

***Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche  
per il Distretto di Milano***

*stipulato tra:*

*Corte di Appello di Milano*

*Procura Generale presso la Corte di Appello di Milano*

*Tribunale di Sorveglianza di Milano*

*Tribunali del Distretto*

*Procure della Repubblica presso i Tribunali del Distretto*

*Ordine distrettuale degli Avvocati di Milano*

*Camere Penali distrettuali di Milano*

*Regione Lombardia Direzione Generale del Welfare*

*Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria*

*U.I.E.P.E. di Milano*

*Premesso che:*

*- l'innovativa disposizione contenuta nella L. 30.5.2014, n. 81 e nei successivi interventi legislativi ha ridisciplinato la gestione della malattia mentale nell'ambito dei percorsi penali, individuando principi di priorità dell'esigenza della cura sanitaria necessaria e opportuna, di immediatezza della cura, di rispetto del criterio dell'appartenenza al territorio che prenderà in carico la persona e di residualità della misura di sicurezza detentiva – che opera adesso quale vera e propria extrema ratio - rispetto alle altre soluzioni normative;*

*-il Consiglio Superiore della Magistratura è intervenuto con due distinte risoluzioni, rispettivamente in data 19.4.2017 e 24.9.2018, richiamando le esigenze di collaborazione nei singoli territori per attuare al meglio la L. 81/2014 e raccomandando l'adozione di protocolli operativi, anche al fine di garantire che la*

*misura di sicurezza detentiva presso le R.E.M.S. venga disposta solo quando si riveli l'unica soluzione praticabile;*

*- il presente lavoro costituisce ampliamento e approfondimento del "Protocollo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per la città di Milano e Provincia" che è stato promosso dal Tribunale di Sorveglianza di Milano e sottoscritto dai Capi degli Uffici Giudiziari di Milano, dai Rappresentanti dell'Avvocatura, dai Dirigenti dei D.S.M., dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, dall'U.I.E.P.E. e dalla Regione Lombardia;*

*- è condivisa e fortemente sentita dai sottoscrittori del presente Protocollo l'esigenza di organizzare, in piena sinergia istituzionale, quanto necessario per attuare i nuovi principi, evitando la non più consentita applicazione e successiva protrazione di misure di sicurezza detentive e senza termine presso le stesse R.E.M.S., anche per persone che potrebbero e dovrebbero essere curate altrove;*

*- è indispensabile, nell'immediatezza e nell'urgenza delle decisioni dell'Autorità Giudiziaria, assicurare un sistema conoscitivo di informazioni e progetti adeguati tramite la rete dei servizi di salute mentale che fanno capo ai D.S.M., oggi posti al centro del sistema e titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi;*

*- occorre a questo fine garantire che i necessari contributi siano offerti nei tempi rapidi imposti dalle situazioni contingenti per la decisione dell'Autorità Giudiziaria competente, onde consentire il migliore temperamento delle esigenze di cura corrette per il singolo con quelle di sicurezza sociale;*

*- la disciplina razionale di un sistema di comunicazioni organizzato assicurerà dunque la reciproca possibilità di immediato contatto e informazione, con l'acquisizione dei contributi indispensabili in relazione al caso richiesto;*

*- deve essere dato ampio spazio alla formazione, anche congiunta, per assicurare la comprensione dei diversi linguaggi e delle dinamiche normative e scientifiche, in un settore nel quale le stesse necessariamente si intersecano;*

*- è indispensabile assicurare anche il coinvolgimento dell'Avvocatura, attraverso la presenza dell'Ordine degli Avvocati e delle Camere Penali, che possono attivamente e in ragione della loro funzione difensiva contribuire all'adozione delle soluzioni più eque e opportune;*

*- in conclusione, il presente Protocollo è il frutto della volontà dei suoi aderenti di assicurare la migliore collaborazione di tutti gli attori, coinvolti a vario titolo, perché siano previste la migliore cura e possibilità riabilitativa alla persona affetta da patologia psichiatrica, che abbia incrociato il suo percorso con l'ambito penale, nel pieno rispetto delle esigenze di sicurezza sociale.*

*Tutto ciò premesso e richiamato, si conviene quanto segue:*

### **Articolo 1**

Le parti assicurano l'applicazione dei modelli operativi di collaborazione stabiliti con le regole del presente protocollo e con gli strumenti allegati, finalizzati a limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive e a favorire l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata (art. 228 c.p.), in conformità alla Legge 81/2014 e alla giurisprudenza della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione.

### **Articolo 2**

Sin dall'esordio e per tutta la durata della vicenda giudiziaria, i DSMD competenti (v. all. 2) collaborano con l'autorità giudiziaria procedente al fine di predisporre, nei confronti dell'autore del reato con problematiche psichiche, il progetto terapeutico idoneo, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1 del presente protocollo.

### **Articolo 3**

Al fine di rendere tempestiva ed efficace la comunicazione, le parti si avvalgono dei riferimenti e contatti degli Uffici Giudiziari (allegato 1) e dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (allegato 2). I DSMD e le REMS si avvalgono inoltre del sistema informativo denominato SMOP così come previsto dalle disposizioni regionali vigenti.

### **Articolo 4**

Nell'immediatezza dell'arresto, del fermo o dell'allontanamento in urgenza dalla casa familiare (artt.380, 381, 384, 384 bis c.p.p.), nel caso in cui emergano elementi per ritenere che l'autore del reato sia affetto da patologie di tipo psichiatrico, la gestione del caso concreto avviene, in urgenza, attraverso la valutazione dello stato clinico psicopatologico del presunto autore del reato da parte del medico di pronto soccorso (PS) che riceve il paziente, accompagnato dalle forze dell'ordine; lo stesso redige il Referto di Pronto Soccorso, che viene indirizzato al PM per il tramite degli operanti. Il referto di PS (redatto su format predisposto da ciascuna azienda) attesta la contingente condizione clinica del soggetto, specificando se sia presente un'acuzie di tipo psicopatologico e se vi sia l'indicazione al ricovero in SPDC (senza effettuare una valutazione sull'eventuale pericolosità sociale dello stesso né sulla capacità di intendere e di volere al momento del fatto). Se il paziente dovesse risultare già in carico al DSMD saranno inseriti, ove possibile, nel referto di PS i riferimenti del servizio.

Il predetto referto, unitamente a eventuali comunicazioni da parte del SPDC se il soggetto dovesse venire ricoverato, va fornito al Magistrato per le eventuali successive valutazioni in punto di capacità di intendere e di volere e per la conseguente applicazione della misura cautelare più adeguata.

Nel caso di arresto in flagranza o fermo, se le evidenze psichiatriche risultanti dal referto medico di PS, unitamente a eventuali comunicazioni da parte del SPDC (compresa, ove possibile, la lettera di dimissione), dovessero sconsigliare la misura custodiale in carcere, il Pubblico Ministero, previo contatto con il responsabile del DSMD o con un suo delegato, provvede a collocare l'arrestato o il fermato presso il domicilio o presso un luogo di cura (ex artt. 386 c. 5 e 284 c. 1 c.p.p.) al fine di avanzare al Giudice la richiesta di applicazione di misura cautelare ex artt. 284 o 286 c.p.p..

Quando l'autore di reato è inserito a qualsiasi titolo in SPDC per acuzie occorre che la permanenza venga limitata al tempo necessario al trattamento della fase acuta; trascorso tale periodo, lo psichiatra del SPDC comunica all'autorità procedente il possibile ripristino della misura precedentemente in atto.

#### **Articolo 5**

Il Giudice, in sede di udienza di convalida, o il GIP in sede di interrogatorio ex art. 294 c.p.p., qualora, sulla base delle dichiarazioni e del comportamento dell'arrestato/fermato/sottoposto alla custodia cautelare in carcere o comunque delle nuove emergenze processuali, abbia motivo di ritenere che l'autore del reato sia persona affetta da patologie di tipo psichiatrico - e dovesse comunque decidere per l'applicazione della custodia cautelare in carcere - lo segnala, in calce al provvedimento applicativo della misura cautelare, al Direttore dell'Istituto penitenziario che lo detiene e al responsabile del Servizio Sanitario penitenziario dello stesso Istituto. Quest'ultimo dispone tempestivamente una visita specialistica e si occupa di ricostruire la storia clinica del detenuto, segnalando al Giudice la contingente condizione clinica del soggetto e specificando se eventuali segni o sintomi della sfera psichica così come rilevati siano di prevalente interesse clinico (e quindi necessitanti di specifici interventi in ambito specialistico) oppure se tali aspetti possano essere adeguatamente gestiti nel proprio carcere o nella Articolazione di Salute Mentale del Distretto.

#### **Articolo 6**

Nel caso in cui l'indagato/imputato sia sottoposto a misura cautelare non detentiva oppure non sia sottoposto ad alcuna misura cautelare, rispettivamente il P.M. o il

Giudice - ove abbiano motivo di ritenere che lo stesso sia affetto da patologie di tipo psichiatrico - provvedono ad acquisire una relazione dall'Unità Operativa di Psichiatria o Servizio per le dipendenze che ha in carico il soggetto, al fine di valutare l'opportunità di conferire incarico di consulenza formulando il quesito di cui all'art. 9.

Laddove il soggetto non sia mai stato preso in carico da alcun servizio territoriale, il P.M. provvede sin da subito a conferire incarico di consulenza, formulando il quesito di cui all'art. 9.

In ogni caso, ove necessario, il P.M. o il giudice effettua le segnalazioni all'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per le malattie mentali (da intendersi come il Sindaco del Comune di residenza o del luogo ove la persona si trova anche temporaneamente) previste dall' art. 73 c.p.p. dandone nel contempo notizia ai servizi psichiatrici territoriali competenti.

#### **Articolo 7**

Nella successiva fase di indagine il PM, valutate le eventuali informazioni e la relazione medica, effettua gli idonei accertamenti sulla condizione psicopatologica del presunto autore di reato mediante nomina di consulente tecnico, specialista in psichiatria con competenze criminologiche e/o di psichiatria forense, al fine di valutare la sussistenza dei presupposti per l'applicazione di misure cautelari o di misure di sicurezza provvisorie.

#### **Articolo 8**

Il Pubblico Ministero, i responsabili dei servizi socio – sanitari o gli organi previsti dalla norma (ex art. 406 comma 1 c.c.) valutano l'opportunità di presentare ricorso al Giudice Tutelare per la nomina di un amministratore di sostegno, di un tutore o di un curatore laddove ve ne sia la necessità sia ai fini delle cure che di supporto pratico.

#### **Articolo 9**

Il perito/consulente ed i servizi territoriali afferenti al DSMD operano in termini di fattiva collaborazione ai fini della individuazione di un idoneo Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI).

Il giudice ed il pubblico ministero utilizzano, quale buona prassi, lo schema di quesito del perito/consulente di seguito indicato:

*“Accerti il perito/consulente, sottoponendo a visita l’indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione psichica, (esistente presso strutture - pubbliche o private - sanitarie oltre che carcerarie), contattati i servizi che hanno in cura l’indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza del soggetto:*

- *se l’indagato/imputato sia affetto da disturbo mentale e, in caso positivo, di quale tipo;*
- *se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto e in quale misura;*
- *specifichi in dettaglio il rapporto tra l’infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta;*
- *dica se lo stato mentale dell’esaminando sia tale da consentirgli l’attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l’eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile ed in base a quali fattori di natura clinica prognostica;*
- *nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito/consulente la persistenza di rischio psicopatologico rilevante ai fini dell’apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale;*
- *in caso di accertata persistenza di rischio psicopatologico, dica il perito/consulente se il periziando sia da considerare persona che presenti, allo stato, necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici;*
- *individui, quindi, il perito/consulente il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, d’intesa con i servizi sanitari territoriali, (DSMD) e tenendo conto che il ricovero in REMS “può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale” (art. 3 ter, co. IV D.L. 211/11);*
- *nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS specifici gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi idonei;*
- *nel caso in cui ritenga necessario un percorso terapeutico di tipo residenziale il perito concordemente con il DSMD suggerisca la tipologia di strutture idonee che saranno reperite dai referenti dell’equipe che ha in carico il paziente;*
- *qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l’unica misura idonea e, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero, individui il perito/consulente, in accordo con i DSMD, i percorsi terapeutici alternativi, anche*

*temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizioni di acuzie psicopatologica”.*

Nei casi di particolare urgenza ed in via anticipatoria al fine di individuare una prima collocazione, il pubblico ministero e il giudice potranno domandare al consulente/perito una valutazione celere sulle condizioni cliniche e sulla compatibilità con il regime detentivo allo stato degli atti, ferma restando la più ampia valutazione peritale successiva.

#### **Articolo 10**

Il difensore può interagire con i congiunti del paziente nell'interesse esclusivo e con il consenso di quest'ultimo.

L'autorità giudiziaria si avvale anche delle informazioni mediche e della documentazione sanitaria messa a disposizione dal difensore nell'interesse dell'indagato/imputato. Ciò al fine di facilitare l'inquadramento patologico e l'individuazione delle soluzioni da adottare.

Nel prosieguo il difensore può collaborare e interloquire con i DSMD, l'UEPE, i Pubblici Ministeri e i Giudici per la realizzazione di un progetto di cura in linea con i principi di legge anche in vista dell'udienza di accertamento o di riesame della pericolosità sociale, affinché non vi siano ritardi.

#### **Articolo 11**

In caso di applicazione provvisoria della libertà vigilata da eseguirsi sul territorio, domicilio o comunità residenziale, il Giudice indica il luogo di esecuzione della misura (domicilio o comunità terapeutica) e le specifiche prescrizioni secondo i rispettivi modelli di cui agli allegati 3) e 4).

Il giudice che applica la misura di sicurezza comunica il provvedimento al DSMD che ha in carico il paziente (v. all. 2).

La gestione del percorso terapeutico è in carico al DSMD, a mezzo delle diverse Unità operative e servizi afferenti (psichiatria, psicologia clinica, servizio per le dipendenze e disabilità), in collaborazione con Enti e Servizi del territorio (Comune, ATS, ed eventuali erogatori del settore privato accreditato).

Il DSMD informerà il magistrato procedente con periodicità quantomeno semestrale circa lo stato di salute del paziente.

La competenza sulle decisioni inerenti la misura di sicurezza appartiene al giudice procedente (GIP/GUP, Tribunale e Corte d'Appello) sino al passaggio in giudicato della

sentenza e, successivamente, appartiene al Magistrato di Sorveglianza. Questo momento determina anche l'intervento dell'UEPE (allegato 7).

### **Articolo 12**

Il Giudice valuta l'opportunità, in caso di imputato semiinfermo di mente, di anticipare l'esecuzione della misura di sicurezza della casa di cura e di custodia da eseguirsi presso la REMS rispetto all'esecuzione della pena detentiva, come previsto dall'art. 220 c.p., al fine di evitare l'interruzione del percorso di cura in corso.

### **Articolo 13**

Le REMS sono strutture sanitarie destinate all'esclusiva esecuzione delle misure di sicurezza detentive, provvisorie e definitive, già definite "del ricovero in OPG" e del "ricovero in casa di cura e custodia".

La misura di sicurezza detentiva è applicata solo in caso di pericolosità sociale particolarmente elevata, avuto riguardo alla condizione clinica della persona, alla tipologia e alla gravità del reato commesso. L'accertamento della pericolosità sociale è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, numero 4) c.p.

La durata massima non può mai eccedere il periodo previsto dalla legge (legge 81/2014, art. 278 c.p.p. e sentenza Corte costituzionale n. 83/2017).

Il giudice di merito nel provvedimento con cui applica la misura di sicurezza detentiva, anche provvisoria, ne indica, oltre alla durata minima, anche la durata massima; ciò anche al fine di consentire agli operatori della REMS e del DSMD di attuare tempestivamente in favore dell'internato il percorso terapeutico riabilitativo successivo alla permanenza nella REMS. Alla scadenza del periodo di durata massima della misura detentiva, sia essa provvisoria o definitiva, l'internato deve essere dimesso dalla REMS. Prima della scadenza del termine di durata massima, già nel corso dell'esecuzione della misura di sicurezza provvisoria e all'esito delle verifiche periodiche, l'autorità giudiziaria procedente può disporre nei confronti dell'internato la misura di sicurezza della libertà vigilata, per la quale non è previsto un termine di durata massima. Non può mai essere disposta l'esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata all'interno della REMS.

### **Articolo 14**



Al provvedimento dell'autorità giudiziaria che dispone il ricovero provvisorio o definitivo in OPG/CCC, da eseguirsi presso la REMS, deve essere data immediata esecuzione (art 659 comma 2 c.p.p.), nel rispetto di criteri di priorità che non si limitino alla mera cronologia delle richieste, ma che tengano conto anche di criteri basati sulle condizioni cliniche e giuridiche, che saranno individuati da un apposito provvedimento regionale.

L'eventuale oggettiva impossibilità a dare seguito all'esecuzione del provvedimento dell'autorità giudiziaria dovrà essere prontamente comunicata dalla direzione della REMS alla Procura procedente, all'autorità giudiziaria che ha disposto la misura di sicurezza definitiva o provvisoria, al DSMD competente e all'Autorità di PS territorialmente competente in base al domicilio.

Nel caso tale impossibilità si protragga nel tempo, l'autorità giudiziaria può procedere a nuova valutazione dell'attualità della pericolosità sociale e della sua intensità, al fine dell'eventuale adozione di una misura di sicurezza non detentiva, che si riveli adeguata alla evoluzione della condizione psicopatologica dell'autore di reato.

#### **Articolo 15**

La cancelleria competente per l'attestazione del passaggio in giudicato della sentenza invia l'estratto esecutivo, unitamente all'ordinanza di applicazione provvisoria della misura di sicurezza con le prescrizioni e le successive modificazioni, oltre che alla Procura della Repubblica o alla Procura Generale, all'UEPE e al DSMD che ha in carico la persona sottoposta a misura di sicurezza.

Dopo il passaggio in giudicato della sentenza al Magistrato di sorveglianza va trasmesso il provvedimento genetico della misura di sicurezza provvisoria (con le relative prescrizioni, e le sue eventuali successive modifiche) e la richiesta di accertamento della pericolosità sociale a cura della cancelleria del giudice che ha provveduto. Il Magistrato di Sorveglianza quindi fissa la relativa udienza.

#### **Articolo 16**

Nei confronti degli internati nella REMS, sottoposti a misura di sicurezza detentiva provvisoria o definitiva, i DSMD predispongono il Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) (allegato 5) di cui alla Legge 81/2014, in accordo e con il concorso dell'equipe curante della REMS e degli UEPE (allegato 7) secondo le linee e i contenuti definiti nell'allegato 6), al fine di assicurare la dimissione dell'internato nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1 del presente protocollo.

### **Articolo 17**

Le assegnazioni, i trasferimenti, le traduzioni e i piantonamenti degli internati sono disciplinati dall'Accordo in sede di Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 (allegato 8) ed eventuali successive modifiche in attuazione del D.M. 1 ottobre 2012. Si evidenzia, in particolare, la residuale competenza della Polizia Penitenziaria che provvede ai trasferimenti dell'interessato dagli istituti penitenziari alla REMS, alle traduzioni per motivi di giustizia ed al piantonamento in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, se disposta dall'Autorità Giudiziaria. I trasferimenti presso comunità e/o abitazione, nei casi di fruizione di licenze e di concessione di libertà vigilata, non possono essere demandati alla Polizia Penitenziaria, come pure gli accompagnamenti alle udienze avanti il Magistrato di Sorveglianza.

### **Articolo 18**

In ogni tempo, le misure di sicurezza provvisorie e definitive, detentive e non detentive, possono essere revocate anticipatamente rispetto alla scadenza del termine di durata massima qualora la pericolosità dell'internato/libero vigilato risulti cessata. A tal fine le equipe della REMS e dei DSMD e l'UEPE nelle rispettive competenze si attivano per monitorare il venir meno degli indicatori interni ed esterni di pericolosità sociale degli internati/liberi vigilati, al fine di interessare l'autorità giudiziaria procedente per le sue determinazioni ai sensi dell'art. 208 c.p.

I DSMD, l'UEPE e gli avvocati si attivano perché siano comunicate per tempo al giudice procedente le relazioni cliniche, in vista dell'udienza di accertamento o di riesame della pericolosità sociale anche con preventiva condivisione delle relazioni tra equipe della comunità e CPS in caso di misure della libertà vigilata con collocamento in comunità.

Il deposito delle relazioni deve avvenire nel termine di legge di 5 giorni prima dell'udienza.

### **Articolo 19**

Le parti coinvolte si impegnano ad osservare e a diffondere il presente protocollo all'interno dei propri uffici e servizi ed a svolgere ogni attività utile per assicurarne la più ampia condivisione, nonché a promuovere un'intensa attività di formazione anche in un'ottica di condivisione del linguaggio giuridico e clinico-sanitario; si impegnano,

inoltre, a monitorare l'applicazione del presente protocollo ed a riunirsi semestralmente per la verifica dei risultati conseguiti.

Milano, 12 settembre 2019

Il Procuratore Generale

*Muzio Gatto*

Il Procuratore della Repubblica di  
Busto Arsizio

*Gian Luigi Fontana*

Il Procuratore della Repubblica di  
Como

*Stefano*

Il Procuratore della Repubblica di  
Lecco

*Antonio Angelo Cella*

Il Procuratore della Repubblica di  
Lodi

*Paolo*

Il Procuratore della Repubblica di  
Milano il vicario

*Renzo Gatti*

Il Procuratore della Repubblica di  
Monza

Il Presidente della Corte d'Appello

*Mario Tavano*

Il Presidente del Tribunale di  
Sorveglianza di Milano

*Giuseppe Di Rose*

Per Il Presidente del Tribunale di  
Busto Arsizio

*Rosetta Profilo*

Il Presidente del Tribunale di  
Como F.F.

*Paola*

per Il Presidente del Tribunale di  
Lecco

*Morabita*

Per Il Presidente del Tribunale di  
Lodi

*SS*

Per Il Presidente del Tribunale di  
Milano

*A...*

Per Il Presidente del Tribunale di  
Monza

*Stano Gilla*

Il Procuratore della Repubblica di  
Pavia

*Giorgio Reporo*

Il Procuratore della Repubblica di  
Sondrio

*Renzo Sella*

Il Procuratore della Repubblica di  
Varese

per Il Presidente del Tribunale di  
Pavia

*[Signature]*

Il Presidente del Tribunale di  
Sondrio

*Stefano Barbato*

Il Presidente del Tribunale di  
Varese

per Il Presidente dell'Ordine distrettuale  
degli Avvocati di Milano

*[Signature]*

Regione Lombardia Direzione  
Generale del Welfare

*[Signature]*

Ufficio Interdistrettuale Esecuzione  
Penale Esterna

Il Presidente delle Camere Penali  
Distrettuali di Milano

*Monica Gambinoni*  
per tutte le Camere Penali  
del Distretto della Corte  
d'Appello  
Provveditorato regionale  
dell'Amministrazione penitenziaria

*[Signature]*

*Severino Roselli*

**ELENCO ALLEGATI AL PROTOCOLLO MISURE DI SICUREZZA  
E MATERIALI DI STUDIO**

**ALLEGATI:**

**All. 1)** Riferimenti e contatti degli Uffici Giudiziari;

**All. 2)** Riferimenti e contatti dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze

**All. 2 bis)** Elenco dei recapiti dei Servizi Territoriali

**All. 3)** Prescrizioni per le misure di sicurezza provvisorie e definitive: libertà vigilata sul territorio;

**All. 4)** Prescrizioni per le misure di sicurezza provvisorie e definitive: libertà vigilata in Comunità residenziale;

**All. 5)** Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale – PTRI (testo regionale unificato)

**All. 6)** Percorsi del paziente/autore di reato in REMS, nel Dipartimento di Salute Mentale e del paziente straniero irregolare o comunque del soggetto s.f.d.;

**All. 7)** Attività dell'UEPE per gli internati in REMS e per i liberi vigilati;

**All. 8)** Accordo in sede di Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015;

**All. 9)** Indicazioni per il funzionamento delle micro equipe forensi;

**MATERIALI DI STUDIO E CONSULTAZIONE:**

Legge n. 81 del 30 maggio 2014 (conv. DL 31.3.2014 n. 52); Disposizioni urgenti in materia di superamento degli OPG;

Sentenza Corte cost. n. 253/2003;

Sentenza Corte cost. n. 186/2015;

Sentenza Corte cost. n. 83/2017;

Sentenza Corte cost. n. 99/2019;

Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19.4.2017;

Risoluzione sui protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche del CSM in data 25.9.2018 (conseguente alla delibera 19.4.2017);

Circolare D.A.P. 31.5.2016;

## ALLEGATO 1

### Riferimenti e contatti degli Uffici Giudiziari

- **CORTE D'APPELLO DI MILANO**  
**Cancelleria Centrale Penale**  
Tel. 02/54333224  
email: [centrale.penale.ca.milano@giustizia.it](mailto:centrale.penale.ca.milano@giustizia.it)
  
- **UFFICIO DI SORVEGLIANZA DI MILANO**  
**Cancelleria Centrale**  
Tel. 02/54333827 – 54334753 - 54334764  
Email: [uffserv.milano@giustizia.it](mailto:uffserv.milano@giustizia.it); [uffserv.milano@giustiziacert.it](mailto:uffserv.milano@giustiziacert.it)
  
- **UFFICIO DI SORVEGLIANZA DI PAVIA**  
**Cancelleria Centrale**  
Tel. 0382/398270 - 398254  
Email: [uffserv.pavia@giustizia.it](mailto:uffserv.pavia@giustizia.it); [uffserv.pavia@giustiziacert.it](mailto:uffserv.pavia@giustiziacert.it)
  
- **UFFICIO DI SORVEGLIANZA DI VARESE**  
**Cancelleria Centrale**  
Tel. 0332/298580 – 298581 - 298582  
Email: [uffserv.varese@giustizia.it](mailto:uffserv.varese@giustizia.it); [uffserv.varese@giustiziacert.it](mailto:uffserv.varese@giustiziacert.it)
  
- **TRIBUNALE DI BUSTO ARSIZIO**  
**Ufficio GIP**  
Tel. 0331/650352  
email: [ricezioneattigip.tribunale.bustoarsizio@giustizia.it](mailto:ricezioneattigip.tribunale.bustoarsizio@giustizia.it)  
  
**Cancelleria Centrale Penale**  
Telefono: 0331/650281  
email: [penale.tribunale.bustoarsizio@giustizia.it](mailto:penale.tribunale.bustoarsizio@giustizia.it)
  
- **TRIBUNALE DI COMO**  
**Ufficio GIP**  
Tel. 031/231251 – 031/231254  
email: [gip.tribunale.como@giustiziacert.it](mailto:gip.tribunale.como@giustiziacert.it)  
  
**Cancelleria Centrale Penale**  
Tel. 031/231232 - 031/231233

email: [dibattimento.tribunale.como@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.tribunale.como@giustiziacert.it)

- **TRIBUNALE DI LECCO**

**Ufficio GIP-CUP**

Tel. 0341/379615 – 379624

email: [gipgup.tribunale.lecco@giustiziacert.it](mailto:gipgup.tribunale.lecco@giustiziacert.it)

**Cancelleria Centrale Penale**

Tel. 0341/379625

email: [dibattimento.penale.tribunale.lecco@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.penale.tribunale.lecco@giustiziacert.it)

- **TRIBUNALE DI LODI**

**Ufficio GIP**

Tel. 0371/499213 – 0371/499217

[cancelleriagipgup.tribunale.lodi@giustiziacert.it](mailto:cancelleriagipgup.tribunale.lodi@giustiziacert.it)

**Cancelleria Centrale Penale**

Tel. 0371/499340 – 0371/499336-0371/499211

email: [dibattimento.tribunale.lodi@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.tribunale.lodi@giustiziacert.it)

- **TRIBUNALE DI MILANO**

**Ufficio Centrale GIP**

Tel. 02/54.33.43.84

email: [gip.tribunale.milano@giustizia.it](mailto:gip.tribunale.milano@giustizia.it)

[gip.tribunale.milano@giustiziacert.it](mailto:gip.tribunale.milano@giustiziacert.it)

**Cancelleria Centrale Penale**

Tel. 02/54333103

email: [centralepenale.tribunale.milano@giustizia.it](mailto:centralepenale.tribunale.milano@giustizia.it)

[dibattimento.tribunale.milano@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.tribunale.milano@giustiziacert.it)

- **TRIBUNALE DI MONZA**

**Ufficio GIP**

Tel. 039/3904894

email: [gip.tribunale.monza@giustizia.it](mailto:gip.tribunale.monza@giustizia.it)

**Cancelleria Centrale Penale**

Tel.: 039/3904827

email: [cancelleriapenale.tribunale.monza@giustizia.it](mailto:cancelleriapenale.tribunale.monza@giustizia.it)  
[dibattimento.tribunale.monza@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.tribunale.monza@giustiziacert.it)

- **TRIBUNALE DI PAVIA**

**Ufficio GIP**

Tel. 0382/398226

email: [gipgup.tribunale.pavia@giustiziacert.it](mailto:gipgup.tribunale.pavia@giustiziacert.it)

**Cancelleria Centrale Penale**

Tel.: 0382/398487

email: [dibattimento.penale.tribunale.pavia@giustiziacert.it](mailto:dibattimento.penale.tribunale.pavia@giustiziacert.it)

[tribunale.pavia@giustizia.it](mailto:tribunale.pavia@giustizia.it)

- **TRIBUNALE DI SONDRIO**

**Ufficio GIP**

Tel. 0342/529227

email: [gip.tribunale.sondrio@giustiziacert.it](mailto:gip.tribunale.sondrio@giustiziacert.it)

**Cancelleria centrale penale**

Tel. 0342/529223

email: [penale.tribunale.sondrio@giustiziacert.it](mailto:penale.tribunale.sondrio@giustiziacert.it)

- **PROCURA GENERALE PRESSO LA CORTE D'APPELLO**

**Segreteria penale**

Tel. 02/54334568 (dott.ssa Mellone Maddalena); 02/54334145 (dott.ssa Cerasino Barbara).

email: [affaripenali.pg.milano@giustiziacert.it](mailto:affaripenali.pg.milano@giustiziacert.it)



- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI BUSTO ARSIZIO**  
Sost. Proc. dott.ssa Flavia SALVATORE  
Tel. 0331/633597 – Cell. 340/4851554  
email: [flavia.salvatore@giustizia.it](mailto:flavia.salvatore@giustizia.it)
- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI COMO**  
Ufficio del Procuratore  
Tel.031/231364  
email: [mariavirginia.trotta@giustizia.it](mailto:mariavirginia.trotta@giustizia.it)
- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LECCO**  
Ufficio Dott.ssa Giulia Angeleri  
Tel. 0341/379.556  
email: [giulia.angeleri@giustizia.it](mailto:giulia.angeleri@giustizia.it)  
Tel. 0341 379.551  
email: [procura.lecco@giustizia.it](mailto:procura.lecco@giustizia.it)
- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI LODI**  
Procuratore della Repubblica dott. Domenico CHIARO  
Tel. 371/499323  
email: [domenico.chiaro@giustizia.it](mailto:domenico.chiaro@giustizia.it)
- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI MILANO**  
Ufficio del Procuratore Aggiunto dott.ssa Maria Letizia MANNELLA  
Tel. 02/54333477  
email: [ufficiopmmannella.procura.milano@giustizia.it](mailto:ufficiopmmannella.procura.milano@giustizia.it)
- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI PAVIA**  
Ufficio del Sostituto Procuratore della Repubblica dott.ssa Valentina DE STEFANO  
email: [valentina.destefano@giustizia.it](mailto:valentina.destefano@giustizia.it)

[segreteria.destefano.procura.pavia@giustizia.it](mailto:segreteria.destefano.procura.pavia@giustizia.it)

- **PROCURA DELLA REPUBBLICA DI SONDRIO**

Sostituto Procuratore della Repubblica dott.ssa Elvira ANTONELLI

Tel. Tel. 0342-529216

email: [elvira.antonelli@giustizia.it](mailto:elvira.antonelli@giustizia.it)

## **GLOSSARIO DEL PROTOCOLLO MISURE DI SICUREZZA**

**CPS** Centro Psico Sociale

**DSMD:** Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

**GIP:** Giudice per le indagini preliminari

**GUP** Giudice dell'udienza preliminare

**PM:** Pubblico Ministero

**PG:** Polizia Giudiziaria

**PS:** Pronto Soccorso

**PTRI:** Programma Terapeutico Riabilitativo Individuale

**REMS:** Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

**Ser.D.** Servizio pubblico per le Dipendenze patologiche

**SMOP:** Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG;

**SPDC:** Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

**TS:** Tribunale di Sorveglianza

**UEPE (UIEPE):** Ufficio (Interdistrettuale) di Esecuzione Penale Esterna

## **ALLEGATO 2**

### **Premessa esplicativa per l'individuazione del Servizio competente**

L'individuazione del DSMD di competenza del soggetto con disturbi psichici autori di reato si basa sulla residenza della persona. L'allegato 2 consente l'individuazione del servizio specifico in base al comune di residenza e per la città di Milano in base all'indirizzo.

Nell'ipotesi di cittadino italiano senza fissa dimora il criterio di individuazione delle REMS e del DSMD di riferimento, è quello dell'ultima residenza anche nell'ipotesi di cancellazione (in applicazione ed estensione di quanto previsto dall' Accordo della Conferenza Unificata 17/CU del 26 febbraio 2015 nello specifico dell'art. 1 e dai precedenti 81/CU del 26 novembre 2009, 95/CU del 13 ottobre 2011).

I soggetti stranieri entrati irregolarmente in Italia o divenuti irregolari, nella condizione di detenuti negli istituti penitenziari per adulti o minori, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena, hanno diritto all'iscrizione al SSR (Accordo Stato Regioni n. 255 CSR, 12 dicembre 2012, pag. 20). Il criterio di individuazione della REMS e del DSMD di riferimento è quello del luogo del commesso reato.

In assenza di Codice Fiscale e in assenza di documenti di identità, la struttura sanitaria di riferimento (presso la quale riceve le cure per lo specifico problema) deve procedere alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito (Circ. Ministero della Sanità n. 5, 24 marzo 2000) utili alla successiva attivazione di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che lo rende identificabile per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui ha diritto. Il codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

**IL FILE EXCELL DEGLI INDIRIZZI DEI RECAPITI DEI SERVIZI TERRITORIALI  
SI TROVA SUB ALLEGATO 2 BIS**

### ALLEGATO 3

#### DETTATO PRESCRIZIONALE RELATIVO ALLA MISURA DI SICUREZZA DELLA LIBERTA' VIGILATA SUL TERRITORIO (DOMICILIO) PROVVISORIA E DEFINITIVA

*(prescrizioni da inserire nell'ordinanza al termine del dispositivo)*

- visto l'art. 232 c. 1 C.P. affida il libero vigilato al responsabile del DSMD di ... che relazionerà semestralmente al Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza ed all'UEPE circa l'andamento del percorso terapeutico riabilitativo e darà immediata comunicazione agli stessi e all'autorità incaricata della vigilanza di violazioni delle seguenti prescrizioni da parte del libero vigilato:

#### INTIMA

al libero vigilato il rispetto delle seguenti prescrizioni, avvertendolo che, in caso di violazione, potranno essere adottati i provvedimenti di cui all'art.231 c.p.:

- 1) obbligo di stabilire il domicilio nel Comune di ..... via .....nr..... Ogni eventuale modifica dell'indicato domicilio dovrà essere richiesta al Magistrato di sorveglianza;
- 2) obbligo di permanere al domicilio dalle 22.00 alle 6.00, salvo autorizzazione del Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza per comprovati motivi;
- 3) obbligo di presentarsi una volta la settimana all'Autorità incaricata della vigilanza, in data e ora da concordare con la stessa Autorità in sede di verbale di sottoposizione alla misura, in modo compatibile con le esigenze di famiglia, lavoro o studio del vigilato;
- 4) facoltà di allontanarsi dal domicilio, nell'ambito comunale/provinciale/regionale, per esigenze connesse al percorso terapeutico-riabilitativo e di reinserimento sociale;
- 5) obbligo di mantenere contatti con l'UEPE di ..... **[da espungere nel solo caso di misura provvisoria]**, il CPS (anche SERT/NOA eventualmente) di ..... con la frequenza che gli stessi stabiliranno;
- 6) obbligo di attenersi a tutte le prescrizioni terapeutiche e farmacologiche del programma terapeutico-riabilitativo predisposto dal DSMD sopra indicato;
- 7) il libero vigilato potrà accedere ad ambulatori, servizi sanitari e ospedalieri per interventi, accertamenti diagnostici e cure, anche al di fuori dell'ambito territoriale di cui al punto 4), previa comunicazione di luoghi e tempi di spostamento all'autorità di vigilanza competente. In caso di ricovero per motivi sanitari, la libertà vigilata dovrà intendersi eseguita nel luogo di attuazione dello stesso che dovrà essere comunicato all'autorità di vigilanza e al Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza;
- 8) divieto di fare uso di sostanze stupefacenti e di bevande alcoliche;
- 9) divieto di frequentare persone dedite ad attività illecite;
- 10) divieto di detenere o portare con sé armi o altri strumenti atti ad offendere;

11) obbligo di portare con sé la carta precettiva relativa alle prescrizioni della L.V. e di esibirla ad ogni richiesta degli ufficiali e agenti di polizia nonché dei referenti del DSMD.

### **ADEMPIMENTI A CURA DELL'AUTORITA' INCARICATA DELLA VIGILANZA**

La vigilanza del libero vigilato è affidata ai Carabinieri/Commissariato di PS di

La predetta autorità di P.S. riferirà direttamente a questo Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza sulla condotta tenuta dal libero vigilato durante il periodo di fruizione della misura.

Manda all'UEPE di affinché provveda semestralmente e comunque ogni qualvolta si renderà necessario a relazionare circa l'andamento della misura di sicurezza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del magistrato estensore

Si comunichi:

- ALLA AUTORITA' GIUDIZIARIA PROCEDENTE di
- AI CARABINIERI/QUESTURA di

Per la notifica all'interessato

- ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA di

per il V° ai sensi degli artt. 678, 666 IV co., 153 II co C.p.p.

- ALL'UFFICIO ESECUZIONE DELLA PROCURA DELLA REPUBBLICA di (Ufficio Misure di Sicurezza)

- ALL'UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA di [competente in relazione al luogo di residenza/domicilio]

- AL DSM.D di [competente in relazione al luogo di residenza/domicilio]

- AL DIFENSORE d'ufficio/di fiducia Avv. per la notifica telematica

## ALLEGATO 4

### DETTATO PRESCRIZIONALE RELATIVO ALLA MISURA DI SICUREZZA DELLA LIBERTA' VIGILATA IN COMUNITA' RESIDENZIALE PROVVISORIA E DEFINITIVA

*(prescrizioni da inserire nell'ordinanza al termine del dispositivo)*

- Visto l'art. 232 c. 1 C.P. affida il libero vigilato al direttore responsabile della Comunità Terapeutica di che relazionerà semestralmente al Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza e all'UEPE circa l'andamento del percorso terapeutico-riabilitativo e darà immediata comunicazione agli stessi e all'autorità incaricata della vigilanza di violazioni delle seguenti prescrizioni da parte del libero vigilato:

#### INTIMA

al libero vigilato il rispetto delle seguenti prescrizioni, avvertendolo che, in caso di violazione, potranno essere adottati i provvedimenti di cui all'art.231 c.p.:

- 1) obbligo di stabilire il domicilio presso la Comunità Terapeutica sopra indicata. Ogni eventuale modifica dell'indicato domicilio dovrà essere richiesta al magistrato di sorveglianza;
- 2) obbligo di presentarsi una volta al mese all'autorità incaricata della vigilanza;
- 3) facoltà di allontanarsi dalla Comunità per esigenze connesse al percorso terapeutico/riabilitativo secondo le modalità e le tempistiche di volta in volta individuate dal medico referente della struttura ospitante e previa valutazione della compatibilità delle condizioni psicofisiche del libero vigilato, anche da parte dell'equipe terapeutica, al momento dell'uscita. I rientri del libero vigilato nel contesto familiare/sociale di riferimento saranno invece sottoposti a specifica autorizzazione del magistrato di sorveglianza al quale dovrà essere trasmessa l'istanza corredata da dettagliata relazione dei referenti del DSMD.  
Ogni spostamento dalla struttura dovrà essere comunicato all'autorità incaricata della vigilanza.
- 4) obbligo di mantenere contatti con l'UEPE di ..... **[da espungere nel solo caso di misura provvisoria]**, il CPS (**anche SERT/NOA eventualmente**) di ..... con la frequenza che gli stessi stabiliranno;
- 5) obbligo di attenersi a tutte le prescrizioni terapeutiche e farmacologiche del programma terapeutico-riabilitativo predisposto dal DSMD di e dal responsabile medico psichiatra della struttura comunitaria ospitante;
- 6) il libero vigilato potrà accedere ad ambulatori, servizi sanitari e ospedalieri per interventi, accertamenti diagnostici e cure, anche al di fuori dell'ambito territoriale di cui al punto 4), previa comunicazione di luoghi e tempi di spostamento all'autorità di vigilanza competente. In caso di ricovero per motivi sanitari, la libertà vigilata dovrà intendersi eseguita nel luogo di attuazione dello stesso che dovrà essere comunicato all'autorità di vigilanza e al Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza;
- 7) divieto di fare use di sostanze stupefacenti e di bevande alcoliche;

- 8) divieto di frequentare persone dedite ad attività illecite;
- 9) divieto di detenere o portare con sé armi o altri strumenti atti ad offendere;
- 10) obbligo di portare con sé la carta precettiva relativa alle prescrizioni della L.V. e di esibirla ad ogni richiesta degli Ufficiali e Agenti di polizia nonché dei referenti del DSMD.

### **ADEMPIMENTI A CURA DELL'AUTORITA' INCARICATA DELLA VIGILANZA**

La vigilanza del libero vigilato è affidata ai Carabinieri/Commissariato di PS di  
La predetta autorità di P.S. riferirà direttamente a questo Giudice procedente/Magistrato di sorveglianza sulla condotta tenuta dal libero vigilato durante il periodo di fruizione della misura. Manda all'UEPE di affinché provveda semestralmente e comunque ogni qualvolta si renderà necessario a relazionare circa l'andamento della misura di sicurezza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del magistrato estensore

Si comunichi:

- AUTORITA' GIUDIZIARIA PROCEDENTE di
- AI CARABINIERI/QUESTURA di

Per la notifica all'interessato

- ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA di per il V° ai sensi degli artt. 678, 666 IV co., 153 II co. C.p.p.
- ALL'UFFICIO ESECUZIONE DELLA PROCURA DELLA REPUBBLICA di (Ufficio Misure di Sicurezza)
- ALL'UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA di [competente in relazione al luogo di residenza/domicilio]
- AL DSM.D di [competente in relazione al luogo di residenza/domicilio]
- ALLA COMUNITA di
- AL DIFENSORE d'ufficio/di fiducia Avv. per la notifica telematica



**Allegato 5**

Data compilazione \_\_\_\_\_

Data/e incontro/i precedente la stesura del PTRI:

DATA INGRESSO IN REMS	
COGNOME NOME	
LUOGO E DATA NASCITA	
RESIDENZA (Comune, Provincia, Via, ecc)	
RECAPITI DI FAMIGLIARI (di riferimento)	

**SERVIZI DI RIFERIMENTO**

ASST	
ATS	
DSMD di	
Responsabile DSMD	
Telefono	
Fax	
Mail	
CPS di	
Psichiatra responsabile del servizio	
Telefono	
Fax	
Mail	

<b>EQUIPE DSMD (CPS-UOP)</b>	<b>COGNOME NOME</b>	<b>RECAPITI (Telefono, Fax, mail)</b>
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

<b>EQUIPE REMS</b>	<b>COGNOME NOME</b>	<b>RECAPITI (Telefono, Fax, mail)</b>
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

**ALTRI SERVIZI**

SERT di	
Medico referente	
Altro Operatore	

## Allegato 5

Telefono	
Fax	
Mail	

### DIAGNOSI

Diagnosi Principale (ICD10)	
Seconda diagnosi (ICD10)	
Altre diagnosi (ICD10)	

### INDICATORI ANAMNESTICI

Precedenti trattamenti psichiatrici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vittimizzazione in età evolutiva (traumi /abusi)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti Violenze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Esordio precoce atti violenti (in età evolutiva)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Instabilità relazioni affettive	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Competenza a organizzare il tempo libero in modo costruttivo e piacevole	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Frequentazione di pregiudicati	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Abuso di sostanze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Problemi scolastici /lavorativi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ideazione antisociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi fallimenti progetti terapeutici adeguati alle possibilità della persona	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi internamenti	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti problemi di giustizia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

## Allegato 5

### INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction" sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o "gambling"	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

### INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Condizione di straniero extra UE 2. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Tutela (Amministratore Sostegno) 2. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Possibilità di accoglienza nell'ambiente in cui viveva prima del reato 2. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

#### FASE Accoglienza e Valutazione (breve descrizione)

--

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato 5

### RIVALUTAZIONE INDICATORI E STESURA DEL PROGETTO (elaborato in condivisione con il paziente)

#### INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction" sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o "gambling"	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

#### INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Condizione di straniero extra UE	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Tutela (Amministratore Sostegno)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Possibilità di accoglienza nell'ambiente in cui viveva prima del reato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

#### Sviluppo del progetto in REMS

FASE Trattamentale

## Allegato 5

**OBIETTIVI CLINICO / RIABILITATIVI e SOCIALI DEL PERCORSO DI PERMANENZA IN REMS (finalizzati alla riduzione / controllo degli indicatori interni e degli indicatori esterni che rendono il paziente NON DIMISSIBILE)**

OBIETTIVO	DESCRIZIONE INTERVENTO

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Valutazione Esito della fase trattamentale:

*Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data*    /    /

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction"	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato 5

### Valutazione Esito della fase trattamentale:

Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data     /     /

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction"	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

### Il paziente ha raggiunto la condizione di "Dimissibilità" dalla REMS

Valutazione condizioni cliniche e comportamentali (breve descrizione)

Valutazione delle condizioni socio ambientali (breve descrizione)

#### FASE della dimissione

Paziente dimissibile ma presenza di fattori che complicano il percorso di dimissione

- Funzionamento psicosociale gravemente deficitario
- Assenza di rete familiare
- Assenza di rete sociale
- Allarme sociale

#### PROGRAMMA SPECIFICO DI DIMISSIONE DALLE REMS

##### Tipo di percorso

- territoriale
- semiresidenziale
- Residenziale

Richiesta di riesame anticipato     sì     no

## Allegato 5

### OBIETTIVI e TAPPE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE

OBIETTIVO	DESCRIZIONE

Specificare la struttura di inserimento (nome, tipologia, indirizzo) e la tempistica del progetto di accoglienza e di permanenza in struttura

#### STRUTTURA (nome, indirizzo)

--

#### Tipologia

- CPA
- CPM
- CRM
- CRA
- RES. LEG.
- Doppia diagnosi
- RSD
- \_\_\_\_\_

Altro: specificare

--

#### Compartecipazione alla spesa di servizi diversi

- Servizi Dipendenze
- Comuni
- \_\_\_\_\_

Altro: specificare

--

Firma Psichiatra di riferimento REMS

\_\_\_\_\_

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP  
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO 6

### PERCORSO DEL SOGGETTO IN REMS

Al momento del ricevimento dal DAP del decreto di assegnazione dell'internato presso la REMS in quanto sottoposto a misura definitiva o provvisoria, il nominativo del paziente viene inserito nel sistema SMOP per garantire l'informazione ai DSM-D di riferimento. L'equipe della REMS, costituita come da DM Salute e Giustizia 1/10/2012 (psichiatra, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, assistente sociale, psicologo, personale di supporto), gestisce la **presa in carico** dell'internato. Entro 48 ore dall'ingresso nella REMS, la direzione comunica l'ingresso nella struttura dell'internato al DSMD tramite SMOP, via mail e fax. Viene concordato un primo incontro tra l'equipe di riferimento del DSMD e della REMS che dovrà avvenire entro e non oltre 40 giorni dall'ingresso dell'internato. Durante l'incontro vengono concordati i contenuti utili alla stesura del Piano di Trattamento Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e la tempistica delle verifiche periodiche (non superiori alla frequenza quadrimestrale), durante le quali è auspicabile che le equipe individuino eventuali percorsi alternativi alla permanenza in REMS (cfr. art. 11 protocollo).

Nell'ambito della rivalutazione semestrale della pericolosità sociale/rischio di recidiva da parte dell'autorità giudiziaria procedente (Art. 313 e 72 CPP), le equipe della REMS e dei DSMD si devono orientare prioritariamente alla stesura di un progetto territoriale alternativo al mantenimento della **misura di sicurezza detentiva provvisoria** da sottoporre all'attenzione dell'autorità giudiziaria (cfr. art. 1 protocollo).

Nell'ambito del procedimento di riesame della pericolosità sociale effettuato periodicamente dal giudice, in qualsiasi momento può essere richiesta la **rivalutazione della pericolosità sociale in via anticipata** dall'internato e dalle equipe curanti della REMS e dei DSMD, a fronte di percorsi che consentano la dimissione dell'internato dalla REMS. Trattasi di attività da eseguirsi congiuntamente dalle due equipe REMS e DSMD (cfr. art. 11 protocollo).

Si ricorda che, come disposto dalla legge 81/2014, l'**assenza di percorsi territoriali** non può giustificare il mantenimento della misura di sicurezza provvisoria o definitiva.

Gli operatori della REMS continuano a essere, insieme a quelli del DSMD territorialmente competente, i referenti tecnici del Magistrato di Sorveglianza.

Le verifiche e le revisioni del PTRI dell'internato in Licenza Finale Esperimento (LFE) permangono a carico delle equipe della REMS e dei DSMD.

### PERCORSO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

Ogni Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze territorialmente competente, individuato in relazione al luogo di residenza o, diversamente, di commissione del reato, è tenuto ad organizzarsi



in modo tale da rendere fluida la comunicazione ed i conseguenti processi decisionali con la Magistratura, le REMS, le Forze dell'Ordine, gli UEPE e gli Enti locali, nonché rispetto all'attività di gestione diretta dell'internato, anche mediante le funzioni della micro-equipe forense. L'equipe del DSMD (anche costituita come **microequipe forense**) è così composta: psichiatra, infermiere, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale e, dove presente, psicologo ed ha le competenze di cui alla circolare regionale prot. G1.2018.0014111 del 20/04/2018 (**allegato 15**).

L'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in OPG o dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 222 art. 219 c.p.) da eseguirsi presso la REMS, prevede che la struttura prenda immediato contatto, se non già attivato, con il DSMD competente. Il DSMD, tramite le sue articolazioni gestionali (micro-equipe forense o in sua assenza l'equipe del CPS) provvede come di seguito indicato:

- ~~1.~~ concorre alla valutazione del caso, sia sotto il profilo clinico che forense, mettendo a disposizione la documentazione sanitaria e sociale opportuna;
- ~~2.~~ concorre alla definizione del PTRI (allegato 11);
- ~~3.~~ intraprende azioni di contatto e di conoscenza con la famiglia e la rete sociale di provenienza dell'internato in raccordo con l'UEPE e l'equipe sociale della REMS;
- ~~4.~~ in coerenza con l'indagine sociale, il DSMD identifica tempestivamente, fin dall'accoglienza del soggetto nella REMS, soluzioni di trattamento utili anche per il periodo successivo alla permanenza nella struttura detentiva;
- ~~5.~~ in modalità congiunta con l'equipe della REMS, si raccorda con la struttura che ospita l'internato in regime di Licenza Finale Esperimento (LFE)
- ~~6.~~ aggiorna l'elenco di cui all'allegato 4 dandone comunicazione alla struttura competente di Regione Lombardia;
- ~~7.~~ invia il PTRI (in prima stesura e successivi aggiornamenti) all'autorità giudiziaria procedente per il soggetto (di merito e/o magistrato di sorveglianza)

In caso di cessazione della misura di sicurezza, per revoca a seguito del venir meno della pericolosità sociale o per scadenza del termine di durata massima, il soggetto rimane in carico al DSMD (CPS e/o equipe forense) **per garantire continuità della presa in carico** (come previsto dall'art. 4 L. 9/2012).

### **STRANIERO IRREGOLARE E CITTADINO ITALIANO SENZA FISSA DIMORA (SFD)**

I soggetti stranieri entrati irregolarmente in Italia o divenuti irregolari, nella condizione di detenuti negli istituti penitenziari per adulti o minori, anche in regime di semilibertà, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, sottoposti a misure alternative alla detenzione, hanno diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale - SSR (Accordo Stato Regioni n. 255 CSR, 12 dicembre 2012, pag. 20).

In assenza di Codice Fiscale e in assenza di documenti di identità, la struttura sanitaria di riferimento (presso la quale riceve le cure per lo specifico problema) deve procedere alla

registrazione delle generalità fornite dall'assistito (Circ. Ministero della Sanità n. 5, 24 marzo 2000), utili alla successiva attivazione di un **codice STP (Straniero**

**Temporaneamente Presente)** che lo rende identificabile per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui ha diritto. Il codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

Il criterio di individuazione della REMS/DSMD degli STP è quello del **luogo del commesso reato**. Nell'ipotesi di cittadino italiano senza fissa dimora il criterio di individuazione della REMS/DSMD è quello dell'ultima residenza anche nell'ipotesi di cancellazione (cfr. Accordi della Conferenza Unificata Rep. Atti 81/CU del 26 novembre 2009 e Rep. Atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011 – norma a valenza nazionale – art. 1 di cui all'allegato 14).

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## ALLEGATO 7

### ATTIVITA' DEGLI UFFICI PER L'ESECUZIONE PENALE ESTERNA (UEPE)

- 1) Le indagini socio familiari di cui all'art. 13 O.F., relative alle persone che eseguono nelle REMS la misura di sicurezza definitiva, saranno svolte dagli UEPE competenti per luogo di residenza o domicilio della persona, avvalendosi, ove necessario, della collaborazione del servizio sociale delle REMS. In ogni caso, le richieste di indagine socio familiare saranno inviate dal servizio sociale delle REMS direttamente agli UEPE competenti e conterranno ogni informazione e documentazione utile allo svolgimento dell'indagine, comprese quelle relative ad eventuali ipotesi progettuali già concordate con i servizi territoriali.
- 2) Le persone che eseguono le libertà vigilate definitive nel territorio saranno seguite dagli UEPE competenti per residenza o domicilio della persona in collaborazione con i Servizi Specialistici dei DSMD (Centri Psico Sociali e Servizi per le Tossicodipendenze) e con le strutture di cura che eventualmente le ospitano. Gli UEPE regionali inoltre, previa richiesta scritta del servizio sociale delle REMS, assicurano l'invio di eventuale documentazione agli atti relativa ai soggetti, in esecuzione della misura di sicurezza detentiva provvisoria, ai quali, nel corso del processo, venga applicata la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata provvisoria.
- 3) Un funzionario di servizio sociale referente dell'UEPE di Mantova ed un referente del servizio sociale delle REMS si incontreranno periodicamente, circa ogni due mesi, al fine di assicurare un costante monitoraggio delle attività e di favorire processi di co-progettazione, anche diretti allo sviluppo della rete territoriale integrata,



4.

*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Rep. n. 3/cv del 22/01/2015

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015:

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;

VISTI gli artt. 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del D.P.R. n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando "siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli istituti";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività;

VISTO il d.lgs. 230/99 che all'articolo 1 sancisce che "I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia 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;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

soddisfaccimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

VISTO l'Allegato A del citato DPCM che stabilisce che "l'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri" e

RILEVATO che il menzionato Allegato A – nonché l'Accordo 20/11/2008 adottato in attuazione dell'articolo 7 del D.P.C.M. 1.04.2008 - reca "Indicazioni sui modelli organizzativi", secondo cui la ASL, nella definizione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, deve tenere conto di taluni criteri, tra i quali la tipologia dei ristretti (collaboratori di giustizia, alta sicurezza ecc.) o particolari esigenze di sicurezza;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 81/CU recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";

VISTO l'articolo 7 del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, su cui è stata sancita intesa nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 82/CSR, che prevede che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare in sede di Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 281/1997, l'Accordo avente ad oggetto: "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari"; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

VISTA la nota in data 22 settembre 2014, con la quale il Coordinamento Tecnico della Commissione Salute ha trasmesso il documento indicato in oggetto, elaborato e condiviso dal gruppo interregionale "Sanità penitenziaria", al fine del perfezionamento di un Accordo in sede di Conferenza Unificata;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 25 settembre 2014 di diramazione del documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria del 15 dicembre 2014, si è svolto un ampio confronto sulla proposta in oggetto e i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e delle Regioni hanno concordato modifiche al testo, recepite nella versione definitiva dell'Accordo trasmessa dal Coordinamento delle Regioni in data 8 gennaio 2015 e diramata in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il Sottosegretario alla salute ha avanzato la proposta di inserire all'articolo 2, punto 2, fine del primo capoverso, la frase "anche



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza", accolta dalle Regioni e Province autonome e dalle Autonomie locali;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

**SANCISCE ACCORDO**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

**CONSIDERATI:**

- la relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti sulla sanità penitenziaria, in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale, che hanno avuto luogo presso il Ministero della salute dal 16 giugno al 12 luglio 2011;
- le segnalazioni pervenute successivamente da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, che hanno evidenziato in ambito nazionale, criticità in tema di accesso alle cure dirette ai detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale;
- la opportunità di individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti di tale popolazione;

RITENUTO NECESSARIO fornire indicazioni per la ridefinizione dei contesti e delle modalità con le quali vengono erogate le prestazioni sanitarie a favore delle persone detenute al fine di favorire il superamento delle criticità segnalate;

**SI CONVIENE**

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

**Art. 1**

**La Rete dei servizi sanitari penitenziari**

1. Le Regioni, le Province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria. Le Regioni e le Province autonome definiscono entro 180 giorni la composizione e le modalità di funzionamento della Rete così da garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti trovino adeguata ed appropriata risposta



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali. A questo fine, in relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da questa presentate, ogni Regione e P.A. assicura all'interno del proprio territorio la presenza di servizi sanitari penitenziari in relazione alle esigenze della popolazione detenuta negli IIPP. Nell'Allegato, che costituisce parte integrante del presente Accordo, sono descritte le caratteristiche generali delle tipologie di servizi sanitari penitenziari cui ogni Regione e P.A. fa riferimento per la programmazione dei servizi sanitari necessari negli IIPP del proprio territorio. Il trasferimento presso servizi sanitari di altre Regioni è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in caso di necessità di cure di altissima specializzazione o di cure di particolare complessità clinica (cardiologia, neurochirurgia, trapianti, ustioni, ecc.).

2. Le Regioni e la Province autonome comunicano la composizione della rete assistenziale (intrapenitenziaria, territoriale ed ospedaliera) e la sua organizzazione locale e regionale, all'Amministrazione penitenziaria ed all'Autorità giudiziaria per le determinazioni di rispettiva competenza.
3. Nel caso in cui il Direttore generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato - su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda sanitaria competente, il trasferimento di detenuti bisognosi di cure è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in uno degli istituti penitenziari della Regione, tenuto conto delle valutazioni del soggetto cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale (Rete sanitaria interpenitenziaria regionale interaziendale), su proposta del responsabile del servizio/istituto di partenza e sentito quello del servizio/istituto di destinazione. Per i trasferimenti per motivi di salute in altra Regione, riservati esclusivamente alle patologie di maggior gravità, l'Amministrazione penitenziaria si avvale anche della collaborazione del soggetto regionale che coordina la rete, le cui valutazioni concorrono alla individuazione discrezionale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.

**Art. 2**

**I Servizi della Rete**

1. Ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale Azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta; fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi.
2. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione necessaria, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura in conformità alla normativa vigente.

3. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acuzie o zone 'smoke-free', regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della Azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre Aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti. Come previsto nel D.P.C.M. 1.4.2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 13/10/2011, in merito alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", le Aziende Sanitarie garantiscono alle persone con disturbi mentali appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale. A tal fine, le Aziende sanitarie elaborano con le Direzioni penitenziarie protocolli operativi volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in ambiente penitenziario secondo quanto previsto dall'accordo della Conferenza Unificata del 19/01/2012. Gli interventi sono effettuati all'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico, attraverso il collegamento con le Aziende sanitarie del territorio di residenza del detenuto. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'Azienda sanitaria. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.i., 18/80 e s.m.i., 104/92 e s.m.i., 68/99 e s.m.i., si applicano le procedure della normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'Azienda sanitaria di residenza.
4. In situazioni di emergenza-urgenza l'Azienda Sanitaria garantisce all'interno degli Istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio medico interno ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di 'pronto soccorso' in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.
5. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti,





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

soggetti con disagio/disturbo mentale, detenuti con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate.

6. La pianificazione regionale della rete tiene conto di:
  - realtà esistente in termini di strutture e servizi,
  - capienza dell'istituto,
  - numero annuo di ingressi,
  - presenza media di detenuti,
  - territori a più alto tasso di criminalità,
  - sedi penitenziarie con particolari tipologie di detenuti,
  - istituti penitenziari attrezzati con specifiche strutture sanitarie interne, per i quali sia predisposto un servizio di continuità assistenziale medica ed infermieristica presente h 24.
  
7. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (SPOKE). Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari. A questo fine, le Regioni e le province autonome procedono alla:
  - Individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.
  - Individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere: procedure definite quali 'ricovero' o 'degenza' possono riferirsi solo a specifici 'reparti ospedalieri di medicina penitenziaria' (ex 'medicina protetta'). I ricoveri presso tali strutture sono attuati su disposizione della autorità giudiziaria (trasferimento per cure) che ne stabilisce il termine anche secondo le indicazioni dei sanitari del reparto ospedaliero. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'articolo 7 del d.l. 14 giugno 1993 n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.

**Art. 3**

**Accreditamento**

1. Nelle more del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento ai sensi della normativa vigente, i servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti penitenziari rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione e di accreditamento istituzionale.



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2. La Amministrazione Penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche, la Regione e la ASL stipulano appositi protocolli d'intesa che stabiliscono il cronoprogramma degli eventuali lavori di adeguamento delle strutture di cui al comma 1.
3. Come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 29 aprile 2009, sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I suddetti interventi sono inseriti nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria, per consentire il completamento dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento

**Art. 4**

La programmazione dei Servizi medici multiprofessionali integrati con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le Regioni e le Province autonome si dotano di un Servizio medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I. - Tipo C1), di cui all'Allegato: ex 'Centri Diagnostico-Terapeutici' o 'Centri Clinici'), anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di siffatta modalità organizzativa. Tali centri erogano prestazioni di assistenza specialistica di cui al punto 4 dell'Allegato, le cui tipologie e volumi costituiscono il riferimento oggettivo per il riparto delle risorse statali appositamente destinate ai CDT;
2. I Centri clinici attualmente in funzione sono: Bari "Francesco Rucci", Genova "Marassi", Messina, Milano "Opera", Milano "San Vittore", Napoli "Poggioreale - G. Salvia", Napoli "Secondigliano", Massa, Parma, Pisa "Don Bosco" (maschile e femminile), Roma "Regina Coeli", Sassari, Torino "Lorusso e Cotugno", Busto Arsizio. Sono in via di attivazione: Cagliari "Uta" e Catanzaro. L'accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso, n.1, che definisce insopprimibili i centri clinici di Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli e Napoli Secondigliano.
3. L'apertura o la eventuale soppressione di S.A.I. viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche.

**Art. 5**

Monitoraggio e armonizzazione

1. L'applicazione del presente Accordo è oggetto di:
  - a. monitoraggio da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria che procede a verificare lo stato dell'offerta sanitaria negli istituti penitenziari alla data dell'entrata in vigore del presente accordo e, con cadenza annuale, lo stato di realizzazione e il funzionamento delle Reti regionali dei servizi per l'assistenza sanitaria ai detenuti. Le



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Regioni e le Province autonome si impegnano a fornire relazioni scritte ovvero a partecipare ad audizioni dirette;

- b. verifica della graduale progressiva armonizzazione dell'erogazione omogenea dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

**Art. 6**

**Criteri di appropriatezza**

1. Le Aziende Sanitarie sono titolari della gestione di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta e dei bambini al seguito di madri detenute, laddove presenti. A tal fine dispongono che la propria organizzazione sia oggetto di un'attività di valutazione e miglioramento della qualità a cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari adottano regolamenti coerenti con le linee guida di Società scientifiche, con indirizzi istituzionali o di gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra servizi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard, note e condivise ai vari livelli del SSN. I criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti.

**Art. 7**

**Utilizzazione delle risorse aziendali da parte di terzi a fini di cura e/o medico-legali**

1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del DPR 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.
2. Ferma restando la necessaria autorizzazione della Azienda sanitaria competente, per l'utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è dovuto, nei casi di cui al comma 1, uno specifico corrispettivo a carico del detenuto medesimo.
3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza Unificata, sono stabiliti:
  - le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;
  - i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.

**Art. 8**

**Norma finanziaria**

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2016 i criteri di riparto delle risorse finanziarie assegnate alle Regioni e P.A. per la sanità penitenziaria tengono conto dell'attuazione del presente Accordo.



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

**Art. 9**  
Norme finali

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire i contenuti del presente accordo entro 6 mesi dalla data di approvazione del medesimo, con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali.
2. L'attuazione del presente accordo deve avvenire senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica; per la sua graduale attuazione le Regioni e le province autonome si avvalgono delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO  
Antonio Nacdeo



IL PRESIDENTE  
Maria Carmela Lanzetta

**SERVIZI SANITARI IN AMBITO PENITENZIARIO:**

**Indice per la programmazione e glossario generale**

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario" operante sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Il medico responsabile/referente definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione Penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate. Il responsabile del Servizio è responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti "atti aziendali".

I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e riflettono le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali.

Le Regioni e Province autonome tengono conto nell'ambito della propria programmazione, dei criteri esplicitati al punto 6 dell'articolo 2 dell'Accordo, al fine di elaborare il proprio modello organizzativo di sanità penitenziaria, sulla base delle tipologie di servizi di seguito dettagliati. Tale modello tiene conto della complessità e della numerosità delle situazioni sanitarie della popolazione detenuta, nonché della situazione organizzativa preesistente al passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario

**1. Servizio medico di base**

È la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. Essa offre in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongano una presa in carico a lungo termine.

Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'IP o presso i servizi dell'Azienda sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie.

Il servizio svolge attività sanitaria di promozione di salute, diagnosi e cura di patologie o comorbilità di basso impatto assistenziale. Garantisce inoltre l'esecuzione dei test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto) anche attraverso le articolazioni territoriali delle ASL.

**2. Servizio medico multi-professionale integrato**

Questa tipologia di servizio si differenzia dalla precedente per la presenza del personale sanitario, medico ed infermieristico sulle 24 ore. Oltre a quanto presente nel "Servizio medico di base", sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) oltre a tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbose presenti nella struttura. In tale maniera questo servizio è in grado di fornire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbilità, l'osservazione e il trattamento del post-acuzie quando non particolarmente intenso.

Continuano ad essere garantiti l'attività di promozione della salute, degli screening e dell'attività fisica adattata per la prevenzione delle patologie croniche.

**3. Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata**

Alle caratteristiche del servizio medico multi professionale integrato aggiunge la presenza di una



sezione detentiva sanitaria specializzata, dedicata a fornire assistenza sanitaria a detenuti affetti da specifici stati patologici, come di seguito specificato. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. Questi servizi potrebbero essere dotati anche di diagnostica ecografica e di personale per l'erogazione di trattamenti specialistici di medicina fisica e riabilitazione per l'erogazione di trattamenti post-acuzie. Non è prevista la cessione in uso dei relativi ambienti (stanze di detenzione) a titolo gratuito all'ASL competente.

Le sezioni sanitarie specializzate.

La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'articolo 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.

Per quanto riguarda i soggetti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi menomazioni della capacità motoria, soggetti non vedenti o ipovedenti gravi), non risulta necessaria la previsione di specifiche sezioni, considerando che la libertà di movimento può essere garantita con l'abbattimento delle barriere architettoniche. Laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse possono essere soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e riabilitazione ovvero, in base alle specifiche condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche. I soggetti in questione devono essere accolti in ambienti penitenziari appositamente allestiti, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'amministrazione penitenziaria individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza col principio della territorialità della pena. L'amministrazione penitenziaria cura l'assistenza alla persona anche col ricorso a specifiche figure di detenuti *care givers* ('lavoranti'), contribuendo alla stesura di un opportuno regolamento sanitario di gestione della sezione sanitaria. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.



Sulla base delle previsioni normative, vengono di seguito specificate le tipologie di sezioni specializzate dedicate ai soggetti con malattie infettive, ai soggetti con disturbi mentali e ai soggetti tossicodipendenti.

### 3.1 Sezioni per detenuti con malattie infettive

Ogni Regione e PA individua sezioni o camere di detenzione per l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie infettive, che necessitino di cure specifiche. Nel caso di infezione da HIV, ai sensi dell'Accordo rep. 33/CU del 15 marzo 2012 "Infezione da HIV e detenzione" le linee generali di gestione clinica sono condivise con l'Unità Operativa Ospedaliera di Malattie Infettive di riferimento, valorizzando l'attività delle risorse umane interne. Particolare attenzione deve essere dedicata ad evitare che si creino condizioni di segregazione dal contesto.

### 3.2 Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali

L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975, trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008".

In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e 'minorati psichici', è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui



all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario<sup>1</sup>, ai soggetti di cui all'articolo 112 del D.P.R. medesimo<sup>2</sup> ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.

### 3.3 Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) facenti parte di istituti più grandi. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Servizio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale: è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono presentare una gestione simile alla tipologia precedente; anche in questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le unità sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

### 4. Servizio medico Multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) - (ex Centri Diagnostico-Terapeutici o Centri Clinici)

Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità e sostituisce i "Centri Diagnostico-Terapeutici" o "Centri Clinici" tuttora attivi ed esistenti ai sensi dell'art. 17, comma 4, del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. n. 230/2000). Il S.A.I. ha un assetto organizzativo che integra le tipologie dei servizi multiprofessionali integrati; può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate. Detto servizio risponde a bisogni di salute che necessitano di assistenza sanitaria specialistica continuativa, assicurando prestazioni sanitarie assistenziali di tipo intensivo ed estensivo extraospedaliero, che non possono essere garantite nei servizi a minore complessità organizzativa. L'inserimento in tali strutture risponde a valutazioni strettamente sanitarie, tramite la definizione di criteri per il trasferimento e la durata della permanenza. Il venir meno delle motivazioni cliniche che giustificano la permanenza nel S.A.I. è certificata dal medico responsabile e l'Amministrazione penitenziaria provvede alla tempestiva traduzione all'istituto di provenienza, qualora diverso da quello attuale. I locali sanitari sono concessi in comodato d'uso gratuito secondo quanto previsto dall'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 29 aprile 2009. L'istituto penitenziario presso cui è attivato il Servizio Multiprofessionale Integrato (S.A.I. ex C.D.T./C.C.) può ospitare, in ambienti penitenziari, detenuti che, per situazioni di rischio





sanitario, possono richiedere un maggiore e più specifico intervento sanitario e restano candidabili per una misura alternativa (affidamenti, ecc.) o per differimento o sospensione della pena per motivi di salute.

#### **5. Ospedale HUB/SPOKE con stanze dedicate o Reparto ospedaliero per detenuti**

Si tratta dei servizi previsti dalla legge 296/93 art. 7, destinati a degenze prolungate in caso di patologie complesse. Gli ambienti sanitari sono sempre situati nell'ambito di strutture ospedaliere e presentano dimensioni e collocazione variabili a seconda del modello organizzativo del servizio ospedaliero ospitante. L'apertura o la eventuale soppressione di queste strutture viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria. L'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento dei detenuti ricoverati. Il detenuto ricoverato continua ad essere sottoposto a regime detentivo e pertanto continua a godere dei diritti e delle garanzie riconosciute dalla normativa vigente alle persone sottoposte a tale regime (telefonate e colloqui con i familiari e con i difensori, possibilità di fare acquisti, contatti con il personale penitenziario e con la Polizia Penitenziaria per le attività matricolari quali ad esempio la possibilità di inoltrare istanze direttamente all'Autorità Giudiziaria, ecc.). Pertanto, il detenuto può chiedere direttamente alla A.G. di autorizzare telefonate e colloqui o attribuire benefici quali gli arresti domiciliari, la detenzione domiciliare o la sospensione dell'esecuzione della pena o altro. Solo con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di "ricovero e degenza".



## Glossario

C.C.: Casa Circondariale

C.R.: Casa di Reclusione

D.A.P.: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: È la struttura del Ministero della Giustizia deputata allo svolgimento dei compiti relativi al sistema carcerario.

I.C.A.T.T.: Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti: Istituto penitenziario o sezione di istituto in cui si provvede alla riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, mediante l'attuazione di programmi di medicina delle dipendenze e di altre attività terapeutiche, a carico delle aziende sanitarie. Il trattamento penitenziario si integra con i programmi terapeutici con la collaborazione degli enti territoriali, il terzo settore, il volontariato e le comunità terapeutiche.

ISTITUTI PENITENZIARI: sono distinti in:

- Casa circondariale in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio o quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni);
- Casa di reclusione, che è l'istituto adibito all'espiazione delle pene di maggiore entità;
- Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (art. 62 legge 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario): Colonie agricole, Case di lavoro, Case di cura e custodia (C.C.C.), Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.)

C.C.C e O.P.G. saranno sostituiti dalle strutture residenziali di cui al comma 2 art. 3 ter della legge 17.2.2012 n. 9 e successive modificazioni.

S.A.I. (Servizio Multiprofessionale integrato di Assistenza Intensiva): ex C.D.T./C.C.

SEZIONI SANITARIE PENITENZIARIE: spazi fisici dedicati ad attività sanitarie specializzate in ambito penitenziario

Se.A.T.T.: Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti.

### TRATTAMENTO PENITENZIARIO E RIEDUCAZIONE:

Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.

I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva.

Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Il trattamento è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia.





Regione Lombardia

Regione Lombardia - Giunta  
DIREZIONE GENERALE WELFARE  
PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE  
SALUTE MENTALE E PENITENZIARIA E INTERVENTI SOCIO SANITARI

Piazza Città di Lombardia n.1  
20124 Milano

Tel 02 6765.1

[www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)  
[welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)

Protocollo G1.2018.0014111 del 20/04/2018

Ai Direttori Generali delle ASST

Al Direttore Generale della Fondazione Irccs  
Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico  
di Milano

e, p.c.

Ai Direttori Generali delle ATS

Ai Direttori dei DSMD

LORO SEDI

**Oggetto : Indicazioni per il funzionamento delle micro equipe ex DGR 5340/2016**

Egregi in indirizzo

Con la Legge 17/02/2012 n.9 e s.m.i. lo Stato ha affrontato il tema dei pazienti psichiatrici autori di reato, dando indicazioni per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, strumenti ormai da tempo obsoleti.

In applicazione di tale normativa, la Regione Lombardia con la Deliberazione X/5340 del 27 giugno 2016 ha previsto l'istituzione di micro equipe forensi, operative all'interno delle articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).

Pertanto le micro equipe forensi non sono strutture gerarchicamente e funzionalmente autonome all'interno delle ASST, e le funzioni da esse svolte sono funzioni fondamentali e precipue dei DSMD dai quali dipendono.

**Referente per l'istruttoria della pratica:** FRANCO MILANI    Tel. 02/6765.4908

Laddove per un qualsiasi motivo non fossero operative micro equipe forensi le funzioni previste sono comunque svolte dal DSMD, secondo diversa organizzazione che lo stesso Dipartimento vorrà darsi.

Le micro equipe forensi sono costituite da personale con competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Il perimetro d'azione delle micro equipe territoriali forensi è ampio e deve necessariamente privilegiare metodologie di lavoro integrato.

Esse rappresentano un riferimento professionalmente qualificato per i pazienti psichiatrici autori di reato, ove questi sono in carico, REMS, CARCERE, residenzialità, domicilio.

I modelli organizzativi e gestionali delle micro equipe, afferenti ai singoli DSMD, restano nella prerogativa di governo, esercitata dalla singola ASST, in rapporto al bacino di popolazione generale servita dai DSMD ed in rapporto ad indicatori specifici, di spettro penale e criminologico clinico di quel territorio.

Tra questi rientrano il numero, la capienza degli istituti penali ed alcune specifiche funzioni svolte all'interno di alcuni istituti.

Il personale assegnato alle micro equipe di psichiatria forense adotta strumenti di monitoraggio e di valutazione dei bisogni socio sanitari, connessi al rischio di recidiva criminale, esercitando funzioni di expertise, all'interno delle linee di intervento integrate, facendo anche riferimento a protocolli d'intesa tra enti (sanitari, sociali, locali, giudiziari) attivi presso i territori. Si impegna inoltre a garantire il recepimento ed il rispetto di tali protocolli.

Le equipe forensi rappresentano sul territorio la naturale interfaccia socio sanitaria di prossimità con le autorità e le istituzioni coinvolte nella gestione del paziente autore di reato.

Svolgono la loro funzione sul paziente e sul suo percorso agendo in maniera diretta o con modalità di consulenza e raccordo tra gli enti/istituzioni e l'equipe curante del CPS.

Pertanto con la presente di seguito si ritiene utile richiamare alcune generali per il funzionamento delle suddette micro equipe, sia nel caso di pazienti sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria, che nel caso di nell'ambito della realizzazione dei percorsi di messa alla prova, alternativi all'esecuzione detentiva.

**1. Casi sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria, restrittivi della libertà personale:** la micro equipe, secondo modalità organizzative adottate nelle singole UOP o DSM-D, opera in un ventaglio di attività quali:

1. raccolta informativa anamnestica e sociale da destinare alla Procura della Repubblica nella fase investigativa;
2. confronto multi professionale con l'equipe sanitaria del carcere nella fase cautelare, anche al fine della gestione delle eventuali criticità del quadro psicopatologico, privilegiando soluzioni condivise con l'amministrazione della giustizia, nell'ambito della possibile attivazione di percorsi di cura e trattamento delle fasi di acuzie, presso le articolazioni del DSMD;
3. confronto con la Magistratura e le forze dell'ordine nella fase cautelare, anche al fine

di rendere possibili le misure alternative al carcere, nell'ambito delle diverse opzioni di cui al c.p.p. (arresti al proprio domicilio con presa in carico, arresto in luogo di cura);

4. confronto con la Magistratura di Sorveglianza, con la Direzione dell'Istituto penale e con il competente UEPE per favorire nel fine pena ovvero nel tempo minimo utile per la decorrenza dei termini di attivazione delle misure alternative, la presa in carico del CPS e/o UOSD del DSMD, con il concorso dell'offerta sussidiaria della cooperazione sociale, finalizzata all'housing, alla promozione sul territorio di interventi finalizzati all'inclusione ed al recupero di opportunità lavorative e di formazione/riqualificazione professionale;
5. confronto multi professionale nella fase delle indagini al confronto con il consulente psichiatra della Procura e/o del Giudice e/o della difesa, fornendo informazioni anamnestico cliniche e sociali circa i possibili percorsi da adottarsi nel caso di una valutazione di incidenza dell'infermità sulla commissione del reato, all'interno delle linee di intervento integrate, di cui al protocollo d'intesa, in via di completamento presso gli uffici dell'Assessorato al Welfare, tra Magistratura (requirente, giudicante e dell'esecuzione), Servizio Sanitario Regionale e Prefetture;
6. confronto con la responsabilità del direttore di UOP/UOSD del DSMD, circa la concreta attivazione di possibili percorsi di presa in carico alternativi all'invio in REMS, ivi compreso il coinvolgimento dell'ATS di riferimento;
7. confronto multi professionale periodico con l'equipe delle REMS, per fornire notizie anamnestico cliniche e sociali integrative durante la fase dell'accoglienza, per condividere la valutazione degli esiti del trattamento e di decorso clinico e comportamentale, come finalizzato alla stesura del PTI, a cura del CPS, offrendo supporto e monitoraggio nella fase della dimissione, secondo il progetto individualizzato concordato con l'equipe socio sanitaria delle REMS;
8. confronto con la Magistratura di Sorveglianza nella fase del fine pena in carcere di persona per la quale in sentenza è stato valutato il vizio parziale di mente al momento del reato, al fine di prevedere e rendere possibile la concreta attivazione di percorsi, anche residenziali, di presa in carico attraverso l'applicazione della libertà vigilata, in alternativa all'invio nella REMS;

**2. Percorsi di messa alla prova, alternativi alla esecuzione detentiva:** la micro equipe interviene, secondo modalità organizzative adottate nelle singole UOP o DSM-D. Tanto i CPS quanto le equipe forensi si adoperano affinché tali percorsi abbiano esito positivo nell'interesse della persona e della famiglia, in quanto il fallimento della messa alla prova comporta il reingresso nel circuito penale detentivo del carcere o delle REMS, con tutti gli esiti e le ricadute ad esso correlato.

In tale ambito l'equipe territoriale svolge attività di:

9. valutazione dei bisogni complessi ed integrati di tipo socio sanitario, come finalizzati a rendere la messa alla prova un percorso dinamico, proattivo e di promozione e sviluppo della persona, secondo un approccio multi professionale orientato alla recovery ed alla cultura della legalità;
10. monitoraggio degli esiti del percorso e della coerenza nel tempo del PTI formulato dal competente CPS, anche attraverso l'impiego di strumenti di valutazione validati dalla cultura scientifica internazionale sul tema del risk assesment e risk management;
11. confronto periodico con le equipe delle residenze psichiatriche, pubbliche e private, finalizzato alla condivisione della responsabilità delle risposte da offrire al paziente nella gestione di possibili acuzie psicopatologiche, compreso l'opzione del ricovero in SPDC, preventivamente concordato all'interno delle responsabilità esercitate dal direttore UOP, UOSD e DSMD;

12. confronto con la Magistratura di Sorveglianza ed il competente UEPE per l'accoglimento di proposte recovery oriented, con le necessarie modifiche delle prescrizioni, atte a concedere alla persona spazi di maggiore autonomia e responsabilizzazione delle sue condotte e della sua consapevolezza dei bisogni sanitari;
13. confronto con la Magistratura di Sorveglianza per il necessario debito informativo nel caso di cambiamento dei luoghi di cura per motivi di salute, compreso l'esito del ricovero in SPDC nel caso di riacutizzazioni/scompensi clinici, in ordine alla possibilità di prevenire valutazioni di aggravio della pericolosità sociale con conseguente ripristino della misura del ricovero in REMS;
14. raccordo con le forze dell'ordine per una equilibrata collaborazione ed interpretazione nel caso di trasgressioni degli obblighi, non strettamente riconducibili alle prescrizioni di ordine terapeutico (fughe, situazioni sociali a rischio in contesti pubblici);
15. valutazione dei bisogni di ordine socio sanitari, che consiglino l'opportunità di interventi in amministrazione di sostegno e, se necessaria, collaborazione con la stessa, per informare sull'esito del percorso e/o per coinvolgerlo nelle richieste che favoriscono la dinamicità della messa alla prova, con l'obiettivo della sua cessazione, qualora la persona abbia fatto un percorso soddisfacente ed abbia recuperato spazi importanti di consapevolezza dei suoi bisogni con l'accettazione su base volontaria dell'offerta terapeutico riabilitativo, residenziale e/o non residenziale;
16. collaborazione con il comune di residenza, le istituzioni del welfare per ricercare e favorire interventi di sostegno alla persona e di recupero dei diritti di cittadinanza, sotto il profilo dell'autonomia abitativa e del reddito;
17. confronto con la Magistratura di Sorveglianza e con l'avvocato, che rappresenta le istanze della difesa nell'Udienza del Riesame della Pericolosità Sociale, provvedendo, qualora richiesto dalla stessa Magistratura, al necessario debito informativo in esito al percorso svolto ed alla possibilità di cessazione della misura di messa alla prova sul territorio, con il recupero della libertà personale dell'individuo, quale correlato di un progetto di presa in carico del DSMD su base volontaria e consapevole;
18. collaborazione con il competente UEPE, nel caso di detenuto con problematiche psichiche che beneficia del provvedimento di cui all'art. 47 TER cui è affidata la valutazione ed il monitoraggio del benefico stesso, in ordine agli aspetti clinici che potrebbero condizionare negativamente il percorso;

Nell'ambito della sua attività provvede alla registrazione su apposito sistema informatizzato dei casi e delle prestazioni socio sanitarie, assistenziali e riabilitative, effettuate per conto del competente DSMD (Psiche web, SMOP).

Distinti saluti

IL DIRIGENTE

FRANCO MILANI

Firma autografa sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.Lgs. 39/93 art. 3 c. 2.