11005

N. SIUS **2015 / 3100** - TDS GENOVA
N. SIEP **2015 / 922** - PM GENOVA

Ordinanza N. **2016/783**

TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI GENOVA

VIA XII OTTOBRE, 3 - 16121 - GENOVA Tel. 010 - 5691 -
tribsorv.genova@giustiziacert.it, cancelleria.tribsorv.genova@giustizia.it

Si trasmette, per quanto di rispettiva competenza, copia conforme dell' Ordinanza N. **2016/783,** emessa in data **27-04-2016** e depositata in Cancelleria in data **02-05-2016**, relativo a **MACCHI DI CELLERE EMANUELE,** ai seguenti destinatari:

- Procura Generale della Repubblica Presso la Corte D'Appello di GENOVA per comunicazione ai sensi art. 153 - 666 C.P.P.

- Ufficio di Sorveglianza di GENOVA per quanto di competenza

- Procura della Repubblica Presso il Tribunale Ordinario di GENOVA per l'esecuzione ai sensi dell'art. 659 n. 1 c.p.p.

- Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di GENOVA per quanto di competenza

- UNEP di GENOVA per la notifica
all'avv. **ZADRA CLAUDIO - VIA C.R. CECCARDI 1/6 - GENOVA**

- UNEP di ROMA per la notifica
all'avv. **VIANELLO ACCORRETTI VALERIO - VIA GUIDO RENI 2 - ROMA**

- Casa Circondariale di GENOVA PIAZZALE MARASSI N.2 per la notifica
a **MACCHI DI CELLERE EMANUELE**

E PER IL SUCCESSIVO INOLTRO ANCHE AL DIPARTIMENTO PER PROVVEDERE AL TRASFERIMENTO IN ALTRO ISTITUTO PROSSIMO ALLA RESIDENZA FAMILIARE(OSTIA)

A TUTELA DELLA SALUTE DEL CONDANNATO

GENOVA, 02-05-2016

Il Funzionario Giudiziario
IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Rosanna Fornino

RIF. Sentenza N. 2013/1163 Reg. Gen., emessa in data 18-07-2013 da Tribunale Ordinario GENOVA,confermata in data 13-06-2014 da Corte D'AppelloGENOVA, definitiva il 23-06-2015
N. SIEP 2015 / 922 - PM GENOVA

Ministero della Giustizia
UNEP DI ROMA Prot.

N. SIUS 2015 / 3100 - TDS GENOVA
N. SIEP 2015 / 922 - PM GENOVA

ORDINANZA N. 783/2016

IL TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI GENOVA

L'anno 2016 il giorno 27 del mese di aprile in GENOVA si è riunito in Camera di Consiglio nelle persone dei componenti:

Dott. VERRINA DANIELA	Presidente
" MENCATTINI MICHELA	Magistrato di sorveglianza
" PICCHIONI DANIELA MICOL	Esperto
" MACCIO' VILMA	Esperto

con la partecipazione della dott.ssa Elisa Loris sostituto Procuratore Generale presso la Corte di Appello di GENOVA per deliberare sulla domanda di Differimento Pena Nelle Forme della Detenzione Domiciliare presentata da **MACCHI DI CELLERE EMANUELE,** nato a ROMA (Prov. RM) (ITALIA) il 12-12-1956,
residente in ROMA - VIA DELL'IDROSCALO N.344
difensori di fiducia avv.ti Vianello Accorretti Valerio del Foro di Roma e Zadra Claudio del Foro di Genova
detenuto presso la **Casa Circondariale di GENOVA - PIAZZALE MARASSI N.2 GENOVA** in espiazione della pena di cui alla sentenza 18-07-2013 Tribunale Ordinario GENOVA, confermata in data 13-06-2014 da Corte D'Appello GENOVA, definitiva il 23-06-2015, di condanna alla pena di Anni 10 Mesi 8 di reclusione per i seguenti reati:

- Reato 1: Art 110 C.P., Art. 73 c. 1 C.P., Art. 80 D.P.R. del 1990 n.309

con fine pena al 02-11-2022, nonché in attesa di giudizio per altro fatto (procedimento n.35541/2014 RGNR Procura Roma)

VISTI gli atti del procedimento di sorveglianza sopra specificato;
VERIFICATA la regolarità delle comunicazioni e delle notificazioni degli avvisi al rappresentante del PM, all'interessato e al difensore;
CONSIDERATE le risultanze delle documentazioni acquisite , degli accertamenti svolti, della trattazione e della discussione di cui a separato processo verbale;
VISTO il parere contrario del rappresentante del P.M.;
UDITE le conclusioni del difensore;

OSSERVA

Macchi Di Cellere Emanuele – a carico del quale risultano numerosi e gravi precedenti a partire dal 1975 per violazione della legge armi, ricettazione, furto, associazione sovversiva e formazione di banda armata, oltraggio, lesioni, falso, simulazione di reato – sta espiando una condanna a dieci anni e otto mesi di reclusione per violazione della legge stupefacenti aggravata ai sensi dell'art.80 TULS, accertata il 3/3/2012 e consistente nella detenzione in concorso di 165 chili di cocaina. Nel corso del relativo procedimento penale è stato ammesso, in data 15/12/2012 e in considerazione delle sue condizioni di salute, agli arresti domiciliari, dai quali evadeva il 25/7/2014, riparando in Francia, Paese dal quale veniva estradato il 26/9/2014. Il successivo 15/5/2015 veniva raggiunto da ordinanza di custodia cautelare in relazione a un fatto di tentato sequestro a scopo di estorsione e

omicidio in concorso, commesso il 3/7/2014 (in ipotesi, quindi, durante gli arresti domiciliari, dai quali immediatamente dopo evadeva), fatto in relazione al quale nel provvedimento restrittivo gli viene attribuito il ruolo di organizzatore e pianificatore del sequestro. Al momento, pertanto, egli è detenuto per un duplice titolo, uno dei quali non definitivo.
Ha proposto istanza di differimento della pena per motivi di salute, deducendo di essere affetto da gravi patologie, neurologiche e degenerative, producendo due relazioni medico legali di parte, in date 7/4/2015 e 12/6/2015. La prima così ne descriveva il quadro patologico: esiti di escissione di K squamocellulare in paziente oncodermatologico con diffuse lesioni sistemiche precancerogene acute e sospetto melanoma al braccio destro necessitante di approfondimento diagnostico strumentale; recidiva neoplastica in cavo orale con linfoadenopatia verosimilmente metastatica sottomandibolare e laterocervicale in attesa di apporfondimento diagnostico istopatologico e strumentale; cecità assoluta postraumatica in occhio sinistro con grave ipovisus in occhio destro da lesione demielinizzante del nervo ottico; esiti di osteomielite all'arto inferiore sinistro con deficit della capacità e dell'autonomia deambulatoria con basculamento del bacino e scoliosi ad S di compensazione; disturbo depressivo maggiore ad andamento cronico senza remissione interepisodica; malattia demielinizzante in fase di apparente quiescenza con lesioni encefaliche diffuse ed atrofia cerebrale cortico-sottocorticale, grave compromissione dei potenziali evocativi visivi in OD ed iniziale distorsione dei potenziali evocativi acustici centrali con riduzione dell'udito; predisposizione genetica a malattie autoimmuni afferenti nosograficamente al lupus eritematoso sistemico. Si lamentava l'inadeguatezza delle prestazioni assistenziali, comportante esposizione ai rischi sottesi all'evolutività della patologia neoplastica e si sottolineava la non ascrivibilità all'interessato dell'atteggiamento scarsamente collaborativo nell'effettuazione di alcuni degli accertamenti prescritti, in quanto da addebitarsi al disturbo depressivo. Si invocava l'urgenza di sottoposizione del detenuto a TC, PET o REM del collo per valutazione del sistema linfonodale compromesso; biopsia loco.regionale della recidiva neoplastica con stadiazione istologica; RX del torace per parenchima. La seconda relazione prodotta sottolineava il complesso quadro neurologico, con importante deficit motorio, deficit del visus nell'occhio superstite, neoformazione al labbro (di cui doveva essere ancora indagata la natura), alterazioni psichiche di rilievo da depressione maggiore, condizioni che si ritenevano necessitare di una collocazione del tutto diversa dall'attuale (presso la Casa di cura regionale dell'Istituto di Genova Marassi). Un ulteriore parere dello stesso medico legale veniva depositato il 15/9/2015, a seguito di visita del paziente effettuata in data 25/7/2015, nel quale si evidenziavano – fra l'altro - le reiterate cadute accidentali e le crisi ipotensive, l'esito degli esami ematologici dell'1/4/2015, evidenzianti grave anemia eritropenica, ipocromica e macrocitosica in quadro di innalzamento patologico dei valori della creatinfosfochinasi (CPK a 246 U/I) – indicativa secondo il consulente di grave compromissione sistemica multiorgano -, il grave disturbo depressivo dell'umore, le condizioni defedate, con ipotonotrofia delle masse muscolari, scomparsa del fisiologico pannicolo adiposo sottocutaneo, perdita dell'uso (in altro punto della relazione definita come ipomobilità) dell'arto superiore sinistro, accentuazione delle discinesie e tremori scuotenti, diffuse lesioni sistemiche precancerogene cutanee e sospetto melanoma al braccio destro (lo si diceva recentemente sottoposto a crioescissione di neoformazione cutanea recidivante e in attesa di intervento di asportazione di lesione cutanea sospetta in regione sovraclaveare destra), recente accertamento di lesione escavativa concentrica papillare.
Il magistrato di sorveglianza, investito della richiesta di concessione provvisoria del beneficio, sottoponeva la documentazione prodotta al Servizio di sanità penitenziaria della Casa circondariale, del quale acquisiva le seguenti relazioni:

- 29/7/2015, dalla quale risultava: cecità in OS da pregresso trauma; nel 2007 exeresi di carcinoma squamoso infiltrante in regione frontale; esiti di politrauma con accorciamento A.I. sinistro e perdita di sostanza al calcagno destro; verosimile malattia demielinizzante, patologia a carattere evolutivo con acuzie spesso secondarie a stati di stress (a febbraio 2015

è stato sottoposto ad elettroneurografia, a RMN encefalo e RMN colonna, con evidenza di alterazioni compatibili con aree di demielinizzazione la cui natura, infiammatoria o vascolare, veniva definita di non univoca interpretazione sulla base di sola RMN). Il 22/4/2015 sottoposto ad ECG con test da sforzo con risultati non valutabili per precoce interruzione a basso carico lavorativo, in assenza di segni o sintomi diagnostici suggestivi di insufficienza coronarica; il 27/4/2015 sottoposto a RMN maxillo-facciale con esito di millimetriche linfoadenopatie lungo le catene giugulari interne e spinali accessorie. Dal punto di vista funzionale difficoltà alla deambulazione con frequenti episodi di perdita dell'equilibrio associati a spasmi e dolori muscolari, tic con spasmi al volto che spesso compromettono l'uso della parola;

- 16/9/2015, riportante gli esiti della somministrazione di test MMP1-2 da parte del medico di fiducia: i disturbi emotivo- comportamentali appaiono particolarmente rilevanti: le capacità di controllo e di difesa sono estremamente ridotte e la sfera delle pulsioni tende ad agire sul comportamento in maniera incontrollata. Dal punto di vista oculistico era stato sottoposto il 13/8/2015 a tomografia a coerenza ottica con esiti di normalità delle fibre nervose retiniche peripapillari e della macula in OD (ma con marcata contrazione del campo visivo nello stesso occhio, mentre l'OS risulta spento). Il 7/8/2015 sottoposto ad asportazione di neoformazione sopraclaveare destra, istologicamente risultato essere cheratosi seborroica. Si segnalava l'intensificazione degli spasmi dolorosi a carico dei muscoli e dei tics con spasmi al volto e interruzione dell'eloquio, ribadendo il carattere evolutivo della malattia demielinizzante, il beneficio che potrebbe derivare dalla vicinanza alla famiglia e dalla possibilità di proseguire accertamenti e cure presso l'Ospedale San Camillo, dove l'iter era già stato intrapreso;
- 29/9/2015 che, in riposta a specifici quesiti del Magistrato, riferiva che: il radiologo non aveva indicato le linfoadenopatie riscontrate come suggestive di secondarietà e, d'altronde, la loro dimensione millimetrica suggeriva piuttosto un'origine di natura reattiva; per poter dirimere con assoluta certezza il dubbio sarebbero stati necessari esami istologici sui linfonodi ovvero una PET, entrambe pratiche sconsigliate dalle condizioni cliniche del paziente; l'alterazione della creatinfosfochinasi, segnalata ad agosto, era rientrata in valori normali; le cause della permanente anemia macrocitica potrebbero essere molte, frequentemente sono di origine alimentare da disvitaminosi (dato supportato dal quadro cronico di cheilite angolare), per il che era stata consigliata assunzione di complesso vitaminico e prenotata visita ematologica; si segnalava la perdita di peso durante la detenzione (in allora, da 63 a 56 chili) a causa sia della sofferenza psichica che porta il paziente a sottoalimentarsi, sia delle sue particolari abitudini alimentari (vegetariano); l'ipotonotrofia riscontrata era indicata come fattore di peggioramento del quadro di ipostenia già sussistente – specie al braccio sinistro – di probabile origine neurologica; si confermava la necessità di costanti contatti con i presidi sanitari territoriali e l'incidenza degli eventi stressanti sulla sospetta malattia demielinizzante.

Il Magistrato di sorveglianza respingeva l'istanza di differimento provvisorio con decreto in data 30/9/2015. Non riteneva trovasse riscontro negli accertamenti effettuati in regime detentivo la patologia oncologica, descritta (o meglio ipotizzata) nelle relazioni mediche di parte depositate in atti: operato per escissione di carcinoma squamoso nel 2007, non risultavano concreti sospetti di secondarietà di quella patologia e non apparivano suggestive in tal senso – v. relazione sanitaria 29/9/2015 - le millimetriche linfoadenopatie lungo le catene giugolari interne e spinali accessorie riscontrare alla RNM, di più verosimile origine reattiva, mentre l'ipotizzata "lesione sospetta in regione sovraclaveare destra", asportata il 7/8/2015, è risultata consistere in cheratosi seborroica (v. relazione 16/9/2015).

Osservava che, secondo quanto riferito dal Servizio sanitario presso la Casa circondariale di Genova Marassi, Macchi Di Cellere risultava, invece, essere affetto da disturbi emotivo-comportamentali, ai

quali –oltre che alle abitudini alimentari – sembrava doversi ascrivere la perdita di peso, e da sospetta malattia demielinizzante, verosimilmente causa dei numerosi tics e degli spasmi dolorosi che lo affliggono, nonché da cecità parziale, essendo spento il visus in OS.
Il quadro morboso non veniva, tuttavia, ritenuto di gravità tale da integrare l'ipotesi di differimento obbligatorio della pena e, pertanto, giudicando che vi fosse ragione di ritenere che, qualora nuovamente ammesso alla restrizione presso il domicilio, il condannato avrebbe ripreso l'attività delittuosa e/o si sarebbe sottratto ai vincoli di legge, vanificando egli stesso l'obiettivo dell'attenuazione del regime esecutivo (il riavvicinamento alla famiglia e la possibilità di riprendere il percorso di accertamenti e cure presso le strutture sanitarie territoriali del luogo di residenza), il Magistrato non riteneva di accogliere l'istanza, salva la miglior valutazione del quadro clinico alla quale si sarebbe potuto dare corso nel procedimento di sorveglianza dinanzi a questo Tribunale.
In sede di istruttoria del presente procedimento di sorveglianza è stata acquisita sia ulteriore documentazione sullo stato di salute sia documentazione inerente la pericolosità e i risultati dell'osservazione penitenziaria.
La Questura di Roma ne ricorda, oltre ai risalenti pregiudizi per associazione sovversiva e banda armata, rapina, armi, furto, oltraggio, ricettazione, danneggiamento, lesioni, evasioni (nel 1987, 2013 e 2014) e l'arresto del 3/3/2012 per il possesso di 165 chili di cocaina lorda.
La Questura di Genova lo dice arrestato per evasione il 26/4/2013.
La Stazione CC di Ostia riferisce che nell'aprile 2011 egli procurava un'abitazione ove ospitare, in regime di differimento pena, Pierluigi Concutelli, killer neofascista che nel 1976 uccise il P.M. Vittorio Occorsio, titolare delle indagini sul suo gruppo di appartenenza, "Ordine Nuovo", e che l'abitazione di Roma, via dell'Idroscalo 344/c, dove egli ha fruito in precedenza del regime domiciliare, è una struttura abusiva su area demaniale, luogo frequentato abitualmente da pregiudicati e tossicodipendenti, inadeguata sotto il profilo ambientale all'esecuzione di un'eventuale misura alternativa (circostanze che la difesa ha vivacemente contestato).
La relazione comportamentale della Casa circondariale in data 10/11/2015 lo definiva cordiale e tranquillo al colloquio, anche se un po' insofferente per l'aggravarsi delle sue condizioni di salute; si dichiara innocente rispetto al reato di spaccio per cui è espiazione. Spera di avvicinarsi a Roma per poter fruire di più frequenti colloqui con la moglie. A suo carico risulta una sola relazione di servizio del 31/3/2015 per lite fa detenuti (nell'occasione veniva aggredito da un compagno di cella) fatto sanzionato con il richiamo.
Per la prima udienza di trattazione veniva prodotta dalla difesa un'ulteriore relazione medico legale del dott. Petrucciani, basata sugli esiti di una visita effettuata in data 4/11/2015: il quadro diagnostico che vi era descritto si differenziava da quelli precedentemente formulati per il riferimento a una condizione precachettica con grave magrezza, perdita di autonomia motoria e deambulatoria, iniziali lesioni da decubito in zona sacrale, grave decadimento neuropsichico, deliri e disorientamento temporo-spaziale.
La relazione del Servizio di sanità penitenziaria di Genova Marassi in data 30/10/2015 quantificava in sei chili la perdita di peso del paziente dal suo ingresso in Istituto (da 59 a 53 chili; invero, va segnalato che il peso del detenuto in ingresso era indicato da precedente relazione in 63 Kg.), riferiva di passaggi posturali sempre più compromessi dalla malattia demielinizzante (definita "verosimile", a tipo sclerosi multipla), sensibile agli stati di stress emotivo; la deambulazione appariva incerta, con frequenti episodi di perdita dell'equilibrio e talvolta cadute a terra; era recentemente insorto un quadro di anemia macrocitica; il quadro neurologico e la sofferenza psichica portano il paziente a sottoalimentarsi; oltre al calo ponderale è evidente una spiccata ipotonotrofia delle masse muscolari di tutti i distretti.
E' stata anche acquisita copia dell'elaborato peritale del dr. Marco Canepa su incarico conferito il 30/12/2014 dalla Corte d'Appello di Genova nel corso del procedimento che ha portato alla condanna oggi in espiazione.

Vista la complessità del quadro patologico e l'incertezza in merito all'inquadramento diagnostico delle cause delle condizioni sopra descritte, il Tribunale riteneva imprescindibile un approfondimento tecnico medico-legale –che, peraltro, circoscriveva, per le ragioni già esposte dal Magistrato di sorveglianza nel provvedimento di rigetto dell'istanza di differimento provvisorio, alla verifica della sussistenza di una condizione tale da giustificare il differimento della pena ai sensi dell'art.146 o.p. -, approfondimento per il quale prevedeva sarebbe stato verosimilmente necessario avvalersi del contributo di specialisti ed effettuare esami strumentali e osservazioni cliniche di non breve durata. La condizione più adeguata per procedere a tali accertamenti e, al contempo, rispondere alle esigenze assistenziali e di cura, evidenziate nella relazione sanitaria del 30/10/2015, veniva indicata in quella del ricovero ospedaliero, cui disponeva farsi corso presso il Reparto Detenuti dell'Ospedale San Martino di Genova.
Peraltro, non diversamente da quanto avvenuto il 30/10/2015 – come da comunicazione del Servizio di sanità penitenziaria pervenuta all'Ufficio di sorveglianza solo il 13/11/2015 (successivamente alla predetta ordinanza) – anche a fronte di questa disposizione del Tribunale, Macchi di Cellere rifiutava il ricovero, assumendo di temere per la sua vita in quanto, durante il ricovero presso quel Reparto nel gennaio 2015, egli sarebbe stato sottoposto a tortura psicologica da parte del medico Responsabile di quel Reparto Ospedaliero: nel quesito sottoposto al perito il successivo 25 novembre, veniva richiesto anche se il rifiuto del ricovero fosse stato di pregiudizio alle possibili cure e agli accertamenti peritali.
Nel corso delle operazioni peritali, in data 14/1/2016, il perito incaricato evidenziava, tramite mail inviata al Presidente del Collegio, l'opportunità di un ricovero ospedaliero urgente in ambiente altamente specialistico neurologico, ma anche idoneo a trattare il grave deperimento organico da denutrizione, che il perito riferiva anamnesticamente ad un disturbo della deglutizione presumibilmente di natura neurologica; la segnalazione veniva trasmessa al Servizio di sanità penitenziaria di Genova Marassi, ma il ricovero non aveva luogo, stante il permanente rifiuto del Macchi ad accedere al Reparto detenuti dell'Ospedale San Martino (quanto all'eventualità del ricovero presso il reparto di neurologia dell'Ospedale Galliera, della quale si riferisce nella relazione sanitaria in data 8/3/2016, essa non ha avuto alcun seguito, ma non è riferito se ciò sia addebitabile alla segnalata inidoneità logistica del reparto o al rifiuto del condannato).
In data 1/3/2016 la dott.ssa Mazzone depositava l'elaborato peritale.
L'elencazione delle patologie a carico del paziente, che introduce alle considerazioni medico-legali, indica: cecità assoluta in OS con deficit visivo in OD; grave deperimento organico con disturbi dell'equilibrio e impossibilità alla deambulazione autonoma; ipotensione arteriosa; sindrome neurologica di verosimile natura demielinizzante con alterazioni encefaliche strumentalmente accertate; disturbo depressivo maggiore con profonda deflessione del tono dell'umore e tendenza all'isolamento relazionale; pregressa asportazione di carcinoma squamoso; pregressa osteomielite arto inferiore sinistro e perdita di sostanza calcagno destro.
La patologia oncologica, non diversamente dalla osteomielite in arto inferiore sinistro (a seguito di intervento chirurgico) e la perdita di sostanza in calcagno destro (di origine traumatica), vengano indicati in anamnesi come patologie pregresse e non sono fatte oggetto di approfondimento peritale (d'altronde, non se ne fa più parola nelle relazioni sanitarie recenti, ne' la difesa o il consulente di parte hanno sollevato eccezione alcuna sotto questo profilo): se ne può dedurre che, quanto ai suddetti danni agli arti inferiori si tratti di esiti consolidati, e, quanto ai sospetti di recidiva oncologica, emersi nella fase introduttiva del presente giudizio, siano stati fugati dai successivi accertamenti, come sopra ricordato. Nessun riferimento si rinviene, invece, nell'elaborato peritale alla – a suo tempo riscontrata – anemia macrocitica in quadro di innalzamento patologico dei valori della creatinfosfochinasi: si osserva, peraltro, che nella relazione del Servizio di sanità penitenziaria del 29/9/2015 si diceva, alla luce degli esami ematologici effettuati ad agosto, rientrata in valori normali la creatinfosfochinasi e verosimilmente ascrivibile l'anemia a cause alimentari da

disvitaminosi, sì che veniva consigliata l'assunzione di complesso vitaminico (oggi ricompreso nella terapia somministrata, come risulta da successiva relazione in data 8/3/2016).
Il perito indica, quindi, come di particolare rilievo, ai fini della valutazione a lei rimessa, la sclerosi multipla, il grave deperimento organico e la malattia psichiatrica.
Quanto alla sospetta sclerosi multipla, il perito ritiene che tale diagnosi – che definisce abbisognevole di "approfondimento in ambiente specialistico" – sia supportata, da un lato, dai sintomi neurologici, quali la disfagia, le discinesie, gli spasmi e, in ultimo, il calo del visus in OD, probabile manifestazione di una lesione del nervo ottico, e, dall'altro, dalle alterazioni rilevate alla risonanza magnetica.
Il quadro più preoccupante, tuttavia, secondo la consulente del Tribunale, è risultato essere rappresentato da un severo e ingravescente deperimento organico (altezza cm.174, peso all'ingresso in carcere Kg.63, peso attuale Kg 50) e dalla patologia psichiatrica: secondo il perito, l'infermità psichica e la disfagia favoriscono l'iporessia e l'ipoalimentazione, con conseguente condizione precachettica di grave magrezza, compromissione dell'autonomia motoria, sia nella stazione eretta (si ricordano le frequenti cadute), sia nella deambulazione (paziente in carrozzella). Tale situazione di grave deperimento costituisce, a giudizio del perito, un rischio per la sopravvivenza del soggetto e richiede cure tempestive: si ribadisce l'esigenza di un programma riabilitativo e di riadattamento da effettuare in ambiente specialistico con un approccio multidisciplinare e si segnala la necessità di trattamento farmacologico e psicoterapico della grave sindrome depressiva. Si ritiene, tuttavia, che il rifiuto opposto dal detenuto al ricovero ospedaliero, disposto in data 12/11/2015, possa avere peggiorato il deperimento organico ma non sarebbe probabilmente servito a migliorare le condizioni di salute vista la complessità delle patologie. Le conclusioni sono per la necessità di trattamenti ospedalieri non attuabili all'interno della struttura carceraria e per un'incompatibilità assoluta con il regime detentivo, che porterebbe ad acuire le sofferenze e ad un ulteriore peggioramento con grave prognosi per la sopravvivenza, giacchè il paziente necessita di un complesso approccio multidisciplinare difficilmente attuabile in regime di detenzione.
Il Tribunale, all'udienza del 2/3/2016, letta la relazione peritale, rilevava che nella stessa non si dava conto delle risultanze di due rilevanti certificazioni, medio tempore acquisite agli atti del procedimento tramite il Servizio di sanità penitenziaria e dalle quali risulta quanto segue:

a) dalle certificazioni 1 e 9 febbraio 2016 del Responsabile del Centro Sclerosi Multipla e Malattie demielinizzanti della Clinica neurologia di San Martino, prof. Uccelli, emerge che le prove eseguite in sede di esame neurologico sono state giudicate poco attendibili a causa del quadro francamente viziato da probabile co-morbilità psichiatrica (in particolare, la forza era difficilmente valutabile per la scarsa attendibilità del paziente nell'eseguire le prove); che, tuttavia, l'assenza di segni "piramidali" farebbe apparire poco probabile la diagnosi di sclerosi multipla; che, alla luce delle immagini della RMN di febbraio 2015, sottoposte allo specialista il 9/2/2016, si rileva la presenza di poche aree di alterato segnale (che l'addendum 11/3/2015 al referto dell'esame effettuato il 20/2/2015 definisce sostanzialmente invariate, per morfologia e segnale, a quelle della RM eseguita il 30/9/2013 presso la UOC Radiologia dell'Università Tor Sapienza di Roma); che, a giudizio dello specialista, tali alterazioni, per disposizione e morfologia, non sembrano suggestive di sclerosi multipla, ma soltanto di modesti esiti gliotici su base vascolare: in considerazione del quadro clinico e della RM il prof. Uccelli ritiene fortemente improbabile trattarsi di una forma di sclerosi multipla, giudicando, invece, assai verosimile una genesi psichiatrica dei sintomi, potenzialmente nel contesto di una possibile malattia di Gillet de la Tourette;
b) dalla certificazione 4/2/2016 dell'UOS Dietetica e Nutrizione Clinica della stessa Azienda Ospedaliera, emerge un quadro di malnutrizione severa (BMI 17.5) con marcato calo ponderale rispetto all'abituale: si alimenta in modo incongruo con particolare carenza di proteine (come riferito dal Servizio di sanità penitenziaria, il paziente assume alimentazione vegetariana e priva di pasta/riso). Si forniscono indicazioni alimentari e si suggerisce una

maggiore varietà nella scelta del formaggio e incremento della frutta; utile integrazione con meritene liquido.

Il Tribunale riteneva, quindi, di disporre l'audizione del perito a chiarimenti, contestualmente richiedendo al Servizio di sanità penitenziaria informazioni di dettaglio sui ricoveri effettuati e sull'esito degli stessi, sugli approfondimenti diagnostici effettuati quanto alla sospetta malattia demielinizzante, sulla terapia farmacologica praticata, sull'esistenza di problemi di disidratazione (tenuto conto della segnalata disfagia), nonché se fosse stato ipotizzato il ricorso a mezzi di nutrizione integrativa a riparo del grave deperimento organico.

Nella risposta del Servizio di sanità penitenziaria (relazione in data 8/3/2016, di cui si sono già riportati i contenuti quanto al rifiuto opposto dal detenuto ai ricoveri ospedalieri), si ricorda come il paziente sia stato sottoposto a febbraio 2015 a RMN encefalo con mezzo di contrasto (con il già ricordato esito di accertamento di alterazioni compatibili con aree di demielinizzazione di dubbia natura – infiammatoria o vascolare – di non univoca interpretazione sulla base di sola RMN): successivamente il paziente ha sempre rifiutato di sottoporsi all'esame del "liquor cefalorachidiano" tramite rachicentesi, esame per cui vi era stata indicazione all'esito della RMN (v. referto del 24/2/2015) e che consentirebbe sicura diagnosi in merito alla sussistenza di sclerosi multipla. In allora – ed è la terapia tutt'oggi in atto - il paziente assumeva antinfiammatori, calcio folinato, miorilassanti, antidolorifici al bisogno, ansiolitici e vitamine. Nulla viene riferito quanto a problemi di disidratazione o alla possibilità/indicazione al ricorso a mezzi di nutrizione integrativa.

Acquisiti chiarimenti dal perito all'udienza del 10/3/2016, il Tribunale emetteva ordinanza di rinvio per l'effettuazione di ulteriore approfondimento peritale, così motivando.

"Sulla base dell'elaborato peritale, delle risposte del CTU alle domande - che le sono state poste alla stregua delle recenti certificazioni, sopra ricordate, e delle considerazioni svolte dall'esperto medico, specialista neuro radiologo –, del confronto con il CTP e della documentazione medica acquisita, ritiene il Tribunale di poter svolgere le seguenti considerazioni.

In primo luogo, quanto alla diagnosi di malattia demielinizzante, il CTU non ha proceduto ad alcun accertamento, basandosi esclusivamente sull'ipotesi diagnostica tralaticiamente riportata nelle relazioni sanitarie e nelle consulenze di parte. All'odierna udienza, ha preso atto dei dubbi espressi dallo specialista in sclerosi multipla – che, lo si ricorda, definisce le alterazioni indicative di aree di demielinizzazione come "modesti esiti gliotici su base vascolare" - e, invitato a esprimersi sul significato della sovrapponibilità delle immagini della RMN del 2013 e di quella del 2015 (di cui si dà atto nell'"addendum" al referto dell'Istituto Salus in data 24/2/2015), ha riconosciuto che tale invariazione è significativa di un non aggravamento del quadro demielinizzante nel lasso di tempo intercorso fra i due esami, quadro che, pertanto, non fornisce giustificazione dell'aggravamento dei sintomi che parrebbe essersi verificato nello stesso lasso di tempo (merita di essere ricordato che a inizio luglio 2014, in epoca successiva alla prima risonanza, il Macchi Di Cellere si allontanò dall'Italia conducendo da solo una barca a vela e venne arrestato in Francia nel mese di settembre, mentre a dicembre 2014, prima dell'effettuazione della seconda -pressoché identica - risonanza, il dr. Marco Canepa, perito nominato dalla Corte d'Appello di Genova, riferiva difficoltà della deambulazione e frequenti episodi lipotimici con caduta a terra, oltre a dolori muscolari a tipo spasmi, discinesie e alterazioni della vista).

Quanto alle discinesie – delle quali è documentata la presenza da molti anni (v. referto dr. Lispi in data 19/2/2014, prodotto dalla difesa), in realtà CTU e CTP hanno concordato in udienza nell'escludere che esse siano anche solo ipoteticamente riconducibili a una malattia demielinizzante.

Diversamente, potrebbe ricondursi a malattia demielinizzante il deficit visivo in occhio destro, ma tale causalità – secondo il giudizio tecnico dell'esperto componente il Collegio - dovrebbe trovare riscontro in una lesione del nervo ottico, di cui gli esami effettuati non portano traccia: non si trova riferimento alcuno a un'alterazione morfologica del nervo ottico, ne' nei referti RMN del 2013 e del 2015 - dove è ragionevole ritenere che un simile danno sarebbe stato evidenziato, se presente

(come lo stesso CTU ha riconosciuto in sede di audizione a chiarimenti) -, ne' nell'esito della OCT (tomografia a coerenza ottica), suggerita dall'oculista il 16/6/2015 ed effettuata il 13/8/2015. Come osservato dall'esperto medico e convenuto dal CTU, questi esami sono adeguati e sufficienti all'individuazione di un'eventuale lesione da demielinizzazione del nervo ottico. In particolare, l'OCT è in grado di evidenziare la presenza di una danno da demielinizzazione sia a livello delle fibre nervose retiniche, sia a livello della testa del nervo ottico, mentre il referto (riprodotto nella relazione del Servizio di sanità penitenziaria del 16/9/2015), riporta una situazione di normalità di tali fibre – oltre che della macula – in tutti i settori: anche il deficit visivo in OD è, quindi, un sintomo privo, per quanto sin qui accertato, di riscontro strumentale. D'altronde, collide con l'ipotesi diagnostica di origine neurologica del deficit la circostanza che la riduzione della vista in OD si fosse manifestata anche nel corso della precedente carcerazione – ne dà ampiamente atto la consulenza di parte stilata nel 2012 dal dr Lomi -, regredendo nel corso dei successivi arresti domiciliari (come riferito dallo stesso interessato nel corso dell'odierna udienza). In conclusione, il deficit visivo è diagnosticato sulla base di due esami almeno parzialmente condizionati dalla collaborazione del paziente (il campo visivo e i potenziali evocativi visivi) e non univocamente significativi rispetto all'ipotesi diagnostica di malattia demielinizzante, che, al contrario, pare smentita dal riscontro strumentale.

Nella propria relazione – come già nella segnalazione del 14/1/2016 - il perito riferisce di una disfagia, lamentata dal paziente come causa della sua difficoltà ad alimentarsi, e la associa ai sintomi neurologici della sospetta sclerosi multipla. In realtà, nessuna delle relazioni sanitarie fa riferimento a tale disturbo; ma soprattutto anch'esso non risulta giustificato neurologicamente alla stregua della descrizione e posizione delle alterazioni refertate in occasione della risonanza magnetica del 25/2/2015, , come sottolineato dal componente esperto in neuroradiologia.

Alla stregua di tutti questi elementi ed osservazioni, ritiene il Tribunale di non poter ritenere fondata l'ipotesi diagnostica di sclerosi multipla recepita – piuttosto che formulata – dal consulente d'ufficio: essa non è giustificata dagli esiti degli accertamenti strumentali sin qui effettuati ed è stata ritenuta "fortemente improbabile" - all'esito della visita e della valutazione degli esami RMN - da parte di uno specialista di indiscussa competenza e notorietà nel settore quale il Prof. Antonio Uccelli (responsabile, presso l'Università di Genova, del Centro per la Sclerosi Multipla e del Centro di Eccellenza per la Ricerca Biomedica); la sintomatologia, sulla quale l'ipotesi diagnostica è stata formulata, è priva di riscontro strumentale; l'unico esame che potrebbe confermare o smentire tale ipotesi con ragionevole grado di certezza, ovverosia l'esame del liquor cefalorachidiano, è rifiutato dal paziente, come riferito nella relazione del Servizio di sanità penitenziaria in data 8/3/2016.

La convergenza e la consistenza di tali elementi valutativi è tale che il Tribunale ritiene, non solo di disattendere, *in parte qua*, le conclusioni del perito, ma anche di poterlo e doverlo fare prescindendo da ulteriori accertamenti peritali.

Resta, peraltro, un quadro di deperimento organico, con ipostenia e ipotonotrofia diffusa, evidenziato nelle più recenti relazioni sanitarie: quadro che il CTU definisce severo e ingravescente e al quale – piuttosto che alla sospetta malattia demielinizzante – il CTP ha addebitato in udienza le difficoltà di deambulazione del paziente, concordando con il CTU nell'ascrivere tale condizione a una pluralità di cause patologiche, di natura fisica e psichica, che entrerebbero tra loro in circolarità.

Quanto sin qui osservato circa le patologie fisiche obiettivabili induce peraltro il Collegio a dubitare dell'effettiva incidenza causale delle stesse rispetto a tale condizione di deperimento e ad evidenziarne la matrice "comportamentale", sub specie di incongrua alimentazione alla quale il Macchi (che, oltre tutto, è vegetariano e non assume ne' pasta ne' riso) si sottopone, in particolare sotto il profilo dell'apporto proteico: in questo senso si esprime tanto la relazione del servizio di sanità penitenziaria del 26/2/2016 quanto la certificazione dell'Unità di dietetica e nutrizione clinica dell'ospedale San Martino in data 4/2/2016.

Invero, non si può sottacere che i dati ricavabili da tale certificazione sono meno allarmanti di quanto non siano le conclusioni del CTU: l'indice di massa corporea riferito, pari a 17,5, si colloca nella fascia (16 – 18,49) definita come sottopeso (e non in quella inferiore, di "grave magrezza") e le stesse indicazioni terapeutiche, fornite dallo specialista nutrizionista (indicazioni alimentari e integrazione con Meritene liquido) non sono suggestive di un particolare allarme quanto al rischio di vita o di danno alla persona. Allo stato, il paziente potrebbe del tutto verosimilmente riacquistare peso e tono muscolare semplicemente ricominciando ad alimentarsi in modo più appropriato.
Preoccupa tuttavia l'ipotesi che a tale miglioramento del quadro non si possa addivenire, non già per scelta del detenuto, bensì per l'influenza del quadro psicopatologico: l'unica relazione psichiatrica in atti, datata 8/2/2016, fa riferimento a un quadro depressivo maggiore, con caratteristiche melanconiformi, ad andamento ingravescente, caratterizzato da una profonda deflessione del tono dell'umore, perdita di interesse per le relazioni sociali, tendenza all'isolamento relazionale, polarizzazione del pensiero su tematiche melanconiche e correlate alla propria malattia e alla detenzione, vissuta talora in modo persecutorio, da iporessia e disturbo del ritmo sonno-veglia.
Ebbene, a fronte di una diagnosi così preoccupante - e apparentemente simile a quella che, nel 1993, portò a un ricovero in ambiente psichiatrico, secondo quanto riferito nella consulenza tecnica-psicologico-forense allegata alla consulenza di parte del dr. Lomi del 2012 -, non risulta che il soggetto assuma una terapia psicofarmacologica mirata: la relazione sanitaria dell'8/3/2016 riferisce della sola assunzione di ansiolitici, terapia blanda essenzialmente finalizzata ad agevolare il sonno (secondo quanto riferito dal CTU). Lo stesso perito – che ha disatteso l'indicazione ad avvalersi della collaborazione di specialista psichiatra, per avere ritenuto esaustiva la documentazione psichiatrica in atti (costituita dalla sopra ricordata relazione) - ha evidenziato l'opportunità di un intervento psicofarmacologico più incisivo. Anche l'approccio psicoterapico, secondo il Collegio, sembra necessitare di un'intensificazione e potrà essere oggetto di valutazione anche l'ipotesi di un ricovero in ambiente psichiatrico.
A questa stregua, appare necessario, da un lato, sottoporre a migliore accertamento, tramite perizia specialistica, sia la patologia psichiatrica, sia il suo nesso causale con la condizione di deterioramento fisico, anche al fine di escludere ogni possibile strumentalità o simulazione, e, dall'altro, demandare alla psichiatria del Servizio di sanità penitenziaria l'individuazione di un più incisivo intervento terapeutico."
Veniva quindi conferito nuovo incarico peritale a specialista psichiatra, dr. Pietro Ciliberti, al quale veniva chiesto di accertare e riferire se e da quali patologie psichiatriche il detenuto risulti affetto, se e in quale misura esse trovino origine nello stato detentivo, se le condizioni di deperimento organico, in cui il soggetto versa, siano ascrivibili a tali patologie, piuttosto che a comportamenti consapevoli e volontari, se e quali terapie possano migliorare tali condizioni e se le stesse siano utilmente praticabili in regime detentivo o di ricovero in luogo esterno di cura ai sensi dell'art.11 o.p. ovvero se il mantenimento dello stato detentivo, pur con le cure e gli accorgimenti opportuni (tra i quali si vorrà considerare anche la possibilità di avvicinamento agli affetti familiari) esponga il paziente ad un rischio quod vitam o valitudinem".
Il perito, all'esito di due colloqui clinici, della somministrazione di test di Rorschach e dell'esame dei risultati dell'osservazione psicologica svolta in carcere, ha depositato un elaborato peritale articolato, di cui, prima ancora delle conclusioni, si cercherà di riportare alcuni aspetti salienti.
In primo luogo, vengono elencati i dati significativi, sotto il profilo psicologico-psichiatrico, del diario clinico: sin dai primi mesi successivi all'inizio dell'ultima detenzione il Macchi riferiva disturbi d'ansia generalizzata, difficoltà di relazioni, difficoltà di addormentamento, sofferenza per la lontananza dai familiari, diturbo che la relazione psicologica definisce "forte disturbo d'ansia reattivo alla carcerazione" (merita, peraltro, di essere evidenziato che l'esistenza di un disturbo ansioso-depressivo con somatizzazioni è documentata anche durante la sottoposizione agli arresti domiciliari: v. certificazione UO Psicologia Ospedaliera dell'Ospedale Grassi di Roma in data

31/3/2014); già da allora si annotavano episodi lipotimici con caduta a terra; a gennaio 2015 il paziente accetta l'inizio di una terapia antidepressiva (1/4 Mirtazapina; nessun farmaco antidepressivo compare, tuttavia, nella terapia oggi in atto: v. relazione sanitaria 8/4/2016); a ottobre 2015 si riferisce "pensiero dereistico, slittamenti, relazioni oggettuali disfunzionali, terapia con Lyrica"; nello stesso periodo riferita difficoltà a degliturire cibi solidi.
Dal contenuto dei colloqui emerge un elevato livello di sofferenza soggettiva (si presenta visibilmnente trascurato, dimesso, seduto in carrozzella, deperito, si definisce "allo stremo"); spiega il rifiuto del ricovero al repartino con le torture psicologiche che ivi gli sarebbero state praticate per farlo collaborare con la polizia e con il tentativo di sottoporlo a narcosi totale (il riferimento sembra essere alla programmata anestesia per l'effettuazione di RMN encefalo, non effettuata a febbraio 2015 per il rifiuto del paziente, che sul punto ha anche insistito nel corso dell'odierna udienza, come prova di un intento persecutorio nei sui confronti); la rappresentazione degli eventi del suo passato appare impressionistica, istrionica, a tratti confabulatoria; afferma che lo psichiatra non gli ha prescritto psicofarmaci (solo Lyrica, ma come antalgico); lamenta dolori diffusi, per i quali assume Toradol sublinguale; si nota difficoltà a rispondere in modo adeguato alle domande, logorrea, ripetitività e referenzialità nelle risposte, non sempre congrue; tende a rimarcare la sua ricerca di distacco e ritiro rispetto alla comunità carceraria, dalla quale sembra voler prendere una distanza identitaria; afferma di essere vegetariano da trent'anni e di essere arrivato a pesare, ciononostante, sino a 70 Kg., ma in carcere il cibo gli fa schifo, tranne qualche vegetale, sicchè preferisce alimentarsi con cibo portato dai familiari; denuncia problemi di deglutizione e prima ancora di masticazione del cibo (afferma, al contempo, di riuscire a mangiare solo alimenti secchi, come grissini e pane secco); l'eloquio è impressionistico, mostrando auto drammatizzazione, teatralità ed un'espressione esagerata delle emozioni; i movimenti involontari (tics) paiono poco spontanei, verosimilmente enfatizzati durante il colloquio per porre l'accento su alcuni passaggi narrativi; enfatizza, nel mostrarla, l'incertezza nel mantenere l'equilibrio e nella deambulazione; sono ricorrenti le manifestazioni di sfiducia verso le cure ricevute e gli accertamenti diagnostici proposti, che giudica inadeguati, giudizio che il perito colloca all'interno di un atteggiamento autoreferenziale, che vede compromessa la possibilità di considerare le esperienze altrui e di tenere conto del parere di terzi.
Nelle proprie considerazioni psichiatrico forensi il perito esprime il convincimento che la riscontrata "amplificazione", con presenza di loquacità, seduzione e manipolazione, non sia tanto segno di simulazione, quanto elemento di un funzionamento psichico connesso al disturbo di personalità e alla soggettiva elaborazione della sofferenza psichica: egocentrismo, sentimenti del tipo "tutto è dovuto" (in tema di tutela della salute), degnazione verso gli altri, ricerca di attenzione sono tratti costitutivi della personalità del periziando.
L'indicazione diagnostica, tratta dall'osservazione clinica e dal test, è di Disturbo Depressivo con la messa in atto di difese ipomaniacali; il quadro clinico viene definito di Disturbo dell'Umore, tipo Disturbo Depressivo di Moderata entità dovuto a condizione medica (pluripatologie) – e, quindi, di tipo reattivo - in disturbo di personalità NAS e iniziale decadimento cognitivo; lo stato detentivo concorre in qualche misura al mantenimento delle condizioni psicopatologiche; le condizioni di deperimento organico sono ascrivibili a costellazione psicopatologica del periziando: le difficoltà nell'alimentazione sembrano riconducibili più a un atteggiamento provocatorio/antagonista, in qualche misura riferibile a tratti ossessivi, piuttosto che ad una dimensione francamente depressiva; lo stato di malessere viene espresso attraverso il canale comunicativo del disagio fisico e tale modalità di funzionamento auto-distruttiva potrebbe condurre, nel tempo, a situazioni patologiche severe, rischio che il contenimento offerto da un clima familiare varrebbe a diminuire (il detenuto ha posto in evidenza il forte legame affettivo che lo lega alla moglie).
Le conclusioni peritali si completano con due considerazioni:

- che perplessità rispetto alla diagnosi di Depressione Maggiore , riportata negli atti, sono indotte dalle modalità di comunicazione della sintomatologia: più che impregnata da una

tristezza vitale (come nella Depressione Maggiore), essa è apparsa esibizionistica e a tratti discordante con la sintomatologia riferita (inibizione, rallentamento, disinteresse, che nel grave depresso si traduce in un eloquio rallentato, laddove nel caso di Macchi la comunicazione è accelerata e ridondante);

- che il disturbo psicopatologico, nonostante la preponderanza dell'aspetto ambientale, potrebbe trarre beneficio da una terapia psicofarmacologica anche in regime detentivo e da un avvicinamento agli affetti: dopo un monitoraggio della situazione clinica, si ipotizza la rivalutazione dello stato clinico, essendovi indicazione, nel caso in cui non si producano miglioramenti, alla collocazione in luoghi di cura maggiormente appropriati da un punto di vista sanitario e non percepiti dal periziando come afflittivi.

Ebbene, da tali articolate conclusioni ritiene il Tribunale di dover trarre il convincimento della non ricorrenza, allo stato, del presupposto cui l'art.146 c.p. subordina il differimento obbligatorio della pena, ovverosia l'essere la persona in uno stato della malattia così avanzata da non rispondere più ai trattamenti disponibili e alle terapie curative: e ciò per un duplice ordine di ragioni, tra loro collegate.

La prima risiede nella mancata sperimentazione, sino ad ora, di un serio trattamento psicofarmacologico (già suggerito, a inizio 2015, nell'elaborato peritale rassegnato dal dr. Marco Canepa alla Corte d'Appello di Genova e la cui necessità è sostenuta anche nella prima perizia esperita in questo procedimento) : si è visto come la terapia assunta dal Macchi non contempli, allo stato, farmaci antidepressivi e/o stabilizzatori dell'umore. Non è chiaro in che misura ciò costituisca frutto di una scelta dei curanti ovvero di un atteggiamento di rifiuto del Macchi, ma rappresenta un fatto che il tentativo di migliorare la condizione psicopatologica del paziente attraverso i farmaci non è stato ancora compiuto, sì che non se può valutare l'efficacia.

La seconda riguarda la condizione di forzata lontananza dagli affetti – più volte e in più circostanze lamentata dal condannato -, che certamente impedisce l'effetto di contenimento e riduzione del disagio che potrebbe derivare da una possibilità di più frequenti contatti con le persone di riferimento affettivo, e in particolare con la moglie; la stessa disponibilità di cibi più graditi – quelli portati in carcere dai familiari, come riferito dal soggetto – sarebbe favorita dalla vicinanza alla residenza familiare. D'altronde, il trasferimento ad altro Istituto faciliterebbe anche un eventuale approccio al problema sanitario del condannato in regime di ricovero, eliminando il problema dell'ostilità verso il principale nosocomio genovese, sede del Reparto detenuti.

La possibilità di esperire questo duplice tentativo di miglioramento della condizione clinica ed esistenziale del soggetto non è impedita dalle sue condizioni fisiche: come sopra evidenziato e come implicitamente confermato dalle conclusioni del perito – che indicano il rischio, ma non l'attualità, di situazioni patologiche severe - , nulla induce a ritenere che la condizione di deperimento organico del Macchi lo esponga a un rischio effettivo e attuale. D'altronde, va considerato che sembra non essere la prima volta che il soggetto versa in simili condizioni: già nella fase iniziale della sua carcerazione per armi, partecipazione a banda armata e associazione sovversiva, iniziata nel 1991, egli incorse in una situazione che l'interrogazione parlamentare presentata alla Camera dei Deputati il 26/1/1993 definiva di "forte decadimento delle condizioni fisiche" con "calo ponderale da 72 chilogrammi a 50 chilogrammi", situazione che venne affrontata e risolta in ambito detentivo presso istituti penitenziari della capitale -nonostante il giudizio di incompatibilità con il regime carcerario espresso dai periti nominati dalla Corte d'appello di Roma – , anche attraverso il ricovero in ambiente psichiatrico, cui si fa cenno nella perizia Lomi.

Ritiene, quindi, il Tribunale che l'istanza debba essere respinta e che la presente ordinanza debba essere trasmessa al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria affinchè provveda, a tutela della salute del detenuto, al suo trasferimento in un Istituto prossimo alla residenza familiare (Ostia) e in grado di garantire le cure appropriate, eventualmente anche attraverso il ricovero esterno ai sensi dell'art.11 o.p.

P.Q.M.

COPIA

UNEP - CORTE DI APPELLO DI ROMA

Z.	S.
3	1

Reg. 3/2016 Modello Bag

Cron.11005 - 1/1

Richiedente **TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI GENOVA**

R.G. 783/16

Relazione di notificazione

Io sottoscritto Uff./Funz. Giudiziario, addetto al su indicato ufficio, ho notificato il presente atto di ORDINANZA a:

VIANELLO ACCORRETTI AVV. VALERIO

PENALE

VIA RENI GUIDO,2 00196 ROMA - ITALIA

mediante consegna di copia conforme all'originale a mani: di Oscar Castro

14 Caricato

Ud.

capace e convivente, tale qualificatasi, in busta chiusa e sigillata, che si incarica della consegna in sua precaria assenza.

ROMA I° Acc. 5/5/2016 II° Acc.

Ufficiale Giudiziario/Funzionario 458 CONTESTI FULVIO Ufficiale Giudiziario

SPECIFICA	
Trasferte	€ 0,57
Spese	€ 0,00
TOTALE	€ 0,57

Data rich. 03/05/16

Ufficiale Giudiziario

144

Stampato il 03/05/16

Atto notificato ai sensi dell'art. [ ] 139 c.p.c. [ ] 157 c.p.p. co.3 Avviso Spedito con Racc. n. _____ ROMA il _____ L'Ufficiale Giudiziario	Atto notificato ai sensi dell'art. [ ] 140 c.p.c. [ ] 157 c.p.p. co.8 : curato il deposito della copia dell'atto in busta chiusa e sigillata completa di numero di cronologico, nella Casa Comunale di ROMA, [ ] per non aver rinvenuto alcuno all'indicato domicilio; [ ] per l'assenza o il rifiuto di persone idonee a cui poter consegnare l'atto ai sensi di legge. ROMA il _____ L'Ufficiale Giudiziario _____ Eseguita Affissione a norma di legge ROMA il _____ L'Ufficiale Giudiziario _____ Spedita Racc. A.R. n. _____ il _____ L'Ufficiale Giudiziario _____