

## CORTE D'ASSISE D'APPELLO DI MILANO; sentenza, 24-04-2002

Motivi della decisione. – Preliminarmente, sull'impugnazione dell'ordinanza dibattimentale con la quale è stata respinta, nel giudizio di primo grado, la richiesta di accoglimento dell'istanza di giudizio abbreviato dell'imputato, questa corte ritiene che la richiesta suddetta sia stata legittimamente respinta sulla base della legislazione del tempo in cui la richiesta è stata formulata.

Se, infatti, da tutto l'iter legislativo cui è andato incontro il giudizio abbreviato, si può dedurre che si tratta di un rito che ha subito una profonda evoluzione, non per questo si debbono considerare snaturati i suoi presupposti di base e la sua funzione e giustificazione d'origine che è, sempre, quella deflattiva, o di economia processuale, che giustifica lo sconto di pena.

Va, brevemente, rilevato che il rito abbreviato, originariamente previsto dal nuovo codice di procedura penale per i reati puniti con la pena dell'ergastolo, fu ritenuto incostituzionale, per contrarietà alla legge delega, con la sentenza n. 176 del 23 aprile 1991 (Foro it., 1991, I, 2318) che dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'art. 422 c.p.p., proprio per l'inciso del secondo periodo del 2° comma di detta norma, nella parte in cui stabiliva che «alla pena dell'ergastolo è sostituita quella della reclusione di anni trenta».

L'esperibilità del rito abbreviato, anche nella fase del dibattimento, venne introdotta in via transitoria dalla norma dell'art. 223 d.leg. 19 febbraio 1998 n. 51, che consentiva per i procedimenti in corso «alla data di efficacia» del decreto stesso la richiesta del rito da parte dell'imputato, prima che avesse inizio l'istruttoria dibattimentale.

Le modifiche degli art. 438 e 442 c.p.p., introdotte dalla l. 479/99, hanno, poi, escluso la condizione del consenso del p.m. e consentito il rito speciale anche per le imputazioni comportanti la pena dell'ergastolo.

Nel procedimento in esame tale richiesta, all'udienza del 2 febbraio 2000, veniva effettivamente proposta, ma la corte, in primo grado, con motivazione pienamente condivisibile da ritenersi in questa sede integralmente richiamata, respingeva la richiesta in assenza di uno dei presupposti essenziali per l'accesso al rito, ossia per l'avvenuto inizio dell'istruttoria dibattimentale, già avviata dal settembre del 1999.

La successiva normativa, introdotta con il d.l. 7 aprile 2000 n. 82, convertito in l. 5 giugno 2000 n. 144, consentiva l'applicazione delle norme in materia di rito abbreviato, previste dalla legge Carotti, sopra indicata, anche ai procedimenti in corso alla data di entrata in vigore del decreto nei quali fosse scaduto il termine per la relativa istanza, a condizione che, alla data di entrata in vigore della legge, nel giudizio di primo grado, non fosse ancora conclusa l'istruttoria dibattimentale.

Nel giudizio d'appello, l'accesso al rito era consentito solo quando, nella prima udienza successiva all'entrata in vigore della legge, fosse fatta apposita richiesta da parte dell'imputato e nel contempo fosse stata disposta la rinnovazione del dibattimento e questa non fosse ancora conclusa.

Nel caso in esame, anche queste condizioni non si sono verificate, in quanto la normativa era entrata in vigore nel corso del giudizio di primo grado, quando l'istruttoria dibattimentale era stata già formalmente dichiarata chiusa in data 14 marzo 2000, in epoca sicuramente anteriore all'entrata in vigore della nuova normativa transitoria di cui si è detto.

Non sussistono quindi le condizioni per l'applicazione della normativa neppure per la fase d'appello, per la quale, in ogni caso, non c'è stata alcuna rinnovazione dell'istruzione dibattimentale.

Anche per tali motivi, va negata l'ammissione al rito abbreviato, con tutti i possibili positivi effetti in termini di riduzione di pena.

Pertanto lo sbarramento dato dai termini perentoriamente stabiliti non può essere superato da legislazioni sopravvenute le quali, come tali, avendo carattere processuale, non possono fornire regolamentazioni se non per l'avvenire, ancorché assai rilevanti siano gli aspetti sostanziali legati all'applicazione delle stesse.

Non si ravvisano, poi, neppure ipotesi di contrasto con la normativa costituzionale.

Questa corte, richiamata l'impugnata ordinanza dibattimentale del 2 febbraio 2000, cui si fa riferimento, rileva che le normative transitorie disposte con le leggi sopra indicate, introducendo regole di natura processuale, collegate a specifiche fasi dello sviluppo del procedimento (con particolare riguardo all'istruzione dibattimentale del processo), non sono suscettibili di interpretazioni retroattive o ultrattive, ma valgono per la fase processuale in cui possono operare.

Infatti, per quanto attiene alla normativa di cui al d.leg. n. 51 del 1998, l'inapplicabilità del rito discende dal fatto che l'istruttoria del processo Forzatti era già cominciata; per quanto attiene alla l. 144/00, l'inapplicabilità deriva dal fatto che l'istruttoria dibattimentale era già conclusa.

Pertanto la richiesta della difesa non può essere accolta.

Sull'omicidio premeditato del coniuge. Reato previsto e punito dagli art. 575-577, 1° comma, n. 3, e ultimo comma, 62, n. 1, c.p. Questa corte ha tenuto presente, in perfetta aderenza alle norme dell'ordinamento vigente, il principio dell'intangibilità della vita umana.

Il compito di questa corte, in ordine all'imputazione, è – ed è rimasto – necessariamente limitato alla valutazione, secondo il diritto vigente, della sussistenza o meno della responsabilità penale di Ezio Forzatti, in ordine alla condotta da lui tenuta e attribuita con l'imputazione, rispetto alla quale, come si è precisato prima, c'è già stata una sentenza di condanna in primo grado, appellata con un'argomentata serie di motivazioni.

La corte ha incentrato l'analisi degli elementi posti alla sua valutazione, sull'accertamento primario del nesso di causalità tra la condotta del Forzatti e

l'evento morte della moglie, signora Moroni, che ha costituito uno dei punti fondamentali dell'appello stesso e che, come è intuitivo, è il punto centrale per stabilire se il contestato omicidio volontario, attribuito al Forzatti, sussista o meno.

Secondo i principi del vigente diritto penale, infatti, la condotta è causa dell'evento quando senza di essa l'evento non si sarebbe verificato, non è causa dell'evento se, l'evento si era già verificato prima di tale condotta ed indipendentemente da essa.

Va appena ribadito che anche l'anticipazione di un solo momento dell'evento morte, per il nostro ordinamento equivale ad omicidio; quindi anche in presenza di una prognosi negativa quoad vitam, accorciare il residuo di vita che rimane ad ogni individuo, assolutamente non conoscibile ex ante, per il diritto oggi vigente in Italia, costituisce omicidio doloso o volontario.

Come si è detto il 21 giugno 1998 Ezio Forzatti, intorno alle ore 6,40 del mattino, all'interno della stanza del reparto di rianimazione dell'ospedale nuovo San Gerardo di Monza, ove era ricoverata la moglie – mentre impugnava un'arma (poi risultata scarica), per evitare a chiunque l'ingresso nella stanza stessa e per impedire ogni opposizione a quanto si apprestava a fare, – staccava i tubi di collegamento dell'impianto di ventilazione orotracheale cui era attaccata la moglie; quindi attendeva la formale dichiarazione di morte della stessa, a seguito di regolare accertamento medico.

La Moroni, quindi, all'accertamento elettrocardiografico – eseguito intorno alle ore 8,05 dal dott. Imperatori dello stesso ospedale – risultava deceduta per arresto cardiocircolatorio da insufficienza acuta cardiorespiratoria.

Non si può negare, indubbiamente, che l'azione compiuta dal Forzatti e cioè l'interruzione del contatto tra il tubo posto in posizione orotracheale e l'apparecchio per la respirazione artificiale, si sia presentata «astrattamente idonea» a provocare una carenza di ossigeno e, di conseguenza, la morte per arresto cardiocircolatorio su base ipossica della signora Moroni.

Ma, sulla base della documentazione agli atti del processo, la corte ha ritenuto necessaria una nuova ed approfondita valutazione della condizione della paziente Moroni all'atto della compiuta «estubazione», al fine di accertare il presupposto fondamentale per la sussistenza del reato di omicidio che è l'esistenza in vita della persona offesa.

L'avvento e lo sviluppo della chirurgia dei trapianti (l. 2 dicembre 1975 n. 644) ha fornito una forte motivazione per la diagnosi di morte cerebrale, ritenuta come la più appropriata, rispetto all'arresto dell'attività cardiorespiratoria, per la finalità del prelievo di organi da cadavere.

Secondo la normativa vigente, dettata dalla l. 29 dicembre 1993 n. 578 e dal d.m. n. 582 del 22 agosto 1994, la dichiarazione di morte, con la conseguenza della possibilità di interrompere legittimamente l'erogazione di prestazioni sanitarie, si può fare a seguito di una accertata diagnosi di morte cerebrale.

Per «morte cerebrale» si intende la morte del paziente, diagnosticata utilizzando anziché criteri cardiologici, criteri cerebrali, in virtù della loro maggiore sensibilità, che permette di anticipare la diagnosi di morte ad una fase in cui «il processo di morte», pur coinvolgendo il paziente in quanto organismo, non ha ancora pienamente ed irreversibilmente coinvolto i singoli organi.

Ovviamente i criteri cerebrali non sono utilizzabili in tutti i pazienti, ma solo in quelli il cui insulto cerebrale primitivo sia alla base della perdita della coscienza (pazienti in coma profondo).

Il concetto di morte cerebrale, proposto originariamente dall'associazione medica americana come sinonimo di cessazione della vita di una persona, è stato, poi, recepito in tutto il mondo, con alcune eccezioni (ad es. in Giappone).

Detta definizione, nella legislazione vigente, ha sicuramente l'importantissima funzione di consentire di interrompere legittimamente l'erogazione di prestazioni sanitarie, ad altissimo costo socio-economico, in soggetti deceduti o c.d. «cadaveri a cuore battente».

L'assenza di attività elettrica cerebrale, contestualmente all'assenza di vitalità del tronco cerebrale, testimonia la morte del paziente.

L'irreversibilità del processo di morte per il paziente ospedalizzato deve essere testimoniata da una specifica commissione, che valuta il paziente stesso per un periodo di osservazione stabilito dalla legge, in cui, per tre volte almeno, si effettuano i prescritti rilievi con gli appositi strumenti, anche perché il paziente, durante quel periodo, rappresenta anche un bene per la società, che va tutelato e mantenuto in condizioni di perfusione ottimale, al fine di garantire, anche post mortem, le migliori condizioni possibili degli organi prelevabili.

Ovviamente, date le condizioni della signora Moroni, di cui si dirà ampiamente, il problema della donazione di organi per lei non si sarebbe mai posto.

Con ragionevole certezza non si può neanche dire che la stessa sia stata sottoposta ad un accanimento terapeutico, in considerazione del fatto che la stessa, in coma, a seguito di intervento chirurgico eseguito meno di ventiquattro ore prima, era stata sottoposta al trattamento rianimatorio post-operatorio proprio dei casi clinici come il suo, consistito solo nella ventilazione artificiale, del tutto compatibile con il rispetto dei principî costituzionali, ma anche etici, relativi al rispetto della dignità della persona umana.

Il medico, infatti, in casi del genere, ha l'obbligo di prestare al paziente tutte le cure e gli ausili del caso, tra cui proprio l'aiuto rappresentato dalla macchina per consentire la funzione respiratoria alla persona in difficoltà.

Le condizioni patologiche della Moroni fino al momento della morte accertata, sono perfettamente documentate dalla relazione di consulenza tecnica dei dott. Molendini, Marozzi e Tommasino, eseguita a seguito di intervento autoptico disposto per ordine dell'autorità giudiziaria, sul corpo della defunta.

Come si è detto, la stessa era stata ricoverata il 14 giugno 1998 presso l'ospedale nuovo San Gerardo di Monza con una diagnosi di grave piastrinopenia (porpora trombocitopenica idiopatica).

Gli esami ematochimici avevano evidenziato la presenza di circa 6.000 piastrine, là dove in una persona in normali condizioni di salute, le piastrine debbono raggiungere un limite minimo di 150.000.

Pertanto la Moroni era stata sottoposta a terapia steroidea, appropriata in casi del genere.

È appena il caso di ricordare che le piastrine sono quegli elementi del sangue che svolgono un ruolo essenziale nella coagulazione dello stesso e, di conseguenza, la loro forte carenza può essere fonte di emorragie spontanee, per l'assottigliamento dei tessuti di sostegno dei vasi sanguigni.

Sulla causa scatenante di detta patologia, rientrando secondo alcuni esperti, nelle c.d. malattie autoimmunitarie, non vi è stato mai un preciso accertamento clinico; è risultato, dagli atti, che a seguito di due episodi, in tempi diversi ma a distanza di circa quindici giorni l'uno dall'altro, nel mese precedente al ricovero ospedaliero, la signora Moroni era stata affetta da faringite acuta febbrile, sicché era stata curata con amoxicillina e paracetamolo – anche in dosi indicate come «massicce» in relazione a quest'ultimo farmaco – secondo le più usuali indicazioni mediche in questo tipo di patologie.

È noto anche che detti farmaci – il paracetamolo in particolare – possono, in casi particolari, provocare danni a livello ematico, ma – si ripete – non c'è stato alcun accertamento specifico in tal senso.

Come non c'è stato alcun accertamento sull'eventuale incidenza sulle condizioni della paziente, della somministrazione in ospedale, di un farmaco – l'Orudis (chetoprofene) –, quando la stessa, al quarto giorno di ricovero, ebbe ad avvertire forte cefalea pulsante alla zona fronto-parietale.

È evidente che in una prospettazione accusatoria in cui la causa autonoma, necessaria ed unica del decesso è la condotta dolosa del Forzatti, inutile si presenta l'accertamento, richiesto dalle difese, sulla possibile incidenza di un farmaco sulle condizioni di salute della Moroni; mentre diverso valore si potrebbe dare all'esigenza avanzata dalla difesa, giungendo a conclusioni diverse dalla suddetta prospettazione.

Ma le indagini spettano all'organo dell'accusa, laddove le dovesse ritenere giustificate, alla luce del principio dell'obbligatorietà dell'azione penale.

Ritornando alle condizioni cliniche della Moroni, al quinto giorno di ricovero, eseguita una prima Tac che aveva evidenziato una sfumata ipodensità occipitale destra e un'ipodensità di alcuni solchi occipito temporali, sempre a destra, la paziente era entrata in stato di coma, con respiro stertoroso e comparsa di anisocoria; quindi, poiché una nuova Tac aveva rivelato la presenza di più ematomi intraparenchimali dell'emisfero cerebrale destro, con falda di ematoma sottodurale fronto-parietale, che provocava una deviazione verso sinistra della struttura della linea mediana che separa i due emisferi cerebrali, con scomparsa dei solchi corticali per edema diffuso, alle ore 9,30

del 20 giugno 1998 la Moroni veniva sottoposta, d'urgenza, all'intervento chirurgico di craniotomia per l'evacuazione degli ematomi suddetti.

Durante l'intervento, per l'aggravamento della patologia di base della Moroni, nonché per le esigenze proprie dell'intervento in atto, venivano somministrati plasma, emazie, e ben ventuno unità di piastrine. Ma, asportato l'ematoma sottodurale con relativa asportazione del lobo temporale destro, il parenchima cerebrale continuava ad erniare, sicché, per questo motivo, all'esito dell'intervento, l'opercolo osseo, asportato per eseguire l'intervento, non poteva essere più riposizionato in sede, sicché veniva applicata sull'apertura chirurgica, una protesi biologica di dura madre liofilizzata (la dura è la membrana che, normalmente, ricopre il tessuto nervoso centrale).

Alla fine dell'intervento, per l'elevatissima pressione endocranica la paziente, sempre in coma, veniva trattata con forti dosi di barbiturici (non per sedazione ma allo scopo di fornire una protezione metabolica cerebrale), intubata e, quindi, sottoposta a ventilazione meccanica per «difetto di respirazione autonoma e carenza di ossigenazione ematica», con monitoraggio della pressione intracranica; quindi, veniva trasferita al reparto rianimazione dell'ospedale.

La Tac di controllo, eseguita dopo l'intervento, evidenziava una persistente compressione del trigono del ventricolo laterale destro e un'ulteriore emorragia subaracnoidea a sinistra, con impegno sulla funzione stessa dell'encefalo; mentre dagli esami ematochimici la piastrinopenia era tutt'altro che in fase di remissione.

Ora è noto, purtroppo, che l'incidenza dell'emorragia aumenta proporzionalmente alla riduzione delle piastrine.

La patologia di base della Moroni (porpora trombocitopenica) è stata indicata dai sanitari «caratterizzata dalla più temibile delle complicanze quali l'emorragia intracerebrale» (v. teste Molendini).

La teste dott. Tommasino ha paragonato il fenomeno avvenuto nel cervello della Moroni a quello che potrebbe verificarsi in un'arancia in cui viene iniettato del liquido: «... prima o poi l'arancia scoppia ... e lo stesso è avvenuto nel cervello della paziente per l'emorragia ... c'è una quantità di sangue che non è più nei vasi cerebrali ma si raccoglie nel parenchima cerebrale, cioè nel tessuto nervoso e comprime e danneggia tutto ciò che gli sta intorno, dentro un contenitore inestensibile quale quello della scatola cranica ... il cervello, a causa di questa pressione esistente cerca di spostarsi dove trova spazio e perciò fuoriusciva dall'apertura chirurgica ...»; «... è stato asportato necessariamente il tessuto nervoso, infarcito di sangue, per ridurre la pressione esistente all'interno del tessuto osseo ...».

L'indice di Glasgow (la Glasgow Coma Scale è una scala che viene utilizzata a livello internazionale per valutare le condizioni neurologiche del paziente), dava il punteggio già molto basso di sei, quale indice di una grave sintomatologia neurologica, subito dopo l'intervento e cioè nel pomeriggio del 20 giugno, ma addirittura, alle ore 23 dello stesso giorno, aveva raggiunto il

livello minimo di tre, per apertura-occhi assente, retrazione al dolore minima e risposta verbale assente.

Va appena ricordato come la diagnosi di morte cerebrale si basi essenzialmente sull'esame neurologico che dimostri insensibilità e assenza di riflessi cerebrali, per poter ritenere, senza timore di smentite, che l'accertata discesa inarrestabile dell'indice di Glasgow evidenziasse già alle ore 23 del giorno 20 giugno, un progressivo scivolamento della paziente Moroni verso l'evento morte.

Le testimonianze dei dott. Molendini, Tommasino, consulenti del p.m. e dei dott. Tricomi e Fassina, consulenti della difesa, sono assai rilevanti, a parte le sopra riferite risultanze degli accertamenti medici compiuti in ospedale, per la ricostruzione delle condizioni in cui si è venuta a trovare la Moroni dal momento successivo all'intervento chirurgico fino a quello della c.d. «estubazione».

In particolare, dalle dichiarazioni congiuntamente rese all'udienza del 3 novembre 1999, dinanzi alla corte d'assise in primo grado dal dott. Molendini e dalla dott. Tommasino, è risultato che l'intervento di drenaggio dell'ematoma subdurale e, quindi, del focolaio emorragico maggiore, non aveva risolto il problema del notevole edema del parenchima cerebrale, che, come si è detto, continuava ad erniare attraverso l'apertura chirurgica.

Il teste Molendini ha indicato quello della Moroni come «un caso difficilmente confrontabile con altri», tale da «porre a rischio la vita della paziente» e, comunque da «non consentire un recupero alla vita normale».

La dott. Molendini ha detto che in quelle condizioni sulla paziente, dopo l'intervento, a titolo di complicazione necessaria, «si sarebbe, comunque, verificata, nonostante le cure appropriate, la comparsa di nuovi episodi emorragici intracerebrali, con ulteriori ed irreversibili danni, dato il quadro di estrema gravità».

Dalle risposte date dai medici alle domande poste in dibattimento, è risultato, con chiarezza, come la gravissima pressione intracranica «comprimesse il tronco cerebrale, responsabile dell'attività respiratoria e dell'attività cardiocircolatoria» cioè le due funzioni vitali essenziali.

Alla domanda, rivoltagli dalla difesa, sulla possibilità di «morte cerebrale» della Moroni «in quelle condizioni», la dott. Tommasino ha risposto che, poiché non erano stati eseguiti e, quindi, non erano state riportate in cartella clinica, quegli accertamenti che si debbono fare da parte della commissione medica per la dichiarazione di morte cerebrale, «sulla base degli atti messi a disposizione dei medici intervenuti per l'accertamento autoptico, non aveva elementi certi per affermare che la morte si fosse verificata ... ma di sicuro la paziente non aveva un respiro autonomo ... e questo era un segno di grave compromissione dei centri nervosi ...».

Quindi per difetto di una documentazione formale, ai fini di una definizione di morte clinica e strumentale, e non per le effettive condizioni patologiche, la dottoressa, intervenuta in sede autoptica, non poteva affermare con la

necessaria fermezza l'avvenuta morte cerebrale della Moroni; il che non equivale ad esclusione della stessa, sul piano naturalistico.

La dottoressa ha detto, poi, specificamente: «quando il centro del respiro non funziona è uno dei segni che – se non trattati con ventilazione meccanica – ... porta verso la morte cerebrale»; è uno dei segni che possono far fare una diagnosi di morte cerebrale.

La paziente presentava anche un diametro diverso delle pupille (anisocoria) ed anche questo è stato indicato come un segno di grossa compromissione cerebrale, fino alla definitiva fissazione delle pupille che si verifica con la morte.

All'esame autoptico, eseguito mettendo il cervello sotto formalina per la necessità di fissare per la sezione il materiale stesso, che si presentava assai spappolato, il dott. Molendini ha detto che era stata accertata «un'area sfacelativa emorragica di cm 7 x 6,5 in corrispondenza del lobo temporale destro che si affondava nel parenchima per circa cm 2,5. Inoltre vi era una picchettatura emorragica in corrispondenza della sostanza bianca del terzo anteriore del lobo parietale dx ed altre, plurime aree emorragiche ai margini dell'area sfacelativo-emorragica di cui si è detto. Ancora, nella cavità ventricolare laterale sx, al terzo posteriore, si evidenziava presenza di materiale ematico coagulato, mentre nella zona del cervelletto si notava un'emorragia sfumata subaracnoidea in corrispondenza della faccia centrale del verme cerebellare».

Anche il cuore della Moroni si era presentato danneggiato agli esami clinici effettuati.

Il dott. Molendini ha parlato di danni della parete postero-settale del ventricolo sinistro, e di «miocitolisi» che secondo la letteratura in materia (v. Silverman D., Saunders MG, Schwab R.S.) citata dalla difesa, «può, in alcuni casi, essere anche una conseguenza della porpora trombocitopenica» che, – va ricordato – era la patologia di base per la quale la Moroni era stata ricoverata.

Per il Molendini «il reperto di miocitolisi della parete postero-settale del cuore indica una certa condizione cardiaca che predispone ad un problema aritmico e che quindi può determinare l'arresto cardiaco».

Con la suddetta affermazione si è, quindi, delineata, un'ulteriore causa di morte, questa volta a livello cardiaco o «con partenza dal cuore»; a parte la gravissima compromissione cerebrale, – che con l'aumento parossistico della pressione endocranica normalmente produce l'arresto della perfusione cerebrale e, quindi, è di per sé stessa causa di morte.

Il dott. Tricomi, consulente della difesa, ha precisato che la «miocitolisi», sia come complicanza anche della porpora trombocitopenica che come conseguenza di altre patologie, è espressione di una sofferenza delle fibre cardiache su base anossica, «e può essere causa di morte improvvisa».

Pertanto, accanto alla gravità del quadro neurologico, con l'irreversibile compromissione delle funzioni principali del cervello, causa essa stessa – si

ripete – di «morte rapida», il dott. Tricomi ha indicato una causa aggiuntiva, addirittura di «morte improvvisa» dovuta al danno cardiologico.

Il teste, poi, ha evidenziato che, sempre a seguito dell'accertamento autoptico, anche i polmoni della Moroni, anche se aiutati con la ventilazione meccanica, che ha il compito specifico di preservarli, si presentavano danneggiati, per edema polmonare e per focolai di broncopolmonite, confermati dall'esame istologico.

Tutti gli altri organi della Moroni presentavano, poi, una sofferenza anossica generalizzata, che per il Tricomi, «richiede un certo numero di ore per verificarsi» e, quindi, ragionevolmente, si era sviluppata nel periodo tra il sorgere dell'emorragia e l'intervento e tra quest'ultimo e l'estubazione, non certo nel breve lasso di tempo tra l'estubazione e l'accertamento della morte».

La sofferenza di cui si è detto è compatibile, anzi costituisce la spia di una carenza di ossigeno nei tessuti, benché questi – va sottolineato – fossero sottoposti a ventilazione artificiale.

Secondo quanto riferito dal teste Tricomi, poi, anche la broncopolmonite «in soggetti in stato di coma» può avere un'evoluzione rapidissima verso la morte.

Infine anche le dichiarazioni del dott. Fassina, ricercatore nel dipartimento di medicina legale dell'università di Pavia, si sono mostrate illuminanti rispetto alla condizione della signora Moroni al momento dell'intervento di estubazione posto in essere dal marito, ing. Forzatti.

Il dott. Fassina ha evidenziato come, accanto ad un quadro prognostico estremamente negativo quoad vitam rappresentato dalle straordinariamente gravi compromissioni neurologiche, che con la relativa compromissione funzionale del tronco encefalico erano di per sé sole causa di morte, vi era una serie di complicanze generali, sia a carico del cuore che dei polmoni che, a fronte di una trombocitopenia in stato di costante ed inarrestabile aggravamento, era un'ulteriore, indiscutibile causa di morte.

Alla specifica domanda della difesa «se poteva essersi verificata la morte cerebrale» anche se non formalmente registrata il dott. Fassina rispondeva, con certezza: «Sì, poteva esserci morte cerebrale», aggiungendo che, in particolare, l'accertata inondazione per emorragia dei ventricoli cerebrali «è una delle cause più frequenti di 'morte improvvisa', che si può verificare anche in soggetti che godono, fino al momento dell'emorragia, di buona salute». «In sostanza non è necessario avere una patologia grave come quella della signora Moroni per decedere, perché i soggetti affetti da emorragia dei ventricoli – come la Moroni, che presentava anche tante altre patologie – non fanno nemmeno a tempo a diventare così gravi, per un blackout delle funzioni vitali cerebrali, quindi per morte repentina».

Inoltre nella relazione autoptica si legge che la porpora trombocitopenica associata all'emorragia cerebrale è gravata da un'elevata mortalità e, in particolare, che i casi di sopravvivenza nell'adulto, riportati in letteratura (cfr. Kobayashi et al. 1995; Ochiai et al. 1998), sono del tutto aneddotici e,

comunque, si riferiscono a casi in cui la sintomatologia ematologica sia in fase di remissione.

Come si è detto in precedenza, nel caso della Moroni, invece, la piastrinopenia si era via via aggravata.

Bisogna a questo punto richiamare la testimonianza del dott. Tricomi sul monitoraggio cui era stata sottoposta la Moroni dopo l'intervento chirurgico.

Prima di tutto va detto che la Moroni non era stata sottoposta ad un monitoraggio continuo e completo di tutte le funzioni generali – che comprende anche interventi a volte cruenti, come introduzioni di cateteri fissi, sonde esofagee, ecc., che si giustificano maggiormente nei casi in cui si prevede, con ragionevole certezza, l'utilizzazione di organi per il trapianto – e, questo, non era, di certo, il caso della Moroni.

Il dott. Tricomi ha dichiarato che l'ultimo monitoraggio per l'attività cerebrale era stato eseguito alle ore 5,30 del mattino del giorno 21 giugno e cioè almeno un'ora e dieci minuti prima che l'ing. Forzatti entrasse nel reparto rianimazione.

«Detto monitoraggio veniva eseguito ad intervalli, per una prassi ospedaliera che non richiede l'accertamento dei riflessi neurologici minuto per minuto ... Se il paziente va incontro a morte cerebrale, può entrare nella valutazione l'eventuale prelievo di organi o meno, quindi vi è il mantenimento di alcune funzioni di carattere cardiocircolatorio e respiratorio, meccanico, cioè garantito da macchine; per cui capita che un paziente deceda ad esempio alle due di notte ma grazie a queste apparecchiature viene portato avanti magari fino alle otto o alle nove del mattino, quando potrà riunirsi la commissione medica per la valutazione della morte cerebrale, secondo quelli che sono i dettami della legge e dei regolamenti».

Di fronte a quest'affermazione, al dott. Tricomi era stata posta un'ulteriore domanda: «se alle 5,35 del mattino, dopo l'ultimo accertamento delle 5,30 la Moroni avesse cessato le proprie funzioni vitali da un punto di vista di morte cerebrale, non accertata ovviamente dalla commissione ..., come morte cardiaca, invece, la Moroni avrebbe potuto anche non subirla (apparentemente) perché sottoposta a queste macchine? ... Nel senso che queste macchine avrebbero potuto 'simulare' una non avvenuta morte cardiaca, perché garantivano quelle funzioni?».

La risposta del dott. Tricomi è stata affermativa.

Alla successiva domanda sulla possibilità che Elena Moroni, nell'intervallo di tempo tra il rilevamento fatto alle 5,30 del mattino e il momento dell'estubazione, fosse andata incontro a morte neurologica, il dott. Tricomi ha risposto: «non posso escluderlo».

Secondo la letteratura medica in materia, i casi di questo genere si possono definire «decessi cerebrali in corpi tecnicamente ancora in vita» o «casi di mantenimento della vita cardiaca ad una persona già soggetta a morte cerebrale» (cfr., fra gli altri, *Clinical Diagnosis of Brain Death – Flowers WM Jr., Patel BR.: Radionuclide angiography as a confirmatory test for brain death; 219 studies in 219 patients. South Medj 1997. – Pallis C.: A B C of*

brainstem death; the arguments about the EEG. BMJ 1983. – Kosteljanets M. Ohrstrom JK. Skjodt S.: Cerebral brain death with preserved cerebral arterial circulation. Acta Neurol Scand 1988).

Pertanto, secondo la corte, sulla base del conclamato difetto assoluto per la paziente dell'attitudine a rimanere «vitale», alla luce di tutte le acquisizioni documentali e testimoniali cui si è fatto riferimento fin qui, quale risposta si deve dare al primo dei quesiti mossi con i motivi di appello, che si può riassumere nell'interrogativo: si può escludere come irragionevole o irrealistica l'ipotesi che la signora Moroni fosse addirittura morta nel lasso di tempo tra l'ultimo monitoraggio ed il momento dell'estubazione, in presenza di plurime ed accertate cause addirittura di morte naturale «repentina o improvvisa»?

La risposta è sicuramente no.

E tale conclusione non risulta arbitraria e basata su meri criteri possibilistici, perché appare pienamente conforme alle indicazioni provenienti dagli stessi consulenti tecnici escussi, che non hanno potuto escludere, su base scientifica, in termini di certezza che la signora Moroni fosse morta prima della deconnessione con l'apparecchio di ventilazione artificiale.

Il difetto di un monitoraggio ai fini di un formale accertamento della morte neurologica prima dell'estubazione, dovuto, come si è visto, ad una prassi ospedaliera, non può, nella situazione particolare fin qui descritta, essere considerato un difetto della prova principale dell'avvenuta morte per cause naturali della Moroni, prima dell'intervento del coniuge.

L'accertamento, con valore giuridico, della morte effettuato dalla commissione ospedaliera ha un'efficacia dichiarativa ed è di certo essenziale ai fini dell'espianto di organi, come momento essenziale per poter procedere allo stesso.

Ma è di tutta evidenza che non può avere un'efficacia costitutiva della morte stessa, perché rappresenterebbe una sovrapposizione o addirittura una sostituzione al fatto naturalistico della cessazione della vita, lasciato alla discrezionalità di un organo tecnico.

Del resto i consulenti hanno detto chiaramente che la morte, secondo il concetto naturalistico, può ben risalire ad un periodo anche di alcune ore prima dell'accertamento ufficiale.

In sostanza, è normale, se non addirittura frequente, che la morte di un soggetto preesista alla dichiarazione della commissione tecnica all'uopo riunita, che interviene alcune ore dopo, per comprensibili esigenze di carattere tecnico-organizzativo.

Ma – si ripete – ciò che ha importanza rilevante ai fini dell'espianto di organi, non può avere la stessa, fondamentale rilevanza ai fini dell'accertamento del reato di omicidio, dove ciò che conta è la certezza dell'esistenza in vita della persona fino al momento della realizzazione della condotta omicidiaria.

Il punto decisivo che questa corte ha dovuto accertare è se sia stato provato – oltre ogni ragionevole dubbio –, che la signora Moroni fosse in vita al momento dell'atto di estubazione compiuto dal marito Ezio Forzatti –

presupposto indispensabile per la sussistenza del delitto di omicidio volontario – e quindi, se la condotta attribuita al Forzatti sia stata la causa determinante della morte.

Rispetto al suddetto accertamento, quindi, debbono essere ritenuti determinanti e decisivi tutti quei rilievi di ordine medico-legale che sono stati acquisiti con l'istruttoria dibattimentale in primo grado, che sono stati rivisitati nel giudizio di appello nei termini che si è cercato di riportare fin qui.

Com'è noto il nesso di causalità nei reati commissivi non può essere affermato in termini ipotetici ma in termini di ragionevole, tranquillizzante certezza.

Ora in presenza di plurime, gravi, incombenti ed accertate cause di «morte improvvisa», in una situazione di organi quali il cervello ed il cuore addirittura devastati, ritenute dai consulenti tecnici elementi causali dell'evento morte – già di per sé esclusivi – come si può affermare che nel lasso di tempo di più di un'ora, la signora Moroni non sia morta per le preesistenti cause patologiche naturali, ma che sia stato sicuramente l'intervento del marito a determinare la sua fine?

Invero, per quanto si è detto fin qui, la corte ritiene che, proprio alla luce di un più meditato controllo delle risultanze dibattimentali, non si possa dire sufficientemente provato, oltre ogni ragionevole dubbio, il nesso di causalità tra la condotta del Forzatti e l'evento morte della Moroni.

Pertanto, si impone una decisione di assoluzione del Forzatti, in riforma dell'impugnata sentenza dal reato di uxoricidio premeditato, perché il fatto non sussiste.

Infine va precisato che, ai fini della suddetta dichiarazione è rimasto un dato del tutto inconferente il fatto che egli intendesse porre fine all'esigenza della sventurata moglie, con l'eliminazione di una (ritenuta) «trappola», tesa dalla tecnologia, alle sue emozioni e ai suoi affetti, per convinzioni personali di ordine etico e culturale.

Come estranea alla valutazione è rimasta la sua intenzione di agire non certo per un interesse personale, bensì per svolgere, con un gesto estremo di amore, un compito – stando a quanto da lui stesso, più volte affermato – di interpretazione e realizzazione della stessa volontà della moglie, espressa quando era ancora in vita, al fine di evitare un inutile – secondo la sua visione delle cose – futuro accanimento terapeutico, contrario al principio di una vita e di una morte portata avanti con dignità.

Ed infatti, nel caso di difetto del rapporto di causalità tra azione ed evento, la formula assolutoria perché il fatto non sussiste prevale su qualsiasi altra formula diversa ed in particolare rende superflua ogni valutazione della condotta, poiché siffatto esame comporterebbe un giudizio che, comunque, si risolverebbe in un obiter dictum.

Si è, dunque, in presenza di un reato impossibile per inesistenza dell'oggetto dell'azione criminosa e, in particolare, di un omicidio impossibile per insufficienza della prova dell'esistenza in vita della persona che l'imputato avrebbe inteso sopprimere.

Non vi è ragione, in questo caso, di applicare la misura di sicurezza prevista dall'art. 49, ultimo comma, c.p., dato che la particolarità del caso e il movente del fatto escludono la pericolosità del Forzatti.

L'assoluzione dell'imputato, per difetto della prova della causazione della morte di Moroni Elena, rende non prospettabile l'ipotesi subordinata dell'omicidio del consenziente, dato che anche tale fattispecie presuppone la causazione dell'evento mortale.

Profilo sanzionatorio. Sgombrato il campo dell'imputazione più grave, con riferimento alla condotta del Forzatti in relazione alla sussistenza delle ipotesi di reato di cui agli art. 610 c.p. e agli art. 12 e 14 l. 14 ottobre 1974 n. 497 non c'è stato appello.

La testimonianza della dott. Vitullo, dell'ispettore Matarrese, dell'infermiere Forzatti Dante e le stesse ammissioni dell'ing. Forzatti, non lasciano dubbi sul fatto che egli abbia portato con sé una Beretta calibro 7,65 – accertata dopo come priva di munizioni – e che l'abbia puntata contro le persone sopra indicate per costringerle a non impedire la sua intenzione di staccare il corpo della moglie dal collegamento con l'apparecchio di ventilazione artificiale, all'interno del reparto rianimazione dell'ospedale San Gerardo di Monza.

Pertanto ribadita l'esistenza di tutti i presupposti, oggettivi e soggettivi, dei reati rubricati a carico di Forzatti Ezio, va rivalutato, rispetto alla sentenza di primo grado, sulla base degli appelli del p.g. e della difesa, il profilo sanzionatorio.

Sulla concessione delle attenuanti generiche e dell'attenuante di cui all'art. 62, n. 1, c.p., ritenute prevalenti sull'aggravante di cui all'art. 61, n. 2, non c'è stata impugnazione da parte del p.g.

Va affrontato ora, il problema del riconoscimento della diminuzione di cui all'art. 89 c.p., per cui va detto subito che la corte condivide le obiezioni mosse dal p.g. nell'atto di impugnazione e ribadite all'odierna udienza.

Invero nel tempo il Forzatti ha sempre esposto con estrema lucidità qual è stato il suo proposito, quale il suo modo di pensare, il suo stato mentale e psicologico, prima e dopo il fatto addebitatogli.

Dinanzi al giudice delle indagini preliminari in particolare, il Forzatti ha dichiarato: «I medici mi avevano rappresentato la situazione come disastrosa ed io intendevo abbreviare quanto più possibile la sofferenza di mia moglie. Ritengo di aver attuato la volontà di mia moglie: con mia moglie avevamo parlato ripetutamente della possibilità di rimanere in vita gravemente menomati e lei aveva manifestato la volontà di essere aiutata a morire per non essere di peso a nessuno ... Non ho mai fatto una promessa in tal senso a mia moglie ... non sono mai stati scritti impegni, patti di morte, tutto questo non esiste ... Ritengo che nessuno possa disporre della vita degli altri tranne che i diretti interessati ... ho ritenuto di essere un mero strumento per realizzare la volontà di mia moglie ... di fare ciò che ho fatto per un pressante dovere morale».

Ora da dette affermazioni, lucide, pacate anche se estremamente sofferte, è davvero difficile dedurre uno stato mentale di malattia o comunque anche transitoriamente turbato da una situazione patologica.

Lo stato d'animo e le convinzioni del Forzatti sono rimasti uguali sia al momento di decidere la sua condotta, sia al momento di attuarla, sia quando ha riferito quanto da lui compiuto al magistrato, senza alcuna attenuazione in relazione alle sue responsabilità.

Egli ha sempre dimostrato il coraggio delle sue scelte e delle sue convinzioni, nella consapevolezza che le stesse non fossero condivise da tutti, ma nella determinazione, propria di un approfondimento suo personale.

Pertanto appare difficile affermare che egli abbia agito in uno stato di shock o, comunque, in uno stato mentale anche transitoriamente patologico.

Invero, non si è presentata alcuna necessità di sottoporre il Forzatti a perizia psichiatrica, perché mai il predetto ha evidenziato vere e proprie infermità mentali, o disturbi di personalità, sia in relazione alla situazione esistente al momento del fatto a lui attribuito, sia per l'assenza di dati anamnestici significativi di infermità.

Peraltro le testimonianze acquisite nell'ambito degli amici e dei parenti sul suo modo di essere e di comportarsi, hanno evidenziato la figura di un uomo equilibrato, fermo nelle sue convinzioni morali, legato ai valori della famiglia, del lavoro e al rispetto della dignità umana (cfr. testimonianze di Forzatti Maddalena, cugina dell'imputato, del dott. Imperatori, del dott. Donati).

Se si può affermare che evidentemente il comprensibile turbamento per l'improvviso aggravarsi delle condizioni della moglie – che, per lui fino a cinque giorni prima era una valida compagna di vita e, comunque, una persona in perfetta salute, – non gli avrà consentito di riflettere sulla circostanza che la stessa potesse anche essere morta nel frattempo o che egli avrebbe potuto richiedere un controllo preventivo, specifico, in tal senso; se, quindi, il suo più che comprensibile stato d'animo l'ha portato ad essere, sicuramente, quanto meno precipitoso nell'attuare senza alcun controllo il distacco del corpo della moglie dal respiratore, non per questo si può ritenere che egli fosse in uno stato mentale tale da scemare grandemente la sua capacità di intendere e di volere.

Pertanto va esclusa tale diminuzione.

Le due ipotesi di reato residue, di cui si è detto, possono essere considerate sicuramente unificate da un unico disegno criminoso e, quindi, va ritenuta la continuazione.

La pena base che si ritiene equo applicare alla luce dei criteri dettati dall'art. 133 c.p., valutato il disfavore sociale e la contrarietà alle norme giuridiche che si ritengono violate dalla condotta del Forzatti (porto ed uso di pistola, benché scarica, contro il personale medico e paramedico all'interno di un reparto di rianimazione di un ospedale pubblico), per il reato più grave di porto illegale di pistola è quella di anni tre di reclusione ed euro novecento di multa, ridotta per le già concesse attenuanti generiche ad anni due di reclusione ed euro seicento di multa, ulteriormente ridotta per la già concessa attenuante di cui

all'art. 62, n. 1, c.p. ad anni uno e mesi quattro di reclusione ed euro quattrocento di multa, aumentata di un mese di reclusione per la ritenuta continuazione con il reato di violenza privata, fino al raggiungimento della pena finale di un anno e cinque mesi di reclusione ed euro quattrocento di multa.

La peculiarità dei fatti contestati e la personalità del Forzatti portano ad escludere che il predetto, incensurato, possa commettere in prosieguo ulteriori reati, quindi, sulla base di un giudizio prognostico positivo sulla sua pericolosità sociale, gli si concedono i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione.

Si conferma nel resto l'impugnata sentenza.