



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 116

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

**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

121^a seduta: martedì 21 giugno 2011

Presidenza del presidente MARINO

INDICE

**Esame testimoniale di persone informate sul progetto terapeutico di un
malato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario**

PRESIDENTE	<i>BALBI</i>
MASCITELLI (<i>IdV</i>)	<i>LIARDO</i>
PORETTI (<i>PD</i>)	<i>MALANO</i>

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud: CN-Io Sud; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-VN-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono il dottor Andrea Balbi, nella sua qualità di direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Roma D, il dottor Roberto Malano, nella sua qualità di responsabile del Centro di salute mentale della ASL Roma D presso il XV Municipio ed il dottor Raffaello Liardo, nella sua qualità di dirigente con funzione di referente sanitario per l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa.

I lavori hanno inizio alle ore 13.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 14 giugno 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, avverto che della seduta odierna verrà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

Comunico che è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Chiedo inoltre a tutti i presenti - a me stesso, ai commissari e ai nostri ospiti - di non utilizzare il nome e il cognome della persona di cui ci occuperemo, onde evitare di dare pubblicità ai dati di rilevanza clinica

personali di un paziente che - diversamente - verrebbe fisicamente individuato.

Esame testimoniale di persone informate sul progetto terapeutico di un malato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il 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, sospesa nella seduta del 14 giugno scorso.

È oggi previsto l'esame testimoniale di alcune persone informate sulla situazione clinica di un paziente ricoverato attualmente presso l'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Aversa.

Sono stati convocati in questa sede il dottor Andrea Balbi, nella sua qualità di direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Roma D; il dottor Roberto Malano, nella sua qualità di responsabile del Centro di salute mentale della ASL Roma D presso il XV Municipio; il dottor Raffaello Liardo, nella sua qualità di referente sanitario per l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa.

Saluto gli audendi e rammento loro, come doveroso, che essi sono tenuti a dire tutta la verità, essendo la loro posizione equivalente a quella di un testimone innanzi all'autorità giudiziaria.

Lo scopo della seduta odierna è quello di comprendere quale sia la situazione clinica di una persona ricoverata ad Aversa - il paziente cui per l'appunto ci stiamo riferendo - e come stia funzionando la collaborazione fra il Dipartimento di salute mentale (DSM) di appartenenza dell'internato e il personale medico dell'OPG. Peraltro, la vicenda peculiare che ci accingiamo ad approfondire va vista come caso paradigmatico della più generale problematica attuativa del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008.

Ciascuno degli esaminandi effettuerà una breve relazione sugli aspetti di competenza; quindi, risponderà ai quesiti che potranno essere posti dai relatori dell'inchiesta e dagli altri commissari presenti.

La Presidenza ritiene opportuno svolgere gli esami partitamente: se non vi sono obiezioni, inizierei dal dottor Liardo, per poi passare a escutere il dottor Malano e il dottor Balbi, che pregherei ora di uscire dall'Aula. *(Il dottor Malano e il dottor Balbi si allontanano dall'Aula).*

La Presidenza ha formulato alcuni quesiti che mi accingo a rivolgere al dottor Liardo, affinché possano essere di aiuto allo svolgimento della relazione che il nostro auditore si appresta ad effettuare.

Nel merito ci interesserebbe sapere quanto tempo è intercorso tra l'internamento del paziente e la presa di contatto tra il personale medico dell'OPG e quello del competente DSM? Quando è stato visitato per la prima volta dai medici del DSM di appartenenza? Il paziente era seguito dal Centro di salute mentale (CSM) competente per territorio, prima del suo internamento? Come mai, pur in presenza di una pericolosità sociale «scemata» (come affermano i medici dell'OPG) si sta ipotizzando un invio in comunità esterna solo a partire dal prossimo mese di settembre (quindi tra due-tre mesi)?

Cedo quindi la parola al dottor Liardo.

LIARDO. Desidero rivolgere un saluto alla Commissione.

Conosco bene il paziente in questione perché l'ho visitato tante volte. Sono venuto a conoscenza del problema della famiglia dalla sorella, che venne qualche mese fa - nello specifico un mese e mezzo fa - a parlare per la prima volta in Direzione. Sono riuscito a procurarmi dei dati estrapolandoli dai vari fascicoli - quello matricolare, sanitario e anche

quello degli educatori (l'area trattamentale). In tal modo ho quindi potuto disporre dei dati generali.

Inizierò col dire che il paziente in questione è giunto ad Aversa alla fine del 2010, provenendo dall'OPG di Montelupo Fiorentino. Dal foglio matricola ho tratto i dati relativi alla decorrenza dei due anni che ha avuto come misura di sicurezza. Come dicevo il paziente è giunto ad Aversa se non erro intorno al novembre del 2010 provenendo da Montelupo Fiorentino, nell'ambito di un trasferimento per bacino di utenza. Attualmente, come credo sappiate, il sistema che si sta attivando funziona per bacini, e per quanto riguarda Aversa abbiamo, più o meno, tre bacini (Lazio, Abruzzo e Molise). Il paziente è giunto presso la nostra struttura in regime di articolo 206 (applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), ove è stato valutato. Abbiamo ricevuto delle richieste da parte del CSM di competenza - che sono agli atti - con le quali si chiedevano informazioni sulla sua situazione clinica (dispongo delle relative fotocopie che posso quindi produrre).

Anche dalla ASL Roma D (Ostia) - se non ricordo male, è pervenuta una relazione della storia clinica del paziente e ci è stato detto - la sorella me lo ha confermato - che il nostro paziente era in cura dal 1981 presso il proprio centro di riferimento, con una diagnosi che ricalca un po' quella che

abbiamo confermato anche noi. Da quanto ho letto in tale relazione - questo è francamente ciò che ho trovato nella cartella sanitaria e che ho letto con attenzione - risulta che erano già state tentate varie collocazioni; il paziente, tuttavia, aveva avuto dei comportamenti molto disarmonici per cui era stato sottoposto a vari trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e ricoveri in strutture, però tutto era fallito per le intemperanze e i comportamenti del soggetto in questione. Il paziente è stato quindi trasferito in un OPG che da quanto ho potuto ricostruire, è quello di Montelupo Fiorentino. La decorrenza è del 2009, con due anni di OPG. I due anni - questa è un altro dato che ho potuto verificare dal foglio matricola - gli vengono riconosciuti nel marzo 2011: fino a quella data, quindi, il paziente era ancora in misura di sicurezza provvisoria. Gli sono stati confermati i due anni, che sono decorsi dal momento in cui c'è stato il suo internamento. La scadenza dei due anni data intorno alla fine settembre 2011.

PRESIDENTE. Scusi se mi permetto di interromperla, ma per caso ricorda per quale tipo di reato era stato disposto l'internamento?

LIARDO. Certamente, è la matricola che contiene questi dati, non si tratta quindi solo di dati sanitari. Leggo testualmente: "In esecuzione di misure di sicurezza detentiva OPG, anni due, articolo 206, applicatigli dalla VI sezione penale monocratica del Tribunale di Roma per reato di minaccia, (...) e lesioni personali aggravate". Questo è quanto ho trovato in matricola. Ripeto, non ho situazioni personali. Nella relazione del Centro di salute mentale che ci è pervenuta in fotocopia, si dice che il Centro ha esperito dei tentativi e che da parte loro si ritiene che probabilmente il ricovero del soggetto in questione in OPG possa migliorare le capacità organizzative del paziente per rendere possibile l'inserimento in una struttura residenziale, con supporto sociale di eventuale inserimento lavorativo. Parliamo di una relazione dello scorso anno, precisamente del maggio 2010. Successivamente viene sottolineata l'opportunità, da parte dello stesso Centro, di continuare il trattamento in regime di semilibertà presso struttura residenziale, situata nel territorio più prossimo alla residenza, per consentire un programma di residenzialità e così via.

In effetti alcune relazioni sono già state inviate. Ne abbiamo inviata una su richiesta del Centro di salute mentale di competenza, a firma di uno psichiatra del nostro centro. Parliamo del febbraio 2011. In questa relazione si segnalava che anche se il paziente presenta una povertà ideativa, un

rallentamento dei nessi associativi con disarmonia sul piano comportamentale, può essere inserito in una comunità esterna sotto il controllo del Dipartimento di salute mentale competente.

Personalmente mi sono interessato della vicenda a partire da fine febbraio, inizio marzo, ovvero quando sono arrivato all'OPG di Aversa, dove ho potuto verificare la situazione direttamente grazie ai contatti con la sorella del paziente. Come ho segnalato agli Uffici della Commissione, in risposta alla richiesta di inviare urgentemente la documentazione, al momento non avevo ancora effettuato la ricerca dei vari atti e mi riservavo quindi di trovare successivamente altra documentazione. A fine aprile 2011 ho redatto personalmente una relazione al Centro di salute mentale, indicando quello che poteva essere un eventuale progetto di residenzialità del soggetto con una presa in carico farmacologica e un percorso riabilitativo, da rimodulare in base alle condizioni, visto che c'erano già stati dei precedenti che potevano essere di ostacolo ad una sua residenzialità. A questa mia relazione non ho ricevuto risposta. Ho al riguardo effettuato anche dei controlli anche perché un paio di giorni fa ho parlato con una dottoressa del Centro che mi ha detto di aver chiamato e di aver inviato dei *fax* che personalmente sono andato a cercare in tutti i

fascicoli di competenza senza però trovarli. Hanno parlato di un progetto inviato al nostro OPG di cui noi, però, non siamo in possesso.

La scadenza del settembre 2011 implica la necessità per il magistrato di valutare il caso entro quella data, a meno che il legale non faccia richiesta di revoca anticipata o nei sei mesi precedenti sia stata avanzata una richiesta di licenza finale di esperimento, come si fa regolarmente quando esiste un progetto in atto e il magistrato è d'accordo considerando la situazione clinica del soggetto.

PRESIDENTE. Mi scusi, vorrei avere la certezza di comprendere bene quanto lei stesso ha scritto il 26 aprile 2011, che dal mio punto di vista appare molto chiaro e anche ragionevole. Lei in tale data segnala che il paziente "assume regolarmente la terapia prescritta," ma esprime anche una preoccupazione affermando che la "pericolosità sociale, seppur scemata, è controllata dalla terapia e dal personale" e che quindi "si ritiene indispensabile una collocazione dell'internato in una struttura sanitaria con presa in carico forte da parte del CSM competente per territorio, che si assicuri dell'assunzione della terapia e di valutare le disarmonie comportamentali, intervenendo farmacologicamente con percorsi rieducativi, rimodulandoli a seconda delle necessità".

Dalle sue parole interpreto che lei, il 26 aprile 2011, riteneva che il paziente potesse essere seguito al di fuori dell'ospedale psichiatrico giudiziario alle condizioni sottolineate che, evidentemente, sono ragionevoli. Di fatto, parliamo di un paziente che assume una terapia e segue un percorso di cura da moltissimi anni.

Quello che ci interesserebbe allora capire è per qual ragione, dal momento che lei in aprile riteneva che il paziente potesse essere affidato ad una comunità o seguito dal CSM competente, adesso si sta parlando della possibilità che questo ingresso in comunità avvenga il prossimo settembre, mettendo addirittura in forse tale data? Questa è la nostra preoccupazione.

LIARDO. Non c'è però contraddizione, dal momento che nella relazione che invio al CSM di competenza fornisco delle indicazioni, un apporto di tipo clinico e il progetto o meglio la messa in cantiere dello stesso è di competenza del CSM di appartenenza. È evidente che diamo delle indicazioni, perché se avessi scritto che la pericolosità sociale era ancora presente il CSM avrebbe chiuso la questione aspettando tempi migliori. Io ho semplicemente affermato che quell'iniziativa si poteva fare. Sarebbe dovuta arrivare la proposta del CSM che personalmente non mi è pervenuta e che sono andato anche a cercare dopo aver parlato con una dottoressa del

Centro di cui non ricordo il nome. Ho già chiamato un paio di volte in passato il Centro ma per questioni di tempo, di attività e altro non ho mai parlato con un referente o con qualcuno che si interessasse della questione. Francamente, aspettiamo anche l'intervento del magistrato, ma se non arriva una proposta concreta il magistrato non attiva il percorso finalizzato al trasferimento.

PRESIDENTE. Se ho ben capito, dal 26 aprile lei attende una risposta del CSM.

LIARDO. Ieri, nel corso di una riunione nella ASL presso la quale lavoro, mi ha chiamato la direttrice penitenziaria per comunicarmi che ieri o il pomeriggio precedente - non ho ben capito - era arrivato qualcosa. Ultimamente anche la sorella, quando è stato trasmesso un servizio in televisione sull'argomento, in un momento in cui era davanti a me, nella mia stanza, insieme al papà, mi diceva di avere difficoltà a farsi firmare delle autorizzazioni o progetti da parte del CSM. Credo che probabilmente un progetto riabilitativo o residenziale abbia bisogno di un finanziamento, di una determina di pagamento. Credo fosse questa la difficoltà cui la sorella del paziente faceva riferimento - è una mia ipotesi, sia ben chiaro - e

ora probabilmente c'è stata una formalizzazione. Non ne ho la certezza, ma così mi è stato riferito.

PRESIDENTE. Il magistrato è informato? Ha preso posizione rispetto alla sua comunicazione di aprile?

LIARDO. Anch'io mi sono da poco inserito nella mia struttura, però posso dire che il magistrato ha un calendario nel quale inserisce i nomi, le scadenze, le revisioni e le proroghe. Un mese prima - dell'invio del calendario - noi prepariamo tutta la documentazione che poi proponiamo al magistrato. Nel caso del paziente in questione, tale documentazione non l'abbiamo mai data, anche se - sia ben chiaro - al magistrato pervengono le varie comunicazioni che mensilmente ci vengono richieste e quindi ogni mese noi inviamo una relazione. Poi però l'eventuale dispositivo di uscita o di licenza viene ovviamente effettuato a scadenza della misura di sicurezza, che nel caso del paziente in questione se non ricordo male dovrebbe essere prevista per la fine di settembre.

PRESIDENTE. Dottor Liardo, dal momento che questa Commissione ha approfondito molto questi temi, mi permetto di sottolineare che in realtà

certamente il magistrato, nella prassi, rispetta alcune scadenze, però occorre considerare che ci sono delle sentenze della Corte costituzionale che affermano che, nel caso in cui mutino le condizioni cliniche della persona - ed in tal caso lei il 26 aprile ha comunicato che la pericolosità sociale del paziente era scemata - il magistrato non sia tenuto ad attendere una scadenza che magari è a mesi di distanza, ma prendere atto della immutata situazione clinica o di eventuali miglioramenti o peggioramenti.

LIARDO. Le posso dire che anch'io mi sono posto lo stesso problema e ho chiesto in tal caso come ci si debba comportare. Ho chiesto all'Ufficio matricola dal momento che sono loro ad avere e rapporti diretti con la cancelleria della magistratura e si occupano dell'invio delle carte al tribunale e mi hanno spiegato - (del resto sono anch'io prestatato, sono anch'io un territoriale e sono stato prestatato per essere coinvolto in questo processo di superamento), - e di queste informazioni mi sono fatto dare copia - che il magistrato, nel momento in cui ha luogo l'udienza per decidere su questi casi, quando riscontra che non ci sono elementi di pericolosità, che sono scaduti anche i termini o ci sono le possibilità perché possa revocare o meno, può dare luogo ad un dispositivo ed inviarlo anche

ai responsabili dell'unità operativa per obbligarli ovviamente ad effettuare questo tipo di presa in carico.

Ovviamente però quello che mi è stato precisato è che, se non c'è una richiesta da parte del CSM...

Anche perché da quanto ho letto nelle carte la questione in questo caso non è quella di un ritorno in famiglia poiché in tal senso vi sarebbero grossi problemi, ma residenziale. Quindi, o il magistrato ha elementi per collocare il soggetto in una comunità, in una residenzialità, in una casa famiglia, oppure deve agire nei termini che vi ho detto, ovvero obbligando. Questo è quanto mi viene riferito. Ripeto, ancora oggi sono anch'io alla ricerca di una comprensione più complessiva delle procedure.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Liardo e lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire

PORETTI (PD). Anch'io vorrei cercare di capire meglio la situazione.

Sappiamo che la misura di sicurezza può essere rinnovata a scadenza ma anche revocata anticipatamente. Allora, questa revoca o rinnovo sulla base di quale iniziativa ha luogo: quella messa in atto da parte del legale, dell'ospedale psichiatrico giudiziario e quindi sulla base di una perizia, su

richiesta dei DSM o anche su impulso diretto del paziente, che può in qualche modo rivolgersi al magistrato di sorveglianza e chiedere una revisione del suo singolo caso?

Lei ha affermato che, al di là della scaletta che il magistrato effettua sulla base dei tempi (in questo caso si tratterebbe di settembre 2011), dagli OPG gli pervengono mensilmente delle documentazioni, ebbene a che cosa servono questi invii mensili se non ad attivare l'iniziativa del magistrato di sorveglianza? A meno che questa documentazione non serva solo ad arricchire il fascicolo per quando il caso sarà arrivato a scadenza naturale.

Le comunicazioni, che immagino siano formali - posto che quando si ha a che fare con il magistrato di sorveglianza, ma anche con i DSM e con le ASL di residenza dei pazienti non può certamente trattarsi di comunicazioni informali - come avvengono: tramite *fax*, con raccomandata postale con ricevuta di ritorno, in sintesi, c'è qualche "ufficio protocollo" che riceve e registra queste comunicazioni?

Lei poco fa ha segnalato che la direttrice penitenziaria le aveva comunicato l'arrivo di questo progetto da parte del DSM. Lei non l'ha visionato quando le è pervenuto?

LIARDO. Quanto alla revoca della misura di sicurezza la richiesta avviene per iniziativa del legale e può avere luogo sei mesi prima. Le ripeto, io faccio il medico, quindi quanto sto dicendo si basa su ciò che mi è stato riferito, alcune informazioni le ho apprese anche dal codice che ogni tanto sfoglio, per cui posso sbagliarmi. Ciò detto, la revoca avviene su richiesta del legale di parte che quando ci sono tutte le condizioni effettua per l'appunto tale richiesta che il magistrato valuta. Mi sembra che questa procedura possa essere attivata sei mesi prima.

Per quanto riguarda la licenza finale di esperimento, questa in genere è legata alla situazione con il Dipartimento di salute mentale competente, perché la licenza finale di esperimento non pone fine alla misura di sicurezza che, quindi, va sempre in proroga. Ovviamente però va in una licenza finale di esperimento e loro vedono i comportamenti, le attività. Quindi successivamente al periodo di sei mesi, a volte anche oltre in virtù di una ulteriore proroga, nel senso che il magistrato stabilisce un'ulteriore licenza finale di esperimento, che quindi non dura sei mesi ma anche 12 mesi e in alcuni casi anche di più. Questo avviene - ripeto - nella prassi quotidiana, quando il CSM propone un'alternativa, ovvero presenta una relazione in cui dà delle indicazioni al magistrato della collocazione.

Spesso il magistrato mi chiede informazioni ed una serie di dati di tipo sanitario (domani ad esempio sarò presente ad un'udienza), e quando il reato commesso non ha riguardato componenti della famiglia del soggetto (laddove da quanto ho potuto osservare questa è la tipologia di reato più comune), c'è la possibilità di collocazione in ambito familiare; in tal caso, ovvero quando c'è una famiglia che abbia le capacità, e le competenze per affrontare questa collocazione, e quindi ci sono una moglie, un marito, o dei fratelli che si fanno carico del soggetto allora il discorso diventa molto più facile, perché in questo caso si dà comunicazione, si coinvolge il CSM giusto per i controlli e per mantenere un'attività che possa essere domiciliare.

Negli altri casi (ed a quanto mi risulta è quanto comunemente accade) in genere è la famiglia che non vuole accogliere il soggetto. Allora, in questi casi, la procedura che si segue è quella della collocazione in ambito residenziale, qualunque esso sia.

Le comunicazioni le inviamo - ormai è quasi un'abitudine - via *fax*, quindi abbiamo la ricevuta del *fax*; ovviamente le comunicazioni vengono protocollate ed in tal caso utilizziamo un protocollo in entrata ed in uscita. Lo stesso vale sia per quanto riguarda la parte sanitaria che per ciò che concerne la parte penitenziaria. Quindi per quanto ci riguarda la

documentazione è protocollata ed è agli atti dal momento che c'è un protocollo in entrata.

Ovviamente ancora oggi c'è un po' di confusione, perché - come già segnalato - c'è un'area penitenziaria e c'è un'area trattamentale, che si occupa un po' anche dei rapporti con la UEPE (Ufficio esecuzione penale esterna), che ha il compito anche di raccogliere varie notizie sul territorio, e mi riferisco agli assistenti sociali, ai carabinieri o a meccanismi che si attivano nell'ambito del circondario e del quartiere. A volte abbiamo comunicazioni da parte della UEPE, che ci informano, ad esempio, del fatto che una determinata persona potrebbe avere difficoltà a inserirsi perché ha commesso un reato che in quel determinato contesto è ancora molto ricordato. Mi viene in mente qualcuno, ma evitiamo di fare ulteriori commenti.

PRESIDENTE. Dottor Liardo, la ringrazio e le chiedo se può lasciare l'Aula. La prego, però, di trattenersi fino a quando la seduta della Commissione non si sarà conclusa, perché potrebbe esserci la necessità di rivolgerle qualche altra domanda. *(Il dottor Liardo si allontana dall'Aula. Il dottor Balbi e il dottor Malano fanno il loro ingresso in Aula).*

Ricordo che il dottor Andrea Balbi è qui in qualità di direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Roma D, mentre il dottor Roberto Malano viene escusso in qualità di responsabile del Centro di salute mentale della ASL Roma D presso il XV Municipio.

Mi prendo la libertà di formulare alcune domande cui potrete fornire una risposta nell'ambito della vostra esposizione, quesiti che, in ogni caso, sono soltanto parziali rispetto alle informazioni che vorrete dare ai commissari.

Nel merito ci interesserebbe sapere quanto tempo è intercorso tra l'internamento del paziente e la presa di contatto tra il personale medico dell'Ospedale psichiatrico giudiziario e quello del competente Dipartimento di salute mentale e quando il paziente è stato visitato per la prima volta dai medici del Dipartimento di salute mentale.

Il paziente era seguito dal Centro di salute mentale competente per territorio prima della misura di internamento? e come mai, pur in presenza di una pericolosità sociale «scemata» (come è stato affermato dai medici dell'OPG), si sta ipotizzando un invio in comunità esterna solo a partire dal prossimo mese di settembre?

Ed ancora per quale ragione la comunità individuata è nella Regione Piemonte? Ciò significa che mancano totalmente strutture idonee nella

Regione Lazio, oppure ci sono altri motivi che sfuggono alla Commissione?

Come mai nei documenti stilati dal Centro di salute mentale di appartenenza si prende una posizione poco netta in merito alla dimissione del paziente? Ci si è posti il problema della situazione in cui potrebbe trovarsi il magistrato di sorveglianza rispetto a una posizione non netta? Infatti, ognuno svolge la propria professione e non possiamo pretendere che spetti al magistrato prendere una posizione netta sulle condizioni mentali di un paziente, ma è a lui che spetta poi dire l'ultima parola, sulla base delle informazioni che ha ricevuto dagli specialisti.

Cedo quindi la parola al dottor Balbi.

BALBI. Il paziente in oggetto era seguito già dal Servizio. Abbiamo un sistema informatizzato e, quindi, pur avendo saputo della nostra convocazione solo con un giorno di anticipo, ho potuto stampare quanto non risulta dal cartaceo.

Risultano una serie di interventi del Centro di salute mentale che datano dal 1998 (quando abbiamo cominciato a registrare i dati) al 2010: si tratta di circa 120 pagine che danno conto degli interventi effettuati e su ogni pagina sono riportati circa sette interventi espletati a favore del

paziente. Dal 1998 al 2003 (quindi per cinque anni) il paziente ha frequentato un centro diurno. Ho stampato pertanto 50 pagine ognuna delle quali contiene circa 14 interventi. La frequentazione del centro diurno si è interrotta nel 2003 ed è continuata presso il Centro di salute mentale.

Sono stati tentati due inserimenti in due comunità terapeutiche diverse nel Lazio - nel 2004 e nel 2006 - le quali sono finite perché il paziente rifiutava le cure. Dal 2003 (da quando, cioè, registriamo i dati dei Servizi psichiatrici diagnosi e cura) sono stati registrati 29 ricoveri al Servizio psichiatrico diagnosi e cura. Se la Commissione lo desidera posso fornire i dati. C'è il dato relativo ad un contatto risalente al 1995, ma, non avendo avuto tempo di esaminare il cartaceo, non posso esprimermi al riguardo, questo è quindi solo quanto risulta dal nostro sistema informatizzato. Nel settembre del 2009 il paziente è stato ricoverato e sono riportati in cartella alcuni contatti successivi, quanto ai particolari sono ovviamente i curanti ad essere tenuti a rispondere, in quanto come direttore del Dipartimento non so bene quanti contatti vi siano stati, però in cartella vedo registrati una serie di contatti istituzionali dal 2009 al 2010 (nei documenti che ho qui con me sono riportati cinque contatti istituzionali). In relazione al quesito posto dal Presidente, sulla comunità terapeutica, vorrei

sottolineare i due tentativi falliti effettuati in una comunità terapeutica nella Regione Lazio.

Passo ora alla parte su cui il Dipartimento può rispondere meglio; ci sono anche dei documenti che posso fornire alla Commissione e che ora provvederò ad elencare. Il Dipartimento ha ricevuto una relazione dei sanitari dell'OPG di Aversa, datata 11 febbraio di quest' anno, in cui si esprime un parere in base al quale il paziente può essere inserito in una comunità esterna. Ho qui una relazione del curante, che richiede un inserimento presso la comunità «Il Montello» di Asti, del 14 febbraio. Il 4 marzo c'è stata una comunicazione all'OPG di Aversa al magistrato di sorveglianza e all'Unità valutativa multidisciplinare del Dipartimento. Infatti, come è noto, ai sensi del decreto n. 101 del 2010 della Regione Lazio, gli inserimenti vengono definiti da un'Unità valutativa multidisciplinare (UVM) per ogni Dipartimento. Il 4 marzo viene comunicato che la comunità «Il Montello» ha dato la propria disponibilità, con tempistiche e modalità da definire. Il 5 maggio il paziente è stato visitato dal dottor Malano, che ha l'incarico di visitare tutti i pazienti, con residenza nel nostro Dipartimento, che sono ancora negli OPG, aggiungo, fra l'altro, che questi pazienti potranno uscire quasi tutti e si è già organizzato in tal senso. Il 9 maggio l'Unità valutativa multidisciplinare ha

dato parere positivo all'inserimento del paziente in questione presso la comunità «Il Montello», ovviamente richiedendo una verifica dell'accREDITamento essendo la suddetta comunità fuori Regione. In data 30 maggio il centro curante ha inviato una relazione - che è allegata agli atti - in cui si sottolinea la presenza dell'accREDITamento della comunità «Il Montello» presso la Regione Piemonte, fornendo una serie di motivazioni sul perché non sia stata trovata una comunità all'interno della Regione Lazio. Del resto, l'impegno richiesto a fronte della gravità della situazione del paziente può essere desunta dalla cartella clinica. Il 6 giugno ho comunicato alla Direzione generale di essere in fase di predisposizione della delibera di inserimento. Sottolineo che la comunità ha dato parere favorevole all'inserimento dal 1° settembre; quindi, si sta parlando di questo tipo di tempistica. Come dicevo, il 6 giugno ho comunicato al direttore generale di essere in fase di predisposizione della delibera di inserimento che è stata approvata il 17 giugno per una spesa di 200 euro al giorno a carico della ASL, per l'inserimento del paziente dal 1° settembre, secondo quanto dichiarato dalla comunità.

Quindi non c'è mai stato alcun tipo di problema, sono stati realizzati solamente i percorsi necessari per verificare che l'inserimento fosse appropriato. È infatti necessario parlare di appropriatezza dell'inserimento.

Ripeto, non c'è mai stato alcun problema e non sono mai stato contattato dai parenti del pazienti, altrimenti l'avrei detto.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al dottor Malano, vorrei ricordare che uno degli elementi che ha suscitato nei commissari maggiori perplessità è il fatto che il dottor Balbi, in una relazione del 7 giugno, abbia dichiarato che il dottor Malano - psichiatra individuato dal DSM, che collabora con la Regione Lazio per la dimissione dei pazienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari - aveva espresso alcune perplessità riguardo al fatto che l'utente in quel momento potesse essere pronto per l'inserimento, avendolo visitato lui stesso recentemente presso l'ospedale psichiatrico giudiziario, affermando che, in ogni caso, il trattamento di cui avrebbe potuto usufruire in comunità sarebbe risultato certamente più adeguato della permanenza in un OPG.

Dal nostro punto di vista, questo tipo di linguaggio, che non ci permettiamo di criticare, rende tuttavia difficile il compito del magistrato di sorveglianza. Infatti, o la pericolosità sociale del paziente è scemata e quindi può essere trasferito in comunità, oppure le cose non stanno in questi termini. Alla fine il magistrato deve prendere questa decisione e quindi pronunciare un sì o un no al trasferimento.

Non intendiamo concentrare l'attenzione di questa Commissione d'inchiesta sulla singola situazione clinica di un paziente, ma dall'esame e dallo studio che stiamo realizzando, questo caso ci sembra paradigmatico di ciò che accade in molte situazioni presenti nel Paese. In sostanza, vorremmo trovare una soluzione che non sia quella di lasciare queste persone in una sorta di limbo per molti mesi.

MALANO. Riprendo la premessa svolta dal dottor Balbi. Dall'inizio del 2010 mi occupo, in Regione, come referente del Dipartimento, della valutazione dei nostri pazienti nelle strutture OPG. All'inizio di quest'anno abbiamo concluso un lavoro preparatorio, con la realizzazione di una scheda di valutazione dalla quale trarre non soltanto aspetti strettamente legati alle questioni giudiziarie, ma anche uno strumento in grado di fornire un profilo più completo sia per quanto riguarda gli aspetti giudiziari che, prevalentemente, per quanto concerne quelli psicopatologici. Si tratta quindi di qualcosa di più articolato e complesso rispetto ai quesiti che normalmente ci vengono posti.

Se posso fare una premessa, sono stato scelto per questo tipo di attività perché come seconda occupazione, oltre ad essere responsabile del Centro di salute mentale, mi occupo di perizie psichiatriche da sempre. So

bene quindi la natura dei quesiti posti in ambito giudiziario e che sintetizzerei in: pericolosità sì, pericolosità no, capacità sì, capacità no e poco altro.

Ebbene, una tappa di questo lavoro sia è conclusa nel maggio scorso con una visita diretta di tutti i nostri pazienti nei vari istituti. Ho condotto un'indagine su sette persone ancora residenti e sono giunto alla conclusione che sei di questi residenti, in base all'articolo 222 del codice penale, sono dimissibili ed ho espresso questo concetto di dimissibilità dall'istituto anche al dottor Balbi e all'Unità valutativa multidisciplinare cui faceva prima riferimento il Capo dipartimento. Ciò non toglie che il caso presenti delle complessità particolari, non fosse altro per il fatto che due tentativi di inserimento esperiti nel passato sono falliti e la complessità del quadro attuale, sia dal punto di vista delle condotte dissociali che sotto il profilo psicopatologico lascia il campo ad alcune perplessità. Ciononostante non posso non condividere l'obiettivo generale, che è quello di fare in modo che certi carichi afflittivi che l'ospedale psichiatrico giudiziario inevitabilmente attribuisce agli internati possano essere in qualche modo emendati e conclusi, sfruttando l'occasione che ci viene fornita.

La storia di questo paziente, tra l'altro, è nota per tutta la vicenda cui ha fatto riferimento il dottor Balbi. Non voglio eludere la domanda che mi

è stata posta, né contestare l'affermazione del Presidente, ma la sorpresa viene più che altro da molte altre situazioni ignote, che definirei davvero paradigmatiche.

Senza aggiungere altri dettagli, concludo affermando che la situazione in sintesi è la seguente: il soggetto a mio avviso è dimissibile e il percorso di inserimento in comunità è praticabile con i margini e le incertezze che questi pazienti in generale - non quindi nello specifico - posseggono. Si tratta infatti di una popolazione che assomma nel proprio destino più aspetti problematici - probabilmente dico cose fin troppo ovvie ed evidenti - come le condotte dissociali, criminali, in alcune situazioni particolarmente gravi ed efferate, con il dato psicopatologico.

Non so se ho risposto alla sua domanda, ma magari ci saranno più avanti ulteriori opportunità di approfondimento.

PRESIDENTE. Nel dare la parola alla senatrice Poretti volevo solo ricordarle che da quanto risulta agli atti del nostro nucleo NAS, nucleo di polizia giudiziaria che ha agito su mandato di questa Presidenza, il direttore generale della ASL, in data 7 giugno, ha dichiarato di non aver ancora ricevuto il provvedimento deliberativo da sottoporre ad esame. Egli sostiene che nel momento in cui esso pervenisse, la delibera autorizzativa

del progetto riabilitativo sarebbe tempestivamente firmata dal medesimo. Quindi, al momento, alla data del 7 giugno non gli risulta pervenuta.

BALBI. Certamente. Infatti, il 30 maggio il CSM ha dato l'accreditamento e il 6 giugno ho comunicato al direttore generale che stavo predisponendo la delibera. Ci sono dei tempi tecnici. Ricordo comunque che la comunità ha dato disponibilità dal 1 settembre. Stiamo parlando di una cosa fatta con ampio anticipo. Il 17 giugno è stata adottata la delibera. In realtà ci stiamo riferendo ad una tempistica rapida, anzi anticipata rispetto alla data indicata del 1 settembre.

PORETTI (PD). Capisco che la tempistica dal suo punto di vista possa essere rapida, ma da profana di queste procedure non la giudico tale e quindi vorrei comprendere meglio insieme a voi la questione. Al di là della scadenza della misura di sicurezza formale, prevista per settembre 2011 e che, come noto, può essere revocata o anticipata su richiesta del magistrato di sorveglianza, se però dall'OPG di Aversa, nonché dalla relazione fatta dal dottor Malano in data 5 maggio emerge una perizia in cui si sostiene che per il paziente sarebbe comunque più positivo il trattamento in una comunità rispetto a quello in OPG, allora questa tempistica, che lei

definisce anticipata, a me non sembra più tale. Infatti, se davvero per il paziente sarebbe meglio andare in comunità, il fatto che a maggio si arrivi a fare una previsione per settembre, da profana dei tempi della burocrazia e delle ASL, non mi sembra si possa parlare di intervento svolto con largo anticipo. Se davvero per il paziente è meglio inserirsi in una comunità, ritengo allora che quel "meglio" lo si dovrebbe attuare da subito, non dopo quattro mesi (da maggio a settembre). Quattro mesi credo che per un paziente, da qualsiasi altra malattia o disturbo possa essere afflitto, siano un'eternità; in quattro mesi ad un paziente può succedere davvero di tutto. Per un paziente psichiatrico la situazione è diversa oppure bisogna per forza dipendere dalla disponibilità della comunità? Allora, se è la disponibilità della comunità il problema, non se ne può cercare un'altra? Lo chiedo per capire come questi quattro mesi vadano ad incidere sul percorso di recupero di un paziente del genere.

Vorrei porre anche un'altra domanda. Lei ha parlato di cinque contatti istituzionali; non ho capito se questi siano stati espletati dal 2009 al 2010 e che cosa si intenda per contatti istituzionali. Bisogna per forza sapere dal medico che ha curato il paziente che cosa sia successo nell'ambito di questi cinque contatti oppure lei ha una qualche informazione su che cosa si intenda per contatto istituzionale: una

telefonata, una visita, una relazione? Esistono delle cartelle cliniche da cui si capisce che cosa è successo nell'ambito di questi cinque contatti?

Quanto ai contatti con l'OPG - è un aspetto sul quale ci stiamo interrogando - vi sono arrivate delle richieste dall'OPG di Aversa? Da parte vostra ci sono state delle risposte e con quali modalità sono state date? Immagino si tratti sempre di contatti formali, quindi mi interesserebbe sapere che tipo di modalità adottiate come ASL nel rapportarvi con gli OPG?

MASCITELLI (*IdV*). Le mie domande saranno estremamente sintetiche in quanto la senatrice Poretti è già stata esaustiva circa i dubbi che il caso ha suscitato all'interno della Commissione. Mi limito quindi a focalizzare la mia attenzione su due aspetti, il primo dei quali riguarda l'appropriatezza della cura cui il paziente è sottoposto e la tutela della sua salute.

Secondo le vostre valutazioni mediche e cliniche, ritenete che la permanenza all'interno dell'OPG di Aversa sia indifferente dal punto di vista dell'esito finale, della risoluzione del caso clinico, o se non altro di un suo miglioramento? Ritenete cioè che, nel momento in cui c'è stata comunque una convergenza su una possibile dimissione e trasferimento del

paziente all'interno di una comunità terapeutica riabilitativa, quantunque protetta, la permanenza all'interno dell'OPG continui ad essere indifferente dal punto di vista del miglioramento del suo quadro clinico, o diversamente possa avere effetti negativi sulla salute dello stesso?

Voi ritenete che nel percorso riabilitativo che è stato tracciato per il paziente abbia influito, nella possibilità di scelta della comunità terapeutica, il pregresso fallimento dei due tentativi già espletati all'interno di altre comunità terapeutiche, oppure questo "particolare" è stato ininfluenza?

La ragione per cui pongo questa domanda è che ci incuriosisce molto il fatto - e con ciò giungo a formulare anche il secondo quesito - che non si sia riusciti ad individuare, all'interno della Regione Lazio, una struttura sanitaria sul territorio in grado di assistere ed accogliere il paziente. Mi ha colpito la valutazione, rispetto alla quale nessuno di noi può certamente dissentire, secondo cui si tratterebbe di un caso difficile e complesso. Al tempo stesso a proposito della comunità terapeutica del Piemonte, che dovrebbe accogliere il paziente, ci piacerebbe sapere se sinora ci si sia informati solo sull'effettività dell'accreditamento della struttura rispetto alla spesa che la ASL di appartenenza è chiamata ad autorizzare, o diversamente, siano state prese informazioni anche in ordine alle specificità che questa comunità terapeutica del Piemonte

dovrebbe avere? Vi chiediamo di aiutarci a capire quali peculiarità caratterizzino questa struttura rispetto alle altre dislocate nella Regione Lazio. Vorrei capire cioè se non ci siano posti disponibili in nessuna delle strutture della Regione Lazio, oppure le strutture convenzionate ed accreditate nella Regione Lazio si scelgano i pazienti caso per caso a seconda della complessità e della difficoltà degli stessi, ovvero in base alle loro specificità? Ripeto, sarebbe interessante sapere quali siano le caratteristiche della comunità della Regione Piemonte tali da renderla preferibile rispetto alle strutture del Lazio.

BALBI. Le domande sono varie. La disponibilità del 1° settembre è data dalla comunità, perché per noi non c'era problema ovviamente a fare un inserimento prima qualora ci fosse stato posto, perché la valutazione non è stata solo sull'accREDITAMENTO di questa struttura. A proposito della comunità i curanti scrivono che non è stata reperita struttura idonea nella Regione Lazio, dopo sistematica ricerca effettuata sul territorio dai familiari, supervisionata dal medico curante presso questo CSM, dottor Galluzzo. Segnalano altresì che la comunità in questione, convenzionata con alcune ASL del Centro Italia, ha in essere un contratto con il Ministero dell'interno per la gestione dei pazienti inviati direttamente dagli ospedali

psichiatrici giudiziari ed accoglie i soggetti provenienti dalle istituzioni penitenziarie o dagli ospedali psichiatrici giudiziari.

Questo vuol dire che si tratta di una comunità con un livello molto alto di assistenza; occorre infatti considerare che questo paziente non ha mai accettato le cure. Quindi, anche il discorso della permanenza in OPG, si poggia su un sottile equilibrio fra la libertà di non accettare le cure e l'esigenza di portare comunque avanti delle cure quantomeno di tipo farmacologico. Questo probabilmente è il dilemma dei curanti; il paziente in OPG è stato curato farmacologicamente. Dall'esame delle carte sembra che in seguito a queste cure sia migliorato, restando però in una situazione di area grigia in cui è estremamente difficile definire la sua non pericolosità, perché la pericolosità è ovviamente connessa ai contesti e quindi se il paziente può apparire non pericoloso in una situazione, non è detto che in un contesto di minore assistenza non possa invece compiere atti pericolosi e quindi è necessario essere prudenti.

Quindi c'è quest'area grigia, rispetto alla quale però si è valutato di dover andare avanti nel processo di uscita dall'OPG. Purtroppo i posti nelle comunità non sono molti, nel senso che delle strutture ci sarebbero anche nel Lazio, ma occorre considerare che in passato ci sono stati due tentativi falliti di inserimento in due comunità considerate buone. Avremmo

sicuramente potuto trovare un'altra comunità, ma in questi casi non si può "provare", ma occorre avere degli elementi di sicurezza per tutti in ordine alla appropriatezza della struttura. Nulla toglie che se il miglioramento dovesse continuare in una struttura ad alta assistenza, si potrà vedere, in un secondo tempo, in rapporto alla situazione clinica, di avvicinare il paziente in una comunità nel Lazio, in un appartamento personalizzato, e se non può tornare in famiglia ci sarà una casa famiglia. Ciò dipende dalle situazioni cliniche che non possono essere previste per il futuro. Quella che intendo sottolineare è la necessità di una gradualità. Del resto, avendo già provato le attività di base - rappresentate dal Centro di salute mentale, dal centro diurno e dalle comunità nel Lazio - che però sono tutte fallite, occorre allora tornare a una riduzione graduale.

Per quanto riguarda i contatti istituzionali, non ho molto da dire perché, dato anche il poco tempo disponibile, le informazioni di cui sono in possesso sono solo quelle contenute nella cartella informatizzata. Di questi aspetti sono quindi più consapevoli i curanti. Trattandosi di un OPG, immagino si sia trattato di contatti con i sanitari di Aversa. Del resto, noi trattiamo 7.000 pazienti l'anno e, quindi, non sono in grado di rispondere su ogni singolo paziente.

MALANO. Desidero aggiungere molto poco a quanto già sottolineato dal dottor Balbi, in parziale risposta all'ultima domanda posta dal Presidente. Sono collocato in una posizione grazie alla quale ho la possibilità di osservare più casi - questo è del resto il mio compito - di cui quindi seguo il monitoraggio dei casi. Abbiamo ricevuto, per alcuni di questi, netti rifiuti da parte di comunità che, pertanto, si comportano come ipotizzato dal senatore Mascitelli, nel senso che scelgono e si orientano secondo le loro decisioni. Rispetto a questo noi - ahimè - abbiamo una posizione che è passiva e quindi su questo piano non possiamo che riscontrare un'ulteriore difficoltà. Non saprei cos'altro aggiungere. Mi è sembrato che l'intervento del collega andasse completato con questo aspetto. In effetti, in uno di questi casi stiamo lavorando per trovare un'ulteriore soluzione. Ma - ripeto - abbiamo ricevuto, non uno, ma più di un rifiuto.

PRESIDENTE. A conclusione del ciclo di domande avrei un ulteriore quesito da porre. Ritenente possibile individuare, prima della data del 1° settembre, un'altra comunità che abbia le caratteristiche necessarie - assai specifiche - ad accogliere il paziente? La nostra preoccupazione - penso si sia compreso - è che un ambiente come quello dell'ospedale psichiatrico giudiziario, che noi abbiamo avuto modo di visitare a più riprese e che il

dottor Malano certamente conosce - possa rappresentare un fattore negativo e non positivo, aggravante e non neutro, rispetto alla condizione clinica e al problema di salute mentale del paziente di cui ci stiamo occupando così come di altri pazienti.

Questa nostra preoccupazione è importante, non soltanto - ripeto - in riferimento alla situazione del paziente in questione - che, in ogni caso, è importante, perché ogni essere umano è tale - ma anche perché, paradigmaticamente, situazioni di questo tipo si presentano in diversi luoghi e in diverse situazioni di rapporti tra ospedale psichiatrico giudiziario, Dipartimento di salute mentale e magistratura di sorveglianza. Come Commissione dobbiamo trovare un percorso praticabile, nell'interesse del paziente e - nello stesso tempo - della società in termini di protezione rispetto ad un'eventuale sua pericolosità sociale.

Torno quindi a ribadire la mia domanda iniziale e cioè se si ritenga possibile individuare un'altra comunità che possa accogliere il paziente senza attendere ulteriori mesi e se siano stati esperiti tutti i tentativi in tal senso?

Cedo quindi la parola alla senatrice Poretti.

PORETTI (*PD*). Vorrei sapere se c'è la possibilità di acquisire tutte le domande che sono state avanzate presso le comunità della Regione Lazio e le relative risposte. Ci potete fornire questa documentazione per questo caso particolare? Dal momento che veniva segnalata questa ulteriore difficoltà rappresentata dalla selezione dei pazienti, credo sia utile acquisire tali informazioni.

PRESIDENTE. Chiederemo questa documentazione in modo da poterla acquisire agli atti della Commissione.

BALBI. Nella documentazione ho potuto leggere solo quanto hanno scritto i curanti, quindi non posso aggiungere altro. Non so che contatti abbiano avuto con le altre comunità, se si sia trattato di contatti telefonici o di altro, qualcosa sicuramente avranno fatto visto che lo hanno scritto.

PRESIDENTE. Scusi dottor Balbi, ma forse ho capito male. Ho compreso che i contatti sono stati diversi, che ci sono stati dei rifiuti e che soltanto una comunità ha accettato.

BALBI. Sì, questo è scritto.

PRESIDENTE. Quindi dobbiamo avere una documentazione dei contatti avvenuti.

BALBI. Non credo sia difficile averla. Bisogna chiederla ai curanti. Ovviamente la chiederò io, non è un problema.

PRESIDENTE. Noi, come Commissione, la chiediamo a lei, perché lei è il direttore del Dipartimento di salute mentale.

BALBI. Certo.

Credo che siano estremamente poche le strutture disposte ad accettare persone con una certa gravità e rischio di pericolosità. Sicuramente nella richiesta che farò ai curanti chiederò quali altre strutture abbiano valutato oltre a quelle del Lazio, per vedere se ci sono ulteriori possibilità.

Su quanto faccia male alle persone stare in OPG, credo che il problema non sia riferito al singolo caso, ma sia molto più generale. Se faccia male o bene non lo so: l'internamento viene stabilito da un magistrato.

PORETTI (*PD*). C'è una perizia?

BALBI. Sì, sulla base di una perizia. Però è qualcosa che va al di là della *routine* di un Dipartimento, perché ce ne occupiamo finché non entra in atto il "sistema magistratura" con il procedimento penale e il ricovero in OPG.

PORETTI (*PD*). Non ho ben capito. Voi avete richiesto a un perito di fare una valutazione per avere una perizia psichiatrica? Dottor Malano, a lei è stata chiesta una perizia, una valutazione sul caso?

MALANO. No. Credo ci sia un po' di confusione terminologica e anche concettuale. La perizia appartiene agli esperti nominati dai giudici, dai tribunali e dal magistrato di sorveglianza. Poi ci sono le consulenze, che appartengono ai pubblici ministeri e ad altre figure del mondo giudiziario.

Questa iniziativa risponde ad altri obiettivi. In questa iniziativa della Regione Lazio, in ottemperanza al decreto cui faceva prima riferimento il Presidente, si è costituita una commissione di valutazione in cui ciascun Dipartimento di salute mentale ha inviato uno o più referenti per valutare

tutti i pazienti di quei Dipartimenti ricoverati nei vari istituti giudiziari italiani. Il lavoro è stato già all'inizio particolarmente complesso, perché, ad esempio, i dati dell'amministrazione penitenziaria non erano sovrapponibili ai nostri. Questo è il primo aspetto. Mi avvio poi a concludere anche con riferimento all'osservazione che ha fatto il Presidente e che trovo puntuale e pertinente. Abbiamo scoperto degli aspetti di cui non avevamo alcuna consapevolezza, ad esempio che c'erano pazienti che avevano dei dati anagrafici e indirizzi del tutto diversi. Alla fine di questo lavoro abbiamo nel nostro caso individuato 12 situazioni (faccio un po' di cronistoria della nostra vicenda). Queste 12 situazioni, all'inizio dell'anno, si sono ridimensionate con un numero di licenze finali di esperimento pari a cinque, per cui in OPG sono rimasti sette pazienti che ho potuto visitare e tra questi la persona di cui stiamo parlando. Di questi sette, sei sono stati oggetto, da parte nostra, in collaborazione in alcuni casi con il personale dell'OPG, di una decisione di dimissibilità. Alcuni di questi rimarranno sul territorio perché la loro situazione clinica, fortunatamente, si è decisamente ridimensionata; altri necessitano di un ulteriore approfondimento per quanto riguarda i progetti futuri; alcuni hanno necessità di essere inseriti in comunità. Qui ci riallacciamo a quanto dicevamo poc'anzi: solo alcune comunità hanno dato la loro disponibilità.

Questo è lo stato delle cose, ribadisco tuttavia che quella che abbiamo fatto non è una perizia e del resto non avremmo titolo a farla. Avevamo solo la necessità di scoprire quello che prima, per molti versi, era ignoto.

Concludo sottolineando che per la prima volta - forse queste occasioni possono essere utili anche per affrontare altre questioni, non solo per occuparci di situazioni disgraziate o di persone dimenticate - si parla di soggetti che per molti anni, per una serie di circostanze, non hanno mai comunicato tra loro: servizi di salute mentale, mondo giudiziario, ospedali e così via. Questo è quanto.

Anni fa, insieme ad alcuni colleghi psichiatri forensi avevamo affrontato la questione relativa alla necessità di mettere in piedi una struttura *ad hoc* (non l'ennesima struttura burocratica), un organismo che potesse far parlare questi soggetti, che viaggiano ciascuno per conto proprio.

Sfrutto questa occasione per sottolineare che personalmente non ho ancora ricevuto i dati ufficiali del Dipartimento penitenziario. Conosco solo il numero delle persone che ho verificato *in loco*. Posso immaginare che i numeri siano diversi. Tra l'altro, poi, la macchina non si arresta, perché altri consulenti e periti in questo momento stanno valutando nei tribunali

persone a rischio di essere definite socialmente pericolose che rientreranno, come in una ruota che continua a girare, nel mondo degli OPG. Certamente questa crescita non viene monitorata.

PRESIDENTE. Dottor Malano, ritengo che lei abbia risposto alle domande poste, ma credo anche di poter interpretare le parole della senatrice Poretti che intendeva indicare il concetto di valutazione psichiatrica non un qualcosa di giuridicamente vincolante in ordine ad una particolare azione.

Comunque, quanto lei ha riferito nella parte conclusiva dell'audizione è per noi estremamente importante perché dimostra con molta chiarezza, ancora una volta - al di là dell'importanza che diamo alla singola situazione clinica di un paziente - che il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria non ha fornito tutti i dati relativi alle persone internate, a quelle che lo sono state e a quelle che in questo momento potrebbero essere soggette a tali misure. Questo è certamente un fatto grave, come lo è la circostanza di cui sospettavamo, e di cui abbiamo avuto certezza dopo questa audizione, circa l'esistenza di una difficoltà di dialogo tra i vari attori: ospedale psichiatrico giudiziario, dipartimenti di salute mentale, magistratura di sorveglianza; un dialogo che per la legge

del nostro Paese dovrebbe avvenire dal 15 aprile 2008. Siamo al 21 giugno 2011 ed è evidente che alcune problematiche debbano essere risolte.

Speriamo quindi che i lavori di questa Commissione contribuiscano almeno a migliorare la comunicazione tra i vari attori rendendola più efficace.

Ringrazio i nostri ospiti per le preziose informazioni fornite e dichiaro concluso l'esame testimoniale. Rinvio il seguito dell'inchiesta in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,20.