per il fatto che Cucchi provenisse da un Pronto Soccorso e non da un “ricovero programmato”, farebbe comunque difetto il dolo specifico, non potendosi sostenere, come adombrato dall'Accusa, che il ricovero presso la Struttura Protetta sia stato attuato dalla CAPONETTI, in concorso con Marchiandi, in violazione del Protocollo, al precipuo fine di mantenere Cucchi in ambito carcerario per “coprire” all'esterno il suo pestaggio ad opera della Polizia Penitenziaria. La prospettazione è irrazionale non fosse altro perché, prima di giungere nella Struttura Protetta, Cucchi era stato portato per ben due volte al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli, dove tra l'altro sarebbe stato immancabilmente ricoverato se la proposta di ricovero fosse stata da lui accettata la prima volta che ve lo avevano condotto. Mentre la proposta di ricovero presso la Struttura Protetta – almeno stando alle testimonianze di costoro – era stata suggerita dagli stessi medici dell'Ospedale Fatebenefratelli.

Né in capo ai predetti può ritenersi sussistente il dolo specifico, richiesto dall'art. 323 cp, sotto il profilo della intenzionalità di cagionare un danno ingiusto a Cucchi ricoverandolo in una struttura sanitaria inadeguata alle sue patologie. Nella ricostruzione della Pubblica Accusa infatti l'elemento soggettivo della condotta potrebbe al più rinvenirsi nella intenzionalità di procurare un vantaggio ingiusto, consistente nell'impunità, ai tre agenti che avevano proceduto al pestaggio. Sotto questo profilo va preso in considerazione il reato contestato al capo h) della rubrica ovvero il favoreggiamento personale di cui all'art. 378 cp che si sostanzierebbe, nel

caso dei medici e degli infermieri, nella condotta di chi aiuti taluno ad eludere le investigazioni dell’Autorità con le modalità in fatto dettagliatamente descritte nella relativa imputazione. Ma neppure di tale delitto sussistono gli elementi costitutivi oggettivi e soggettivi, in considerazione del fatto che né i medici né gli infermieri della Struttura Protetta conoscevano i presunti rei, (gli agenti MINICHINI, SANTANTONIO e DOMENICI), né vi poteva essere la conoscenza, da parte dei sanitari, che le ecchimosi periorbitarie e le fratture di Cucchi fossero ascrivibili ad un “pestaggio” ad opera di terzi, posto che costui aveva più volte dichiarato agli stessi, come risulta documentalmente, di essere “caduto dalle scale”.

Queste considerazioni consentono altresì di escludere la sussistenza del reato di omissione di referto, (di cui al capo i) della rubrica), posto che il giovane, prima di pervenire alla Struttura Protetta, era stato visitato da più medici: in Tribunale, in Carcere e finanche, e per ben due volte, dai medici del Pronto Soccorso dell’Ospedale Fatebenefratelli, per cui il personale sanitario della Struttura Protetta poteva comunque fare ragionevole affidamento sull’adempimento dell’incombente da parte dei colleghi intervenuti in precedenza.

Per quanto riguarda la posizione degli altri medici, va rilevato che già in data 17 ottobre i medici della Struttura Protetta si sarebbero dovuti sensibilizzare in ordine al comportamento non collaborativo del paziente: lo stesso infatti proveniva da un Ospedale dove aveva una prima volta rifiutato il ricovero, e poco dopo avrebbe rifiutato di effettuare il secondo elettrocardiogramma; anche il problema dell’idratazione del paziente era stato individuato lo stesso giorno 17, posto che nel diario infermieristico di quel giorno si legge: “idratazione orale (2.000 cc/die) + 4 bicchieri di acqua per os”, ma nulla viene prescritto affinché si controlli che il paziente effettivamente beva.

Da parte delle difese dei medici si è cercato di parcellizzare non solo le condotte dei rispettivi assistiti considerandole ciascuna separata dalle altre in modo da impedire la ricostruzione dell’insieme che è la sola utile per ricostruire il filo del nesso causale e della colpa, ma si è cercato anche di “isolare” i vari sintomi che il paziente presentava per inferirne che nessuno, da sé solo considerato, era tale da mettere in allarme i sanitari, perché è evidente che anche la valutazione delle analisi, degli accertamenti diagnostici, delle visite mediche va effettuata l’una alla luce dell’altra, in maniera integrata.

In particolare questo è il modo di procedere dei CCTT dell’imputato DE MARCHIS PREITE, professori Orsetti Remo e Aleandri Pierfranco, (cfr. il parere medico-legale in data 4/4/2012). Si ricorda che il dottor DE MARCHIS PREITE era stato in servizio il pomeriggio e la notte del 19, nonché la notte del 20. Secondo quanto dallo stesso dichiarato, poco dopo l’inizio del primo turno l’infermiera gli aveva comunicato che il paziente era agitato in quanto sofferente; egli si era allora recato nella sua cella e Cucchi lo aveva accolto insultandolo: “*mi vuoi curare con la tachipirina?*”; gli aveva allora proposto l’apposizione di una pompa antalgica, (“*quindi ho compreso, ho scoperto il paziente e ho valutato, insomma, lo stato di trofismo a livello gluteo. Ho detto ‘ma non hai masse muscolari, tu hai prescritto un*

... hai prescritto in terapia un farmaco intramuscolare' - che è quello che poi mi chiedeva - e gli ho detto 'però non hai masse muscolari tali che potessero permettere questa terapia, anche ripetuta nell'arco della giornata', non si trattava magari solo di uno, però poteva richiederlo più volte, come poi in effetti è stato") ma il paziente l'aveva rifiutata nonostante egli gli avesse fatto presente che non aveva masse muscolari; poco dopo si era recato nuovamente dal paziente insieme all'ortopedico per la visita specialistica e quando costui gli aveva chiesto come si era procurato le fratture Cucchi gli aveva risposto che avrebbe parlato soltanto davanti al suo avvocato (cfr. p. 108 trascrizioni udienza 28/2/2012: "il paziente sempre con tono, diciamo, burbero, renitente, riluttante ci dice "parlo solo davanti al mio avvocato" e si gira dall'altra parte, (...), che è stata interpretata da me e dall'ortopedico come una battuta"). Il DE MARCHIS PREITE ribadisce più volte che "il paziente era in condizioni generali scadute in rapporto all'età, perché era un paziente evidentemente magro, eccessivamente magro, con un sottocutaneo scarsamente rappresentato, quasi assente, un tessuto adiposo con delle ...". L'imputato quindi aveva una conoscenza piena "de visu" delle condizioni generali di Cucchi, (che nel caso di specie sono le più eloquenti, anche per coloro che non sono specialisti della materia: sarebbe bastato l'occhio della buona madre di famiglia). Per di più aveva a disposizione tutti i risultati degli accertamenti diagnostici, strumentali ecc. che gli erano nel frattempo stati fatti, (e gli continuavano a fare, si direbbe, senza nemmeno leggerli, dato che non producevano alcun utile risultato a livello di interventi terapeutici), dai quali si desumeva che il paziente presentava: bradicardia, (e ciononostante nei giorni 18, 19 e 20 non risultavano in cartella rilievi della frequenza cardiaca: è invece pacifico che il rilievo di 36 registrato il 21 è relativo alla temperatura corporea); anemia ipocromica; un valore di glicemia estremamente basso, (40 mg); alterazione di una parte degli elettroliti; iperosmolarità, iperazotemia e ipernatriemia; ipertransaminasiemia, (valori aggravatisi tutti il 21), iperbilirubinemia e incremento degli enzimi pancreatici. A fronte di questo imponente quadro clinico, che avrebbe richiesto l'immediato trasferimento in un reparto di terapia intensiva come indicato dai periti, l'affermazione contenuta a p. 12 del citato parere medico legale, secondo cui "dall'esame della documentazione sanitaria allegata agli atti si evince che il paziente era in condizioni cliniche generali soddisfacenti fino alle h. 22.00 del 21", (...), e "che non presentava patologie e/o alterazioni dei parametri vitali che potessero far ipotizzare l'evento morte la cui causa non è stata identificata, ma è certo che si tratta di morte improvvisa (M.I.) ed inattesa verificatasi durante il sonno in assenza di sintomatologia premonitrice" (...) e che il paziente "non è mai stato in condizioni cliniche gravi e non ha mai presentato alterazione dei parametri vitali tali da giustificare un suo trasferimento in una struttura sanitaria fornita di contenuti tecnologici più avanzati", è quantomeno sconcertante. Lo è ancora di più se si tiene presente che secondo le tecniche di calcolo di consumo calorico prospettate dai professori Orsetti e Aleandri si deve escludere che Cucchi possa avere perso oltre dieci kg in circa cinque giorni, (dato che all'ingresso a Regina Coeli pesava intorno a 50 kg e all'ingresso in obitorio ne pesava

solo 37), in quanto avrebbe potuto perdere non più di 1 kg in totale, con la conseguenza che si dovrebbe ritenere che all'ingresso in Ospedale Cucchi pesasse 38/39 kg, (si presentasse cioè più o meno come si presentava al tavolo settorio, cfr. foto in atti). In questo caso vorrebbe dire che sin dal primo giorno dell'ingresso in Ospedale elementari regole di buonsenso, oltre che di prudenza e diligenza, avrebbero imposto ad un medico dotato di un sufficiente livello di preparazione professionale, l'immediata valutazione dell'opportunità di procedere ad alimentazione ed idratazione forzate.

Al riguardo è stato opposto che, in difetto di consenso dell'interessato, o meglio in presenza del suo esplicito rifiuto, non si sarebbe potuta praticare qualsivoglia tipo di terapia. E' stato citato l'art. 32, II° co Cost. secondo cui *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. E' stato correttamente rilevato che il consenso informato del paziente costituisce un momento necessario nello svolgimento dell'attività medica perché il paziente non può essere sottoposto passivamente a qualsiasi trattamento sanitario, (accertamento diagnostico, terapie ecc.), ma è necessario il suo consenso che deve essere prestato dopo aver ricevuto idonee informazioni e sufficienti elementi di valutazione in ordine al trattamento al quale sarà sottoposto e ai rischi che da tale trattamento possono derivare. *“Consenso”* significa partecipazione, consapevolezza, informazione, libertà di scelta e di decisione delle persone ammalate. La validità del consenso pertanto è legata ad una preventiva e completa informazione: il medico ha l'obbligo di fornire le informazioni indispensabili affinché il paziente sia sufficientemente informato sul tipo di trattamento, sulle alternative terapeutiche, sulle finalità, sulle possibilità di successo, sui rischi e sugli effetti collaterali del trattamento medico. Il consenso informato non va inteso come un ulteriore adempimento burocratico o come un momento di conflitto nella relazione medico-paziente, e non si deve ridurre ad una semplice e pura operazione di *“stipile”* alla quale ricorrere per garantirsi da conseguenze giudiziarie, ma deve essere inteso come un momento di quella *“alleanza terapeutica”* fondamentale per affrontare in modo corretto la malattia. L'obbligo del consenso informato è sancito, come detto, dalla Costituzione, da varie norme di legge, dal codice di deontologia medica e dalla Carta dei diritti fondamentali della Unione Europea. A livello formale si tratta di un atto scritto, controfirmato dal paziente. Il consenso informato vale non solo per gli interventi chirurgici, ma anche per le procedure diagnostiche invasive e per i trattamenti terapeutici, (come, nel caso di specie, sarebbero state l'alimentazione e la reidratazione per via endovenosa). La responsabilità di informare e di acquisire il consenso spetta al direttore e ai dirigenti medici, (l'infermiere non può mai essere delegato a sostituire il medico in questo compito, ma partecipa all'informazione per quanto di sua competenza, ovvero l'assistenza infermieristica e generale).

Per individuare la base normativa del consenso informato appare opportuno richiamare la pronuncia della Corte Costituzionale 23/12/2008, n. 438, nella quale la tematica del consenso informato è stata scandagliata a fondo, offrendosi del consenso

al trattamento un quadro definitorio dettagliato ed in sintonia con le pronunce cui era già pervenuta la Corte di Cassazione.

Il giudice delle leggi ha avuto modo di puntualizzare che il consenso informato inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale un vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost. che tutela e promuove i diritti fondamentali e negli artt. 13 e 32 Cost. i quali stabiliscono rispettivamente che la libertà personale è inviolabile e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

D'altra parte, ha osservato la Corte Costituzionale, anche numerose fonti internazionali prevedono la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti sanitari. Così l'art. 24 della Costituzione dei Diritti del Fanciullo firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con L. n. 176/1991, premesso che gli Stati aderenti "riconoscono il diritto del minore di godere il migliore stato di salute e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione" dispone che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori ricevano informazione sulla salute e sulla nutrizione del minore". A sua volta, l'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4/4/1997 e ratificata in Italia con L. n. 145/2001, prevede che un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato.

L'art. 3 della Carta dei Diritti fondamentali della Unione Europea, proclamata a Nizza il 7/12/2000 sancisce poi che ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica e che, nell'ambito della medicina e della biologia, deve essere rispettato il consenso libero ed informato della persona interessata secondo le modalità definite della legge.

La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico – ha ancora precisato la Corte Cost. – si evince da diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: ad esempio, dall'art. 3 L. n. 219/2005, recante una nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati; dall'art. 6 L. n. 40/2004, che prevede norme in materia di procreazione medicalmente assistita, nonché dall'art. 33 L. n. 833/1978 sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se ciò non è previsto dalla legge. La circostanza dunque che il consenso informato trovi il suo fondamento direttamente nella Costituzione e segnatamente negli artt. 2, 13 e 32 della Carta pone in risalto – secondo il giudice delle leggi – la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti

possibili proprio per garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, II° co Cost.

Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legge statale.

Anche il nuovo codice di deontologia medica, approvato il 16/12/2006, si occupa del consenso informato stabilendo, all'art. 35, che “il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente”. L'art. 33 inoltre precisa che “il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi sulle prospettive e sulle eventuali alternative diagnostiche terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione o sofferenza alla persona devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.”

La formazione del consenso presuppone la specifica informazione fornita dal medico che deve prestare la sua attività professionale. Il consenso deve essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente: il medico è tenuto cioè a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata e non solo cartacea, al trattamento terapeutico. Esso non è pertanto un adempimento formale e burocratico, ma è la condizione indispensabile per trasformare un atto normalmente illecito in un atto lecito. Proprio per questo motivo non ha alcun rilievo che la volontà negativa del paziente venga espressa oralmente o per iscritto, essendo sufficiente che il paziente rifiuti le cure offerte. Ne consegue che il rifiuto scritto all'invito del medico a eseguire una terapia necessaria non è altro che un mezzo idoneo a meglio dimostrare che tale invito è stato formulato, ma la prova di una condotta altrettanto risoluta da parte del medico può essere fornita anche mediante prove testimoniali. Del resto la previsione del consenso scritto contenuta nel Codice di deontologia medica non solo non è una norma cogente, ma ha la mera finalità di responsabilizzare il medico, il quale, se ha adeguatamente informato il paziente, pur non ottenendo una risposta scritta, (che certamente non può essere imposta), non può ritenersi per ciò stesso negligente, (cfr. Cass. IV Sez. Pen. sentenza n. 21/10/2005 n. 38852).

Comunque, secondo la giurisprudenza di legittimità, (cfr. Cass. I Sez., sentenza n. 21748 del 16/10/2007), di fronte al rifiuto della cura, (tra l'altro nel caso di specie si trattava di rifiuto della idratazione ed alimentazione forzate), da parte del diretto interessato, c'è spazio - nel quadro dell' “alleanza terapeutica” che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno - per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire la massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza; e c'è prima ancora, il dovere di verificare che

quel rifiuto sia informato, autentico e attuale. Soltanto allorchè il rifiuto abbia tali connotati non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico. Tutto ciò, come si è detto, nel caso in esame, è mancato.

Inutilmente si cercherebbe traccia di corretta informazione sul trattamento terapeutico cui era condizionata la sopravvivenza di Cucchi nella documentazione sanitaria relativa al suo ricovero nella Struttura Protetta, tale non potendosi ritenere, per quanto sopra ampiamente esposto, la mera apposizione della sua firma su uno dei non pochi rifiuti dallo stesso opposto ad accertamenti e terapie, (ed in particolare alla terapia reidratante endovenosa), apposizione che si è rivelata essere, nel caso di specie, non più di un vuoto disbrigo burocratico. Semmai vi è in atti la prova del contrario rappresentata dalla missiva predisposta dalla dottoressa CORBI su indicazione del dottor FIERRO, la quale da un lato dimostra la grave ed inescusabile sottovalutazione del quadro clinico del detenuto, dall'altro è la dichiarata ammissione della incapacità di fare fronte alle *“difficoltà della gestione clinica”*, a tacere dell'inescusabile ritardo con cui i sanitari avevano iniziato a percepire dette *“difficoltà”*, ovvero quando per il povero Cucchi non c'era più nulla da fare e dopo che aveva opposto innumerevoli rifiuti.

Discorso non dissimile va fatto per tutti gli altri medici, (eccezione fatta per il dottor FIERRO). Per rimanere alla dottoressa CORBI, i suoi CCTT, (professori Ferri Claudio e Di Luca Natale Mario, quest'ultimo esaminato all'udienza del 5/4/2012; cfr. inoltre parere medico-legale in data 27/3/012), hanno particolarmente insistito sulla inattendibilità del peso corporeo di kg 52, registrato all'ingresso a Regina Coeli *“perché è impossibile una perdita di peso di quella entità, da 52 a 37 nel giro di così pochi giorni”*, stimando invece il peso corporeo in kg 41-42, nonché sulla erronea interpretazione, da parte dei CCTT del PM del dato di *“36”* come frequenza cardiaca anziché, come temperatura corporea, ma come si è già avuto modo di osservare, se pure il peso corporeo fosse stato dell'entità presuntivamente assunta dai detti CCTT, le omissioni dei medici che lo avevano in cura non sarebbero state meno inescusabili. Va ribadito che nella annotazione in cartella del turno del giorno 18 si coglie a pieno la sua incapacità di formulare la diagnosi appropriata, in sostanza limitandosi la stessa a prendere atto della sua inadeguatezza ad instaurare un corretto rapporto terapeutico con un paziente *“difficile”*, che si risolve nella prescrizione di un antidolorifico, (cfr. cartella clinica: *“Paziente molto polemico. Si gira con la testa mantenendo la posizione prona. Si convince a farsi visitare ma è comunque scarsamente collaborante – presenta verosimile ematoma regione glutea sinistra. Vistoso ematoma ed ecchimosi periorbitaria sinistra – Rifiuta di continuare a parlare – Rifiuta elastomero- Prosegue Contramal 1 fl al bisogno – Impossibile proseguire la visita – Nel pomeriggio ripete emocromo”*).

Detto ciò, non si intende affatto sottovalutare la difficoltà per un medico di interagire nell'approccio terapeutico con un paziente tossicodipendente dall'adolescenza, epilettico, celiaco, in condizioni di impressionante magrezza, angustiato dalla sofferenza fisica e per di più detenuto alla prima esperienza, ma certamente ben poco

è stato fatto per cercare di interagire con lo stesso, (non si dirà per superare le difficoltà, ma semplicemente per divenirne consapevoli, salvo, dopo il decesso, accampare a propria difesa l'insieme di questi fattori come causa di "morte cardiaca improvvisa").

Per quanto riguarda la dottoressa DI CARLO, la difesa, nella memoria in data 6/5/2013, ha sostenuto che il paziente *"all'ingresso al Pertini, pur essendo molto magro per sua natura, oltre che per sua scelta, svolgeva una vita assolutamente normale per cui non vi era ragione per allarmare i medici fin dall'ingresso"*, e che il comportamento della imputata, insieme a quello degli altri medici, poteva al massimo essere iscritto nella colpa lieve non punibile *"infatti, stando alle conclusioni dei periti, viene contestata ai sanitari l'incapacità di sospettare, diagnosticare e conseguentemente trattare in maniera opportuna la 'sindrome da inanizione', allo stesso tempo però si afferma che diagnosticare una tale sindrome presuppone nozioni approfondite che non rientrano nella comune esperienza dei medici"*. Al riguardo si è fatto espresso richiamo alla recente innovazione legislativa di cui all'art. 3 D.L. n. 158/2012, convertito nella L. n. 189/2012, di cui si è già detto.

Sostanzialmente simile, (e per gli stessi motivi ugualmente censurabile), la condotta ascrivibile alla dottoressa BRUNO. Nelle note medico-legali a firma del prof. Buccelli Claudio si legge che *"per tutti questi motivi si ribadisce la ragionevolmente e scientificamente alta probabilità che il decesso del paziente sia inscrivibile in una morte improvvisa a genesi cardiaca sulla base di una improvvisa fibrillazione ventricolare"*, quindi evento non prevedibile e non prevenibile. Ma questa causa di morte, come più volte indicato dai periti, si verifica in un paziente che presenta un quadro clinico non allarmante, sostanzialmente stabilizzato, come Cucchi invece non aveva più a partire dal giorno 19, inoltre essa non spiega il grave dimagrimento del paziente, giustificabile esclusivamente con la "sindrome da inanizione" e non certo con la morte cardiaca improvvisa. La dottoressa BRUNO è altresì chiamata a rispondere del reato di cui al capo g) per avere redatto un certificato di morte falsamente affermando che si trattava di morte naturale pur essendo a conoscenza delle patologie da cui era affetto Stefano Cucchi, ricollegabili ad un traumatismo polifratturativo di origine violenta, che imponeva la messa a disposizione della salma all'Autorità Giudiziaria.

In proposito, la Corte ritiene sostanzialmente condivisibili, (se pure non prive di enfasi difensiva), le argomentazioni contenute nella memoria a firma dell'avv.to Russillo in data 15/5/2013, (cfr. pp. 10/13).

"Il capo d'imputazione così come articolato è errato, o per usare un'espressione dell'avv. Diamante Ceci (ud. 24/4/2013) è schizofrenico e rivela la sua falsa rappresentazione della realtà in almeno due punti: il primo punto è quando si afferma che la Dott.ssa BRUNO avrebbe stilato il certificato medico "falsamente attestando che si trattava di morte naturale"; il secondo punto è nell'ultima parte in cui si sostiene che la medesima non avrebbe messo la salma a

disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Ora, onde poter correttamente giudicare questo certificato ed il suo contenuto, basta mettere a confronto il certificato stesso con il capo di imputazione.

Nella prima parte del certificato medico del 22-10-2009 la Dott.ssa BRUNO scrive: "Si certifica che il sig. Stefano CUCCHI, nato a Roma il 01-10-1978, è deceduto per presunta morte naturale in data odierna alle ore 6:45, presso il Reparto di Medicina Protetta".

Nella parte retro si legge: "Causa di morte: Malattia iniziale: frattura lombare L3; trauma facciale, grave dimagrimento. Successioni morbose o complicate: iperazotemia; causa terminale: sospetta embolia polmonare". Poi continuando a scorrere il certificato si legge: "la salma è messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Il riscontro diagnostico: è richiesto".

Ora come fa la Procura ad affermare nel capo di imputazione che l'imputata ha falsamente attestato la morte naturale pur essendo a conoscenza delle patologie da cui era affetto ricollegabili a un traumatismo fratturativo di origine violenta che imponeva la messa a disposizione della salma all'Autorità Giudiziaria? Ed ancora su quali basi la Procura afferma che l'imputata fosse a conoscenza della natura violenta del traumatismo fratturativo?

La Dott.ssa BRUNO, innanzitutto, non parla di morte naturale ma di presunta morte naturale che è cosa ben diversa! La presunta morte naturale significa solo che sussistono dei "dubbi sulle cause della morte" e non la sussistenza di un "sospetto di un reato". Il sospetto di reato che legittima ad investire l'autorità giudiziaria, come è ovvio, significa sussistenza di un fumus adeguatamente riscontrato - in termini obiettivi - della commissione di un reato. L'imputata, infatti, non era assolutamente a conoscenza della natura violenta del traumatismo di Stefano CUCCHI in quanto dall'anamnesi risultante in cartella clinica, e quindi dalle informazioni in esso riportate (in quanto sono queste le informazioni in possesso del medico di reparto), risultava che il paziente fosse stato ricoverato a seguito di trauma vertebrale dovuto ad una caduta accidentale. Ciò risulta chiaramente dalla cartella clinica dell'Ospedale Sandro Pertini, laddove al paragrafo relativo all' "anamnesi patologica prossima", così si legge: " ... il paziente riferisce caduta accidentale avvenuta in data 30/09/2009 ... Il termine "accidentale", ossia non riconducibile a terzi, esclude a priori l'origine violenta. Il medico, inoltre, ha il compito di curare il paziente e non certo quello di indagare sulle informazioni fornite dal paziente stesso. Dello stesso avviso è il C.T.U. Dott. GRANDI il quale durante il suo esame ha spiegato che: "quando io mi trovo di fronte ad un soggetto che mi dice sono caduto, ecco non credo debba essere compito del medico fare il poliziotto" (Cfr. trascrizioni udienza 30/1/2013 pagg. 6-7).

Nel caso di specie le fratture riportate dal CUCCHI erano compatibili con la caduta accidentale e, quindi, non vi era alcun sospetto circa la loro possibile riconducibilità ad azione aggressiva altrui e, soprattutto, non vi era alcuna consapevolezza della loro origine violenta. Il quadro patologico del CUCCHI, per come si era manifestato durante i giorni di degenza, non delineava elementi per poter o dover attribuire il

decesso ad una azione violenta esterna od anche ad una apprezzabile complicità di questa. Tale tesi è confermata dal Consulente Tecnico di parte, Dr. BUCCELLI, il quale nella consulenza medico-legale, a pagg. 22-23 afferma: ‘ la Dott.ssa BRUNO ipotizzò la possibilità di una embolia polmonare ed un tal genere di evento patologico, come si è detto, rientra a pieno titolo tra le cause di morte improvvisa, se la Dott.ssa BRUNO avesse voluto creare una falsa apparenza non avrebbe aggiunto il termine "sospetta" in tal modo dichiarando accanto alla presuntiva diagnosi di morte anche una sua sostanziale incertezza’.

La Dott.ssa BRUNO, quindi, in base alle informazioni di cui era a conoscenza non poteva sapere di delitti commessi ai danni del CUCCHI e quindi non poteva avere, e non aveva, alcun sospetto di reato. Il P.M., nella persona del Dott. BARBA, durante la sua requisitoria nel soffermarsi su questa contraddittorietà del certificato di morte precisa che: "la crocetta sta su: "salma a disposizione dell'A. G. e richiesta di riscontro diagnostico", che sono due cose che sono contraddittorie fra di loro, perché se, evidentemente, viene messa a disposizione dell'A. G. , cosa che fu fatta soltanto perché io chiesi di farlo, non perché la dottoressa Bruno sentì l'esigenza di fare, ovviamente l'autopsia giudiziaria ai sensi dell'articolo 360 prevale su qualsiasi riscontro diagnostico", (cfr. trascrizioni udienza 8-4-2013 pag.51). La Procura, quindi, insiste sull' errata compilazione del certificato da parte del medico.”

Ad avviso della Corte questa impostazione è sostenibile: la compilazione del certificato è ancora una volta frutto della trascuratezza e della superficialità che ha contraddistinto in ogni momento l'agire di tutti i medici del Pertini. La causa di morte non è occultata o modificata o comunque “falsificata”, in quanto le singole annotazioni riportate sono, autonomamente considerate, conformi al vero. E' la loro lettura complessiva ad essere contraddittoria; in pratica nel certificato redatto dalla BRUNO vi è tutto e il contrario di tutto: la morte è una presunta morte naturale e la causa è una sospetta embolia polmonare, (e ciò, fino all'espletamento dell'autopsia, non poteva dirsi falso); però vengono contemporaneamente richiamate cause violente dovute a frattura vertebra L3 e traumatismo facciale, (anche queste veritiere), e vengono inoltre indicati il grave dimagrimento e l'iperazotemia (sulla cui sussistenza non sono ammissibili dubbi); lo stesso vale per le determinazioni contenute nel certificato: ‘riscontro diagnostico’ e contemporaneamente ‘salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria’ che sono determinazioni in aperto contrasto tra loro. Senza dire che la prospettata falsità, ove mai fosse stata diretta ad occultare le vere cause della morte di Stefano Cucchi identificabili nel “pestaggio” subito ad opera degli agenti di Polizia Penitenziaria, non avrebbe in nessun caso potuto produrre alcun occultamento delle reali condizioni fisiche del defunto stante comunque la messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria della salma.

La posizione del dirigente FIERRO

Resta da esaminare brevemente, oltre quanto si è più sopra detto, la posizione del dottor FIERRO.

I CCTT della difesa, professori Ricci Pietrantonio, D'Amore Francesco, Manfellotto Dario e Puoti Dario, (ampiamente esaminati all'udienza del 28/3/2012, cfr. pp. 46/201 relative trascrizioni; all'udienza del 13/3/2013 è stato nuovamente sentito il prof. D'Amore), hanno in sintesi riferito che il dato storico-istologico aveva messo in evidenza una sofferenza funzionale degli organi nobili:

“cuore, fegato, pancreas e reni, dovuta all'accumulo di queste sostanze, che sono le lipofuscine, che sono, lo ricordo, sostanze di degradazione cellulare che normalmente, in un organismo sano, dovrebbero essere espulse. Tali dati istologici quindi hanno messo in evidenza, in questo paziente, il quadro di una situazione - a livello microscopico e cellulare - tale e quale a quella che si verifica in persone anziane, o comunque debilitate per malnutrizione, cachessia, eccetera. Una prova ulteriore di questa nostra ... di questo dato, che è un dato secondo noi inconfutabile, è quello dato dalla correlazione col dato radiologico del professor Passariello, ausiliario dei Consulenti dell'Accusa, che ha parlato di una estrema decalcificazione delle strutture ossee. Quindi, come abbiamo cercato di spiegare fino adesso, ci troviamo di fronte ad una condizione clinica complessa, sostenuta non tanto da una malattia infiammatoria, o comunque da una malattia bene identificata, chiaramente diagnosticata, ma da una alterata capacità funzionale, a livello cellulare, di molti organi vitali, che è strettamente connessa allo stile di vita e che hanno fatto apparire questi organi come organi di età biologica avanzata, con quindi una differenza, per usare un termine tecnico, significativa fra età cronologica ed età reale. Qual è quindi la nostra diagnosi? La diagnosi a cui noi siamo pervenuti è quella di morte cardiaca improvvisa. Quali ne sono i motivi? Lo ripeto: - qua devo riassumere, ma sarò sintetico, aderendo alla giusta richiesta del Presidente - assenza, all'esame autoptico e accertamenti correlati, di malattie degenerative e infiammatorie, infettive, neoplastiche; assenza durante la degenza di segni clinici chiaramente indicativi di una patologia maggiore; assenza di alterazioni elettrocardiografiche di allarme; assenza di ipopotassemia. Viceversa - e qui siamo sempre ai motivi della diagnosi che noi formuliamo, che, lo ripeto, è di morte cardiaca improvvisa - abbiamo coesistenza in questo paziente, in questa persona, di più fattori di rischio, e qua li elenco: stress emotivo dovuto alla carcerazione, che naturalmente oltre al dolore conseguente alla caduta, quella che lui stesso ha riferito come caduta; il dolore fisico; la tossicodipendenza, una pluritossicodipendenza; abitudine al tabagismo e all'alcol; epilessia; celiachia; un'ipertrofia ventricolare sinistra descritta nell'esame autoptico; un accumulo di lipofuscine; e un incremento del tono simpatico, che è esso stesso potenzialmente capace di innescare una instabilità elettrica. Che cosa indichiamo con questo termine? Perché indicare questo termine vuol dire tutto e vuol dire niente. In realtà esiste una definizione clinica ed esiste anche una definizione medico legale della morte improvvisa. E che cosa intendiamo per 'morte improvvisa'? Intendiamo un evento inaspettato, naturale, a rapida evoluzione che si

manifesta nel giro di pochi minuti, in pazienti con o senza malattie preesistenti, imprevedibile nel senso che anche in presenza di soggetti a rischio non è possibile stabilire il momento in cui essa si verifica”. (cfr. pp. 144/146 trascrizioni 28/3/2012).

Dette conclusioni venivano confermate, nonostante l’esito della perizia disposta dalla Corte, dal professor D’Amore, (cfr. pp. 85/94 trascrizioni udienza 13/3/2013), che così concludeva:

“AVV. DIFESA SCALISE - Senta professore diciamo, andiamo al punto centrale di quello che dovevano essere questi chiarimenti che noi volevamo chiedere ai nostri consulenti. Lei concorda con la diagnosi di inanizione proposta dal collegio peritale come causa della morte del Cucchi?

CONSULENTE D'AMORE – Ma ... il collegio peritale nominato da questa Corte ha fatto uno studio molto dotto, ma basato su tanti aspetti contestabilissimi e cominciamo dal peso: allora io vi voglio riportare quello che è scritto anche nella ... perizia dei periti di Milano, e loro riportano le testimonianze del dottor Calderini, Pronto Soccorso del Fatebenefratelli ... al momento del ricovero, del primo, del 16/10, al Pronto Soccorso, dice il dottor Calderini "questo stato di importante magrezza, quasi di consunzione, anche il suo volto era un volto diciamo abbastanza emaciato e mi colpì il fatto che avesse poca massa muscolare, molto poca"; sempre al Pronto Soccorso del Fatebenefratelli il neurologo dottor Tibuzzi dice "mi è apparso molto magro, se vogliamo anche troppo magro, quindi di una magrezza eccessiva"; ai nuovi giunti di Regina Coeli il dottor Degli Angioli "la magrezza, una magrezza eccessiva, perché ha tolto i pantaloni in questo modo, quello è stato proprio l'aspetto perché dovessi, avessi dovuto fargli una puntura, non avrei trovato un gluteo dove farla, perché aveva delle smagliature anche per i glutei, quindi sui muscoli piriformi, era molto emaciato in questo senso, non possiamo dire cachettico però era una persona emaciata, magra, magrezza non fisiologica". Ora il punto del peso è un punto cruciale, per noi, e lo ribadiamo ancora una volta come abbiamo già un anno fa detto, il peso di Cucchi che a Regina Coeli era di 50 chili e, per un'altezza di 1,68, non poteva essere verosimile a nostro avviso, queste testimonianze insieme a quelle, alle testimonianze del conduttore della palestra, dell'allenatore della palestra dove Cucchi si allenava, che dicono che all' inizio di settembre 2009 il peso di Cucchi non poteva essere più di 40, 42 chili, ecco tutte queste cose diciamo contrastano, se noi facciamo l'indice di massa corporea, prendendo il peso di 50 chili e un'altezza di 1.68 centimetri l'indice di massa corporea risulta di 18,5, cioè un indice di massa corporea leggermente inferiore alla norma, che è di 20. Come si può pensare di avere una descrizione di questi tre medici, che le testimonianze dei conduttori della palestra, e poi prendere per buono questa, questo peso e questa altezza che danno un indice di massa corporea diciamo quasi normale? Quindi noi ancora una volta diciamo che verosimilmente, molto verosimilmente il peso di Cucchi al momento dell'arresto e dell'ingresso al Pertini era di 40 chili, di un'altezza di 1,63, e di un indice di massa corporea di 15,3, cioè al di sotto dei 16 si parla di

grave magrezza. E questo è un punto importante perché da tutto questo poi discende tutto un ragionamento fisiopatologico che noi confutiamo, confutiamo perché non è possibile, come hanno già spiegato ampiamente i consulenti che mi hanno preceduto, perdere dieci chili in quattro giorni e mezzo, assolutamente non è ... non spiegabile da un punto di vista fisiopatologico. Voglio riportare quello che scrivono i consulenti del collegio di Milano a pagina 94: "pertanto questa perdita ponderale acuta prevalentemente idrica e urinaria al netto dei liquidi eventualmente ingeriti non può che essere derivata, almeno in gran parte, dalle riserve d'acqua corporea". Cioè, vuol dire che i dieci chili che i periti di Milano dicono che Cucchi ha perso in quattro giorni, in cinque giorni e mezzo era costituita quasi esclusivamente da acqua, ma come ha già detto ...

DIFESA SCALISE - Questo è possibile professore?

CONSULENTE D'AMORE - Assolutamente impossibile, cioè noi avremmo dovuto, avrebbe dovuto, non so, perdere non solo quello che c'è nel sangue, nelle cellule, negli organi, dappertutto, e non sarebbe stato neppure possibile diciamo eliminare tutto questo, perché quanto, noi abbiamo un sei litri di liquido intravascolare, più, ma dovremmo avere un essiccarsi, cioè una perdita di liquidi assolutamente non compatibile con la vita, ma, voglio dire questo la ...

AVV. DIFESA SCALISE - Senta professore, scusi se la interrompo, su questo punto: se fosse vera questa ipotesi fatta dai periti della corte, si sarebbe dovuto trovare in sede di autopsia un riscontro a questa perdita imponente di liquidi, oppure no?

CONSULENTE D'AMORE - Certamente la salma avrebbe dovuto presentare, intanto già l'esame ispettivo dei capelli lanuginosi, della cute screpolata, della cute pigmentata, secca, e poi (...) i visceri avrebbero dovuto presentare un volume assolutamente molto ridotto, molto ridotto, cioè i polmoni, il fegato, la milza, gli intestini, avrebbero dovuto presentare un volume assolutamente ridotto e povero di sangue. (...) E anche le mucose, voglio aggiungere, le mucose dello stomaco e dell'intestino avrebbero dovuto presentare, come accade spesso, delle ulcerazioni, non solo, ma doveva presentare anche degli edemi o dei versamenti nella pleura, nel peritoneo, cosa che è descritta in questi casi di inanizione e che Cucchi non aveva assolutamente (...) anche l'infermiere che ha sentito, ha visto Cucchi, che aveva chiamato verso mezzanotte, l'una, l'ha trovato, non ha manifestato diciamo una condizione di agitazione, di dolore, di affanno, quindi, voleva una cioccolata, e quindi in quel breve lasso di tempo, che la professoressa Cattaneo dice di individuare tra le due e le quattro del mattino del 22, si è verificato questo, questa, la morte improvvisa. Quindi è stato una morte assolutamente improvvisa, imprevista, inattesa".

[.....]

"PRESIDENTE - No, una sola domanda professore. Lei ha mai avuto a che fare nella sua, nel suo percorso professionale con una sindrome da inanizione?

CONSULENTE D'AMORE - Di questo tipo no, l'inanizione poi è una cosa, una diagnosi quanto mai vaga, cioè o noi ci troviamo di fronte a una malattia per esempio la più comune neoplastica che porta a una condizione di grave deperimento,

ma l'inanizione ... ci sono i volontari digiunatori allora io posso riferire perché nella società scientifica di cui faccio parte, appunto, ci sono miei colleghi che si occupano di volontari digiunatori, di volontari digiunatori, la prima cosa che si verifica è una riduzione della diuresi, inevitabilmente. La diuresi osmotica di cui hanno parlato i periti è una situazione fisiopatologica del tutto eccezionale che si verifica nei casi in cui si introduce nell'organismo un diuretico osmotico, cioè il mannitolo, nei casi di scompenso grave diabetico oppure, come si sa da decenni in una condizione di, terminale di insufficienza renale acuta che Cucchi non aveva, perché la quantità di urine oraria di 60 millilitri, la creatinina clearance calcolata secondo i più moderni metodi scientifici comportava una creatinina clearance normale, quindi noi dobbiamo assolutamente dire dai dati che abbiamo, quindi obiettivamente, che Stefano Cucchi non aveva un' insufficienza renale. Quindi dire che ci trovavamo di fronte a una diuresi osmotica è un' illazione, d'altra parte avrebbe dovuto instaurare questo meccanismo già all' ingresso in ospedale, quando l'azotemia era di poco superiore alla norma, cioè di 77 milligrammi decilitro, una cosa impensabile”.

[.....]

“P. M. - Vorrei chiedere al dottore: come mai allora secondo lei, se è come dice il dottor Fierro, sottoscrive la lettera in cui c'è scritto "ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia re idratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione”.

CONSULENTE D'AMORE - Perché, beh, l'insufficienza, io parlo di insufficienza renale cronica, cioè quando c'è un difetto, una lesione anatomica bilaterale dei reni per cui la quantità di unità nefroniche si riducono. L'insufficienza renale da disidratazione è un ... prerenale, cioè quando noi per un giorno o due non beviamo possiamo avere un aumento, sicuramente possiamo avere un aumento ma non siamo in una condizione di insufficienza renale, cioè abbiamo un' insufficienza renale funzionale legata a una minore introduzione di liquidi”

Con riferimento all'effettivo peso corporeo all'ingresso in carcere, osserva la Corte che non può ritenersi attendibile il peso di kg 40 riferito dall'istruttore della palestra frequentata da Cucchi, Palmisano Salvatore, esaminato all'udienza del 5/4/2012, in quanto il dato è frutto all'evidenza di domande suggestive, mentre il teste spontaneamente ha più volte riferito che il giovane pesava “sotto i 50 chili”:

“AVV. DIFESA - Ha avuto modo anche di vedere il peso del Cucchi?

TESTE PALMISANO - Sì, lo misi in bilancia direttamente.

AVV. DIFESA - Ah, quindi ha avuto la visione diretta del peso?

TESTE PALMISANO - Sì. Lo pesai direttamente io, sì.

AVV. DIFESA - E quanto pesava se lo ricorda?

TESTE PALMISANO - Sotto i 50 chili.

AVV. DIFESA - Sotto i 50 chili. Senta, in data 26 novembre 2009, quindi a due mesi diciamo dal momento in cui si è verificato... si è... si ... è avvenuto questo evento ... lei

ha riferito che vedendolo perfettamente a posto fisicamente, perché a differenza dell'anno precedente il suo deperimento fisico era particolarmente accentuato ... infatti in un'occasione ebbe modo di notare il suo peso di 40 chili sulla bilancia della palestra. "Gli parlai, chiedendogli di interrompere la disciplina e di piani ... pianificare di più la sua corporatura con la sala pesi ed una corretta alimentazione". Quindi conferma queste dichiarazioni rilasciate nel 26 novembre 2009? O ha un ricordo più preciso?

TESTE PALMISANO - No, no. Confermo. Confermo.

AVV. DIFESA - Quindi che il peso era di 40 chili sulla bilancia?

TESTE PALMI SANO - Avrò fatto 43 chili, 42 e mezzo (...) 40 chili è arrotondato. Sicuramente sotto i 50 chili.

AVV. DIFESA - Ma più... più vicino ai 40 o ai 50? Lo ricorda? Arrotondato, insomma.

TESTE PALMISANO - Sotto i 50 chili, naturalmente".

Il dato ("sotto i 50 chili"), d'altronde corrisponde a quanto dichiarato dalla stessa sorella di Cucchi che ha fatto riferimento al peso di circa 50 kg, (e si discosta di poco da quello registrato all'ingresso a Regina Coeli).

Ma anche a prescindere dalla asserita imprevedibilità ed imprevenibilità delle cause della morte, la difesa del dottor FIERRO ha prospettato che, sulla base della normativa di cui al D. L.vo n. 229/1999, il "direttore di struttura", qualifica appunto rivestita dall'imputato all'epoca dei fatti, svolgerebbe compiti di natura prettamente organizzativa e gestionale, dovendo tra l'altro rispondere dell'obiettivo dell'economicità dell'impiego delle risorse, mentre la responsabilità della condotta sanitaria specifica apparterrebbe ai singoli medici cui esclusivamente spetterebbero le cure dei pazienti loro affidati. Tanto più che l'imputato non aveva mai "preso in carico" Cucchi, che non aveva neppure mai visto e dell'esistenza del quale aveva appreso solo nel tardo pomeriggio del giorno 21 allorchè la dottoressa CAPONETTI gli aveva rappresentato le "difficoltà nella gestione" del paziente ed entrambi avevano deciso di scrivere la nota lettera al magistrato, (cfr. memoria in data 10/12/2012 a firma del professor Ricci e dell'avvocato Scalise):

"In conclusione, il Direttore della Struttura Complessa non può più essere assimilato al vecchio 'primario' che definiva i criteri diagnostici e terapeutici. Ciò chiarito riguardo al quadro normativo di riferimento, possiamo ad analizzare la specifica posizione ricoperta dall'imputato all'epoca dei fatti per cui è processo.

Il dr. Aldo Fierro era il Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, carica che ricopriva dal luglio 2005.

A seguito del trasferimento dal Ministero di Grazia e Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni e delle risorse umane e strumentali in materia di sanità penitenziaria (in attuazione del DPCM del 01.04.08) il Dr. Fierro era stato, inoltre, individuato quale Responsabile Aziendale delle Attività Sanitarie nel Polo

Penitenziario di Rebibbia, il più grande carcere italiano con 2.700 detenuti (all. n. 1). Riguardo a tale secondo incarico gli erano attribuite con competenze in:

Organizzazione delle attività sanitarie;

Gestione dei rapporti con la Regione Lazio, PRAP, Direttori Istituti Penitenziari;

Approvvigionamento dei farmaci;

Organizzazione delle attività del personale medico;

Controllo e gestione delle attività sanitarie del nido;

Controllo e vidimazione delle buste paga;

Istituzione e monitoraggio del CUP all'interno del Polo Penitenziario;

Organizzazione e controllo delle spese di trasporto dei pazienti da e per Rebibbia.

A ciò va aggiunto che, come emerge dalla relazione della dr.ssa Irene Sarti (Direttore del Dipartimento Tutela delle Fragilità) prodotta agli atti (all. n. 2), il trasferimento delle competenze sanitarie dagli Istituti Penitenziari al SSN e l'assoluta inadeguatezza delle risorse hanno rappresentato un momento di estrema criticità per l'ASL RM B e hanno comportato la necessità di spostare tutte le responsabilità di un sistema così articolato e complesso al dr. Fierro, nonostante Egli ricoprisse già la carica di Direttore della Struttura protetta. Questa situazione di costante emergenza, che era perfettamente conosciuta da parte della direzione dell' ASL ROMA B, ha certamente ridotto i tempi di presenza effettiva del dr. Fierro all'interno della struttura protetta, poiché assorbito nello svolgimento di tutti gli altri compiti istituzionali su richiamati.

La gestione clinica quotidiana del reparto protetto era affidata a sei medici specialisti in Medicina Interna o specialità equipollenti (dirigenti di primo livello, dipendenti a tempo indefinito e vincitori di un pubblico concorso per titoli ed esami), un coordinatore infermieristico, sedici infermieri professionali e cinque ausiliari.

Tutte le riportate circostanze concernenti l'effettivo inquadramento della posizione e delle funzioni del Dr. Fierro sono state ampiamente confermate e circostanziate, durante l'istruttoria dibattimentale, dalla dr.ssa Flori Degrassi, Direttore Generale dell'ASL ROMA B (ud. 08.11.11 p. 97-101 trascrizioni), dalla dr.ssa Irene Sarti, Direttore del Dipartimento tutela delle fragilità (ud. 07.03.12 p. 19- 26 trascrizioni) che qui si allegano per comodità (all. n. 3)”

In ordine alle funzioni spettanti al Direttore di Struttura Complessa non possono essere condivise le argomentazioni difensive.

L'analisi dei profili di responsabilità penale connessi alla posizione di garanzia qualificata del dirigente medico, (ex “primario”), merita particolare attenzione. Si tratta in particolare di verificare se e in che limiti il dirigente del reparto, (ex “primario”), possa rispondere dei comportamenti colposi riferibili ai medici operanti all'interno dello stesso e, dunque, fino a che punto si estenda la sua posizione di garanzia nei confronti dei pazienti ricoverati nel suo reparto. Nel vigore della previgente disciplina, le norme di riferimento erano rappresentate dall'art. 7, comma 3, del d.p.r. 27/03/1969 n. 128, a norma del quale il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri

diagnostici e terapeutici che devono essere eseguiti dagli aiuti e dagli assistenti, formula la diagnosi definitiva, e dall'art. 63, comma 5, del d.p.r. 20/12/1979 n. 761, in forza del quale il medico appartenente alla posizione apicale esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale assegnatogli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando controllo inerente all'attuazione di esse.

Alla stregua di tali disposizioni la giurisprudenza ha riconosciuto in capo al primario di un reparto una specifica posizione di garanzia nei confronti dei suoi pazienti, alla quale egli non può sottrarsi adducendo che ai reparti sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo nei casi di particolare difficoltà o complicazione (Cass. pen., n. 3468/2000).

Con la riforma della dirigenza ospedaliera ad opera del D.lgs. 30-12-1992, n. 502 e soprattutto con il D.lgs. 19-06-1999, n. 229, effettivamente il legislatore ha voluto temperare maggiormente la "gerarchia ospedaliera" con la "autonomia professionale" dei singoli medici, nel tentativo di superare l'ormai obsoleta struttura verticistica a favore di un'organizzazione più efficiente di tipo aziendalistico. Segni di questa riforma sono:

la sostituzione delle figure del primario, assistente e aiuto con quella di dirigente medico, (prima articolata in primo e secondo livello dall'art. 15, D.lgs. 502/1992, versione originaria, e poi accorpata in un unico livello, ma con due tipi di struttura, semplice e complessa, dall'art. 13, D.lgs. 229/1999, che ha modificato il citato art.15); l'attenuazione dei vincoli gerarchici e il riconoscimento in capo a ciascun medico di un più ampio spazio di autonomia gestionale e operativa sui singoli casi.

Le ricadute di tale riforma sulla posizione di garanzia rivestita dall'ex "primario" avrebbero potuto comportare un ripensamento in termini di attenuazione della responsabilità ascrivibile allo stesso per gli errori commessi dai medici *lato sensu* sottoposti. Senonchè, secondo la giurisprudenza di legittimità, ad un'attenta analisi della disciplina dei compiti ovvero della concentrazione dei poteri-doveri del ruolo sanitario, la posizione del dirigente sanitario apicale, ex "primario", non è in fondo cambiata, risolvendosi, dunque, l'eliminazione della figura del "primario" in una questione meramente terminologica. E ciò sulla base della considerazione che anche dopo la riforma legislativa della dirigenza ospedaliera, al dirigente medico in posizione apicale spettano i poteri-doveri:

di direttiva tecnico-organizzativa, fornendo preventivamente le informazioni di carattere programmatico per un efficiente svolgimento dell'attività sanitaria;

e in conseguenza di ciò, di delega, per quei casi risolvibili in base all'espletamento dei poteri organizzativi di carattere generale;

di verifica e vigilanza dell'attività autonoma o delegata dei medici per così dire subordinati, ed eventuale avocazione, se del caso, della gestione del trattamento sanitario di uno o più pazienti.

Depone in tal senso l'attenta disamina dell'art. 13 citato, che nel modificare l'art. 15 del D.lgs. 502/1992, ha rinviato per la disciplina della dirigenza sanitaria, salvo quanto previsto nel decreto medesimo, al D.lgs. 3/02/1993 e successive modificazioni

(D.lgs. 23/12/1993 n. 546): tali decreti legislativi, infatti, riguardano un assetto generale degli enti pubblici, i loro criteri di organizzazione, le modalità di assunzione e progressioni in carriera, e, pur contenendo norme riguardanti la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale, (art. 26 nel d. l.vo n. 29 e art. 14 nel d. l.vo n. 546), non sono specifici sull'organizzazione interna delle strutture e sui poteri attribuiti al dirigente con incarico di direzione, del quale poi vengono esaltate, nel decreto n. 29 del 1999, le funzioni programmatiche e di indirizzo sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo), quantunque il singolo medico operante nella struttura abbia anche una relativa autonomia nella gestione del caso singolo.

Pertanto, la riforma, pur attenuando il vincolo gerarchico tra dirigente e medici subordinati ed eliminando formalmente la figura del primario, non ha cancellato nella sostanza la figura del capo-dirigente medico del reparto, il quale, per la posizione apicale rivestita, mantiene quindi il potere-dovere di indirizzo, programmazione e vigilanza sui medici che lavorano nel reparto. Ne consegue che, qualora l'ex "primario" ora dirigente di struttura, venga meno all'esercizio/adempimento di detti doveri ai quali è vincolato, sarà anch'egli responsabile della condotta colposa dei medici suoi subordinati. Ne consegue che, quantunque si debba tener conto anche delle dimensioni della struttura ospedaliera, del numero e continuo ricambio delle degenze, dell'insorgenza repentina di patologie gravi, è esclusa la responsabilità del dirigente apicale per la condotta omissiva del sanitario collaboratore, ma soltanto allorché abbia correttamente e scrupolosamente posto in essere le condotte a questi attribuite: direttiva; delega; vigilanza; verifica; eventuale avocazione.

Il dovere di verifica, in particolare, si attua con due diversi comportamenti: il primo di carattere generale, dovendo il dirigente informarsi della situazione generale del reparto; il secondo di carattere specifico, in quanto, venuto a conoscenza, o comunque, avendo la possibilità di venire a conoscenza di una situazione che richiede particolari competenze per la complicità del caso, sia essa dovuta alla difficoltà terapeutica ovvero al pericolo non trascurabile per la salute del paziente, deve fornire il proprio contributo determinante per la migliore assistenza medica che il caso richiede.

In conclusione, permane la responsabilità del soggetto apicale per omessa osservanza del dovere di direzione, inteso come dovere di indicare rimedi e cure per la tutela della salute dei pazienti e di vigilanza nei casi di particolare complessità che necessitino del suo intervento.

Il contemperamento tra vincolo alle direttive superiori e autonomia professionale operativa si realizza pertanto nelle ipotesi liberatorie per l'ex "primario" e in una sorta di autonomia vincolata per i sottoposti.

Nel ribadire, anche nel nuovo contesto normativo, in modo sostanzialmente inalterato i poteri-doveri discendenti dalla posizione di garanzia dell'ex "primario", la giurisprudenza di legittimità ha poi precisato che solo attraverso l'analisi dei casi concreti, che in tema di reati colposi sfuggono a codificazioni precise, è possibile cogliere soluzioni liberatorie del dirigente medico apicale da responsabilità omissiva. Esempi, dichiaratamente non esaustivi, di esonero da responsabilità, sono stati

ravvisati: nell'aver adeguatamente formato il medico collaboratore per casi semplici o quanto meno non complicati, e non avervi adempiuto il sanitario; nel non esservi stato tempo materiale per l'informazione, dato che il collaboratore ha repentinamente ommesso il trattamento sanitario necessario, causando immediatamente l'irreparabilità delle lesioni o del decesso, senza possibilità materiale di intervento del dirigente apicale. Sul diverso versante, con riguardo al caso in cui il trattamento del paziente sia effettuato congiuntamente dal primario e da altri dirigenti medici subordinati, si è precisato che questi ultimi sono portatori di una autonomia vincolata: non sono, infatti, in una posizione meramente subalterna, ma pur essendo tenuti a collaborare attivamente con il superiore per una più sicura diagnosi o terapia, rispettandone le direttive, non devono assumere un acritico atteggiamento di sudditanza. Ne consegue che, qualora ravvisino elementi di sospetto percepiti o percepibili con la necessaria diligenza o perizia, hanno il dovere di segnalarli esprimendo il dissenso per restare esenti da responsabilità, anche nel caso in cui il superiore gerarchico ritenga di non condividere la loro valutazione.

Ciò premesso, nel caso concreto, il dottor FIERRO non ha adempiuto a nessuno dei poteri-doveri che gli competevano in quanto dirigente sovraordinato. Al contrario, sia pure a causa dei suoi numerosi concomitanti impegni professionali, il cui svolgimento non lo esimeva comunque dal vigilare sull'operato dei medici, egli si è neglentemente disinteressato del paziente. Oltretutto non risulta nemmeno che egli avesse predisposto linee di intervento per i medici del reparto da seguire nei casi di rifiuto di terapie e soprattutto nei casi di rifiuto di alimentazione ed idratazione da parte dei detenuti ricoverati, evenienza certamente non straordinaria in una struttura detentiva.

Come già si è avuto modo di dire, la cooperazione tra più medici comporta il concorso, non necessariamente simultaneo, (e questo vale in particolare per i pazienti ricoverati per più giorni che vengono seguiti da più medici in ragione dei turni di servizio giornalieri), di apporti di più professionisti ai quali sono attribuiti obblighi di diligenza, non escluso il dirigente del reparto. Per stabilire se e in che limiti il singolo medico, e per quello che qui interessa, il dirigente, possa essere chiamato a rispondere dei comportamenti colposi riferibili ai medici che prestano la loro attività all'interno del reparto, occorre, non diversamente da quanto si è detto a proposito del rapporto tra i vari medici di turno che si susseguono al capezzale del paziente, ricorrere al duplice e speculare principio: 1) del corretto comportamento proprio, rispettoso cioè delle regole cautelari adottabili da un agente "modello"; 2) dell'affidamento nel corretto comportamento altrui. Riconosciuta dunque in linea di principio l'operatività del principio di affidamento nell'ambito dell'attività non solo tra più medici di una stessa divisione ospedaliera, ma anche tra questi e il loro dirigente, occorre richiamarne i limiti. Se infatti è vero che la regola è che ciascuno può contare sul corretto adempimento da parte degli altri dei doveri su di sé incombenti, nel caso del dirigente vi è una posizione di garanzia "qualificata" dalla quale discende un obbligo di vigilanza, nei limiti in cui lo stesso sia esigibile, nei confronti dei collaboratori. Orbene, il dottor FIERRO ha totalmente disatteso tale

obbligo, a tal punto lo ha disatteso che neppure dopo che la dottoressa CORBI si era recata presso il suo studio a rappresentargli la situazione egli aveva ritenuto di fare una visita al paziente, non solo per sincerarsi “*de visu*” delle sue condizioni fisiche e cliniche, che i valori delle analisi indicavano come molto critiche, se non terminali, ma anche per cercare di fargli cambiare idea e accettare le terapie che gli venivano di volta in volta proposte e soprattutto di tranquillizzarlo quanto al fatto che nulla gli avrebbe potuto e dovuto impedire di esercitare con la massima celerità la più elementare manifestazione del suo fondamentale diritto di difesa, e cioè di parlare con l’avvocato. La negligenza del dirigente è particolarmente riprovevole per il fatto che nella Struttura erano ricoverate, si torna a dire, soltanto persone in stato di privazione della libertà personale.

Ed invero, dal collegamento dei principi posti dagli artt. 2, 3 e 32 Cost. si ricava la significativa rilevanza del diritto alla salute anche in ambito penitenziario poiché i citati principi garantiscono il bene della salute dell’individuo nella vita associata e quindi in ogni ambiente comunitario, inteso come luogo dove si svolge e si realizza la sua personalità. Infatti il diritto alla salute non è soltanto un diritto fondamentale della persona tutelabile contro ogni aggressione ad opera di terzi, ma è anche un diritto esercitabile nei confronti dello Stato, che deve predisporre strutture e mezzi idonei a tutelare tale diritto e ad attuare una politica efficace di prevenzione, cura, riabilitazione e intervento sulle possibili cause di turbativa dell’equilibrio psico-fisico della popolazione. In tal modo il diritto alla salute si atteggia quale “diritto sociale” e che attua nel settore sanitario il principio di uguaglianza tra i cittadini. Tra l’altro, la tutela della salute è uno strumento di elevazione della dignità sociale dell’individuo, (art. 3 Cost.). Tuttavia, pur essendo il diritto alla salute tra le posizioni direttamente garantite dalla Costituzione, esso incontra limiti oggettivi dovuti alla organizzazione dei servizi sanitari e alla coesistenza di interessi altrettanto meritevoli di tutela. Ciò vuol dire che le esigenze di sicurezza sottese alla detenzione condizionano la tutela della salute del detenuto non consentendo a quest’ultimo di usufruire a proprio piacimento dell’assistenza sanitaria.

Occorre aggiungere inoltre che la tutela della salute della persona reclusa assume rilevanza anche in relazione alla funzione rieducativa della pena ex art. 27 Cost. (“Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”). La norma costituzionale, sancendo il principio dell’umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo auspicabile reinserimento sociale. Tale funzione richiede necessariamente la tutela del diritto alla salute del detenuto, poiché la condizione di benessere psicofisico è strumentale all’attività di recupero sociale dell’individuo: la stessa esecuzione della pena deve cedere il passo di fronte alla malattia e la disciplina sui ricoveri, sull’incompatibilità e sull’applicazione di misure verso il recluso malato si muovono in tale direzione.

L’assistenza sanitaria del detenuto quindi, pur essendo incidentale rispetto ai fini primari della carcerazione, si pone come attività strumentale alla funzione di

trattamento carcerario e di sicurezza. La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i compiti della medicina penitenziaria, (alla quale va certamente assimilata la Struttura Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini che non è diversa da un carcere se non per il fatto che i medici che vi lavorano anziché essere inquadrati nel D.A.P. dipendono dal S.S.N.), non possono essere pienamente compresi al di fuori di quel binomio sicurezza-trattamento, che caratterizza tutta la fase detentiva e accompagna l'espletamento di tali funzioni, espressione diversa dell'unica finalità rieducativa della pena.

Dalle norme Costituzionali citate e dai diritti riconosciuti al detenuto dall' art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario emerge che la tutela della salute dei detenuti è particolarmente stringente per l'Amministrazione Penitenziaria chiamata a prendere in carico per intero il detenuto affidato completamente alla sua custodia. Essa pertanto deve garantire che ciascun detenuto usufruisca, nel modo migliore, dell'assistenza sanitaria specie ove si tratti di presidi sanitari - come quello che qui interessa - che per organizzazione e servizi siano del tutto assimilabili alle normali strutture ospedaliere ed informare le autorità giudiziarie competenti quando siano necessari cure o accertamenti diagnostici che devono essere apprestati da strutture esterne a quelle carcerarie.

Indiretto riferimento alla tutela della salute dei detenuti fa anche la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo che sancisce per gli Stati il divieto di tortura e di trattamenti inumani; mentre in modo diretto il Consiglio d'Europa nel 1987 ha adottato le Regole Minime per il Trattamento dei Detenuti la cui parte seconda è specificatamente dedicata al trattamento sanitario in carcere.

Un aspetto particolarmente delicato degli accertamenti sanitari in carcere si correla ai benefici che il detenuto può ottenere per motivi di salute. A questo proposito è preciso onere del medico valutare attentamente i segni clinici e la sintomatologia lamentata dal detenuto, al fine da un lato di evitare una strumentalizzazione da parte del detenuto degli accertamenti medici per ottenere benefici non dovuti, dall'altro di non sottovalutare patologie da cui davvero il paziente sia affetto. Al riguardo vengono in rilievo la malattia simulata e gli atti di autolesionismo e tra questi ultimi lo "sciopero della fame" che qui particolarmente interessa. Mentre la simulazione consiste nel porre in essere una finta apparenza di malattia in realtà inesistente o nel falso aggravamento di sintomi di una malattia esistente, l'autolesionismo consiste nel produrre deliberatamente una menomazione, permanente o temporanea, del proprio corpo, (ne sono tipiche manifestazioni: l'ingestione di corpi estranei, il procurarsi tagli, il dare testate contro il muro, il procurarsi tumefazioni e contusioni); una forma particolare di autolesionismo è lo "sciopero della fame", ovvero l'astensione volontaria dal cibo in segno di protesta, esso rappresenta una delle modalità più pericolose attraverso cui il detenuto tenta di ottenere, più o meno indebitamente, dei vantaggi. Nel caso di "sciopero della fame" occorre in primo luogo stabilire se il gesto autolesionistico è espressione di un atto di ribellione nei confronti della condizione carceraria o invece il sintomo di una psicosi o nevrosi carceraria. A tal fine possono soccorrere taluni indici sistematici quali la ripetitività degli episodi,

l' idoneità concreta degli stessi a porre a rischio la vita del detenuto, ecc. Tutto ciò evidenzia la difficoltà per il medico penitenziario di valutare l' effettivo stato patologico del malato, in quanto, oltre a dover valutare l' effettiva sussistenza di una malattia fisica o psichica, dovrà individuare i presidi sanitari più idonei per la terapia e la sussistenza di eventuali situazioni che rendano incompatibile la detenzione con lo stato di salute del soggetto ove sussista una situazione di pericolo o di incompatibilità con la detenzione.

Si aggiunga che tale difficoltà, nel caso in esame, era aggravata dalle modalità con cui Cucchi attuava il suo particolare "sciopero" della fame, della sete e delle terapie in quanto lo faceva in maniera ambigua, talvolta dichiarando espressamente di non voler mangiare e bere, talaltra ponendo in essere "manovre diversive" sostanzialmente facendo finta di mangiare e bere, (ci si riferisce, ad esempio, alle numerose bottigliette d'acqua aperte che teneva sul comodino dalle quali attingeva in maniera minimale, e alle vaschette dei pasti, aperte ma non consumate), accettando alcune terapie e alcuni accertamenti diagnostici e rifiutandone, senza comprensibile ragione, altri, sostanzialmente però compromettendo il quadro diagnostico-terapeutico e la percezione di quanto si idratava e di quanto si alimentava.

Ritiene tuttavia la Corte che tale atteggiamento di Cucchi non valga ad esimere i medici da responsabilità per non essere stati in grado di formulare tempestivamente una corretta diagnosi e porre in essere delle terapie adeguate alla gravità del caso.

Il dottor FIERRO è altresì imputato, in concorso con la dottoressa CORBI, del reato di cui al capo f) per avere rifiutato di trasferire il paziente che versava in condizioni di pericolo di vita, (ben descritte nella missiva al Magistrato in data 21 ottobre a loro firma), con assoluta urgenza presso un reparto idoneo al trattamento delle sue gravi patologie. In proposito si rileva che, per tutto quanto si è finora detto, gli imputati hanno agito con una trascuratezza e una negligenza certamente censurabili, ma dalle quali esula del tutto l' elemento del dolo. Non si può infatti affermare che gli stessi ebbero ad operare con la volontà, sia pure sostenuta da mero capriccio o irragionevole puntiglio, di rifiutare o ritardare il trasferimento di Cucchi, essendo viceversa il ritardo esclusivamente frutto di trascuratezza ed incuria.

Infine, per quanto riguarda la posizione degli infermieri FLAUTO, PEPE e MARTELLI, conformemente a quanto ritenuto dai periti, non era nelle loro facoltà di sindacare le iniziative dei medici alle quali risultano essersi attenuti: la conseguenza che gli stessi vanno assolti per non aver commesso il fatto dal reato di cui al capo e) qualificato ai sensi dell' art. 589 cp.

Conclusivamente, gli agenti di Polizia Penitenziaria MINICHINI, SANTANTONIO e DOMENICI vanno assolti dai reati loro ascritti ai capi a) e b), ai sensi dell' art. 530, II° co cpp, stante la contraddittorietà delle prove a loro carico, per non aver commesso il fatto.

Ai sensi dell' art. 530, I° co cpp, vanno invece assolti gli infermieri FLAUTO, MARTELLI e PEPE dal reato di cui al capo e), qualificato ex art. 589 cp, per non aver commesso il fatto. I predetti vanno altresì assolti dai reati loro ascritti ai capi h) e i) perché il fatto non sussiste.

Ai sensi dell'art. 530, I° co cpp, vanno infine assolti i medici CAPONETTI, FIERRO, DI CARLO, BRUNO, CORBI e DE MARCHIS PREITE dai reati loro rispettivamente ascritti ai capi d), h) e i) perché il fatto non sussiste.

Invece FIERRO, CORBI, BRUNO, DE MARCHIS PREITE e DI CARLO devono essere dichiarati responsabili del reato di cui al capo e) della rubrica riqualificato il fatto ai sensi dell'art. 589 cp, di cui ricorrono, come sopra detto, i requisiti oggettivi e soggettivi. Considerata la loro incensuratezza, appaiono tutti meritevoli di attenuanti generiche.

In ordine alla quantificazione della pena, per CORBI, BRUNO, DE MARCHIS PREITE e DI CARLO, tenuto conto dei criteri di cui all'art. 133 cp, in particolare della gravità della colpa, trattandosi di degente detenuto che quindi necessitava di un livello di cura più alto a causa dello stato di privazione della libertà personale, non può partirsi da valori prossimi al minimo edittale, si stima quindi congrua la pena di anni uno e mesi quattro di reclusione ciascuno, (pena-base = anni due di reclusione – art. 62 bis cp = anni uno e mesi quattro di reclusione).

Con riferimento a FIERRO, si devono aggiungere, a quanto sopra detto in ordine alla gravità della colpa: 1) il ruolo di responsabilità apicale dallo stesso rivestito, 2) il completo disinteresse mostrato nei confronti del paziente, che connotano di maggiore disvalore sociale la sua condotta di Direttore; si stima pertanto adeguata la pena di anni due di reclusione, (pena-base = anni tre di reclusione – art. 62 bis = anni due di reclusione).

Per tutti, tenuto conto delle circostanze di cui all'art. 133 cp e ritenendo che gli stessi si asterranno dal commettere ulteriori reati, può essere applicata la sospensione condizionale della pena.

La CAPONETTI Rosita deve essere invece dichiarata colpevole del reato di cui al capo c) della rubrica, di cui ricorrono gli estremi oggettivi e soggettivi, con esclusione dell'aggravante contestata; anche detta imputata, per gli stessi motivi degli altri, appare meritevole di attenuanti generiche e di sospensione condizionale della pena, pena che si stima congruo determinare nella misura di mesi otto di reclusione, (pena-base = anni uno di reclusione – art. 62 bis cp = mesi otto di reclusione).

Tutti i predetti imputati vanno condannati al pagamento delle spese processuali. Vanno condannati altresì al risarcimento del danno cagionato alle parti civili, da liquidarsi nella competente sede civile.

Ai sensi dell'art. 539 cpp, vanno tutti condannati in solido al pagamento di una provvisoria immediatamente esecutiva, come specificata in dispositivo, in favore delle parti civili prossimi congiunti di Stefano Cucchi, dovendosi ritenere per i rispettivi ammontari già raggiunta la prova del danno, che tuttavia si differenzia tra congiunti conviventi e congiunti non conviventi.

Alla condanna consegue la rifusione delle spese di rappresentanza e giudizio sostenute dalle parti civili, (che pure si liquidano come da dispositivo), tenuto conto dell'impegno professionale richiesto e profuso nella trattazione della causa.

Sussistono i presupposti di legge, oggettivi e soggettivi, per concedere a tutti la sospensione condizionale della pena.

Ai sensi dell'art. 240 cp, va ordinata la confisca e distruzione di quanto in sequestro
Ai sensi dell'art. 544, III° co cpp, attesa la complessità della sentenza, si indica in
giorni novanta il termine per il deposito della motivazione

PQM

Visti gli artt. 533, 535 cpp

DICHIARA

FIERRO Aldo, CORBI Stefania, BRUNO Flaminia, DE MARCHIS PREITE Luigi,
DI CARLO Silvia

COLPEVOLI

Del reato di cui al capo e) della rubrica qualificato il fatto ai sensi dell'art. 589 cp e
in concorso di attenuanti generiche per tutti,

CONDANNA

FIERRO alla pena di anni due di reclusione, CORBI, BRUNO, DE MARCHIS
PREITE, DI CARLO alla pena di anni uno e mesi quattro di reclusione ciascuno,
oltre al pagamento delle spese processuali

DICHIARA

CAPONETTI Rosita colpevole del reato di cui al capo c) della rubrica, esclusa
l'aggravante contestata, e con attenuanti generiche la

CONDANNA

Alla pena di mesi otto di reclusione oltre al pagamento delle spese processuali
Pena sospesa per tutti gli imputati

CONDANNA

I primi cinque in solido al risarcimento del danno, da liquidarsi in separata sede, in
favore delle costituite parti civili. Li condanna inoltre in solido al pagamento delle
seguenti provvisionali immediatamente esecutive:

a Giovanni Cucchi €100.000,00---

a Rita Calore €100.000,00---

a Ilaria Cucchi in proprio €80.000,00---

a Ilaria Cucchi quale esercente la potestà genitoriale sui figli minori Giulia e Valerio DI PALO €20.000,00--- per ciascun minore.

Condanna i predetti altresì in solido alla rifusione delle spese legali sostenute dalle costituite parti civili che liquida come segue:

in favore di Giovanni Cucchi complessivi €20.000,00---

in favore di Rita Calore complessivi €20.000,00---

in favore di Ilaria Cucchi in proprio complessivi €20.000,00---

in favore di Ilaria Cucchi nella qualità di esercente la potestà genitoriale sui figli minori in complessivi €24.000,00---

in favore di Roma Capitale in complessivi €6.750,00---

in favore di Cittadinanzattiva in complessivi €6.750,00---

Visto l'art. 530, II° co cpp

ASSOLVE

MINICHINI Nicola, SANTANTONIO Corrado e DOMENICI Antonio dai reati loro ascritti per non aver commesso il fatto

Visto l'art. 530 cpp

ASSOLVE

FLAUTO Giuseppe, MARTELLI Elvira e PEPE Domenico dal reato di cui al capo e) qualificato come sopra per non aver commesso il fatto

ASSOLVE

FIERRO e CORBI dal reato di cui al capo f) e BRUNO dal reato di cui al capo g) perché il fatto non sussiste

ASSOLVE

CAPONETTI, FIERRO, DI CARLO, BRUNO, CORBI, DE MARCHIS PREITE, FLAUTO, MARTELLI e PEPE dai reati loro rispettivamente ascritti ai capi d), h) e i) perché il fatto non sussiste.

Confisca e distruzione di quanto in sequestro

Giorni novanta per il deposito della sentenza

Roma 5 giugno 2013

La Presidente

INDICE

Giovedì 15-venerdì 16 ottobre 2009 L'arresto (h. 23,30-1,00)	p. 1
La perquisizione domiciliare (h. 1,30-2,00)	p. 2
L'accompagnamento e la permanenza presso la Caserma della Stazione Roma-Tor Sapienza (h. 3,00-6,00)	p. 3
Venerdì 16 ottobre 2009 La traduzione in Tribunale	p. 8
L'udienza di convalida dell'arresto (h. 12,35-13,45)	p. 11
Nelle celle del Tribunale	p. 15
La valutazione dell'attendibilità di Samura Yaya	p. 18
La traduzione e l'ingresso a Regina Coeli (h. 14,00-19,50)	p. 34
I due accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fate Bene Fratelli (venerdì 16 h. 20,00 sabato 17 h. 12,15)	p. 38
L'ingresso nella Struttura Protetta Dell'Ospedale S. Pertini (sabato 17 h. 19,00)	p. 47
Domenica 18 ottobre	p. 51
Lunedì 19 ottobre	p. 53

Martedì 20 ottobre	p. 57
Mercoledì 21 ottobre	p. 58
Giovedì 22 ottobre	p. 67
Le consulenze medico legali del PM e delle PPCC Le alterazioni di natura traumatica rilevate sul cadavere secondo le considerazioni dei CCTT del PM	p. 71
Le alterazioni di natura traumatica rilevate sul cadavere secondo le considerazioni dei CCTT delle PPCC	p. 77
Le cause della morte secondo le considerazioni dei CCTT del PM	p. 82
Le cause della morte secondo le considerazioni dei CCTT delle PPCC	p. 88
Le consulenze tecniche dei CCTT delle difese degli imputati	p. 94
la perizia medico-legale svolta in dibattimento	p. 96
L'epoca della morte	p. 99
Il quadro lesivo	p. 100
La vescica neurologica	p. 103
Le cause della morte	p. 106
La responsabilità professionale dei medici	p. 109

L'esame del professor Thiene	p. 119
Le posizioni dei singoli medici	p. 124
La posizione del dirigente FIERRO	p. 148
Dispositivo	p. 162
Documentazione fotografica	pp. I, II, III, IV