

# Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 22 dicembre 2023, n. 921

**Recepimento dell'Accordo per la gestione dei pazienti con misura di sicurezza (Rep. Atti CU/188/2022).  
Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.).**

**Oggetto:** Recepimento dell'Accordo per la gestione dei pazienti con misura di sicurezza (Rep. Atti CU/188/2022). Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.).

## LA GIUNTA REGIONALE

### SU PROPOSTA del Presidente

#### VISTI

- la Costituzione della Repubblica Italiana;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”* e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”* e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: *“Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni”* che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Determinazione n. G07633 del 13/06/2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 234 del 25/5/2023 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale *“Salute e Integrazione sociosanitaria”* al dott. Andrea Urbani;
- l'Atto di Organizzazione n. G 13499 del 13/10/2023 con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, al dott. Marco Nuti;

#### VISTI

- la legge 23 dicembre 1978, n. 833 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”* e s.m.i. ed in particolare l'articolo 15 che disciplina gli *“Accordi fra le pubbliche amministrazioni”*;
- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”* e ss.mm.ii.;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
- il d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281 *“Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città ed autonomie locali”* e, in particolare, l'articolo 9, comma 2, lettera c), che stabilisce che la Conferenza Unificata *“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”*;
- la legge 30 novembre 1998, n. 419, concernente la *“Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Nazionale. Modifiche al D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502”* e, in particolare, l'art. 5 *“Riordino della medicina penitenziaria”*;

- la legge 8 novembre 2000, n. 328, “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”;
- il DPCM 29 novembre 2001 concernente “*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*” e aggiornamenti successivi;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421*”;

#### **VISTI altresì**

- la legge 7 agosto 1990, n. 241 “*Nuove norme sul procedimento amministrativo*” e s.m.i., che prevede, in particolare, all’art. 15 la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge del 15 marzo 1997, n. 59*” e s.m.i.;
- la legge regionale 6 agosto 1999, n. 14, “*Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo*” e s.m.i.;

#### **VISTI**, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42*” e successive modifiche;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 “*Regolamento regionale di contabilità*”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “*Legge di contabilità regionale*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 13 dicembre 2022, n. 1178, recante: “*Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2022*”;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1, recante: “*Legge di stabilità regionale 2023*”;
- la legge regionale 30 marzo 2023, n. 2 recante “*Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2023-2025*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023, n. 92, concernente: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023-2025. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa*”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2023, n. 127, concernente: “*Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2023-2025 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli art. 30,31 e 32, della Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11*”;
- la nota a firma del Direttore generale prot. n. 866060 del 1° agosto 2023, con la quale sono fornite le indicazioni operative per la gestione del bilancio regionale 2023-2025;

#### **VISTI**

- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e*

*successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;*

- il DCA del 30 dicembre 2015 n. U00606 “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l’altro, dal DCA n. U00373/15 “*Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”*”;
- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018 “*Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”*;
- la Deliberazione di Giunta regionale 21 gennaio 2020 n. 12, avente ad oggetto: “*Presa d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”*”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20/01/2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l’altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20 gennaio 2020 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26/06/2020 recante: “*Presa d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”*;
- il verbale della riunione del 22/07/2020 con il quale il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l’uscita della Regione Lazio dal commissariamento;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 661 del 29/09/2020 recante: “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020*”;

**VISTO** l’art. 2, co. 283, della Legge 24/12/2007, n. 244 (finanziaria 2008) che definisce il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale e s.m.i.;

**VISTI**, altresì, i seguenti Atti approvati in sede di Conferenza Unificata e dalla Conferenza Stato-Regioni:

- Accordo del 31 luglio 2008, che ha deliberato la costituzione del «*Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria*», tra i cui compiti vi sono anche l’espletamento dell’attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all’esame della Conferenza Unificata, e quello di predisporre

indirizzi per favorire la realizzazione dei programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione Penitenziaria e Centri di giustizia minorile (Rep. Atti 81/CU/2008);

- Accordo del 13 ottobre 2011, ai sensi dell'articolo 9 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante *"Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008"* (Comitato Paritetico Interistituzionale) (Rep. Atti 95/CU/2011);
- Accordo del 13 novembre 2011, art. 7 ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente *"Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 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"* (sancito in Conferenza Unificata con risoluzione n. 17 del 26 febbraio 2015);
- Accordo del 12 gennaio 2012, ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 281/1997, relativo al documento proposto dal Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria recante *"Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* (Rep. Atti 5/CU/2012);
- Accordo del 22 gennaio 2015, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. c) del d.lgs. n. 281/1997, sul documento *"Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"* (Rep. Atti 3/CU/2015);
- Accordo del 26 febbraio 2015 nel quale sono definite le linee attuative del citato D.M. 1° ottobre 2012 richiamando, all'art. 6, il tema della sicurezza: *"I servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale sono attivati sulla base di specifici Accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle informazioni contenute nel fascicolo dell'internato"* (Rep. Atti 17/CU/2015);
- Accordo del 27 luglio 2017 relativo al documento proposto dal Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria recante *"Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti"* (Rep. Atti 81/CU);
- Intesa del 06 agosto 2020 recante *"Linee di Indirizzo "Gestione Covid-19 all'interno degli Istituti Penitenziari Italiani" (Rep. Atti 20/152/CR10c/C7).*

**VISTA** altresì la seguente normativa nazionale in materia di medicina penitenziaria e di superamento Ospedali Psichiatri Giudiziari (di seguito OPG):

- D.lgs. 230/99 *"Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419"* e in particolare l'art. 1 secondo il quale *"I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali"*;
- D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 che all'art. 17, comma 1, prevede il *"Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà"*, a norma del quale i detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa;
- D.P.C.M. 1 aprile 2008, concernente *"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"*, pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126 e in particolare l'All. C concernente *"Linee di indirizzo per gli interventi negli*

*Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia (CCC)*” e la conseguente presa d’atto di tale decreto con DGR del 4 Luglio 2008, n. 470;

- d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, *“Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata da sovraffollamento delle carceri”* convertito con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e, in particolare, l’articolo 3-ter *“Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”* che stabilisce che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia debbano essere eseguite esclusivamente all’interno di specifiche strutture sanitarie residenziali (di seguito R.E.M.S.);
- legge n. 9 del 17 febbraio 2012 articolo 3-ter recante *“Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”* e ss.mm.ii., relativa al processo di superamento OPG già previsto dall’allegato C del DPCM 1° aprile 2008 e che stabilisce che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia debbano essere eseguite esclusivamente all’interno di specifiche strutture sanitarie residenziali (REMS);
- Decreto Interministeriale del 1 ottobre 2012, che ha definito le Residenze per l’Esecuzione della Misure di Sicurezza (REMS) *“strutture di esclusiva competenza sanitaria che esplicano funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla Magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario”*, definendone requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e, in particolare l’Allegato A 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;
- decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 *“Disposizioni in materia sanitaria”* convertito con modifiche dalla Legge 23 maggio 2013 n. 57 al 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;
- d.l. 31 marzo 2014, n. 52, *“Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”* convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 maggio 2014 n. 81, che ha disposto significative innovazioni in materia di misure di sicurezza, esplicitamente finalizzate a evitare il ricorso all’applicazione delle misure dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (di seguito O.P.G.) e delle Case di Cura e Custodia (C.C.C.), affinché le misure di sicurezza siano eseguite esclusivamente all’interno delle strutture sanitarie denominate Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, fermo restando che le persone socialmente pericolose debbano essere prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) e che il ricorso alla R.E.M.S. rappresenti *l’extrema ratio*;
- legge 4 luglio 2017, n. 103, che: all’art. 1, comma 16, lett. c), delega il Governo ad adottare la revisione della disciplina delle misure di sicurezza; all’art. 1, comma 16, lett. d) indica la previsione della destinazione alle R.E.M.S. prioritariamente dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale;

**RICHIAMATE** le seguenti leggi regionali:

- 6 ottobre 2003, n.31 *“Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale”*;
- 8 giugno 2007, n. 7 *“Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta”*;

**RICHIAMATI:**

- DGR n.4/2012, All.3 *“Approvazione Piano sperimentale denominato "Creazione di una rete di presa in carico dei soggetti ex internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari provenienti dal territorio della Regione Lazio" con la quale è stata individuata la funzione/figura del Referente Regionale per la gestione dei flussi dei dati relativi agli internati e che il Sistema Informativo*

SMOP (Sistema Informativo per il Monitoraggio del Superamento OPG) dovrà essere utilizzato per monitorare i dati e per gestire la lista d'attesa dei pazienti Rems;

- DGR n. 277/2012 con la quale, in accordo con il Ministero della Giustizia DAP- PRAP del Lazio, si attivano specifiche sezioni di articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale;
- DCA 96/2013 pubblicato sulla G.U. il 23 aprile 2013, n.23 avente ad oggetto: *“Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1/10/2012 pubblicato su G.U. del 19/11/2012 n.270; approvazione del documento contenente “Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.1); approvazione del documento contenente “Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.2); approvazione del documento contenente “Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato” (All.3);*
- DCA 300/2013 e s.m.i. (DCA n. U00072/2015 e DCA n.U00087 del 2 marzo 2015) pubblicato sulla G.U. il 11 luglio 2013, n.56 avente per oggetto: *“Approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extra ospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi dell’Art. 3 – ter della L. n.9 del 17 febbraio 2012”;*
- DCA 233/2014 e s.m.i. (DCA U00055 dell’11 febbraio 2015 e DCA U00081 del 25 febbraio 2015), contenente il *“Programma assistenziale regionale per il superamento degli OPG”*, comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale per le REMS e per il potenziamento dei servizi (pubblicato sul BURL n. 60 del 29/7/2014), approvato con Decreto del 26 giugno 2015 (G.U. n.217 del 18 settembre 2015), dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze e con il Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione;
- DCA n.U00188/2015 relativamente ai processi organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche;
- DGR n.665/2017 *“Approvazione dello schema di Convenzione tra la Regione Campania e la Regione Lazio “per la realizzazione di forme di collaborazione e di coordinamento e per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli O.P.G., in attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo sancite dagli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 e dagli Accordi sanciti in Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 (Rep. Atti n. 95/C.U.) e il 26 febbraio 2015 (Rep. Atti n. 17/C.U.)”;*
- DGR n. 642/2017 e s.m.i., avente per oggetto: *“Decreto Ministeriale del 1 ottobre 2012 e Conferenza Unificata n.17 del 26 febbraio 2015. Approvazione dello schema di “Protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente”, tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia;*
- DCA n.U00486/2019 avente per oggetto: *“Processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi dell'art.3 ter della Legge n.9 del 17 febbraio 2012. Modifica e Integrazione: All.1 del Decreto del Commissario ad acta n. U00096 del 9 aprile 2013, del Decreto del Commissario ad Acta n. U00233 e s.m.i. del 18 luglio 2014, del Decreto del Commissario ad Acta n. U00087 del 2 marzo 2015”;*

**TENUTO CONTO** che la regione Lazio a partire dal 2012, ha avviato il percorso di attivazione delle prime REMS al fine di gestire in maniera ottimale il processo di superamento OPG, individuando nella conoscenza dei dati lo strumento efficace per il governo del processo di cui trattasi, gestendo sin da subito i dati dei pazienti di competenza territoriale del Lazio, attraverso l'utilizzo del sistema SMOP comprensivo della gestione della lista d'attesa dei pazienti Rems;

**CONSIDERATO** che la complessità dei processi legati al superamento OPG, coinvolge un livello d'intervento sia giudiziario che sanitario assistenziale, e che la Regione Lazio e le ASL competenti territorialmente hanno siglato specifici Accordi con le Prefetture di competenza territoriale delle Rems del Lazio (Roma, Frosinone e Rieti);

**CONSIDERATA** la DGR n. 642/2017 e s.m.i., precedentemente citata, con la quale è stato approvato il Protocollo di intesa, sottoscritto l'8 novembre 2017, dal Ministero di Giustizia e dalla Regione Lazio, la cui finalità è la gestione condivisa del paziente psichiatrico autore di reato con esecuzione della misura di sicurezza detentiva, con l'obiettivo di individuare le procedure di collaborazione interistituzionale inerenti all'applicazione delle misure di sicurezza detentive, la loro trasformazione e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza non detentiva;

**TENUTO CONTO:**

- della Risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 aprile 2017 ove 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;
- della risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del 24 settembre 2018 che sottolinea il principio della priorità della cura necessaria, della territorialità per il quale il soggetto viene preso in carico dai servizi di salute mentale del territorio di residenza, della centralità del progetto terapeutico individualizzato, del ricovero in REMS come *extrema ratio*, e che da questi principi deriva l'importanza dell'integrazione tra le diverse istituzioni, preferibilmente attraverso la definizione di accordi di collaborazione e/o protocolli operativi, ponendo al centro del nuovo sistema i Dipartimenti di Salute Mentale, titolari dei programmi terapeutici riabilitativi al fine di attuare trattamenti in contesti residenziali e territoriali;
- della Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019 con la quale si dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della Legge 26 luglio 1975, n. 354 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 c.1 del medesimo art.47-ter;
- dell'Ordinanza 131/2021 della Corte Costituzionale - nell'ambito del giudizio di legittimità sugli artt. 206 e 222 del codice penale e dell'art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri), convertito, con modificazioni, nella legge 17 febbraio 2012,

n. 9, come modificato dall'art. 1, comma 1, lettera a), del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), convertito, con modificazioni, nella Legge 30 maggio 2014, n. 81 – con la quale la stessa Corte chiedeva, ex art. 12 delle norme integrative, al Ministro della Giustizia, al Ministro della Salute e al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, il deposito di apposita istruttoria su quesiti ritenuti indispensabili ai fini della decisione;

- della Sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022, del 27 gennaio 2022, che si è pronunciata definitivamente sulle suddette questioni di legittimità, dichiarandole inammissibili e ha rilevato la necessità di dare esecuzione ai provvedimenti delle Autorità Giudiziarie che prevedano il ricovero in R.E.M.S. per i pazienti con misura di sicurezza che si trovano in lista di attesa.

**RILEVATO** che permane in capo alla Magistratura di Sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture, con conseguente applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 677, comma 2, e 679 del Codice di Procedura Penale, e degli articoli 69 della Legge 26 luglio 1975, n. 354 e 5 del Decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 e che le persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva mantengono lo status di internato, con conseguente applicazione delle disposizioni della legge e del regolamento citati;

**VISTO** il Tavolo tecnico sulle REMS istituito (prot. 1517 dell'11/6/2018) dalla Corte d'Appello di Roma e coordinato dal Presidente da Corte d'Appello al fine di monitorare il Protocollo di cui alla DGR n.642/2017 e la nota della Regione Lazio (prot. 916877 del 13/11/2019) con la quale sono stati individuati i rappresentanti della Regione Lazio per il Comitato tecnico per la individuazione dei criteri di priorità nella assegnazione alle Rems, presso la Procura Generale della Repubblica;

**VISTA** la nota della ASL Roma 5 e della ASL di Frosinone, del 16/3/2021 (prot. n.388/2021), con la quale comunicano alla Regione Lazio il nominativo del referente medico psichiatra che gestisce la lista d'attesa dei pazienti Rems, coordinato dall'Ufficio regionale competente;

**CONSIDERATO** altresì che la Regione Lazio, attraverso i tavoli tecnici di cui fa parte, costituiti in Procura Generale presso la Corte d'Appello di Roma, lavora assiduamente sull'appropriatezza dell'inserimento in lista d'attesa proponendo una ri-valutazione immediata prima dell'ingresso in REMS che possa essere utile per disporre eventualmente una nuova perizia o accogliere direttamente il paziente qualora ritenuto appropriato per il contesto Rems (ovvero risponda ai criteri di paziente psichiatrico con pericolosità sociale), al fine di accelerare gli inserimenti;

**CONSIDERATO** che dagli esiti delle dimissioni si evince che per circa il 60% dei pazienti dimessi da Rems, il percorso prevede l'inserimento in strutture residenziali socio sanitarie;

**CONSIDERATO** che la principale vocazione terapeutico-riabilitativa delle REMS è finalizzata alla recovery prevedendo la formulazione di un progetto individualizzato per l'internato che tenga conto dei suoi individuali bisogni assistenziali in un'ottica di raccordo e collaborazione con i servizi di salute mentale territoriali e con le autorità giudiziarie competenti; che il momento per la dimissibilità delle persone accolte nelle REMS e dunque il relativo percorso di cura esterno alla REMS, si caratterizza per due aspetti paralleli e connessi tra loro: da un lato l'individuazione di un luogo di cura idoneo alla prosecuzione del trattamento, dall'altro l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata (ovvero misura non detentiva disposta dall'Autorità Giudiziaria) che presuppone la capacità del soggetto di aderire alle prescrizioni giudiziarie;

**CONSIDERATO** il DCA 486/2019 precedentemente citato, con il quale si è stabilita, anche, la riconversione, in via sperimentale, di una delle due Rems site nel comune di Palombara Sabina, in "Struttura residenziale per la libertà vigilata (RE.LI.VI)" al fine di ospitare pazienti in misura di sicurezza non detentiva, ed esattamente:

- ✓ pazienti precedentemente internati in REMS con modifica della misura di sicurezza a non detentiva, con bisogni riabilitativi volti ad un futuro inserimento, ad esempio, in struttura residenziale extraospedaliera (SRTR/SRSR);
- ✓ pazienti già accolti in strutture residenziali territoriali, destinatari di misura di sicurezza non detentiva.

**CONSIDERATO** il Corso di Formazione e aggiornamento professionale, 1° edizione, organizzato tra Regione Lazio e la Fondazione PTV Policlinico Torvergata *“La Presa in carico nelle REMS dei pazienti psichiatrici autori di reato. Le competenze psichiatrico forensi”*, presentato a dicembre 2022 e svoltosi in quattro giornate nel mese di marzo 2023, rivolto in particolare agli operatori sanitari delle REMS, in quanto la perizia psichiatrica determina l’inserimento in lista d’attesa di un posto in Rems e a fronte di una perizia errata si rischia di avere in lista pazienti non destinatari di misura di sicurezza detentiva;

**PRESO ATTO**, per quanto riportato finora, che il complesso sistema REMS coinvolge con evidenze normative, la Sanità e la Giustizia e che entrambe concorrono per garantire salute, sicurezza ed efficienza realizzabili mediante una stretta collaborazione, e intese, tra le parti;

**CONSIDERATO** che a seguito della chiusura degli OPG, la Regione Lazio ha introdotto un sistema costituito da una filiera di cura che comprende le REMS, le altre articolazioni dei DSM come gli ambulatori territoriali, le strutture di accoglienza residenziali e semi residenziali e i servizi psichiatrici ospedalieri (SPDC);

**CONSIDERATO**, altresì, che

- il ricorso alle REMS 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;
- le persone ospitate nelle REMS 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, detentive, sono garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (di seguito P.T.R.I.);

**ATTESA** la necessità, a distanza di sette anni, di rivedere in sede di Tavolo GISPE (Gruppo Tecnico Interregionale di Sanità Penitenziaria) l’Accordo del 26 febbraio 2015 (Rep. Atti 17/CU/2015) in condivisione con il Ministero di Giustizia, il DAP, il Ministero della Salute;

**VISTO** l’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;

**RITENUTO** opportuno evidenziare, come indicato dall’Accordo sopra citato che *“le Regioni e le PP.AA., provvedono ad individuare un Punto Unico Regionale (di seguito P.U.R.) con l’obiettivo di fornire un supporto all’Autorità Giudiziaria (di seguito A.G.) al fine di dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentiva in base al principio di territorialità, individuando la REMS di assegnazione”* e che nell’art. 3 del suddetto Accordo sono descritte le competenze e gli obiettivi che caratterizzano il P.U.R.;

**TENUTO CONTO** di quanto disposto dall'Accordo medesimo di cui si riportano i seguenti aspetti cardine in essa stabiliti:

1. centralità della presa in carico delle persone sottoposte a misura di sicurezza da parte del DSM del territorio di riferimento per residenza o domicilio (o di commissione del reato per stranieri o s.f.d.) al quale afferisce la rete dei servizi sociosanitari comprensiva dei servizi e delle strutture destinate ad accogliere le persone alle quali è applicata dall'A.G., prioritariamente, una misura non detentiva e in *extrema ratio*, la misura di sicurezza detentiva del ricovero in una Rems di riferimento regionale, nel rispetto del principio di territorialità (art.1);
2. formale istituzione e assegnazione delle competenze da parte delle Regioni al PUR che devono assicurare specifiche attività in relazione all'A.G. e all'Amministrazione Penitenziaria compresa l'indicazione della REMS cui assegnare le persone destinatarie di misure di sicurezza detentive e la gestione della lista d'attesa REMS regionale nell'ambito della generale e prioritaria ricerca e facilitazione di soluzioni assistenziali in contesti non detentivi (art.3);
3. gestione unica regionale della lista d'attesa per accoglienza in REMS, secondo specifici criteri di priorità aggiuntivi a quello cronologico di assegnazione (art.4);
4. definizione, a cura del DSM, per ogni paziente al quale è applicata una misura di sicurezza per infermità psichica, di uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (P.T.R.I.), periodicamente verificato, 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 (art. 8);
5. provvedere a raccordare l'A.G. e le AASSLL per l'individuazione di opportune soluzioni di cura idonee allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale) qualora l'A.G. disponesse il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (in relazione alla situazione e alla patologia della persona) - ai sensi degli articoli 73 del codice di procedura penale o 211-bis del codice penale - considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie (art.10);
6. promuovere la stipula di protocolli operativi con l'A.G. presente sul territorio al fine di elaborare percorsi assistenziali in favore dei pazienti psichiatrici autori di reato;
7. promuovere la stipula di protocolli che contengano 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'A.G. dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva;

**TENUTO CONTO** altresì che la lista d'attesa di un posto per l'inserimento in Rems è uno strumento dinamico e che ciascuna regione ne ha stabilito l'ordine di priorità dell'inserimento in REMS e che il sopra citato Accordo nell'art.4 indica i "*Criteri per la tenuta della lista d'attesa*" secondo i quali ciascuna regione di concerto con l'Autorità Giudiziaria, dovrà tenerne conto dando priorità:

1. alla data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in REMS;
2. alle caratteristiche sanitarie del paziente;
3. al 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. all'adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista d'attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla REMS; per i pazienti assegnati, da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria;

**VALUTATO** opportuno di istituire il P.U.R. presso l'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;

**RITENUTO** opportuno che il P.U.R., che dovrà operare d'intesa ed in costante raccordo con le Aziende Sanitarie Locali, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, con l'Autorità Giudiziaria e con l'Amministrazione Penitenziaria, sia composto da:

- il Direttore regionale della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria o suo delegato;
- il Dirigente dell'Area Rete Integrata del Territorio;
- il Dirigente dell'Ufficio Salute Mentale, Dipendenze e Minori;
- il Funzionario I fascia in servizio presso l'Area Rete Integrata del Territorio con funzione di coordinatore;
- i Direttori DSM o loro delegati ovvero i referenti dei DDSSMM del Lazio, che operano in ambito psichiatrico-forense su pazienti autori di reato, incaricati dai rispettivi Direttori DSM;
- i Responsabili delle REMS del Lazio;
- il Referente regionale per la gestione della lista d'attesa REMS;
- un medico psichiatra esperto in ambito forense con esperienza a livello nazionale;

**CONSIDERATO** che a seguito di comunicazione, da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, del presente Atto al Sig. Presidente della Corte d'Appello di Roma, al Sig. Procuratore Generale presso la Corte d'appello di Roma, al Sig. Presidente del Tribunale di Sorveglianza e al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, si farà richiesta di designare dei loro rappresentanti;

**ATTESO** che la nomina dei componenti sarà definita una volta pervenute le designazioni da parte delle amministrazioni interessate; che la partecipazione al P.U.R. è a titolo gratuito e senza rimborsi o compensi;

**RITENUTO** necessario, per quanto sopra rappresentato, recepire l'”*Accordo ai sensi dell'art. 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 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);

**DATO ATTO** che dalla presente deliberazione non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

### **DELIBERA**

per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono integralmente richiamate:

- di recepire l'Accordo, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, avente per oggetto: “*Accordo ai sensi dell'art. 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, 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);*

- di istituire il Punto Unico Regionale, presso l'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.

Il P.U.R., dovrà operare d'intesa ed in costante raccordo con le Aziende Sanitarie Locali, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, con l'Autorità Giudiziaria e con l'Amministrazione Penitenziaria è composto da:

- il Direttore regionale della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria o suo delegato;
  - il Dirigente dell'Area Rete Integrata del Territorio
  - il Dirigente dell'Ufficio Salute Mentale, Dipendenze e Minori
  - il Funzionario I fascia dell'Area Rete Integrata del Territorio con funzione di coordinatore;
  - i Direttori DSM o loro delegati ovvero i referenti dei DDSSMM del Lazio, che operano in ambito psichiatrico-forense su pazienti autori di reato, incaricati dai rispettivi Direttori DSM;
  - i Responsabili delle REMS del Lazio;
  - il Referente regionale per la gestione della lista d'attesa REMS;
  - un medico psichiatra esperto in ambito forense con esperienza a livello nazionale;
- che a seguito di comunicazione del presente Atto, al Sig. Presidente della Corte d'Appello di Roma, al Sig. Procuratore Generale presso la Corte d'appello di Roma, al Sig. Presidente del Tribunale di Sorveglianza e al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, si farà richiesta di designare dei loro rappresentanti;
  - che la nomina dei componenti sarà definita una volta pervenute le designazioni da parte delle amministrazioni interessate.

La partecipazione al P.U.R. è a titolo gratuito e non prevede rimborsi o compensi.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti di competenza al fine di dare esecuzione al presente provvedimento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it).



## *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, continui 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 riguarda:

- 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.)**

Previo 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**

Prevvia 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 Inter-istituzionale 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