

ACCORDO ATTUATIVO

***del Protocollo Regionale in tema di misure di sicurezza approvato
il 12 settembre 2019***

enti coinvolti:

TRIBUNALE DI MONZA

PROCURA DELLA REPUBBLICA DI MONZA

ATS BRIANZA

ASST BRIANZA

FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO

ASST MILANO NORD

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

ASST VALLE OLONA

ASST RHODENSE

PREMESSE

A seguito dell'entrata in vigore della L. 81/14, che ha ridefinito i percorsi relativi all'applicazione delle misure di sicurezza dei pazienti autori di reato dopo la chiusura degli OPG, definendo la priorità dei trattamenti territoriali a fronte della residualità della misura di sicurezza detentiva, è stata molto sentita, e sollecitata anche dal Consiglio Superiore della Magistratura, l'esigenza di coinvolgere tutti gli attori chiamati ad attuare il cambiamento allo scopo di condividere le conoscenze e competenze ed elaborare percorsi condivisi di gestione delle diverse situazioni che vedono necessariamente intrecciarsi i compiti riservati al servizio sanitario con quelli di competenza dell'autorità giudiziaria.

Il 12 settembre 2019 è stato quindi adottato, in relazione ai territori della Lombardia ovest, il "Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza

psichiatriche per il Distretto di Milano”, sottoscritto dai dirigenti degli uffici giudiziari, dalla Regione stessa, dal Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria, dall’Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna (UIEPE), dai rappresentanti dell’avvocatura.

Con riferimento in particolare al circondario di competenza del Tribunale di Monza, avuto riguardo specifico alla realtà territoriale, ai servizi in concreto esistenti, alle peculiarità del territorio, che ha un bacino di utenza, riferito alla sola popolazione residente, di oltre 1.100.000 persone e dove insiste una casa circondariale con circa 400 posti regolamentari (e quasi il doppio di presenze effettive, di cui circa 250 in carico al servizio psichiatrico), pur condividendo il contenuto del protocollo adottato nel 2019, sia nelle sue premesse che nel complessivo articolato, si è però sentita la necessità di un passaggio ulteriore, diretto all’attuazione in concreto dei principi e delle previsioni inserite nel protocollo stesso, cui far seguire, come già previsto, momenti formativi che coinvolgano e sensibilizzino tutti i soggetti a vario titolo implicati nell’attuazione dei principi previsti dalla normativa vigente. Dopo un tentativo avviato da ATS Brianza con i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze del proprio territorio di afferenza, il tavolo di lavoro ha avuto un nuovo avvio con l’individuazione, ai fini del coinvolgimento dei diversi soggetti istituzionali, dello specifico territorio di competenza del circondario del Tribunale di Monza, che comprende, oltre ai comuni della provincia di Monza e Brianza (con l’eccezione del comune di Limbiate), anche diversi comuni della Provincia di Milano, e, conseguentemente, coinvolge, sotto il profilo sanitario, i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze di ASST Brianza e di Fondazione IRCCS San Gerardo di Monza, nonché, ma solo per alcuni comuni, i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze di ASST Nord Milano, ASST Melegnano e della Martesana, ASST Valle Olona e ASST Rhodense.

Il lavoro svolto non ha messo in discussione, quale punto di partenza dell’elaborazione comune, i contenuti del protocollo regionale del 2019, ma ha operato nella direzione di individuare delle disposizioni attuative di maggiore dettaglio e concretezza, nel tentativo, non solo di tener conto dal punto di vista territoriale delle risorse disponibili, ma anche di discutere e affrontare le diverse situazioni e problematiche concrete che la realtà quotidiana impone di affrontare, individuando percorsi che siano di supporto a tutti i soggetti coinvolti, ai magistrati e al personale sanitario, ma

anche ai consulenti e periti, ai difensori, alle forze dell'ordine e alle strutture amministrative di supporto.

Il presente documento è dunque il frutto di un confronto tra i partecipanti al tavolo di lavoro, che ha consentito di cogliere il punto di vista e le esigenze dei due diversi poli (sanitario e giudiziario) quotidianamente coinvolti in situazioni assai complesse e in questioni organizzative spesso correlate alla mancanza di sufficienti risorse umane e materiali.

L'elaborato, partendo dal principio della residualità della misura di sicurezza detentiva da attuarsi presso le REMS, vuole essere anche l'espressione del necessario sforzo di tutti i soggetti coinvolti per confermare in concreto detta residualità, pur nella consapevolezza che l'effettività di questo principio richiede risorse umane e materiali ben superiori a quelle attualmente disponibili, sì che il confine tra i diversi percorsi di cura individuati spesso risente delle difficoltà di attuare interventi tempestivi, magari preventivi, cioè antecedenti alla consumazione del reato su situazioni già manifestamente critiche, con la consapevolezza che la nota carenza di posti disponibili presso le residenze, e le conseguenti liste d'attesa, richiederebbero un significativo rafforzamento delle possibilità alternative di cura.

Procedendo quindi dalle singole tematiche affrontate dal protocollo regionale, da intendersi qui interamente richiamato e condiviso, e avuto riguardo alle specifiche tematiche che hanno richiesto la presente elaborazione attuativa al fine di assicurarne l'effettiva applicazione, si conviene quanto segue:

Art. 1 – LA GESTIONE DELL'URGENZA (attuazione dell'art. 4 del protocollo regionale)¹.

¹ art. 4 del Protocollo Regionale:

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 più adeguata.

Le indicazioni che seguono sono il frutto di un confronto aperto sui singoli casi che si verificano nella pratica quotidiana, da cui è sorta la necessità di meglio dettagliare, rispetto al contenuto del protocollo regionale, sia i comportamenti della polizia giudiziaria, primo attore istituzionale che si confronta con un possibile autore di reato e il sospetto di sussistenza di una patologia di tipo psichiatrico (alla quale dovranno essere dalla Procura della Repubblica impartite specifiche direttive), sia i conseguenti rapporti tra i servizi sanitari e l'autorità giudiziaria.

1. L'espressione usata nell'art. 4 del protocollo regionale "*nel caso in cui emergano elementi per ritenere che l'autore del reato sia affetto da patologie di tipo psichiatrico*" - verrà riprodotta identicamente nella direttiva per le forze dell'ordine, senza ulteriori specificazioni o dettagli che orientino in misura maggiore o minore per la decisione di accompagnare la persona arrestata/fermata al pronto soccorso, decisione che potrà essere adottata, sulla base dell'evoluzione dei comportamenti della persona interessata, anche nelle ore immediatamente successive al loro intervento. La polizia giudiziaria sarà richiamata ad un uso corretto del linguaggio, con indicazione di procedere alla descrizione dettagliata dei *comportamenti* (corporei e verbali) delle persone arrestate, evitando espressioni (es. *delirio*, *allucinazioni*) che hanno un significato preciso in psicopatologia e sono usate impropriamente nel linguaggio dei non addetti ai lavori. Ai fini della successiva perizia psichiatrica potranno anche essere utili eventuali videoregistrazioni che documentino i comportamenti.
2. Va ribadito che le persone che vengono accompagnate in pronto soccorso e che sono in stato di arresto/fermo non possono essere lasciate sole dalla polizia giudiziaria, che deve rimanere sul posto fino alla redazione del referto e alla decisione dei medici sulla eventuale collocazione del paziente.

Nel caso di arresto in flagranza o fermo, se le evidenze psichiatriche risultanti dal referto medico di PS, unitamente ad eventuali comunicazione 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 art 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.

3. Nelle strutture di Pronto Soccorso del territorio sono previste, o la presenza dello psichiatra (guardia attiva), oppure l'intervento su chiamata del sanitario reperibile. La visita, osservazione e refertazione, normalmente richiedono alcune ore, ma le attività non si protraggono generalmente oltre le 6/8 ore, quindi non si pongono problemi di decorso dei termini di legge per la privazione della libertà personale conseguente all'arresto/fermo. Le strutture di pronto soccorso presso cui accompagnare le persone sono esclusivamente quelle degli ospedali pubblici del territorio (non anche quelle delle strutture private, ancorché convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale);
4. Nel caso la persona venisse ricoverata in SPDC, volontariamente o coattivamente mediante trattamento sanitario obbligatorio (TSO), nel referto dovrà essere indicato il luogo del ricovero e l'utenza telefonica, al fine di assicurare al Giudice che dovrà gestire la fase della convalida dell'arresto/fermo la possibilità di un contatto diretto.
5. In ogni caso la polizia giudiziaria deve assumere informazioni su eventuali prese in carico da parte del servizio psichiatrico di competenza precedenti all'arresto. Per ottenere tali informazioni deve, sia interpellare lo psichiatra di guardia che ha preso in carico l'arrestato (il quale potrebbe avere modo di conoscere con prontezza precedenti ricoveri ospedalieri presso la struttura di ricovero o di quella di residenza), sia contattare, tramite e-mail preceduta da contatto telefonico che evidenzia l'urgenza derivante dallo stato di arresto della persona, il CPS dell'ASST di competenza (in relazione al luogo di residenza), che si farà carico di raccogliere i dati relativi al paziente, se già in precedenza conosciuto. Questa richiesta al CPS può avvenire solo in orario lavorativo e in giorno non festivo/prefestivo, non esistendo, per i centri territoriali, un servizio di pronta reperibilità. Alla richiesta dovrà seguire, nell'arco di un paio d'ore, l'invio di sintetica nota scritta indicante la data dell'eventuale presa in carico, la diagnosi e le date degli ultimi interventi.
6. La Polizia Giudiziaria contatterà il pubblico ministero (P.M.) di turno dopo l'emissione del referto di pronto soccorso. In caso di ricovero in SPDC il P.M. valuterà la sussistenza di esigenze cautelari ai sensi dell'art. 121 disp. att. c.p.p. (o l'eventuale liberazione ex art 389 c.p.p. nei casi limite in cui sia del tutto evidente l'assenza di imputabilità al momento del fatto). Qualora nonostante il ricovero il pubblico

- ministero ritenga di non procedere ex artt. 121 disp att c.p.p./ 389 c.p.p., opererà per la richiesta di convalida al GIP (e non per la direttissima), disponendo che l'indagato sia, in attesa della convalida, collocato agli arresti domiciliari presso l'SPDC ex art. 386 co 5, c.p.p..
7. Poiché all'arresto o fermo deve seguire, nei giorni immediatamente successivi il ricovero, l'interrogatorio della persona arrestata (tenuto conto dei termini di legge, non oltre il 4° giorno successivo all'arresto), si ritiene opportuno che il pubblico ministero che ha in carico l'arrestato/fermato proceda, se ritiene di chiedere la convalida e l'applicazione di una misura cautelare o di sicurezza, a formulare la richiesta al Giudice per le Indagini Preliminari (GIP) e non al Giudice del dibattimento con richiesta di rito direttissimo, in quanto l'organizzazione e le tempistiche del procedimento per direttissima appaiono incompatibili con gli adempimenti che seguono.
 8. Resta comunque fermo che, se il P.M., sulla base delle informazioni raccolte dalla polizia giudiziaria, non ritiene di dover chiedere misure cautelari o di sicurezza, disporrà l'immediata liberazione della persona arrestata/fermata e, conseguentemente, la sua presa in carico rimarrà di esclusiva competenza del sistema sanitario.
 9. Il G.I.P. investito della richiesta di convalida dell'arresto/fermo contatterà il luogo di cura presso il quale la persona è stata ricoverata, anche per sapere se la stessa è in condizione di essere sottoposta all'interrogatorio (adempimento che il giudice deve svolgere per decidere sulla convalida e l'eventuale misura da applicare), quindi deciderà se ci sono i presupposti per soprassedere all'adempimento o se recarsi presso l'SPDC per procedervi.
 10. Per il tempo strettamente necessario al Giudice per le Indagini Preliminari per decidere sulla richiesta di convalida e sulla misura da applicare, il paziente verrà comunque trattenuto presso il luogo di cura (in genere due-tre giorni). L'eventuale dimissione prima di tale termine dovrà essere oggetto di confronto preliminare con la polizia giudiziaria che ha proceduto all'arresto, che contatterà il P.M. di turno. Se si tratta di TSO saranno gli stessi sanitari a determinare la durata del ricovero compatibilmente con gli adempimenti dell'autorità giudiziaria. Se si tratta di un ricovero volontario, nel caso il paziente manifesti la volontà di allontanarsi dal luogo di cura, i sanitari procederanno alternativamente a disporre TSO, se ne sussistono i presupposti oppure, in assenza delle condizioni per l'applicazione

dello stesso, dovrà essere richiesto l'intervento della polizia giudiziaria che ha proceduto all'arresto, che provvederà alla ricollocazione della persona secondo le direttive del P.M. di turno. Va precisato che la persona ricoverata che si trova in stato di arresto o fermo non è soggetta a vigilanza della polizia giudiziaria, né tali compiti possono essere attribuiti al personale sanitario.

11. Il GIP, dopo l'interrogatorio e la convalida dell'arresto o del fermo, salvo casi eccezionali, disporrà il differimento dell'esecuzione della misura disposta al termine del ricovero. In tal caso i sanitari dovranno mantenere il contatto con la polizia giudiziaria che ha proceduto all'arresto per l'esecuzione, e dovranno comunicare tempestivamente (almeno 12 ore prima) data e ora delle dimissioni. In nessun caso il GIP disporrà gli arresti domiciliari presso l'SPDC.

ART. 2 – IL RAPPORTO CON I CONSULENTI E I PERITI (attuazione degli artt. 6, 7 e 9 del protocollo regionale)²

² Art. 6 del Protocollo Regionale:

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.

Art. 7 del Protocollo Regionale:

Nella successiva fase di indagine il P.M., 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.

Art. 9 del Protocollo Regionale:

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:

(si omette il quesito perché riformulato nel presente atto)

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.

Attraverso il confronto con alcuni consulenti e periti, è emersa la necessità di fissare con maggior dettaglio sia le modalità di acquisizione e trasmissione delle informazioni esistenti sulla persona da sottoporre a consulenza o perizia sia lo svolgimento di quest'ultima, così da agevolare il compito degli esperti nominati da P.M. e giudici e superare, almeno in parte, modalità di contatto con le autorità giudiziarie e sanitarie spesso rese meno complesse solo dalla conoscenza personale. È necessario dunque favorire l'accelerazione dei tempi per la messa a disposizione del consulente, sia degli atti del procedimento penale, sia della documentazione clinica che riguardi la persona già in precedenza assistita o in carico ai servizi psichiatrici.

Il confronto è stato l'occasione anche per condividere uno schema di quesito per il consulente/perito da adottare presso gli uffici monzesi, eliminando dal quesito standard, salvo casi del tutto peculiari, la struttura bifasica inizialmente ipotizzata nel protocollo regionale, ferma restando la necessità di favorire, attraverso il supporto agli esperti nominati, la maggiore rapidità possibile del completamento dell'incarico, per una risposta in tempi sufficientemente ristretti, dovendosi determinare le modalità di cura e/o custodia dell'autore di reato che presenta profili di pericolosità.

1. Quanto alle modalità di conferimento dell'incarico da parte del Pubblico Ministero, sia nell'ipotesi che conferisca personalmente l'incarico al consulente, sia quando deleghi questo adempimento alla polizia giudiziaria, dovranno essere assicurate le seguenti soluzioni pratiche:
 - Autorizzazione al consulente ad acquisire tutta la documentazione sanitaria utile per lo svolgimento dell'incarico;
 - Trasmissione immediata al consulente, a mezzo PEO o PEC, degli atti del fascicolo del procedimento, con riferimento in particolare agli atti della polizia giudiziaria, alle denunce, alle memorie difensive, nonché, se esistenti, della documentazione sanitaria relativa all'indagato;
 - Delega alla polizia giudiziaria a prestare assistenza al consulente e a confrontarsi con il medesimo ai fini della celere acquisizione della documentazione esistente presso le strutture sanitarie, eventualmente procedendo a notificare ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p.;

- Qualora ciò non sia già avvenuto in fase di inoltro della C.N.R. o dei seguiti, la polizia giudiziaria sarà altresì delegata a raccogliere informazioni dai familiari e/o conviventi in ordine ai precedenti sanitari della persona indagata, informazioni che metterà immediatamente a disposizione del consulente;
- Delega alla polizia giudiziaria per la convocazione dell'indagato davanti al consulente nel giorno, ora e luogo da lui indicati. In sede di invito la polizia giudiziaria provvederà a redigere verbale ex art. 161 c.p.p. contenente informazione all'indagato del reato per cui si procede con invito a nominare un difensore e ad eleggere domicilio;
- Comunicazione immediata, a cura della segreteria del PM, del verbale di conferimento dell'incarico (che dovrà contenere tutti i contatti utili del consulente, telefono, indirizzo, PEO e/o PEC) all'ASST/IRCCS di competenza in relazione al luogo di residenza o dimora dell'indagato o, in assenza, al luogo in cui il reato si presume commesso (tramite PEC al protocollo) . Tale invio sarà accompagnato da una nota del Pubblico Ministero che invita l'ASST/IRCCS ad attivarsi per mettere a disposizione del consulente nominato, nel tempo più celere possibile, la documentazione sanitaria ad esso riferita.

2. Quanto all'attivazione del servizio sanitario al fine di fornire al consulente le informazioni utili allo svolgimento dell'incarico, la comunicazione del Pubblico Ministero di avvenuto conferimento dell'incarico all'ASST/IRCCS competente inviata alla PEC del protocollo, verrà immediatamente inoltrata alla Direzione Sanitaria e/o al CPS competente, che attiveranno l'invio della cartella clinica e che provvederanno a fornire al consulente una relazione conoscitiva della storia del periziando, indicando eventuali contatti con medici curanti e servizi del territorio che lo abbiano in carico, e altre informazioni utili. In caso negativo, cioè nell'ipotesi che l'indagato non sia mai stato preso in carico per le problematiche di natura psichica, il CPS ne darà immediata comunicazione al consulente.

3. Il quesito al consulente/perito avrà il seguente contenuto:

Il consulente, effettuati preliminarmente i seguenti accertamenti ed in particolare:

- sentito il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze competente per territorio,*
 - presa visione degli atti del procedimento,*
 - acquisita la documentazione sanitaria attinente alla condizione psichica dell'indagato/imputato presso tutte le strutture sanitarie oltre che carcerarie [con l'eventuale assistenza della polizia giudiziaria procedente],*
 - contattati i servizi che hanno avuto in cura in tempi recenti l'indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza dello stesso,*
 - esaminato l'indagato/imputato,*
- proceda a valutazione delle informazioni acquisite e riferisca:*

- quale sia la storia clinica e biografica dell'indagato/imputato e formuli l'eventuale diagnosi psicopatologica;*
- se l'indagato/imputato al momento della commissione dei fatti fosse, per infermità o altra causa patologica, in tale stato di mente da escludere ovvero da scemare grandemente la capacità di intendere o di volere;*
- se lo stato mentale dell'indagato/imputato sia tale da consentirgli l'attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l'eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile;*
- nel caso di accertata incapacità di intendere e di volere al momento del fatto, se persista un rischio di ricaduta clinico comportamentale (rilevante ai fini dell'apprezzamento della pericolosità sociale);*
- quale sia il percorso terapeutico più idoneo a ridurre il rischio di ricaduta clinico comportamentale, indicando la tipologia di misura di sicurezza più idonea a ridurre e superarne la pericolosità (anche alla luce della trattabilità);*
- qualora l'indagato/imputato si trovi in stato di custodia cautelare (o sia già ricoverato in struttura residenziale o si renda comunque disponibile ai colloqui finalizzati a definire in dettaglio il percorso terapeutico), il consulente/perito indicherà altresì, sentito il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze competente per territorio e lo psichiatra curante ove presente, il piano terapeutico riabilitativo e, in caso di intervento residenziale, la struttura compatibile con i suoi bisogni terapeutici ove il predetto può essere*

inserito con pronta disponibilità; il consulente/perito chiederà una proroga del termine fissato per il deposito della relazione sino al rinvenimento della struttura idonea;

- nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS, specificherà gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi adeguati (art. 3, comma 4°, D.L. 211/11);*
- in ragione delle condizioni personali e familiari dell'indagato/imputato, valuterà il consulente/perito l'opportunità di segnalare la necessità della nomina di un amministratore di sostegno.*

4. Nei casi di urgenza, il Pubblico Ministero, una volta conferito l'incarico al consulente, o anche subito prima, può comunque chiedere una misura cautelare e, in caso di adozione, da parte del Giudice per le Indagini Preliminari, della custodia in carcere, lo stesso Giudice segnalerà comunque alla struttura detentiva la necessità di effettuare con immediatezza la valutazione della persona e la compatibilità con il regime detentivo.

5. Nelle ipotesi, non infrequenti, in cui siano avvenuti fatti che hanno determinato l'interruzione del percorso terapeutico in atto (es. allontanamento dell'indagato dalla comunità o struttura residenziale, interruzione della frequentazione del SERD/CPS o altro), al di fuori dei casi in cui sia stato commesso un reato che ha comportato arresto o fermo della persona (poiché in tal caso si riattivano le procedure già previste dall'art. 1), il SERD/CPS che ne riceve notizia dovrà informarne immediatamente il Pubblico Ministero titolare del procedimento e il Giudice che ha disposto la misura, al fine di consentire la riattivazione della consulenza o della perizia (in tal caso, anche su richiesta del Pubblico Ministero) al fine di verificare la possibilità di ripristino o di modifica del percorso terapeutico.

ART. 3 – LA FORMAZIONE DEL PERSONALE (attuazione dell'art. 19 del protocollo regionale)³

³ Art. 19 del protocollo regionale

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 utile per assicurarne la più ampia 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.

A seguito della sottoscrizione del presente accordo attuativo, le parti coinvolte procederanno ad avviare momenti formativi per il personale sanitario, per il personale di magistratura anche con il coinvolgimento degli avvocati, per il personale delle forze dell'ordine e per i consulenti e periti, con l'obiettivo di trasferire a ciascuna categoria coinvolta, oltre ai contenuti del protocollo regionale e del presente accordo attuativo, anche le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei rispettivi uffici o servizi, delle regole interne e delle nozioni scientifiche di base, dei rispettivi linguaggi giuridico e clinico-sanitario.

Il monitoraggio dell'esecuzione del presente protocollo avviene mediante incontri trilaterali dei delegati degli Uffici Giudiziari, ATS e Comandi FF.OO, con cadenza annuale per i primi tre anni e biennale per i successivi sette anni.

A tal fine ciascuna parte si impegna a raccogliere i dati relativi all'esecuzione e a prendere buona nota delle criticità insorte nella prassi.

All'esito degli incontri di monitoraggio viene redatto un report trasmesso per conoscenza anche all'Assessorato al Welfare della Regione Lombardia e all'Ordine degli Avvocati.

Il presente accordo entrerà in vigore il 1 dicembre 2025.

Esso è corredato da tre allegati:

- 1) Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il Distretto di Milano del 12/9/19 (senza allegati)
- 2) Un elenco contenente, per ogni comune del territorio di competenza del Tribunale di Monza, i riferimenti relativi all'ASST/IRCCS di appartenenza e al CPS di riferimento (utenze PEC, e-mail e numeri telefonici)
- 3) Un elenco contenente, per gli uffici giudiziari, Tribunale e Procura della Repubblica, i riferimenti utilizzabili per i contatti (PEC, E-mail, numeri di telefono).

Per TRIBUNALE DI MONZA

La Presidente dott. Gabriella Mariconda

Per PROCURA DELLA REPUBBLICA DI MONZA

Il Procuratore della Repubblica dott. Claudio Gittardi

Per ATS BRIANZA

La Direttrice Generale dott. Paola Palmieri

Per ASST BRIANZA

Il Direttore Generale dott. Carlo Alberto Tersalvi

Per FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO

Il Direttore Generale dott. Michele Brait

Per ASST MILANO NORD

Il Direttore Generale dott. Tommaso Russo

Per ASST VALLE OLONA

La Direttrice Generale dott. Daniela Bianchi

Per ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

Per ASST RHODENSE