



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

**Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi dell'articolo 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1° ottobre 2012 (Allegato A), recante “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia”.**

Rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022

## LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 30 novembre 2022:

**VISTO** l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

**VISTO** il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante “Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 recante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e, in particolare, l'articolo 5, che prevede l'istituzione presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di apposito Comitato Paritetico Inter-istituzionale con il compito di dare attuazione alle linee guida di cui all'Allegato C dello stesso decreto e l'Allegato A del d.P.C.M., che prevede la costituzione di un Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale;

**VISTA** la delibera di Conferenza Unificata del 31 luglio 2008 (Rep. Atti 81/CU/2008) di costituzione del succitato Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria;

**VISTO** l'Accordo di Conferenza Unificata 31 ottobre 2011 (Rep. Atti 81/CU/2011) recante “Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici



# Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Giudiziari (O.P.G.) e nelle Case Cura e Custodia (C.C.C.)” di cui all’Allegato C del d.P.C.M. 1° aprile 2008;

**VISTO** il decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012 n. 9, e successive modificazioni, recante “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”;

**VISTO** il decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro della giustizia del 1° ottobre 2012, recante “*Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia*” e, in particolare, l’Allegato A che prevede una gestione interna delle specifiche strutture residenziali di esclusiva competenza sanitaria la cui responsabilità è assunta da un medico dirigente psichiatra, nonché l’applicazione nelle stesse strutture di tutte le norme del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale riferite agli internati;

**VISTO** il decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante “Disposizioni in materia sanitaria” convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, 1al fine di assicurare un quadro normativo completo e coerente in merito ai trattamenti clinici e all’obbligo di elaborazione di un Progetto Terapeutico Individualizzato per ogni paziente;

**VISTO** il decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, recante “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, che dispone modifiche all’articolo 3-ter del citato decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, prevedendo, tra l’altro, che il termine del 1° aprile 2014 di cui all’articolo 3-ter, comma 4, della menzionata legge fosse prorogato al 31 marzo 2015, stabilendo che, dalla data di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e di assegnazione alle Case di Cura e Custodia (CCC) fossero eseguite esclusivamente all’interno delle strutture sanitarie, di cui al comma 2 del medesimo articolo 3-ter, denominate Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (di seguito R.E.M.S.), fermo restando che le persone socialmente pericolose dovessero essere prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di Salute Mentale (di seguito DSM);

**VISTO** l’Atto della Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 (Rep. Atti 17/CU/2015) recante “Accordo, ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1° ottobre 2012 emanato in applicazione dell’art. 3 ter, comma 2 del Decreto legge 22 dicembre 2011 n. 211, convertito con modificazioni, dalla Legge 17 febbraio 2012 n. 9 e modificato dal Decreto Legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in Legge 30 maggio 2014 n. 81”;

**VISTA** la nota DAR protocollo n. 12278 del 28 luglio 2022, con la quale è stata diramata a tutti i componenti del citato Tavolo la bozza di Accordo indicata in oggetto, trasmessa dal Sottogruppo di lavoro ad hoc, a seguito di un lungo lavoro di revisione dell’Accordo di Conferenza Unificata 26 febbraio 2015 (Rep. Atti 17/CU/2015);



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

**VISTA** la successiva nota DAR protocollo n. 13786 del 29 agosto 2022, con la quale è stata convocata la riunione del Tavolo per il 9 settembre 2022 per l'esame del provvedimento in parola;

**VISTA** la nota DAR, protocollo n. 15331 del 22 settembre 2022, con la quale è stata diramata alle Regioni e alle Autonomie locali una ulteriore versione del provvedimento, trasmessa in pari data dal Sottogruppo, con richiesta di invio del formale assenso tecnico alle Amministrazioni centrali e alle Regioni e Autonomie locali, nonché al Ministero dell'economia e delle finanze di comunicare, ove necessario, l'inserimento di eventuali clausole non presenti nel testo;

**VISTA** la nota con cui il Coordinamento interregionale in sanità, in data 26 settembre 2022, ha comunicato l'assenso tecnico;

**VISTA** la nota di assenso dell'ANCI del 7 ottobre 2022;

**VISTE** le note del 10 e 12 ottobre 2022, rispettivamente del Ministero della giustizia e del Ministero della salute, con le quali è stato comunicato il rispettivo assenso tecnico;

**VISTA** la nota del 17 ottobre 2022, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso il parere del competente Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, nel quale si sottolineava di non avere osservazioni da formulare in merito, ma la necessità di inserire nel testo dell'accordo la seguente clausola: "Le Amministrazioni interessate provvedono alle attività previste nel presente provvedimento nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi né maggiori oneri a carico della finanza pubblica";

**VISTA** la nota DAR protocollo n. 16908 del 17 ottobre 2022, con la quale il suddetto parere è stato portato a conoscenza di tutte le Amministrazioni centrali e locali nonché dei componenti del Tavolo sanità penitenziaria;

**CONSIDERATO** che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali hanno espresso avviso favorevole all'accordo sulle Linee di indirizzo in argomento, con richiesta di inserimento della suddetta clausola di invarianza;

**ACQUISITO**, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e degli Enti Locali sulla proposta in esame:

## **SANCISCE ACCORDO**

ai sensi dell'articolo 9, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, nei seguenti termini:

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 (G.U. S.O. n. 15) recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2017);

**VISTO** l'articolo 1, comma 16, lett. c), legge 4 luglio 2017, n. 103, che delega il Governo ad adottare decreti legislativi per la revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali;

**VISTA** la Sentenza della Corte costituzionale n. 22/2022;

**RICHIAMATE:**

- La Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017 nella quale, all'esito di articolata attività istruttoria, si dà conto della complessa congerie di problemi applicativi e sistematici emersa a cinque anni di distanza dall'approvazione della legge n. 9/2012, soffermandosi, tra l'altro, sull'evidente squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle Autorità giudiziarie competenti, problema aggravato dalla circostanza che presso le R.E.M.S., strutture chiaramente finalizzate ad ospitare soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive nella fase esecutiva, sono state destinate sempre più frequentemente persone sottoposte ad indagini soggette all'applicazione di misure in via provvisoria; il Consiglio si è inoltre soffermato sul problema delle liste di attesa, già ampiamente percepito nel 2017, sottolineando come il ricovero in R.E.M.S. dei soggetti raggiunti da misure di sicurezza provvisorie fosse uno dei principali motivi di inefficienza del sistema, ideato per il trattamento di lungo periodo dei pazienti destinatari di misure di sicurezza definitive. Il Consiglio ha sottolineato l'importanza di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, DSM, Direzione delle R.E.M.S., Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (U.I.E.P.E), soprattutto al fine di dare concreta attuazione al principio normativo del ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*, la cui effettiva applicazione potrebbe in astratto consentire di attenuare la problematica delle liste di attesa. Il Consiglio ha sottolineato in questo senso l'opportunità che, proprio nell'orientare le scelte e le decisioni circa la misura di sicurezza non definitiva, i Giudici della cognizione possano contare su uno spettro, il più ampio possibile, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio;
- la Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018 che, in continuità con quella del 2017, ribadisce i seguenti principi: a) priorità della cura sanitaria necessaria; b) principio di territorialità in forza del quale il soggetto viene preso in carico dai servizi di salute mentale del territorio di residenza; c) centralità del progetto terapeutico individualizzato; d) ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*. Da questi elementi discende l'importanza di una piena integrazione tra le diverse istituzioni, preferibilmente attraverso la definizione di accordi di collaborazione e/o protocolli operativi, ponendo al centro del nuovo sistema i DSM quali titolari dei programmi terapeutici riabilitativi al fine di attuare trattamenti in contesti residenziali e territoriali: le R.E.M.S., infatti, sono tra gli elementi della rete dei servizi offerti dai DSM che il sistema sanitario garantisce;
- la Sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 20 febbraio 2019 con la quale si dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

libertà), nella parte in cui non prevede che, nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il tribunale di sorveglianza possa disporre l'applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo articolo 47-ter;

**RICHIAMATO** il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (Presidenza del Consiglio dei ministri) del 22 marzo 2019 con il quale, basandosi sull'organizzazione della rete di servizi territoriali offerti dai DSM, si sottolinea la necessità di limitare il ricorso alle R.E.M.S. ai soggetti nei cui confronti viene applicata la misura di sicurezza detentiva definitiva;

## **CONSIDERATO CHE:**

Durante gli incontri del Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria del 10 dicembre 2019 e del 10 febbraio 2021, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha evidenziato come, allo stato, in esecuzione dell'Accordo della Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015, continua stabilmente a ricevere dalle Autorità Giudiziarie le richieste di designazione delle R.E.M.S. dove ricoverare i soggetti raggiunti dai provvedimenti applicativi di misure di sicurezza detentive, pur non avendo nei fatti il potere di disporre autoritativamente l'assegnazione dei pazienti in R.E.M.S., in ragione della gestione esclusivamente sanitaria delle strutture; che, inoltre, ciò determina un disallineamento tra poteri e responsabilità, in quanto l'Autorità Giudiziaria continua generalmente a vedere nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria l'unico soggetto responsabile delle assegnazioni in R.E.M.S., benché tale potere risulti, nella pratica quotidiana, affidato in via esclusiva alle Regioni; che il Dipartimento si è inoltre soffermato sulla persistente, progressiva ed ormai cronica criticità determinata dalle liste di attesa per gli ingressi in R.E.M.S., tenuto doverosamente conto del dettato costituzionale e di quanto previsto dalle fonti sovranazionali; che, al riguardo, il predetto Dipartimento ha sottolineato altresì il crescente interesse per la tematica da parte della stessa Corte Europea dei diritti dell'uomo e ha lamentato l'assenza di criteri univoci nella tenuta delle liste di attesa da parte delle Regioni soffermandosi, altresì, sul carattere generalmente troppo rigido di tali liste che, nella maggior parte dei casi, risultano tenute esclusivamente sulla base del criterio cronologico della data di arrivo della singola assegnazione alla R.E.M.S. su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

**CONSIDERATO**, inoltre, che ulteriori e gravi criticità, perlomeno in alcune Regioni, permangono nei rapporti di collaborazione con l'Autorità Giudiziaria in merito alla pronta individuazione delle strutture sanitarie presenti sul territorio e, in particolare, di quelle a carattere residenziale o semi-residenziale che possano accogliere i pazienti psichiatrici autori di reato nei confronti dei quali l'Autorità Giudiziaria ritenga applicabile la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, anche munita di prescrizioni in merito ai programmi terapeutici e riabilitativi da garantire, in sostituzione di quella detentiva;

**RITENUTO** necessario procedere alla revisione dell'Accordo di Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 al fine di regolamentare efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle istituzioni coinvolte nella gestione dei pazienti cui è stata applicata una misura di sicurezza;

## **PREMESSO CHE:**



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- le Regioni e le Province Autonome assicurano l'assistenza sanitaria alle persone sottoposte a misura di sicurezza secondo il principio della territorialità (articolo 3-ter, comma 3, lett c), del decreto-legge 122 dicembre 2011, n. 211) basato sulla residenza o sull'ultimo domicilio (come risulta dagli atti giudiziari) accertati da parte del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria ovvero sul territorio nel quale è stato commesso il reato qualora si tratti di persona senza fissa dimora o di nazionalità straniera (Accordi Atti CU81/2009; CU 95/2011), attraverso la presa in carico dei soggetti da parte dei DSM che si avvalgono della rete dei servizi socio-sanitari territoriali e, ove necessario e appropriato, nel rispetto del principio di *extrema ratio* del ricovero in R.E.M.S.;
- le Regioni e le Province Autonome garantiscono al Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria) e al Ministero della Giustizia (Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria) le informazioni sulle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza del proprio territorio;
- le R.E.M.S. sono strutture residenziali sociosanitarie territoriali, o moduli, destinate ad accogliere prioritariamente le persone cui è stata comminata la misura di sicurezza in via definitiva, ferma restando la necessità, prevista dalla legge (articolo 3-ter, comma 4, d.l. 211/2011), di assicurare accoglienza anche ai destinatari di misura di sicurezza provvisoria;
- le R.E.M.S. sono destinate alle persone con misura di sicurezza detentiva disposta dall'Autorità Giudiziaria nel rispetto del principio di gradualità di cui all'articolo 3-ter, comma 4, d.l. 211/2011;
- le R.E.M.S. rispondono ai requisiti strutturali e organizzativi indicati nell'Allegato A del D.M. 1° ottobre 2012 e sono dotate di un Responsabile Dirigente Psichiatra coadiuvato da personale sanitario, tecnico e amministrativo;
- il ricorso alla R.E.M.S. è subordinato alla verifica, da parte dell'Autorità Giudiziaria, degli elementi dai quali emerge che ogni altra soluzione non è idonea a garantire un percorso di cura appropriato per il soggetto cui applicare una misura di sicurezza (ad esclusione articolo 133, c. 2, C.P. e articolo 679 C.P.P.);
- le persone ospitate nelle R.E.M.S. mantengono lo status giuridico di "internati" e sono, pertanto, assoggettate alle conseguenti applicazioni delle disposizioni di legge, con particolare riferimento alle disposizioni della Magistratura di Sorveglianza;
- alle persone con misura di sicurezza, provvisorie e definitive, sono garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, la definizione di un Progetto Terapeutico e Riabilitativo Individuale (di seguito P.T.R.I.) e la continuità assistenziale sul territorio attraverso modalità organizzative integrate con quelle operanti per i cittadini liberi;
- il P.T.R.I., di cui all'articolo 8 del presente Accordo, è strumento che pone al centro del nuovo sistema la salute della persona ed è definito dal DSM territorialmente competente, che a tal fine collabora con gli uffici dell'U.I.E.P.E., con l'Autorità Giudiziaria, attraverso la rete socio-assistenziale, e con il Dirigente Responsabile della R.E.M.S., qualora non sia possibile una diversa presa in carico;



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- il P.T.R.I. è definito in collaborazione tra i diversi attori istituzionali coinvolti e inserito entro 45 giorni dalla segnalazione per la presa in carico nel sistema informativo di cui all'articolo 14 del presente Accordo;
- con il presente Accordo viene altresì attivata una stabile Cabina di Regia nazionale, composta da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia, della Magistratura, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano con funzioni coordinamento, monitoraggio e indirizzo del presente Accordo, nell'ottica della condivisione e della concertazione di un sistema atto a garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

## SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali, nei seguenti termini:

### **Art. 1 - Principio di territorialità**

Sulla base dell'accertata residenza rilevata dagli atti giudiziari, le persone sottoposte a misura di sicurezza sono prese in carico dal DSM del territorio di riferimento, che si avvale della rete dei servizi sociosanitari per le misure non detentive e della collaborazione delle R.E.M.S. di riferimento regionale, qualora disposte dall'Autorità Giudiziaria le misure di sicurezze detentive. Particolare rilevanza hanno le informazioni riguardanti il Comune di residenza o domicilio, precipuamente al fine di favorire il precoce coinvolgimento dei Servizi Sanitari e sociosanitari competenti per l'attuazione di quanto disposto dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.

Attenendosi al già menzionato principio di territorialità, le assegnazioni ed i trasferimenti presso le R.E.M.S. sono eseguiti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (di seguito DAP) in collaborazione con le Regioni e PP.AA. (attraverso i P.U.R. di cui al successivo art.3), in armonia con la sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022, tenuto conto del Comune di residenza o del domicilio accertato, fermo restando quanto già disciplinato in tema di residenza e domicilio di riferimento negli accordi della Conferenza Unificata Rep. Atti 81/CU del 26 novembre 2009 e Rep. Atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011.

Le suddette assegnazioni sono disposte dal DAP anche tenuto conto della disponibilità di posti nelle singole R.E.M.S., come segnalati e tempestivamente aggiornati dalle Regioni e PP.AA attraverso i P.U.R. di cui al successivo art. 3.

I soggetti senza fissa dimora/stranieri sono presi in carico dal DSM sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza.

Gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico dell'Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione.

Il DAP assicura, nello svolgimento delle attività di cui al presente articolo, l'invio alle Regioni e PP.AA. delle pertinenti informazioni relative alla singola persona alla quale è applicata dalla Magistratura una misura di sicurezza.



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

## **Art. 2 – Collocazioni in R.E.M.S.**

Le Regioni e le Province Autonome assicurano all’Autorità Giudiziaria tutto il supporto necessario ai fini della esecuzione dei provvedimenti applicativi delle misure di sicurezza detentive e non, nell’ambito di percorsi assistenziali il più possibile condivisi e idonei per la cura dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Le Regioni e le PP.AA. provvedono a individuare un Punto Unico Regionale (P.U.R.), di cui al successivo articolo, con l’obiettivo di fornire un supporto all’Autorità Giudiziaria al fine di dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentiva in base al principio di territorialità, individuando la R.E.M.S. di assegnazione.

Il DAP si impegna a svolgere ogni utile funzione di raccordo e coordinamento tra l’Autorità Giudiziaria, i Punti Unici Regionali ed i DSM, ricevendo dall’Autorità Giudiziaria e condividendo le richieste di collocazione di soggetti nelle R.E.M.S. e la copia dei provvedimenti applicativi della misura di sicurezza detentiva.

Al momento della trasmissione dei provvedimenti di assegnazione alla R.E.M.S., il DAP si impegna altresì a comunicare ai P.U.R. se la richiesta riguardi:

- un soggetto già presente in lista di attesa in quanto già sottoposto a misura di sicurezza detentiva mai eseguita per carenza di posto in R.E.M.S. che sia stato raggiunto da un ulteriore provvedimento applicativo di misura di sicurezza detentiva in relazione ad un nuovo titolo di reato;
- un soggetto già sottoposto a misura di sicurezza non detentiva che sia stato raggiunto da un provvedimento di aggravamento, con applicazione della misura di sicurezza detentiva.

## **Art. 3 – Punti Unici Regionali (P.U.R.)**

Previa formale istituzione e assegnazione delle relative competenze da parte delle Regioni e delle Province Autonome, il P.U.R., operando d’intesa ed in costante raccordo con i DSM e le ASL, cui compete l’erogazione delle prestazioni sanitarie, si impegnano:

- ad indicare tempestivamente e direttamente all’Autorità Giudiziaria richiedente, nonché al DAP, la R.E.M.S. di destinazione per competenza territoriale;
- qualora nell’immediato non siano disponibili posti in R.E.M.S., il P.U.R. favorisce il raccordo con la Magistratura competente al fine di permettere una periodica, stringente, revisione della situazione clinica dei soggetti in attesa di internamento. Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà cura del P.U.R. indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell’Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata;
- qualora l’Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), ai sensi degli articoli 73 del c.p.p. o 211-bis del c.p., il P.U.R. provvede a raccordare l’Autorità Giudiziaria e le ASL per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

## CONFERENZA UNIFICATA

in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie; nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il P.U.R. ne dà tempestiva notizia al DAP;

- a promuovere la stipula di protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie presenti sul territorio al fine di elaborare condivisi percorsi assistenziali in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato; a tal fine, i P.U.R. promuovono la stipula di protocolli che contengano, tra l'altro, la previsione secondo cui, al momento del conferimento degli incarichi peritali o di consulenza tecnica in materia psichiatrico-forense, le Autorità Giudiziarie invitino i periti e i consulenti tecnici a prendere contatti con i P.U.R. al fine di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale presenti sul territorio eventualmente idonei ad accogliere il paziente psichiatrico autore di reato, qualora, all'esito degli accertamenti, l'Autorità Giudiziaria dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva;
- a promuovere forme di coordinamento interregionale, nel rispetto del principio di territorialità più sopra richiamato, specialmente tra Regioni limitrofe, al fine di stimolare la collaborazione tra sistemi sanitari regionali da attivare in relazione all'esecuzione delle misure detentive e non;
- a favorire il raccordo operativo con i DSM, titolari della presa in carico, qualora da questi venga sollecitata la necessità di rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti presenti nelle liste di attesa per l'ingresso in R.E.M.S. o che comunque risultino già in carico ai DSM in conformità alla Legge 81/2014;
- a favorire la rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti ricoverati in R.E.M.S. a cura del Magistrato competente qualora venisse ravvisata dall'equipe curante della R.E.M.S. e/o del DSM la possibilità di adozione di misure terapeutiche alternative;
- a monitorare qualitativamente e quantitativamente le liste d'attesa eventualmente esistenti per l'ingresso in R.E.M.S., comunicando ogni sei mesi gli esiti delle rilevazioni al Ministero della Salute ed al Ministero della Giustizia.

Le Regioni e le PP.AA. – attraverso i P.U.R. - e il DAP si impegnano a revisionare periodicamente e comunque ogni sei mesi le liste di attesa per gli ingressi R.E.M.S. scambiandosi ogni dato ritenuto rilevante, nel rispetto del principio di leale collaborazione e della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

Per le finalità di cui al presente Accordo, i P.U.R. ricevono dal DAP, al momento dell'assegnazione in R.E.M.S., l'informazione disponibile sul Comune di residenza o domicilio, ovvero, nei casi di persone senza fissa dimora, di quello di commissione del reato.

### **Art. 4 – Criteri per la tenuta delle liste di attesa**

Le parti, ciascuna per le proprie competenze, si impegnano a ridurre gradatamente, sino ad azzerare le liste d'attesa, nonché a programmare e realizzare ogni iniziativa per prevenire la formazione di nuove liste, nel rispetto dei principi sanciti in materia dalla Corte Costituzionale (Sentenza n. 22/2022). Tra le predette iniziative sono sempre assicurate quelle idonee a garantire la completa e sollecita disponibilità di tutti i posti per cui le singole R.E.M.S. sono autorizzate e, a tal fine, è esclusa la possibilità di attuare regolamentazioni che prevedano il non utilizzo a medio-lungo



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

termine dei posti (come, per es., nei casi di dimissioni di internati cui è applicata la Licenza Finale di Esperimento).

Le liste di attesa, sino all'esaurimento delle stesse, sono uno strumento dinamico che viene costantemente aggiornato per includere le persone assegnate e stabilire l'ordine di priorità dell'inserimento in R.E.M.S., secondo criteri, definiti da ogni singola Regione e PP.AA. di concerto con l'Autorità Giudiziaria (mediante appositi accordi/protocolli), nel rispetto dei principi di seguito indicati.

I criteri della tenuta delle liste di attesa devono tenere conto:

1. della data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S.;
2. delle caratteristiche sanitarie del paziente;
3. del livello attuale di inappropriatezza della collocazione del paziente cui è applicata una misura di sicurezza detentiva immediatamente eseguibile, con particolare riferimento allo stato di detenzione in Istituto penitenziario o al ricovero in SPDC;
4. dell'adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista di attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla R.E.M.S. per i pazienti assegnati, da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria.

I P.U.R. assicurano la gestione delle liste di attesa regionali per gli ingressi in R.E.M.S., sino all'esaurimento delle stesse, secondo le seguenti modalità:

- 1) dalla lista di attesa sono tempestivamente esclusi i soggetti che facciano ingresso in R.E.M.S., ovvero i destinatari di misura nelle more deceduti, ovvero coloro nei cui confronti la misura detentiva risulti revocata/sostituita con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- 2) non possono essere esclusi dalla lista di attesa coloro che, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., vengano temporaneamente collocati in altre strutture terapeutiche presenti sul territorio ma nei cui confronti non risulti formalmente revocata/sostituita la misura di sicurezza detentiva con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- 3) sono inseriti in elenchi separati oggetto di costante monitoraggio i destinatari di misura di sicurezza detentiva di seguito indicati:
  - coloro che, al momento della esecuzione della misura, risultino irreperibili all'esito delle ricerche effettuate dalla polizia giudiziaria, nonché coloro che risultino espatriati;
  - coloro che, al momento dell'applicazione della misura di sicurezza detentiva o nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., si trovino o vengano ristretti in istituto penitenziario per causa diversa da quella per la quale è stata applicata nei loro confronti la misura di sicurezza detentiva;
  - coloro nei cui confronti sia stato disposto il ricovero in R.E.M.S. da eseguirsi dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata o altrimenti estinta, ai sensi dell'art. 220, co. 1 codice penale;
  - coloro nei cui confronti, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., venga applicata una misura di sicurezza non detentiva, sino all'acquisizione di disponibilità di posto in R.E.M.S.;
  - coloro che vengano provvisoriamente accolti, per specifiche ed eccezionali motivazioni, in una R.E.M.S. di una Regione o P.A. diversa da quella di competenza territoriale.



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

## **Art. 5 - Trasferimenti per motivi di giustizia**

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) procede ai trasferimenti dagli Istituti Penitenziari alle R.E.M.S. per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, nonché alle traduzioni per motivi di giustizia, secondo quanto disposto dall'Autorità Giudiziaria.

In tutte le restanti circostanze, l'accompagnamento della persona in R.E.M.S., compreso l'accompagnamento dalla libertà, è disposto dall'Autorità Giudiziaria competente attraverso le FF.OO.

## **Art. 6 - Trasferimenti per motivi sanitari**

Previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria, competono al Servizio Sanitario Regionale i trasferimenti programmati per luoghi di cura esterni alla struttura ove è ospitato il paziente, i trasferimenti presso altre comunità o abitazione, l'accompagnamento nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata, compreso il momento della dimissione.

In caso di estrema urgenza o pericolo di vita, il Dirigente Medico Responsabile della struttura che accoglie il paziente dispone direttamente il trasferimento per motivi sanitari, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità Giudiziaria competente per eventuali disposizioni in merito.

## **Art. 7 – Piantonamenti**

In caso di ricovero presso luogo di cura esterno alla struttura ove è ospitato il paziente, il piantonamento è effettuato sollecitamente a cura del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria, qualora ritenuto necessario, su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

## **Art. 8 - Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (P.T.R.I.)**

Il P.T.R.I. definisce il percorso di cura e riabilitazione che comprende obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, specifici trattamenti e interventi comunque finalizzati al reinserimento sociale anche attraverso la gestione dei rapporti con la famiglia, la comunità esterna e il mondo del lavoro.

Per ogni paziente al quale è applicata una misura di sicurezza è definito uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (P.T.R.I.), periodicamente verificato secondo le procedure sanitarie ed inserito nella cartella clinica personale; tale percorso deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo del soggetto, come indicato nei principi della recovery:

- valutazione multi-professionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;
- definizione del percorso terapeutico-riabilitativo e del contratto di cura che comprenda obiettivi generali e specifici, la prevenzione del comportamento a rischio e che sia comunque finalizzato alla re-inclusione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività riabilitative, anche attraverso il mantenimento dei rapporti con la famiglia).



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Il DSM competente, entro 45 giorni, definisce il P.T.R.I. in collaborazione con gli Uffici U.I.E.P.E. del territorio competente e provvede all'inserimento dello stesso nel sistema informativo di cui all'art. 14; il P.T.R.I. viene comunicato all'Autorità Giudiziaria e deve essere periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale.

Le attività terapeutico-riabilitative, quali elementi costitutivi del percorso di cura, ancorché svolte in luogo esterno alla R.E.M.S., vengono riportate nello specifico P.T.R.I. e non necessitano di ulteriore avvallo da parte delle AA.GG.

## **Art. 9 - Procedimenti Amministrativi**

Le attività di identificazione, immatricolazione, ricostituzione ed aggiornamento della posizione giuridica sono svolte a cura dell'Istituto Penitenziario più prossimo alla singola R.E.M.S.

Sono di competenza del personale sanitario i procedimenti amministrativi di ammissione in struttura, la registrazione ai fini amministrativi-sanitari, la conservazione degli atti relativi alla posizione giuridica e i rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

La notifica di tutti gli atti giudiziari deve essere effettuata secondo le regole poste dagli art. 148 e seguenti del Codice di Procedura Penale, che individuano, quali organi delle notificazioni, l'ufficiale giudiziario o la polizia giudiziaria. La collocazione del paziente in R.E.M.S. non è ostativa alla notifica dell'atto a mani proprie del destinatario, anche nel caso in cui questo sia stato dichiarato interdetto o incapace processualmente, essendo tuttavia previsto in tali casi l'obbligo aggiuntivo di notifica dell'atto al tutore o al curatore speciale (v. art. 166 c.p.p.). La notifica deve essere eseguita, prioritariamente, a mani proprie del destinatario mediante consegna della copia dell'atto alla persona cui è diretto. Nel caso di temporanea assenza dalla struttura del destinatario dell'atto, ovvero di momentanea indisponibilità da parte di quest'ultimo di ricevere la consegna personalmente, l'atto, in assenza di personale addetto al servizio di portierato o ricezione posta, deve essere ricevuto da personale della struttura quale "convivente temporaneo".

## **Art. 10 - Rapporti tra Servizi Sanitari, Magistratura e Uffici Inter-distrettuali Esecuzione Penale Esterna**

Le Regioni e le Province Autonome e gli Uffici Inter-distrettuali per l'Esecuzione Penale Esterna (di seguito U.I.E.P.E.), attraverso le proprie articolazioni territoriali, definiscono con la Magistratura, mediante specifici Accordi, le modalità di collaborazione, ai fini dell'attuazione delle disposizioni normative di cui alla legge 30 maggio 2014, n. 81, inerenti all'applicazione delle misure di sicurezza detentive, alla loro trasformazione e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive.

Tali Accordi, al fine di ridurre il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione, prevedono modalità operative che assicurino almeno:

- la definizione delle modalità e procedure di collaborazione inter-istituzionale, il ricovero in R.E.M.S. quale soluzione residuale e transitoria, la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello di reinserimento esterno;
- la definizione di forme e modalità di collaborazione tra i Servizi Sanitari e la Magistratura



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

del territorio (con riferimento alle Aziende Sanitarie, alle Corti di Appello, alle Procure Generali della Repubblica, ai Tribunali ed alle Procure della Repubblica) che, in conformità alle indicazioni di cui alla Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura Fasc. 37/PP/2016 del 19 aprile 2017 (“Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi”), al fine di concorrere alla riduzione del ricorso alle misure di sicurezza detentive, con particolare riferimento alle misure provvisorie, comprendono:

- ✓ “la conoscenza aggiornata delle soluzioni offerte dai servizi sanitari”;
- ✓ “la disponibilità di un ventaglio di plurime soluzioni applicative adatte al caso di specie, la possibilità di impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo adeguato alle esigenze del singolo, in rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) - cui la l. n. 833 del 1978 assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica”;
- ✓ “la possibilità di indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare il contenuto delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell’infermo di mente autore di reato e l’esecuzione della misura di sicurezza nei suoi confronti ed ancora, di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa si appalesi l’unica soluzione utile e praticabile e non quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per la neutralizzazione della sua carica di pericolosità”;
- ✓ il coinvolgimento degli Uffici Esecuzione Penale Esterna territorialmente competenti;
- ✓ la predisposizione e l’invio all’Autorità Giudiziaria competente - nonché, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, anche al Ministero della Salute - dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali finalizzati all’adozione di soluzioni diverse dalla R.E.M.S. (per tutte le persone interessate dall’applicazione di una misura di sicurezza, con sollecitudine e comunque entro 45 giorni dal loro ingresso in R.E.M.S.), che costituisce un obbligo istituzionale per i Dipartimenti e servizi di salute mentale delle Aziende Sanitarie competenti per la presa in carico territoriale esterna alla R.E.M.S., fermo restando il concorso del Servizio Sanitario delle predette strutture e dell’Ufficio Esecuzione Penale Esterna, conformemente a quanto stabilito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.
- ✓

## **Art. 11 – Sicurezza**

Le Regioni e le Province Autonome attuano forme di collaborazione - anche attraverso accordi specifici - con le Prefetture cui è demandato il servizio di sicurezza e la sorveglianza perimetrale esterna delle R.E.M.S.

## **Art. 12 – Formazione**

Le Regioni e le Province Autonome realizzano iniziative formative interdisciplinari e multi-professionali con particolare riguardo agli aspetti clinici e riabilitativi, con il coinvolgimento



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

dell'Autorità Giudiziaria e del personale degli Uffici Inter-distrettuali per l'Esecuzione Penale Esterna (U.I.E.P.E.) nonché il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, anche attraverso i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria competenti per territorio.

Il Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria collabora con la Scuola Superiore della Magistratura ai fini dell'integrazione - nella programmazione annuale della formazione permanente e decentrata - di corsi di formazione e di aggiornamento programmati e realizzati con il concorso del Ministero della Salute e dei Servizi Sanitari Regionali, in tema di gestione delle misure di sicurezza.

## **Art. 13 - Cabina di Regia**

È attivata una Cabina di Regia presso il Tavolo di Consultazione Permanente che, integrando le funzioni del Comitato Paritetico Inter-istituzionale ex art. 5, c. 2, D.P.C.M. 01.04.2008, assicura il coordinamento, il monitoraggio e la promozione di iniziative volte all'attuazione delle disposizioni normative, anche in riferimento alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse economiche dei fondi pertinenti all'attività di superamento degli ex OPG.

Alla Cabina di Regia è invitata a partecipare una rappresentanza della Magistratura ordinaria su indicazione del Consiglio Superiore della Magistratura.

La Cabina di Regia vigila e propone soluzioni sugli elementi di maggiore criticità quali:

- la definizione dei criteri sanitari per la priorità di accoglienza degli utenti con misura di sicurezza nelle R.E.M.S.;
- il governo delle liste d'attesa per i ricoveri in R.E.M.S., con particolare attenzione al concetto di appropriatezza, sia per quanto riguarda la gestione delle perizie tecniche, che i rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze;
- il monitoraggio dinamico del fabbisogno di posti letto sia per quanto riguarda le R.E.M.S. che le strutture comunitarie specializzate deputate alla promozione di percorsi di cura non detentivi in armonia con il mandato della legge 81/2014;
- la definizione di uno schema unico di Regolamento per il funzionamento delle R.E.M.S.;
- la strutturazione di rapporti formali con la l'Autorità Giudiziaria.

La Cabina di Regia effettua inoltre una costante attività di monitoraggio sul funzionamento dei P.U.R.; a tal fine, può richiedere ai P.U.R. dati, documenti ed informazioni e può impartire loro ogni utile raccomandazione per assicurare il buon funzionamento del sistema delle R.E.M.S.

Qualora presso alcune Regioni o Province Autonome si ravvisino persistenti criticità nella gestione del sistema della R.E.M.S., la Cabina di Regia propone ogni utile iniziativa finalizzata alla pronta soluzione delle problematiche riscontrate, comprese le segnalazioni alle Regioni e al Ministero della Salute ai fini dell'esercizio dei poteri sostitutivi.

Entro 90 giorni dall'entra in vigore del presente accordo, la Conferenza Unificata provvede alle attività necessarie ai fini dell'attivazione della Cabina di Regia.

La Cabina di Regia opera in stretta collaborazione con l'Organismo di coordinamento per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG, ex L. 81/2014) istituito presso il Ministero della Salute nel settembre 2021.



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

### **Art. 14 - Sistema informativo per il monitoraggio del processo di superamento degli OPG (SMOP)**

Le Regioni e le PPAA assicurano l'uniforme e continuo monitoraggio delle attività delle R.E.M.S. – con priorità per gli ingressi e le uscite dalle R.E.M.S., la definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali ai sensi della legge n. 81/2014, la gestione delle liste di attesa e le informazioni sui percorsi di presa in carico sanitaria in applicazione di misure di sicurezza non detentive - attraverso il Sistema informativo SMOP<sup>1</sup> della Regione Campania, già adottato dalla quasi totalità delle Regioni e, in particolare, da tutte le Regioni e PP.AA. sede di R.E.M.S.

Le informazioni gestite attraverso il sistema SMOP, nel rispetto della vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 e D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii.), sono rese disponibili al Ministero della Salute previa emanazione di specifico decreto ministeriale, ai sensi dell'art. 2-sexies, comma 1-bis del Codice italiano in materia di protezione dei dati personali.

L'utilizzo del sistema SMOP da parte Servizi Sanitari delle Regioni e PP.AA., nella gestione delle misure di sicurezza avviene senza oneri aggiuntivi e con funzionalità diversificate in relazione alle specifiche competenze istituzionali e con garanzia di interoperabilità.

Le Regioni e le PP.AA, il Ministero della Salute ed il Ministero della Giustizia assumono l'impegno ad assicurare l'allineamento e l'eventuale unificazione della gestione informatizzata di monitoraggio continuo e complessivo dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive applicate sul territorio nazionale in via provvisoria o definitiva a persone affette da infermità psichica, totale o parziale, e ritenute socialmente pericolose.

### **Art. 15 – Monitoraggio**

Il presente Accordo è oggetto di monitoraggio periodico da parte del Tavolo di Consultazione Permanente della Sanità Penitenziaria e della Cabina di Regia di cui all'art. 13 anche al fine di diffondere le più efficaci forme di collaborazione e a promuovere - nell'ambito dei rispettivi uffici e servizi - l'adozione di prassi e procedure che favoriscano lo svolgimento delle attività.

Il presente Accordo può essere modificato ed integrato alla luce degli esiti del già menzionato monitoraggio e di eventuali revisioni normative.

Entro un anno dalla data della sottoscrizione del presente accordo si prevede la verifica da parte del Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria dell'attuazione dello stesso.

---

<sup>1</sup> Il Sistema informativo SMOP è un applicativo web totalmente realizzato e gestito dalla Regione Campania – Laboratorio territoriale di sanità penitenziaria “Eleonora Amato” – articolazione di coordinamento della rete regionale sanitaria penitenziaria della Regione Campania – esclusivamente con risorse professionali, finanziarie e tecnologiche pubbliche (risorse del Fondo sanitario nazionale vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale e alle funzioni sanitarie trasferite ex DPCM 01.04.2008). Il sistema è registrato presso la SIAE nel Registro pubblico per i programmi per elaboratore in data 13.05.2016 al numero 010667. Il sistema SMOP è stato formalmente reso disponibile dalla Regione Campania, senza oneri, alle altre Amministrazioni ed Autorità coinvolte nel processo di superamento degli OPG (comprese Regioni, PP.AA, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia, Autorità Giudiziaria, Garanti dei diritti delle persone private della libertà personale) nella seduta del Comitato Paritetico Interistituzionale del 18.06.2014.



# *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

## **Art. 16 – Clausola di invarianza**

Le Amministrazioni interessate provvedono alle attività previste nel presente provvedimento nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi né maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario

Cons. Paola D'Avena



Firmato digitalmente da  
D'AVENA PAOLA

C=IT  
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI  
MINISTRI

Il Presidente

Ministro Roberto Calderoli



Firmato digitalmente da  
CALDEROLI ROBERTO

C=IT  
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI  
MINISTRI