

Deliberazione della Giunta Regionale 30 ottobre 2023, n. 18-7618

Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Torino, il Tribunale di Sorveglianza di Torino, il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria di Torino, l'Ufficio Interdistrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna di Torino e la Regione Piemonte per la esecuzione delle misure di sicurezza applicate ...



Seduta N° 402

Adunanza 30 OTTOBRE 2023

Il giorno 30 del mese di ottobre duemilaventitre alle ore 09:45 in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Fabio Carosso Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Marco Gabusi, Luigi Genesisio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Marco Protopapa, Fabrizio Ricca con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori Elena CHIORINO - Andrea TRONZANO

DGR 18-7618/2023/XI

OGGETTO:

Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Torino, il Tribunale di Sorveglianza di Torino, il Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria di Torino, l'Ufficio Interdistrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna di Torino e la Regione Piemonte per la esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente. Modifica ed integrazione della DGR 9 dicembre 2015, n. 31-2568.

A relazione di: Icardi

Premesso che:

il D.P.C.M. 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”* avvia, in attuazione del D.Lgs. n. 230 del 22.6.99, il percorso di riordino della medicina penitenziaria e di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.);

il Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante *“Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”*, convertito con modificazioni dalla L. 17 febbraio 2012, n. 9, all'art. 3 ter, ha introdotto disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari invitando le Regioni a realizzare nel proprio territorio le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone a cui sono applicate le misure di sicurezza detentiva (R.E.M.S.);

la Regione Piemonte, in ossequio alle disposizioni citate, ha individuato, con la D.G.R. n. 44- 6755 del 25 novembre 2013 e s.m.i., il Programma di riparto ed utilizzo delle risorse di parte corrente

degli anni 2012 e 2013 nell'ambito degli interventi finalizzati al superamento degli O.P.G., ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter;

il Decreto del Ministero della Salute 23 dicembre 2015 approvato il programma della regione Piemonte per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Preso atto che:

il Programma sopraddetto individua il percorso regionale di presa in carico dei soggetti destinatari di misura di sicurezza, prevedendo l'attivazione di due strutture sanitarie extraospedaliere (R.E.M.S.) per accogliere gli internati che erano presenti negli ex OPG nonché le persone destinatarie di misura di sicurezza detentiva;

con Deliberazione della Giunta Regionale 9 dicembre 2015, n. 31-2568, tenuto conto dell'esigenza di definire modalità stabili di collaborazione fra tutte le istituzioni coinvolte, veniva approvato uno schema di Protocollo d'Intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Torino e la Regione Piemonte 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.

Preso atto che:

con delibera del 19.4.2017 il Consiglio Superiore della Magistratura ha dettato "Direttive interpretative ed applicative 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;

che con la successiva delibera del 24-9-2018, denominata "Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche", il CSM ha sottolineato "*la necessità di una costante integrazione funzionale ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE)*";

il Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria, istituito con DPCM 1-4-2018 presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale, ha più volte evidenziato criticità di varia natura nella realizzazione della riforma di cui alla legge 30-5-2014 n. 81;

l'esperienza applicativa della normativa vigente e del Protocollo di Intesa indicato approvato con DGR n. 9 dicembre 2015, n. 31-2568 ha fatto emergere analoghe criticità nel territorio regionale, compreso in quello del Distretto della Corte d'Appello di Torino, sia sul piano organizzativo che al fine di garantire un adeguato livello di sicurezza, con la conseguente necessità di integrazioni e adeguamenti del medesimo, in vista della migliore realizzazione della riforma di cui alla legge citata;

Rilevato che:

con atto n. 188/CU del 30 novembre 2022, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha sancito Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, per l'adozione di misure volte al superamento delle criticità nella realizzazione della riforma di cui alla legge 30-5-2014 n. 81;

con delibera n. 3-6814 del 04/05/2023, la Giunta Regionale del Piemonte ha recepito l'Accordo di cui all'alinea precedente e, per l'effetto, ha istituito il P.U.R., definendone un primo modello organizzativo e relativi compiti e funzioni.

Dato atto

che, nell'ambito del Sottogruppo del GTISP un apposito gruppo di lavoro ha definito criteri di individuazione ed elementi indicativi della pericolosità in relazione all'inserimento/dimissione dalle REMS, nonché una ipotesi di quesito da affidare – nel procedimento penale - al perito del giudice o al consulente del Pubblico Ministero, per l'accertamento della imputabilità e della eventuale pericolosità sociale della persona indagata o imputata. Quest'ultimo prevede, in ossequio alle disposizioni ed alla filosofia ispiratrice della legge n. 81 del 2014 e in adesione al contenuto delle

citare delibere del CSM, il coinvolgimento dei servizi territoriali delle AASSLL per l'elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto interessato, del quale è parte essenziale la ricerca di percorsi -ove possibile- alternativi all'internamento in una REMS;

che l'ipotesi di quesito sopra riportato, unitamente agli elementi indicativi sopra menzionati, sono parte della relazione di sintesi dell'attività del gruppo di lavoro citato e vengono allegati al Protocollo sottoindicato (allegati sub 1 e 2).

Per quanto sopra evidenziato, a seguito di confronto tra le parti si è addivenuti ad un nuovo Protocollo d'Intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Torino, il Tribunale di sorveglianza di Torino, il Provveditorato per la Regione Piemonte dell'Amministrazione penitenziaria, l'Ufficio interdistrettuale per l'esecuzione penale esterna di Torino e la Regione Piemonte, allegato sub A) e relativi sub allegati sub 1 e 2 al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, che definisce, a modifica ed integrazione delle previsioni di cui alla DGR n. 3-6814/2015, le direttive per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente ai sensi degli artt. 88 e 89 del codice penale.

Dato atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata con D.G.R. n. 13361 del 14.06.2021.

tutto ciò premesso, la Giunta Regionale, unanime,

delibera

- di approvare, a modifica ed integrazione delle previsioni di cui alla DGR 9 dicembre 2015, n. 31-2568, lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Torino, il Tribunale di sorveglianza di Torino, il Provveditorato per la Regione Piemonte dell'Amministrazione penitenziaria, l'Ufficio interdistrettuale per l'esecuzione penale esterna di Torino e la Regione Piemonte, allegato sub A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, che definisce, a modifica ed integrazione delle previsioni di cui alla DGR n. 3-6814/2015, le direttive per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente ai sensi degli artt. 88 e 89 del codice penale;

- di demandare al Presidente della Regione o suo delegato la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa di cui all'alinea precedente, autorizzandolo alle eventuali modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie;

- di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U.R. ai sensi dell'art. 61 dello Statuto, dell'art. 5 della L.R. 22/2010, nonché ai sensi dell'art. 23 lett d) del d.lgs 33/2013 sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "Amministrazione trasparente".

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti

file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-7618-2023-All_1-Sottoscrizione_2_nov_2023-_Protocollo_REMS.pdf
2. DGR-7618-2023-All_2-All_1_Accordo_Conferenza.pdf
DGR-7618-2023-All_3-All_2_Sintesi_finale_gruppo_di_lavoro.pdf
- 3.



Allegato

PROTOCOLLO DI INTESA

TRA

**LA CORTE D'APPELLO DI TORINO,
LA PROCURA GENERALE PRESSO LA CORTE D'APPELLO DI TORINO,
IL TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI TORINO,
IL PROVVEDITORATO REGIONALE AMMINISTRAZIONE
PENITENZIARIA DI TORINO,
L'UFFICIO INTERDISTRETTUALE PER L'ESECUZIONE PENALE
ESTERNA DI TORINO**

E

LA REGIONE PIEMONTE

**PER L' ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA
APPLICATE IN VIA DEFINITIVA O PROVVISORIA
NEI CONFRONTI
DI SOGGETTI AFFETTI DA VIZIO TOTALE O PARZIALE DI MENTE
AI SENSI DEGLI ARTT. 88 E 89 DEL CODICE PENALE**

Premesso

- a) che il 14-12-2015 fu stipulato un Protocollo di Intesa a firma del Presidente della Corte d'Appello di Torino, del Procuratore Generale presso la Corte d'Appello di Torino, del Presidente della sezione gip-gup del Tribunale di Torino, del Presidente della Regione Piemonte, dell'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, volto a realizzare le finalità specificate nell'intestazione del presente atto;
- b) che con delibera del 19-4-2017 il Consiglio Superiore della Magistratura (di seguito: CSM) ha dettato "*Direttive interpretative ed applicative 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*";
- c) che con la successiva delibera del 24-9-2018, denominata "*Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*", il CSM, dopo avere evidenziato che già nella risoluzione di cui al precedente punto era stata sottolineata "*la necessità di una costante integrazione funzionale ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza,*

Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE), ha affermato:

- i) *“l'importanza di una piena integrazione tra i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario”;*
 - ii) *che “i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio (che insiste sui singoli distretti di Corte di Appello e sui relativi Uffici giudiziari ad essi afferenti) siano saldi e costantemente aggiornati”;*
 - iii) *che “In tale prospettiva, il <Protocollo operativo> si presenta come uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi -dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art. 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di sorveglianza- con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio”;*
 - iv) *che “Al centro della riflessione va posto il fondamentale obiettivo di offrire soluzioni adatte ad assicurare una corretta applicazione alla legge n. 81/14, con particolare riguardo alla necessità che la misura di sicurezza detentiva sia solo estrema e residuale”;*
 - v) *che “L'internamento in REMS ha assunto, non solo, come si è anticipato, il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente, infatti, per ogni internato deve predisporre, entro termini stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura...Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all'istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero”;*
- d) che i contenuti del Protocollo di Intesa di cui al punto a) della premessa sono stati portati a conoscenza dei (e discussi con i) magistrati del Distretto anche a cura del Gruppo Tecnico Interistituzionale della Sanità Penitenziaria (di seguito: GTISP)-Sottogruppo specifico per la presa in carico dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza, istituito presso la Regione Piemonte e composto, tra gli altri, da un rappresentante della Magistratura ordinaria del Distretto, designato dal Presidente della Corte d'Appello di Torino;
- e) che, nell'ambito del Sottogruppo del GTISP indicato sub d), un apposito gruppo di lavoro ha definito criteri di individuazione ed elementi indicativi della pericolosità in relazione all'inserimento/dimissione dalle REMS, nonché una ipotesi di quesito da affidare – nel procedimento penale - al perito del giudice o al consulente del Pubblico Ministero, per l'accertamento della imputabilità e della eventuale pericolosità sociale della persona indagata o imputata. Quest'ultimo prevede, in ossequio alle disposizioni ed alla filosofia ispiratrice della legge n. 81 del 2014 e in adesione al contenuto delle citate delibere del CSM, il coinvolgimento dei servizi territoriali delle AASSLL per l'elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto interessato, del quale è parte essenziale la ricerca di percorsi -ove possibile- alternativi all'internamento in una REMS;

- f) che l'ipotesi di quesito sopra riportato, unitamente agli elementi indicativi menzionati sub e), sono parte della relazione di sintesi dell'attività del gruppo di lavoro citato e vengono allegati al presente Protocollo;

Considerato

- g) che il Tavolo di Consultazione Permanente sulla Sanità Penitenziaria, istituito con DPCM 1-4-2018 (contenente “*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*”) presso la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale, ha più volte evidenziato criticità di varia natura nella realizzazione della riforma di cui alla legge 30-5-2014 n. 81, recante “*Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*”;
- h) che l'esperienza applicativa della normativa vigente e del Protocollo di Intesa indicato sub a) ha fatto emergere analoghe criticità nel territorio regionale, compreso in quello del Distretto della Corte d'Appello di Torino, sia sul piano organizzativo che al fine di garantire un adeguato livello di sicurezza, con la conseguente necessità di integrazioni e adeguamenti del medesimo, in vista della migliore realizzazione della riforma di cui alla legge citata sub g);

Rilevato

- i) che con atto n. 188/CU del 30 novembre 2022, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha sancito Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, per l'adozione di misure volte al superamento delle criticità indicate sub g);
- j) che in tale atto; ribaditi gli ambiti di competenza dei diversi organi dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali in materia di presa in carico, assegnazioni e trasferimenti delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentive, da disporsi con provvedimenti rispettosi del principio di territorialità ed accompagnati da adeguate informazioni tra gli uffici interessati; sottolineata l'esigenza della collaborazione con l'Autorità Giudiziaria per l'esecuzione dei suoi provvedimenti in materia di misure di sicurezza detentive e non (artt. 1 e 2); tra l'altro, vengono istituiti (art. 3) presso le Regioni e le Province Autonome i Punti Unici Regionali (di seguito: P.U.R.), ciascuno competente:

“- 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 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”;

k) che con delibera n. 3-6814 del 04/05/2023, la Giunta Regionale del Piemonte ha recepito l'Accordo indicato sub i) e, per l'effetto, ha istituito il P.U.R., definendone compiti e funzioni coerentemente con quelli riportati sub j e con il Sistema regionale, già in atto, di presa in carico dei pazienti autori di reato ai quali siano state applicate misure di sicurezza;

tutto ciò premesso

presso il Palazzo di Giustizia di Torino Corso Vittorio Emanuele II, n. 130,
nell'Aula del Consiglio Giudiziario

tra

la **Corte d'Appello di Torino**, in persona del Presidente dott. Edoardo Barelli Innocenti,

la **Procura Generale** presso la Corte d'Appello di Torino in persona del Procuratore Generale f.f. dott.ssa Sabrina Noce;

il **Tribunale di Sorveglianza** di Torino, in persona della Presidente dott.ssa Anna Bello;

il **Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria** del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria, in persona del Provveditore dott.ssa Rita Monica Russo;

l'**Ufficio Interdistrettuale di esecuzione penale esterna (UIEPE)** del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria in persona della Dirigente dott.ssa Simona Badame;

e

la **Regione Piemonte**, in persona del Presidente On. Alberto Cirio e dell'Assessore alla Sanità dott. Luigi Icardi;

di seguito: Le Parti;

si conviene e si stipula quanto segue.

- 1) Quanto si legge ai punti da a) a k) è parte integrante del presente Protocollo.
- 2) Le Parti concordano nel ritenere attuali le ragioni ed esigenze sottostanti alla stipula del Protocollo di Intesa di cui al punto a), si richiamano ad esso anche per la sua coerenza con le finalità e i contenuti delle citate risoluzioni del CSM e ne confermano la validità in ogni singola disposizione.

- 3) Le Parti concordano sulla esigenza di migliorare i flussi delle comunicazioni tra uffici giudiziari ed uffici regionali e delle AASSLL, volti ad assicurare effettività e tempestività alla esecuzione dei provvedimenti giudiziari di applicazione provvisoria e/o definitiva delle misure di sicurezza specificate in premessa e di modifica e revoca dei medesimi, nonché finalizzati a garantire una proficua ed efficace collaborazione tra le istituzioni coinvolte e il perito, o il consulente tecnico incaricato, già a partire dalle prime fasi successive alla commissione del reato.
- 4) Gli Uffici Giudiziari, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria, l'Ufficio Interdistrettuale per l'Esecuzione penale esterna di Torino, firmatari del presente Protocollo di Intesa, prendono atto della istituzione del P.U.R. e delle sue competenze come da D.G.R. n. 3-6814 del 04/05/2023.
- 5) Le Parti concordano sulla valutazione di congruità -rispetto all'obiettivo di dare corretta ed effettiva applicazione alla normativa vigente in materia di applicazione provvisoria e/o definitiva delle misure di sicurezza nei confronti dei soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente di mente- dell'ipotesi di quesito peritale di cui al punto f) della premessa del presente Protocollo di Intesa, da intendersi modificato alla luce di quanto previsto dalla D.G.R. n. 3-6814 del 04/05/2023 sui compiti e funzioni del P.U.R. Piemonte. Si impegnano, pertanto, a dare nuova diffusione del relativo testo tra i magistrati del Distretto e tra gli appartenenti agli uffici firmatari, nonché a promuovere occasioni di approfondimento e di discussione sul medesimo.
- 6) Le Parti concordano sulla necessità, stante il disposto dell'art. 659.2 cpp, di dare immediata esecuzione ai provvedimenti indicati in intestazione, nonché - nella eventualità di assenza di posti disponibili nelle REMS presenti nella Regione- di provvedere al riguardo nel rispetto di criteri di priorità che tengano conto, oltre che della data del provvedimento, anche della urgenza, derivante dalle condizioni di salute dell'interessato e da quanto emerge dal provvedimento medesimo e dagli accertamenti peritali. Dell'impossibilità di dare immediata esecuzione al provvedimento dell'Autorità Giudiziaria sarà data prontamente notizia -da quest'ultima- all'Autorità di Pubblica Sicurezza e -dal P.U.R.- ai servizi territorialmente competenti. In caso di protrazione nel tempo della impossibilità, questi ultimi si attiveranno per verificare la possibilità di ipotesi alternative all'inserimento in una REMS da sottoporre all'Autorità Giudiziaria. Dell'eventuale esito negativo di tale verifica, i citati servizi daranno comunicazione scritta e motivata al P.U.R. per quanto di sua competenza.

- 7) Nei confronti dei soggetti internati nelle REMS in esecuzione di provvedimento di natura provvisoria o definitiva, il Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale, di cui al punto c/v della premessa del presente Protocollo di Intesa, sarà redatto, nei tempi previsti dalla normativa e comunque con sollecitudine, dal servizio territoriale, d'intesa con i responsabili della REMS e dell'UIEPE, al fine di assicurare la dimissione dell'internato nel rispetto della normativa vigente e delle sue finalità.
- 8) Alle assegnazioni, trasferimenti, traduzioni e piantonamenti degli internati si provvede nel rispetto del citato Accordo sancito il 30-11-2022 in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nonché delle ulteriori normative disciplinanti l'attività del Corpo di Polizia Penitenziaria, ovunque presenti.
- 9) Le Parti si impegnano ad incontrarsi per definire modelli operativi di collaborazione e di formazione comune, finalizzati a limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive e a favorire l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata, in conformità alla legge n. 81/2014 e alla giurisprudenza della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione.

Letto, confermato e sottoscritto

Allegati:

Relazione di sintesi di cui al punto f)

Accordo sancito il 30-11-22 in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni

Torino, 2 novembre 2023

Edoardo Barelli Innocenti
Presidente della Corte d'Appello di Torino

Sabrina Noce
Procuratore Generale ff della Repubblica presso la Corte d'Appello di Torino

Anna Bello
Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Torino

Rita Monica Russo
Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria

Simona Badame
Dirigente dell'Ufficio Interdistrettuale per l'esecuzione penale esterna

Alberto Cirio
Presidente della Regione Piemonte

Luigi Icardi
Assessore alla Sanità della Regione Piemonte



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

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

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Art. 5 - Trasferimenti per motivi di giustizia

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

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

Art. 6 - Trasferimenti per motivi sanitari

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

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

Art. 7 – Piantonamenti

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

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

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

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

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Art. 9 - Procedimenti Amministrativi

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

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

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

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

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

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

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Art. 11 – Sicurezza

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

Art. 12 – Formazione

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Art. 13 - Cabina di Regia

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

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

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

- la definizione dei criteri sanitari per la priorità di accoglienza degli utenti con misura di sicurezza nelle R.E.M.S.;
- il governo delle liste d'attesa per i ricoveri in R.E.M.S., con particolare attenzione al concetto di appropriatezza, sia per quanto riguarda la gestione delle perizie tecniche, che i rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze;
- il monitoraggio dinamico del fabbisogno di posti letto sia per quanto riguarda le R.E.M.S. che le strutture comunitarie specializzate deputate alla promozione di percorsi di cura non detentivi in armonia con il mandato della legge 81/2014;
- la definizione di uno schema unico di Regolamento per il funzionamento delle R.E.M.S.;
- la strutturazione di rapporti formali con 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 SMOP¹ 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.

¹ 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

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

**GRUPPO DI LAVORO PER LA DEFINIZIONE DEI CRITERI E DEGLI INDICATORI IN MERITO
ALL'ASSEGNAZIONE/DIMISSIONE DALLA REMS****(DD 459 del 12 luglio 2017)**

TIPO DI DOCUMENTO	Sintesi attività del Gruppo di lavoro
AUTORI	Grazia Ala Ugo Fornari Giorgio Gallino (coordinatore) Marina Gentile Francesco Gianfrotta Silvia Messina Marco Zuffranieri
RIUNIONI EFFETTUATE	<ul style="list-style-type: none">• 20/07/17 Riunione plenaria del gruppo• 29/08/17 Riunione partecipanti al gruppo• 08/09/17 Riunione partecipanti al gruppo• 22/09/17 Riunione plenaria del gruppo• 09/10/17 Riunione partecipanti al gruppo• 20/10/17 Riunione plenaria del gruppo

SOMMARIO

SINTESI ATTIVITÀ.....	pg 2
ALLEGATO 1 Proposta di indicatori per la valutazione clinica della presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica.....	pg 5
ALLEGATO 2 Proposta di Formulazione di quesito da utilizzarsi nella fase di cognizione	pg 9

000000000000

Sintesi attività del Gruppo di lavoro per la definizione dei criteri e degli indicatori in merito all'assegnazione/dimissione dalla REMS.

Il Gruppo di lavoro ha preliminarmente convenuto che il governo della misura di sicurezza è compito della Giurisdizione che decide in piena autonomia. Ha allo stesso tempo rilevato l'importanza della collaborazione che deve stabilirsi tra Autorità Giudiziaria e Sanità per garantire il corretto sviluppo dei percorsi di cura da attuarsi nel vincolo delle misure di sicurezza. In particolare, il Coordinamento regionale per la presa in carico dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza, in collaborazione con i Servizi Sanitari territoriali specialistici, partecipa alla programmazione delle modalità cliniche di esecuzione delle misure, assicurandosi che gli ingressi e i trattamenti in REMS siano caratterizzati da appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Le attività del gruppo di lavoro hanno previsto l'esame della normativa di riferimento soffermandosi in particolare sulle innovazioni apportate dalla Legge 81/2014 che considera l'ingresso del paziente autore di reato in REMS come soluzione *extrema ratio* da attivarsi solo quando la misura non detentiva “*non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale*”.

Inoltre è stata esaminata la sentenza della Suprema Corte n. 186/2015 che ha precisato che la legge 81, dove afferma che l'accertamento della pericolosità sociale “*è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale*” e che “*non costituisce elemento idoneo a supportare*

il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali", intende specificare che la limitazione non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure estreme, fortemente incidenti sulla libertà personale, ai soli casi in cui sono le condizioni mentali della persona a renderle necessarie.

Il gruppo ha assunto come documento di base su cui lavorare il Trattato di Psichiatria Forense del prof. Ugo Fornari¹. Il lavoro è proseguito con l'esame della letteratura nazionale nonché della casistica clinica resasi disponibile a partire dall'avvio delle REMS, sia in termini di caratteristiche soggettive dei pazienti inseriti in REMS, sia per quanto concerne caratteristiche soggettive e condizioni oggettive dei pazienti in lista d'attesa per l'ingresso in REMS.

Il gruppo di lavoro ha definito un sottogruppo, costituito dai dott. Ala, Gallino e Zuffranieri e dal prof. Fornari, incaricato di predisporre una bozza di documento contenente quattro tipologie di criteri con relativi indicatori:

- criteri per l'attribuzione della elevata necessità di cura e controllo;
- criteri per l'attribuzione dell'attenuata necessità di cura e controllo;
- criteri di esclusione della pericolosità sociale cosiddetta psichiatrica;
- criteri per l'attribuzione della priorità di ingresso in REMS per i pazienti a cui è riconosciuta un'elevata necessità di cura e controllo.

Il documento è stato predisposto e i criteri individuati sono stati preliminarmente sottoposti a una procedura di validazione sulla scorta dei dati riguardanti una delle due REMS regionali. Tale validazione ha dato esiti incoraggianti, evidenziando una buona capacità discriminatoria tra pazienti effettivamente entrati in REMS e pazienti destinati ad altra misura.

Il gruppo di lavoro ha preso atto del fatto che i diversi soggetti che si occupano dei pazienti autori di reato – Magistratura, Servizio Sanitario Nazionale, Periti e CCTTU, Amministrazione Penitenziaria, UEPE, Strutture Sanitarie private accreditate – agiscono in base a riferimenti organizzativi e culturali - e dunque con finalità - non sempre uniformi. Di conseguenza il valore di un documento trasversale è strettamente legato alla sua possibilità di essere condiviso e sottoscritto da tutte le parti.

Il gruppo di lavoro ha quindi predisposto un testo, che si allega al presente verbale, da sottoporre alla valutazione dei contraenti individuati, auspicando una condivisione.

¹ Il materiale su cui si è lavorato, originariamente è depositato, in forma e con contenuti lievemente diversi, nelle varie edizioni di: *“U. Fornari, Trattato di Psichiatria Forense, ed. UTET, Torino”*

Lo stesso sottogruppo ha sottolineato l'importanza che, fin dalla prima fase di cognizione, vengano per quanto possibile valutate congiuntamente le necessità di misure di sicurezza e quelle di cura, con il coinvolgimento attivo, anche in fase progettuale, dei Servizi Territoriali. Per questa ragione abbiamo formulato una proposta di quesito peritale che vada oltre l'accertamento di base della capacità di intendere e di volere e della pericolosità sociale, e che solleciti il perito a graduare la pericolosità, e ad interessare nell'individuazione delle misure da proporre i servizi territoriali locali. Anche in questo caso, naturalmente, si tratta di una bozza da sottoporre alla valutazione della Magistratura.

DOCUMENTAZIONE²

- Consiglio Superiore della Magistratura, Direttive interpretative ed applicative 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
- D.L 52/2014, «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
- Fornari U., Trattato di Psichiatria Forense, ed. UTET, Torino 2018, in corso di pubblicazione
- Zanalda E. & Jaretti Sodano A., Proposta metodologica per un utilizzo corretto delle REMS, comunicazione al Gruppo di lavoro del 24 gennaio 2018
- Legge 81/2014, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
- Legge 103/2017, Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario
- Protocollo di intesa tra la Corte d'Appello di Torino, la Procura Generale presso la C.A. di Torino, e la Regione Piemonte per la esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente, 12/2015
- Sentenze Corte Costituzionale (n. 139/1982, n. 249/1983, n. 249/2003 e nn. 253 e 367/2004, 83/2007), Corte di Cassazione a Sezioni Penali Unite n. 9163 dell'8 marzo 2005 e successive, leggi n. 9/2012, n. 81/2014 n. 103/2017

² Si precisa che non è stato preso in considerazione il lavoro della Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 (Pres. Prof. Marco Pelissero), comprensivo della revisione del modello definitorio dell'infermità e riforma delle misure di sicurezza personali perché si tratta di materiale che - allo stato - non è disponibile.

- Tabella di indicatori, criteri e punteggi per la valutazione della pericolosità sociale in rapporto alla fine della degenza in OPG (VPSO) – (Rivellini – Straticò)

ALLEGATO 1

Proposta di indicatori per la valutazione clinica della presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica³

Accertare presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica in un autore di reato o in fase di cognizione o di esecuzione e graduarla in elevata, attenuata o assente è procedimento in cui si deve

1. seguire il metodo clinico integrato;
2. sostituire la nozione di pericolosità sociale psichiatrica con la valutazione clinica della necessità di elevata o attenuata cura e controllo;
3. riassorbire nel progetto di cura e valutare all'interno dello stesso gli indicatori psicopatologici di rischio psichiatrico elevato o attenuato;
4. valutare analogamente le risorse individuali e ambientali e i fattori protettivi dal rischio psicopatologico;
5. essere al servizio della persona che si segue come paziente giudiziario;
6. dare informativa periodica al giudice della cognizione o dell'esecuzione;
7. gestire clinicamente il rischio psichiatrico (clinic risk assessment and management), seguendo il metodo clinico integrato e ricorrendo eventualmente all'ausilio di strumenti di valutazione del rischio;
8. garantire la sicurezza della cura attraverso un percorso che non sia solo contenimento e somministrazione di farmaci.

Elevata necessità di cura e controllo

In quanto misura di sicurezza detentiva a carattere coercitivo, si esegue in una REMS ed è clinicamente individuata dai seguenti **indicatori interni** (le qualità soggettive della persona) da applicare in senso quali-quantitativo:

- presenza e persistenza di disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità o del neurosviluppo o disturbi neurocognitivi maggiori, scompensati sul piano funzionale ed eventualmente in comorbidità con altri disturbi mentali o da uso di sostanze;
- scarsa o nulla aderenza alle prescrizioni sanitarie e psicofarmacologiche;
- mancata o inadeguata risposta a quelle praticate, purché adeguate sotto il profilo qualitativo e al *range* terapeutico ed effettivamente somministrate e assunte;

³ Modificato, da U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, ed. UTET, Torino 2018, in corso di pubblicazione. Per gentile concessione dell'autore

- assenza di terapie specifiche;
- esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, auto- e/o etero-distruttive.

Di controverso significato è la tenuta in conto di indicatori di discutibile significanza clinica e valutativa quali:

- insufficiente o assente consapevolezza di malattia;
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva;
- storia psichiatrica significativa.

Analogamente, sarebbe errato privilegiare solo alcuni dei predetti indicatori rispetto ad altri, nel senso che è dalla loro confluenza dinamica che si ricava il significato clinico del provvedimento suggerito al magistrato e dallo stesso emesso e non dalla semplicistica prevalenza o esclusione dell'uno o dell'altro.

Il ricovero in REMS che la legge considera *extrema ratio* e temporaneo (legge n. 81/2014) diventa tanto più urgente nei casi in cui all'elevata necessità di cura e controllo si associano

- un'escalation psicopatologica non trattabile attraverso i comuni presidi farmacologici e non negoziabile attraverso l'alleanza terapeutica;
- un grado di comorbidità elevato con disturbi di personalità e uso di sostanze e resistenza al trattamento;
- inesistente o inadeguata o palesemente errata protezione clinica del malato di mente;
- una collocazione giudiziaria o logistica inadeguata rispetto alla gravità della patologia di cui il soggetto è portatore;
- l'assenza di un progetto di cura e di riabilitazione realistico e adeguato: oppure, anche se presente, non concretizzabile;
- concrete possibilità di passaggi all'atto auto- o etero-distruttivi non gestibili in maniera adeguata da un punto di vista farmacologico e organizzativo.

Attenuata necessità di cura e controllo

Quando gli *indicatori interni vanno attenuandosi* e il quadro psicopatologico e comportamentale si va stabilizzando nel senso che

- ha avuto inizio un processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione;
- la sintomatologia psicotica florida si è attenuata;
- si va realizzando una progressiva capacità di controllo e di regolazione emotiva;
- il funzionamento globale intrapsichico e relazionale è migliorato;
- la qualità di vita è andata incontro a progressivi miglioramenti;

dovrebbe razionalmente - oltre che alla luce della normativa vigente - prevedersi un'attenuazione della misura. Entrano allora in gioco gli **indicatori esterni** alla patologia di cui il soggetto è portatore (le risorse). Si tratta di indicatori che assumono tutta la loro importanza nel percorso che la persona può compiere in regime di libertà vigilata terapeutica, in strutture residenziali o semi-residenziali o territoriali, con prescrizioni accessorie (art. 228, 2° co., c.p.), quando e se il giudice le ritiene necessarie.

La validità dei suddetti indicatori è accertata dai servizi territoriali locali e, per le misure definitive, dai servizi dell'*UEPE* (Ufficio Esecuzione Penale Esterna, Ministero della Giustizia). Essi consistono ne

- le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- la possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- il tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- le opportunità alternative di sistemazione logistica.

Criteria di esclusione della pericolosità sociale psichiatrica

I criteri da tenere presenti per ritenere positiva la remissione clinica della patologia diagnosticata e *cessata* la pericolosità sociale psichiatrica sono i seguenti:

- remissione con buon compenso della sintomatologia psicotica florida;
- possibilità di ottenere, da parte del paziente, una spontanea accettazione degli interventi terapeutici, compresi quelli farmacologici e buona *compliance* alle terapie;
- realizzazione di una buona capacità di controllo e di regolazione emotiva;

- disponibilità dei servizi territoriali locali a una prosecuzione di presa in carico di queste persone;
- prospettiva di rientro all'interno di una valida rete relazionale o di assegnazione a strutture residenziali;
- vita sociale e interpersonale ben compensata, compatibilmente con le abilità di base del soggetto;
- reperimento o ripresa di un'attività lavorativa o di altre attività integrative;
- buone prospettive di rientro in un proprio contesto di vita.

Di controversa importanza per alcuni ricercatori e terapeuti è il seguente criterio:

- soluzione di specifici problemi concorrenti la genesi e la dinamica dell'atto.

Ovviamente tutti i criteri sovra elencati devono essere **utilizzati nel loro insieme** e con molta prudenza e discrezionalità applicativa e valutativa, avendo sempre riguardo

- non solo al contesto socio ambientale e relazionale in cui il paziente dovrebbe ritornare a vivere e che spesso lascia molto a desiderare,
- ma anche all'identikit clinico e funzionale della persona di cui ci si deve occupare,

per cui spesso si deve lavorare su *criteri minimi e non massimi* di recupero di risorse e di capacità personali da un lato, di possibilità di reinserimento sociale, lavorativo e relazionale dall'altro.

ALLEGATO 2

Proposta di quesito da utilizzarsi nella fase di cognizione nei confronti dell'autore di reato in tema di imputabilità, capacità di stare in giudizio e pericolosità sociale:

“I periti, esaminati gli atti di causa, acquisita la documentazione clinica ovunque esistente, effettuati con il periziando gli incontri diagnostico-clinici e valutativi del caso, compiuti tutti gli accertamenti strumentali, di laboratorio e di sussidio diagnostico ritenuti necessari e opportuni, e che sono fin d'ora autorizzati,

- 1. accertino se, al momento dei fatti e con riferimento agli stessi, XY fosse o meno portatore di disturbi mentali, eventualmente in comorbidità, di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere, avendo inciso in maniera significativa sul funzionamento dei suoi meccanismi intellettivi o volitivi;
- 2. descrivano le attuali condizioni di mente di XY e dicano se esse siano o meno compatibili con la sua capacità di partecipare coscientemente al processo;
- 3. in caso di risposta negativa al precedente quesito, dicano se le accertate condizioni di incompatibilità siano reversibili, o irreversibili, precisandone i rispettivi indicatori clinici e funzionali e descrivendo gli eventuali interventi terapeutici in atto;
- 4. in caso di reversibilità di tali condizioni, sentiti gli eventuali curanti, dicano quale sia il provvedimento più idoneo da assumere al fine di ripristinare la capacità di partecipare coscientemente al processo;
- 5. in caso di risposta positiva al primo punto, accertino infine se XY sia da considerare persona socialmente pericolosa sotto il profilo psichiatrico, e dicano se detta pericolosità, intesa come valutazione clinica della necessità di cura e di controllo, sia elevata o attenuata, precisandone i rispettivi indicatori clinici;
- 6. in caso di pericolosità sociale psichiatrica attenuata, sentiti gli eventuali curanti che siano già intervenuti e previa intesa con i competenti servizi territoriali locali, indichino i percorsi e le modalità di esecuzione del relativo programma terapeutico in luoghi quali case di cura, strutture semiresidenziali o residenziali con differenti livelli di intensità assistenziale, contesti territoriali, privata o altrui dimora, ambulatori”.