



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 68

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SU ALCUNI ASPETTI DELLA
MEDICINA TERRITORIALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO
AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE
TOSSICODIPENDENZE E DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE
MENTALE

71^a seduta: martedì 18 maggio 2010

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione del direttore del Dipartimento di salute mentale
della ASL Salerno, dottor Luigi Pizza**

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>	PIZZA	Pag. 4, 10, 14
BOSONE (PD)	13		
SACCOMANNO (Pdl)	11		

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta dell'11 maggio 2010 si intende approvato.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Colleghi, prima di passare allo svolgimento dell'ordine del giorno, mi accingo a comunicarvi le decisioni adottate, in materia di programmazione dei lavori, dall'Ufficio di Presidenza svoltosi lo scorso 12 maggio. Vi sono ragioni di opportunità che mi inducono a mantenere uno stretto riserbo su alcune di tali decisioni; pertanto, se non vi sono obiezioni, farei un breve passaggio in seduta segreta.

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 14,12 alle ore 14,15).

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. I nostri lavori riprendono ora in seduta pubblica.

Comunico che è giunta una richiesta di attivazione del circuito audiovisivo interno: se non vi sono obiezioni, i lavori odierni saranno resi pubblici anche mediante tale strumento.

Della riunione sarà redatto e pubblicato anche il Resoconto stenografico.

Audizione del direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Salerno, dottor Luigi Pizza

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione del dottor Luigi Pizza, attuale direttore del dipartimento di salute mentale della ex ASL Salerno/3. Prima di cedere la parola al dottor Pizza, al quale do il benvenuto e che ringrazio per la disponibilità, reputo opportuno fornire un breve inquadramento della odierna audizione.

L'approfondimento che ci accingiamo a svolgere afferrisce all'inchiesta sul funzionamento delle strutture preposte alla cura dei disturbi mentali (relatori i senatori Saccomanno e Bosone). Esso prende le mosse dalla drammatica vicenda riportata anche dalla trasmissione giornalistica di Rai 3 «Mi manda Rai 3», relativa a un paziente, il signor Francesco Mastrogiovanni, deceduto presso il reparto psichiatrico dell'ospedale di Vallo

della Lucania, dopo decine e decine di ore di TSO attuato, nell'arco di quattro giorni di ricovero, mediante stretta contenzione.

Abbiamo acquisito le impressionanti immagini mandate in onda dalla RAI, le quali documentano il trattamento estremo ricevuto dal paziente. Va tenuto presente che sulla vicenda in questione si è svolta anche un'inchiesta giudiziaria, che risulta ormai prossima a entrare nella fase processuale, essendosi concluse le indagini con la richiesta di rinvio a giudizio di diversi medici e infermieri.

Debbo soggiungere che il dottor Luigi Pizza non era responsabile del DSM all'epoca dei fatti oggetto dell'indagine, ma si è occupato in seguito, per ragioni d'ufficio, di tale drammatica vicenda: egli ci fornirà quest'oggi la ricostruzione dei fatti effettuata dall'amministrazione sanitaria, anche alla luce delle eventuali inchieste amministrative svolte. Dopo la sua relazione introduttiva, i commissari potranno intervenire per porre quesiti e svolgere considerazioni.

Do ora volentieri la parola al dottor Pizza, chiedendogli di soffermarsi in particolare sui seguenti aspetti: i motivi determinanti la sottoposizione a TSO; i caratteri di apparente abnormità nell'esecuzione di tale TSO; i motivi della presenza di una video-camera in loco; la eventuale presa in carico del soggetto da parte del DSM prima della manifestazione di acuzie; la sussistenza di aspetti di criticità, eventualmente rilevati dall'amministrazione sanitaria, nella condotta di medici e infermieri che hanno effettuato il trattamento; le eventuali misure adottate a seguito della drammatica vicenda sul piano disciplinare e/o organizzativo; quale sia, più in generale, la prassi seguita nell'ambito della ASL Salerno in tema di TSO; se, infine, l'auditò ritenga perfettibile la vigente disciplina legislativa del TSO.

PIZZA. Signor Presidente, innanzi tutto vorrei introduttivamente esporre alla Commissione un breve passaggio propedeutico che riguarda la mia posizione.

Come tutti voi sapete, la regione Campania è stata commissariata circa un anno fa per non avere rispettato il piano di rientro, ragion per cui il Governo ha provveduto a nominare un commissario *ad acta* nella persona del presidente Bassolino e un subcommissario per le attività di razionalizzazione, al fine di attivare tutti i provvedimenti necessari al rientro previsto dagli accordi stipulati con i Ministeri della salute e dell'economia. In quella circostanza, la prima regolamentazione attivata dalla Regione Campania è stata la razionalizzazione della presenza delle ASL e delle Aziende ospedaliere, che al momento sono in tutto 13 (7 ASL e 6 Aziende ospedaliere).

La provincia di Salerno aveva tre ASL, Salerno/1, Salerno/2 e Salerno/3, essendo la nostra una Provincia con un'espansione enorme (credo sia la prima di tutt'Italia). Di queste tre ASL è iniziato il processo di accorpamento affinché si possa addivenire ad un'unica ASL per tutta la Provincia: sono state attivate le procedure per accorpare anche le funzioni centrali ciascuna in un'unica struttura dipartimentale per l'intera ASL;

da un anno è stato nominato il commissario dalla Giunta regionale e – come dicevo – stiamo avviando la procedura per addivenire alla regolamentazione unica di tutta la ASL (riguarda anche i due dipartimenti della prevenzione e della salute mentale).

Quest'ultimo dipartimento al momento sta lavorando per unificare la struttura, i servizi, l'organizzazione, l'assistenza territoriale e anche ospedaliera (credo in un tempo relativamente breve), anche perché è stato bandito un concorso per l'assegnazione dell'incarico di direttore di dipartimento unico. In questo contesto, tre mesi dopo l'accadimento drammatico di cui stiamo parlando e per cui sono presente oggi, mi fu affidato con una disposizione di servizio un incarico funzionale per coordinare le attività di assistenza del dipartimento *ex* ASL Salerno/3, in vista della realizzazione del dipartimento unico di salute mentale.

Tengo quindi a precisare a questa Commissione che il mio ruolo di direttore di dipartimento *pro tempore* è funzionale, di *primus inter pares*, non gerarchicamente sovraordinato giacché la titolarità giuridica, la responsabilità dipartimentale è in carico tuttora alla struttura commissariale. Ovviamente, mi sono messo a disposizione dell'azienda e sto lavorando, in un contesto di oggettiva difficoltà, per realizzare tutte quelle condizioni (procedure unificate, contesti di armonizzazione, di accessi, di accoglienza; se volete, anche le linee guida che riguardano ASO, TSO, procedure di contenzione) che consentano di addivenire direttamente ad una formulazione omogenea, necessaria nel momento in cui realizzeremo il dipartimento unico. Questo per quanto riguarda la mia posizione personale.

Per quanto attiene agli accadimenti, ho recuperato tutta la documentazione in possesso della mia azienda sanitaria e la metto a disposizione sua, Presidente, e della Commissione, qualora doveste ritenerne l'acquisizione utile, funzionale o strumentale agli obiettivi che vi prefiggete, nell'approfondimento del percorso che ha riguardato la vittima, il professor Mastrogiovanni o di eventuali responsabilità o *malpractice* di tipo sanitario.

Il 31 luglio 2009 viene ricoverato in TSO il professor Mastrogiovanni. Dalle notizie in mio possesso, il TSO era più che giustificato, come riporta in maniera molto evidente anche la commissione interna che la ASL ha avviato e di cui ho documentazione – ho il verbale conclusivo che consegno alla vostra attenzione – in quanto la persona interessata era in condizioni di eccitazione psicomotoria, con comportamento eteroaggressivo, e di scarsa consapevolezza della malattia.

Quindi il TSO effettuato sul paziente può essere riconosciuto nei filtri e nelle garanzie previste dalla legge n. 180 del 1978, recepiti successivamente quasi per intero dalla legge n. 833 del 1978 (agli articoli 33, 34 e 35), con la quale fu istituito il Servizio sanitario nazionale.

Secondo il nostro punto di vista, erano presenti le tre condizioni necessarie – ciò viene riconosciuto anche dalla commissione – per applicare il trattamento sanitario coattivo. Il paziente si trovava in stato di psicosi acuta e, come tale, non era nelle condizioni di avere coscienza della malattia. D'altra parte, per il professor Mastrogiovanni non si trattava del

primo TSO; e la diagnosi iniziale pregressa parlava di disturbo schizoaffettivo in comorbidità con tossicodipendenza.

Se la Commissione me lo consente, vorrei soffermarmi su tale diagnosi, che è di grande complessità, poiché si tratta di una psicosi abbastanza grave. Il disturbo viene definito schizoaffettivo perché contiene in sé delle patologie gravi psichiatriche di tipo schizofrenico e psicotico-depressivo, ossia di tipo maniacale. Se utilizziamo la *check list* contenuta nel DSM-IV americano, che prevede una serie di sintomi particolari sui quali realizzare la diagnosi di categoria, ma non dimensionale, ci accorgiamo che non tutti i sintomi soddisfano i criteri diagnostici per la schizofrenia, e lo stesso vale per la maniacalità di tipo bipolare: ecco perché si parla di disturbo schizoaffettivo.

Quando parlo di soggetto psicotico, intendo fare riferimento a una persona che non ha coscienza della realtà, che ha scarsa capacità critica e che ha disturbi del pensiero, sia nel contenuto (deliri e allucinazioni) che nella forma (illogicità o incapacità di seguire nessi logici).

È ovvio che, in simili condizioni di psicosi acuta, il trattamento coattivo va effettuato perché il paziente, pur avendo necessità di un trattamento, rifiuta la terapia che non può che essere effettuata in un ambiente ospedaliero. A quel punto, le premesse ci sono tutte per intervenire con il suddetto trattamento.

Nella valutazione del caso da parte dell'azienda fu richiesta una relazione all'allora responsabile dell'unità operativa, il quale affermò che le condizioni psicotiche acute erano evidenti; presso la spiaggia di Acciaroli – se ben ricordo la località in cui il fatto avvenne – era stato persino necessario l'intervento di ingenti forze dell'ordine, compresa la Guardia costiera (il soggetto si era buttato in mare), la Polizia e il «118». L'attivazione della procedura di TSO veniva decisa dal «118», dopo aver interpellato lo psichiatra di turno, il quale convalidava la proposta di TSO. Il sindaco emanava quindi l'ordinanza e il soggetto veniva condotto presso l'ospedale di Vallo della Lucania, dove insisteva il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Ciò avviene il 31 luglio 2009.

Ho anche una relazione che inizia il 5 agosto, il giorno dopo la morte di Mastrogiovanni.

Vorrei ribadire che all'epoca non avevo la titolarità per accedere gerarchicamente alla documentazione clinica o per attivare procedure di valutazione interna: ero, e lo sono ancora oggi, primario dell'unità operativa di salute mentale di Sapri, che si trova in una zona diversa da Vallo della Lucania, e che non ha reparti di tipo ospedaliero, anche se i pazienti afferiscono anche a questa struttura.

Ciò premesso, il 5 agosto inizia dunque il percorso che la commissione intende approfondire. In tale data, alle ore 13,50, dopo la morte del professor Mastrogiovanni, i carabinieri giungono presso l'SPDC di Vallo della Lucania e sequestrano i seguenti documenti: la cartella clinica che fa riferimento specificamente al paziente; la richiesta di ricovero; l'ordinanza del sindaco di Pollica, oltre alla scheda di dimissione ospedaliera evidentemente contenuta nella cartella; un tracciato elettrocardiografico

eseguito in data 4 agosto 2009; la richiesta di esami ematochimici per ricerca di cannabinoidi ed esami ematochimici del 3 agosto, con una richiesta di consulenza urgente dell'unità di rianimazione, che venne effettuata il 4 agosto 2009 con un referto di prestazione delle ore 7,35.

Vengono altresì poste sotto sequestro: la copia dei turni di servizio, relativamente ai mesi di luglio e agosto, dei dirigenti medici e del personale del comparto che ha prestato servizio dall'atto del ricovero del professor Mastrogiovanni fino al momento del decesso; l'elenco del personale medico ed infermieristico con generalità ed indirizzo del personale coinvolto in quei turni di lavoro. L'elenco dei dirigenti e del personale infermieristico interessato dal sequestro è a disposizione della Commissione.

Due giorni dopo viene sequestrata anche l'apparecchiatura di videosorveglianza del reparto di psichiatria dell'ospedale SPDC. Sapevo che era stato installato un circuito di sorveglianza interna, richiesto ed attivato evidentemente seguendo le procedure amministrative e le autorizzazioni (anche se non ho elementi documentali tali da potervi dire quale percorso sia stato seguito), che immagino coprisse l'intero spazio in cui si verificavano i percorsi assistenziali dei pazienti, le stanze dei degenti e degli operatori sanitari. La videosorveglianza sequestrata funzionava dal 2007, 24 ore su 24 per un intervallo di 7 o 15 giorni, con autocancellazione allo scadere del periodo.

La legione dei carabinieri interessata al sequestro consegna al responsabile tecnico di Vallo della Lucania, come custode giudiziario, il sistema di sorveglianza interno, sequestrando di fatto la procedura filmica.

Ho preso visione per la prima volta del filmato nel corso della trasmissione «Mi manda Rai3», alla quale ho partecipato, così come oggi è mio dovere istituzionale essere presente in questa sede, perché non volevo sottrarmi dal rappresentare l'istituzione e confermare almeno due principi fondamentali: il primo è l'intenzione di non volersi sottrarre ad operazioni di verità e il secondo è la volontà di fornire, dal punto di vista tecnico e sanitario, ogni apporto utile a comprendere lo svolgimento degli eventi.

Pur trovandomi in una posizione molto scomoda, ho voluto dare tutta la mia disponibilità ad affrontare il caso, mentre l'autorità giudiziaria sta ancora attivamente procedendo alle indagini. So che la prima data di udienza del processo è stata fissata per il 28 giugno 2010.

Signor Presidente, le domande che mi sono state poste sono tante, ma vorrei cercare di inserirle nel contesto di un ragionamento complessivo. Devo confessare che ho delle perplessità dal punto di vista professionale ad immaginare un percorso di sorveglianza continua dei pazienti.

È evidente che in un reparto di psichiatria la videosorveglianza può essere attivata in maniera intelligente negli spazi condivisi o nelle zone dove c'è la possibilità che il paziente possa sottrarsi al controllo e alla verifica da parte degli operatori. Sarebbe opportuno che un simile sistema fosse situato anche all'esterno, su piazzole, balconi o strutture esterne, considerata la peculiarità e la tipologia dei pazienti.

Nella trasmissione televisiva in cui, per la prima volta, ho visto il filmato eseguito mediante la videoregistrazione, ho cercato non di fare una difesa becera e corporativa dei colleghi, ma di spiegare esattamente come stanno le cose e, soprattutto, di esporre i dati secondo la deontologia medica: un principio a cui non vogliamo assolutamente derogare.

Voglio anche dire che alcuni giorni dopo, comunque nei primi giorni di agosto, la dirigenza commissariale dell'ASL designava l'attuale direttore della UOSM di Polla-Sant'Arsenio come responsabile *pro tempore* di tale struttura. In verità, le notizie uscite sui giornali parevano un po' eclatanti, enfattizzate. Anche se non avevo alcuna attinenza con la vicenda né con la struttura, come medico mi sentivo colpito nel vivo: nell'enfattizzazione delle notizie locali si era arrivati a parlare di sadismo, torture, addirittura di una contenzione effettuata con fili di ferro o di plastica. Evidentemente si voleva far passare l'immagine pubblica dei torturatori, cosa che assolutamente non è.

Possiamo parlare in generale di responsabilità, di omissioni, di negligenza, ma non indistintamente ed *erga omnes* di «torturatori». Quando le categorie culturali cominciano a strutturarsi, si aggiunge pregiudizio a pregiudizio e lo stigma della follia diventa incontenibile: anche per tale ragione difendevo questa posizione. Allo stesso modo, il reparto, che ha oltre 30 anni di attività, non è un *lager*: è semplicemente obsoleto; non risponde più, a mio avviso, ai requisiti di una moderna assistenza sanitaria, soprattutto nel campo della salute mentale.

Ne approfitto, signor Presidente, per rispondere alla sua domanda in merito alle iniziative. A parte le procedure che stiamo attivando per codificare la contenzione, gli ASO, i TSO, l'accesso e l'accoglienza, abbiamo dovuto approfittare della sospensione cautelare imposta dal GIP del tribunale di Vallo della Lucania a 18 operatori sanitari (misura a seguito della quale non eravamo più in grado di assicurare i turni nella struttura), per poter avviare l'*iter* di ristrutturazione dell'intero terzo piano dell'ospedale e creare un SPDC di eccellenza, secondo i criteri più avanzati dell'assistenza nella salute mentale.

La struttura commissariale si è fatta carico del progetto, che è in opera; ho con me tutta la documentazione attestante il lavoro che abbiamo attivato nel contempo, a partire dai progetti esecutivi. Abbiamo anche il piano di attivazione di queste procedure, qualora voleste acquisirlo, e soprattutto le indicazioni che rispondono alle linee guida del Ministero della salute (Raccomandazione n. 4 del marzo 2008, Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema «Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale»).

Abbiamo quindi messo in campo tutti gli accorgimenti e le tecnologie moderne per attivare un progetto di altissima professionalità che sia soprattutto a disposizione della dignità delle persone che vengono ricoverate: purtroppo in condizioni di grande drammaticità! Parliamo di una tipologia di pazienti generalmente ricoverati in acuzie, e vi assicuro che procurano

angoscia anche a professionisti abituati ad avere a che fare con questo tipo di pazienti.

Il direttore del presidio ospedaliero San Luca, interpellato per avere una relazione sul drammatico accadimento, scrive esattamente: «Il tipo di ricovero effettuato per il signor Mastrogiovanni Francesco di tipo urgente, con diagnosi di agitazione psicomotoria, disturbo schizoaffettivo, con una diagnosi concomitante-complicante dipendenza da cannabinoidi (...) viene effettuato con un TSO, che ha una validità di circa sette giorni, a meno che gli specialisti non intendano risolvere prima la condizione di coazione sulla scorta del miglioramento terapeutico.

La direzione sanitaria ha redatto la constatazione di decesso per morte improvvisa del Mastrogiovanni, nella persona della dottoressa in servizio quella mattina: ritenendo impossibile individuare con sufficiente verosimiglianza le cause del decesso, poneva la salma a disposizione del medico necroscopo.

La direzione sanitaria richiede al direttore del servizio di medicina legale l'esecuzione del riscontro diagnostico».

In data 5 agosto veniva dato inizio al riscontro diagnostico e, sempre secondo la scrivente direzione, non è dato sapere che cosa sia accaduto in sala Morgue, se non quanto riportato nel decreto di sequestro che è allegato.

Il primario interpellato, nella relazione riportata agli atti conferma le circostanze in cui è avvenuto il TSO, dicendo che i medici hanno agito in maniera corretta dal punto di vista sanitario, «giustificando» la durata prolungata della contenzione soprattutto perché il paziente era ritenuto aggressivo. Nonostante la sedazione temporanea, si mostrava al risveglio ancora aggressivo e agitato e anche perché – hanno dichiarato nella relazione che consegnerò a questa Commissione – erano preoccupati che l'eventuale eliminazione della contenzione fisica potesse causare al paziente una grave ipotensione ortostatica con cadute rovinose.

La contenzione fisica era ritenuta una condizione non stretta, signor Presidente, perché gli arti erano liberi di agire – così si legge – e il tronco si poteva muovere. Il paziente è stato pulito e confortato nel corso di quelle drammatiche giornate e ha subito le terapie dovute. Inoltre, come riporta la relazione della commissione che consegnerò, gli sono stati controllati costantemente i parametri vitali; quindi, non c'erano le condizioni particolari – a detta dei medici che lo tenevano in cura – per poter decidere una sua scontenzione.

Come si è arrivati all'avviso di garanzia per i medici? Il primario del reparto scrive, sempre nella relazione documentata, che il medico legale, avendo riscontrato escoriazioni agli arti superiori, in maniera evidente in particolare al braccio sinistro, ha deciso di informarne la procura cosicché avrebbe potuto approfondirle nel merito. Dopo questa indicazione sul tipo di lesioni presenti, è scattata tutta l'attività giudiziaria, iniziata con il sequestro del 5 agosto e proceduta fino al giorno 21, se non erro.

In sostanza, l'autorità giudiziaria, sulla scorta della visione del filmato dei quattro giorni e delle quattro notti in cui il Mastrogiovanni è stato

ricoverato nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura e in base all'analisi e alla documentazione della cartella clinica e degli atti recuperati, ha deciso di chiedere la sospensione dalla professione, dallo stipendio e dalla funzione dei 18 operatori interessati dal provvedimento (alla fine ne saranno interessati 16 su 18); il GIP accoglie l'istanza e comunica all'azienda sanitaria l'avvenuta sospensione di questi operatori; l'azienda ne prende atto e provvede a notificarla agli interessati. Analogamente, l'ordine dei medici notifica, in base al regolamento vigente, la sospensione dalla professione di questi operatori.

Un mese e mezzo dopo, il tribunale del riesame ordina di reintegrare gli operatori con la motivazione – ho qui con me anche parte della sentenza – che effettivamente non sussistono le condizioni di sospensione. L'ASL prende atto di questa ordinanza del tribunale del riesame e reintegra gli operatori.

Intanto la ASL aveva attivato con sua procedura una commissione di inchiesta interna composta da tre colleghi, due psichiatri dirigenti medici delle unità operative, e un direttore di dipartimento di salute mentale.

Ho tutti verbali delle sedute effettuate dalla commissione d'inchiesta che si è recata presso l'SPDC. Tale commissione, pur non potendo verificare la cartella clinica del paziente e la videoregistrazione dei quattro giorni rilevanti ai fini della vicenda, poiché entrambi erano sotto sequestro, ha preso visione di tutti gli atti documentali a disposizione. In base ad essi, all'audizione del personale, del responsabile del reparto e di tutti i colleghi, la commissione ha prodotto una relazione conclusiva che vorrei consegnarvi.

PRESIDENTE. Penso che, oltre ad acquisire il materiale che ci ha portato, lei potrebbe sintetizzarci rapidamente le conclusioni di tale documento.

PIZZA. La conclusione della commissione è che esiste una disfunzione dell'attività di *équipe*, perché non ci sono procedure e regolamenti scritti, né prassi consolidate e codificate che possano diventare patrimonio comune dell'*équipe*. Pertanto, gli operatori sanitari hanno agito individualmente, sulla scorta dei propri orientamenti, dei propri convincimenti e della propria formazione. Una simile attività non può che generare problemi in materia di salute mentale.

Come lei sa, signor Presidente, la situazione è diversa dalla clinica, dove ci sono dei *marker* biologici ai quali fare riferimento o il supporto di strumenti tecnologici. Purtroppo, in ambito di salute mentale la descrizione dei casi si determina «nell'impatto» tra il terapeuta e il paziente.

Quindi, non c'erano linee guida codificate sulla contenzione né un registro epidemiologico, non solo sulla contenzione ma anche sugli eventi sentinella che avrebbero potuto suggerire percorsi di *audit*, clinici e professionali, per recuperare un'attività più ordinata. Inoltre, stando alle cartelle, la contenzione non era registrata; analizzando dieci cartelle, la com-

missione ha riscontrato in qualche caso la registrazione dell'ingresso ma non dell'uscita.

Ovviamente la commissione non ha potuto valutare quale sia il peso dei singoli fatti sul risultato finale; è evidente che la mancata condivisione di procedure e di atteggiamenti, a mio parere, dimostra che sono perfezionabili e debbono essere necessariamente migliorati. D'altra parte, stiamo già lavorando in tale direzione.

Vorrei infine far presente che, in tale vicenda, la ASL si è costituita parte civile: la relativa delibera mi è stata consegnata recentemente, in vista del processo, in cui tra l'altro è stata eliminata la fase dibattimentale per l'evidenza di una condotta sanitaria non particolarmente corretta e puntuale. In ogni caso, la ASL ha agito preventivamente con un provvedimento di sospensione nei confronti del direttore del dipartimento. Non solo: a tale direttore, come primario, non è più affidato il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (attribuito temporaneamente ad un altro collega); allo stato ha solo un incarico relativamente alle attività territoriali.

In seguito alla sospensione degli operatori, abbiamo deciso inoltre di chiudere il reparto e di potenziare, con il personale residuo, le attività territoriali e l'altro reparto SPDC; e siamo in attesa della ristrutturazione del terzo piano ospedaliero per realizzare un SPDC all'altezza dei tempi.

PRESIDENTE. Prima di cedere la parola al senatore Saccomanno, intendo aggiungere una mia osservazione estemporanea. Ho visto il filmato diverse settimane fa e mi sembra evidente che la contenzione non sia stata adeguata ai criteri della *best practice*. Se ricordo bene, il paziente era contenuto con gli arti ai quattro vertici del letto, e sappiamo tutti che la contenzione degli arti superiori non si pratica estendendoli e legandoli alla parte superiore del letto. Chiunque si ponga in quella posizione, anche solo per cinque minuti, si può rendere conto come risulti difficile anche la sola respirazione.

Vorrei precisare che l'audizione odierna, alla quale forse ne seguirà un'altra, rappresenta una risposta di attenzione alla famiglia, che ci ha scritto in maniera molto accorata: ad essa vogliamo dimostrare l'attenzione delle istituzioni. È però evidente che su tale vicenda dovrà essere condotto un percorso soprattutto dalla magistratura, non da noi.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, in primo luogo desidero ringraziare il dottor Pizza per le informazioni corpose e dettagliate che ci ha fornito. Prima di porre delle domande vorrei fare alcune osservazioni riguardo alla vicenda di cui stiamo trattando. Se, come lei ha precisato, signor Presidente, questa audizione rappresenta una risposta alla famiglia del Mastrogiovanni, la mia preoccupazione è anche che un campanello d'allarme non sia scattato per altri soggetti.

Stando alle conclusioni dell'intervento del dottor Pizza, una serie di comportamenti erano abituali, ma nessuno ne era a conoscenza, e questo mi preoccupa.

Sono contento che la ASL si sia costituita parte civile. Non so se il direttore sanitario e il direttore generale siano stati arrestati e quali provvedimenti abbiano subito; consideriamo che questi sono gli stessi uomini che per anni non si sono accorti che le cartelle non venivano compilate o che le contenzioni avvenivano. Parliamo quindi di dirigenti che, pur occupando determinate poltrone, erano presumibilmente occupati in altre faccende rispetto alla loro responsabilità di guida, di coordinamento e di controllo.

Da medico, penso che i primari non siano dei padreterni e che anche loro debbano essere controllati nei comportamenti e nelle prassi, soprattutto (lo affermava il dottor Pizza) in quei reparti che necessitano di particolare attenzione, dove molto è affidato alla professionalità del singolo. È evidente che, senza una regolamentazione e un'organizzazione codificata delle metodiche, simili eventi possono sempre accadere.

Mi auguro che gli stessi magistrati che hanno adottato il provvedimento nei confronti dei diciotto sanitari (compreso l'infermiere che passava per caso vicino a quella porta) una mattina chiudano per causa anche la struttura. Mi dispiace che sia una mia opinione espressa e non un documento della Commissione. Per carità, il collega Bosone ha competenza tecnica superiore alla mia; ritengo però che, come Commissione, dovremmo rivedere in generale alcuni meccanismi e richiamare l'intera organizzazione sanitaria, dal Ministero in giù, affinché vi siano procedure di revisione dei percorsi e delle linee guida.

Ricordiamoci che la psichiatria in Italia è a livello internazionale tra le più avanzate – basta andare su Internet, per rendersene conto – per l'accreditamento di eccellenza, attraverso o *peer-review* o altre agenzie. Se alle pubblicazioni cartacee non corrisponde però una presa di coscienza organizzativa, come il dottor Pizza ci ha appena documentato in modo drammatico, è evidente che le prime ci serviranno veramente a poco. Mi auguro che nelle nostre conclusioni non dimenticheremo di trarre le dovute conseguenze.

Ciò premesso, dottor Pizza, desidero porle alcune domande. Oltre a tutti gli elementi e ai documenti cui ha fatto riferimento, quali sono state le carenze sanitarie, secondo lei, nella contenzione praticata al professor Mastrogiovanni? Una contenzione meccanica su un ammalato psicotico deve avere una finalità sanitaria, delle premesse e delle conseguenze sanitarie.

Quali erano le finalità? Da dove le rileviamo? Nelle cartelle sono rintracciabili riscontri e verifiche di quanto è accaduto? Immagino che l'epilogo drammatico della vicenda abbia spinto tutti – so che purtroppo ciò accade – ad affannarsi per compilare la cartella, forse inventandola.

Spero che il Presidente vorrà acquisire la documentazione, perché è importante verificare che dalle cartelle, dagli interrogatori e dalle domande rivolte a chi ha lavorato in tale struttura emerga – lo ripeto – un riscontro di quanto è accaduto nelle 48 ore in cui si è verificato l'evento di cui stiamo parlando.

Dottor Pizza, lei affermava poc'anzi che sono stati controllati costantemente i parametri vitali: vi è traccia nella documentazione delle visite mediche effettuate? Oltre a prescrivere gli esami di laboratorio, qualcuno si è recato dal paziente per visitarlo – un'aritmia, per esempio, probabilmente non sarebbe stata rilevata dagli esami – o verificare se avesse sofferenza e dolore, oltre a quello che l'uomo riusciva ad esprimere? Ci sono stati dei medici che si sono avvicinati a quel letto e quando sono stati registrati?

Dovrebbe esserci una registrazione delle visite; soprattutto considerata la durata della contenzione, che, per quello che avviene in Italia, è andata oltre ogni ragionevole media. In altri casi ci sono stati anche momenti di osservazione diretta, sostitutivi della contenzione: a quanto mi dicono – non avendo visto il filmato – qui non è accaduto. E ove anche non vi fosse stata l'osservazione diretta per interrompere quella contenzione drammatica, vorrei sapere se vi sono stati controlli ritmici dei parametri vitali, attraverso la presenza concreta del medico, dello psicologo o di chiunque fosse deputato a seguire il paziente.

Le chiedo inoltre se può fornirci i dati autoptici, a meno che non siano tutti in possesso della magistratura. Fermo restando che la nostra indagine non è quella giudiziaria, a noi basta comprendere qual è stato il percorso funzionale e di tutela della persona durante la contenzione o dal momento in cui è stata ricoverata in ospedale.

Vorrei altresì sapere se mai in quel reparto vi siano stati riscontri o comunicazioni epistolari tra la direzione sanitaria e quella generale, prima di questa vicenda, per comprendere quale fosse il rapporto di controllo e collaborazione tra chi dirige l'intera struttura e chi ha la responsabilità del servizio che viene offerto al territorio.

BOSONE (PD). Posto che nel merito entrerà la magistratura, è pur vero che di pazienti con disturbo schizoaffettivo e con doppia diagnosi, con dipendenza da tossici ce ne sono parecchi in Italia. Francamente colpisce come in questo caso specifico il paziente sia stato trattato con una contenzione così prolungata e con un metodo un po' medioevaleggiante. Al punto che non si capisce se la sofferenza è legata al disagio mentale del paziente o a quello fisico a cui è stato sottoposto: è un dilemma che non so nemmeno se l'autopsia potrà rivelare.

Questo addolora moltissimo tutti coloro che dovrebbero tutelare anche l'umanità del sistema sanitario nazionale. D'altra parte, anche in questo tipo di pazienti che, lo sappiamo, possono essere aggressivi, l'aggressività non è sempre trattata allo stesso modo dappertutto.

Fatta questa premessa, che mi sentivo in cuore di fare, vorrei sapere come il paziente era stato preso in carico dal sistema sanitario territoriale prima del ricovero; come veniva seguito, quali eventuali operazioni preventive erano state messe in atto prima di arrivare a questa nuova *poussé* delirante; in seconda istanza, vorrei conoscere com'è organizzato ad oggi il dipartimento di salute mentale che lei, dottor Pizza, sta dirigendo e di cui al momento ha la responsabilità, con riferimento all'SPDC soprattutto

all'organizzazione dei centri di salute mentale, alle strutture riabilitative sia diurne sia residenziali presenti sul territorio, per avere un'idea dell'organizzazione complessiva della ASL.

PRESIDENTE. Prima di darle la parola, la prego, dottor Pizza, di lasciare agli atti tutta la documentazione in suo possesso, come del resto mi pare abbia già preannunciato di fare, in modo che gli Uffici, i due relatori e gli stessi senatori abbiano la possibilità di studiarla. Qualora poi non fosse in grado al momento di fornire tutte le risposte ai quesiti che le sono stati posti e avesse necessità di ulteriore documentazione, le chiedo se può eventualmente farci pervenire una sua memoria scritta.

PIZZA. Signor Presidente, in merito alle sollecitazioni rivolte dai senatori, sono in grado di rispondere per quanto mi compete e attiene alla mia attività attuale. Innanzi tutto, mi preme fare una precisazione per rispondere alle preoccupazioni e alle perplessità avanzate dal senatore Saccomanno.

A quanto già esposto devo aggiungere che è stata condotta un'ulteriore indagine interna (di cui lascerò documentazione), nell'ambito della quale il direttore sanitario del presidio ospedaliero di Vallo, dove insisteva l'SPDC, è stato compulsato proprio al fine di ottenere notizie effettive: questi ha risposto che «non risulta alcuna denuncia circa fatti e comportamenti lesivi della dignità dei pazienti ricoverati presso l'unità operativa di psichiatria di Vallo» e ancora che «i controlli effettuati dalla direzione sanitaria periodicamente non hanno mai rilevato carenza di igiene né disordine, ma sicuramente sia le camere di degenza sia la sala riunione risultavano poco confortevoli». Questa è la risposta del direttore sanitario del presidio ospedaliero, interrogato con riferimento a quelle perplessità che il senatore Saccomanno sottolineava.

Per quanto riguarda invece la contenzione, è un atto medico, sanitario, assistenziale; è l'*extrema ratio*, la risorsa ultima che uno psichiatra ha a disposizione nei momenti di gravissima drammaticità, in cui effettivamente non è possibile instaurare l'alleanza terapeutica per nessun motivo al mondo. La contenzione è veramente lo strumento finalizzato ad attivare procedure per l'esigibilità e il diritto di salute del paziente psichiatrico.

Trattandosi di una *extrema ratio*, va condotta con grande avvedutezza: va registrata, come vanno registrati e definiti anche i mezzi meccanici di contenzione, nonché le modalità di utilizzo; va individuato preventivamente il tempo di utilizzo, che ovviamente sarà quello strettamente necessario alle esigenze di terapia. Questo è l'elemento che deve guidare oggettivamente un medico.

È vero che non c'erano le linee guida – le ho già approntate per quanto riguarda il dipartimento e saranno oggetto di discussione e approfondimento – ma, anche in assenza di linee guida, che non sono categorie imperative, un medico ha il dovere, in scienza e coscienza, di sapere applicare la contenzione medica, che può avvenire anche per casi di neces-

sità. L'articolo 54 del codice penale esclude la colpevolezza di chi agisce in stato di necessità senza avere l'autorizzazione al trattamento coattivo.

È evidente che ci sono anche casi in cui il tempo della contenzione va stabilito sulla scorta di una valutazione specialistica, ma il mio punto di vista professionale, se volete anche culturale, è che resta un'*extrema ratio* da utilizzare con grandissima prudenza, in condizioni di assoluta garanzia per il paziente e anche per gli operatori.

Per quanto riguarda le procedure di *drop out*, il senatore Bosone ha chiesto cosa ha fatto il paziente prima di essere ricoverato. Io che sono per la verità un fautore del modello bio-psico-sociale e territoriale, istituito nel 1978 con la legge n. 180 – a mio avviso una delle leggi più interessanti per quanto concerne il rispetto della dignità della persona – ritengo tuttavia che non si tratti di un *totem* da idolatrare o di un tabù da non infrangere; ci sono elementi di criticità che dal mio punto di vista vanno affrontati sul piano legislativo.

Quella legge prevede filtri e garanzie eccellenti nonché una presa in carico territoriale che personalmente reputo un modello mondiale di assistenza ai malati mentali, però è evidente che c'è una carenza di strutture, le famose strutture intermedie, che dovrebbero essere attive nel post acuzie. Il malato psichiatrico ha un prima e un dopo rispetto all'SPDC. Rispetto al prima del professor Mastrogiovanni, si può dire che il rapporto era discontinuo con il CSM perché, non avendo il paziente coscienza della malattia, oltre che nessuna *compliance* o volontà di un'alleanza terapeutica, evidentemente era trattato discontinuamente dal territorio.

In merito al post acuzie sono già previste l'attivazione di strutture intermedie di riabilitazione socio-psichiatrica, con fasce di intensità di assistenza a secondo del post acuzie dei pazienti: con fasce orarie; o con apertura di 12 ore, come i centri diurni; o a 24 ore. Le strutture riabilitative debbono essere una priorità in una nuova legislazione, se si vuole garantire il prosieguo della terapia a quei pazienti che nel post acuto vengono affidati invece alle famiglie con un carico secondo me non facilmente sopportabile.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Pizza per aver dato il suo contributo esauriente al dibattito nonché per la disponibilità manifestata a fornirci il materiale che ci occorrerà nel prosieguo della nostra inchiesta. Qualora vi saranno ulteriori questioni, la contatteremo.

Dichiaro conclusa l'odierna audizione e rinvio il seguito dell'inchiesta in titolo ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 15.

