



fact for minors



FACT FOR MINORS Fostering Alternative Care for Troubled minors

CO-FINANCED BY THE EUROPEAN COMMISSION – DIRECTORATE GENERAL JUSTICE AND CONSUMERS

Linee di indirizzo

Linee di indirizzo per la regolarizzazione strategica dei processi di presa in carico integrata rivolte a persone di minore età e giovani adulti autori di reato con disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche di (ab)uso di sostanze, collocati presso comunità socio educative.



A cura del gruppo di lavoro del *National Advisory Board*, attività di progetto coordinata dall'Ufficio II DGPRAM, Direzione Generale del personale, delle risorse e per l'attuazione dei provvedimenti del giudice minorile del Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità, Ministero della Giustizia nell'ambito del Progetto Europeo "*Fact for Minors. Fostering Alternative Care for Troubled minors*" - JUST/2015/RCHI/AG/PROF. Iniziativa europea coordinata dal Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), co-finanziata dalla Direzione Generale Giustizia e Consumatori della Commissione Europea.

Partecipanti ai Tavoli di lavoro del *Comitato Consultivo Nazionale* tenutisi presso il Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità:

per il *Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità*:

Vincenzo Starita, Isabella Mastropasqua, Ninfa Buccellato, Silvia Mei, Margherita Dascola, Maria Maddalena Leogrande, Giuseppina Barberis, Simona Casciotti, Daniela Cuzzocrea

per il *Coordinamento nazionale comunità di accoglienza*: Hassan Bassi

per l'*Istituto Psicoanalitico per le ricerche sociali*:

Raffaele Bracalenti, Federica Di Giovanni, Alessia Attar

per l'*Istituto Don Calabria, Casa San Benedetto*: Alessandro Padovani, Donatella Pompei

per la *Società italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza Sinpia NPI* - Policlinico Milano: Antonella Costantino

per la *Segreteria Conferenza delle Regioni e delle Province autonome*: Nicola Palmieri

per il *Dipartimento di Salute Mentale - UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitativa Età Evolutiva TSMREE*: Enrico Nonnis

per l'*Associazione Italiana dei Magistrati per i Minorenni e per la Famiglia*:

Francesco Vitrano, Enrico Iraso

per la *Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria Simspe-onlus*: Luciano Lucania

per il *Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali*: Annunziata Bartolomei

per l'*Autorità Garante Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza*:

Tullia Passerini, Maria Luisa Scardina

per la *Federazione Comunità Terapeutiche*: Claudio Bencivenga

per il *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale Divisione IV*: Stefania Boscato

per l'*Ufficio del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale*:

Daniela de Robert, Gianni Massaro.

per il *Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione Sanitaria*, Teresa Di Fiandra

Ringraziamenti

Si ringrazia per il supporto istituzionale il Capo del Dipartimento, Gemma Tuccillo.

Si ringraziano per il loro prezioso contributo, i referenti dei servizi pubblici e del privato sociale partecipanti agli incontri dei tavoli del Comitato Consultivo Nazionale per la disponibilità, condivisione e collaborazione offerta ai fini della realizzazione del presente lavoro. Oltre ai partner stranieri di progetto per il prezioso contributo di confronto fornito durante i tavoli di confronto internazionali.



Funded by Rights
Equality and
Citizenship (REC)
programme of the
European Union

Un'esperienza nella Giustizia minorile e di comunità: FACT FOR MINORS. Fostering Alternative Care for Troubled minors

Gli studi condotti a livello europeo sul tema dei minori autori di reato che presentano forme di disagio ovvero disturbi di tipo psico-patologico evidenziano un incremento delle presenze di tali minori all'interno dei servizi della Giustizia¹. Il tema costituisce un segmento estremamente complesso anche in Italia, nonché elemento di particolare criticità a più livelli, istituzionale e operativo, ponendo soggetti diversi dinanzi a continue sfide.

Nello specifico, la Giustizia minorile e di comunità si ritrova a fronteggiare un doppio livello di complessità: da una parte, le difficoltà insite nella costruzione di percorsi individualizzati di presa in carico adeguati ai bisogni specifici dei minori e giovani adulti autori di reato; dall'altra, la necessità di stabilire efficienti forme di collaborazione fra servizi diversi, organizzati secondo differenti livelli di articolazione e processi di regionalizzazione. Ambiti di difficoltà su cui si innestano ulteriori elementi di fragilità determinatesi dal lungo e faticoso trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte dai Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario nazionale attraverso il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° Aprile 2008. Riforma che, oltre al disciplinare la transizione in termini di risorse, personale e strumentale, definisce altresì le linee di indirizzo per la tutela della salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale. Processo complesso e ad oggi non completamente consolidato – basti pensare che le funzioni della sanità penitenziaria nella Regione Sicilia risultano essere state trasferite ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 2015 n.222 entrato in vigore il 5 febbraio 2016 – che richiede una riflessione anche sul piano della cultura dei servizi capace di accompagnare un trasferimento di funzioni tra organizzazioni profondamente diverse.

Complessità, quindi, che a più livelli si sovrascrive ad altri elementi di laboriosità, tra queste la capacità dialogica e cooperativa fra i servizi della giustizia e servizi sanitari-territoriali che non di rado risultano nei fatti assai difficoltosi, frammentati e talvolta distanti dalla realizzazione di quel modello multi-agenzia e multi-attore richiesto a più voci nei principali documenti comunitari e nazionali e che in ogni caso genera non sempre un apprezzabile eterogeneità, in termini di diritto all'accesso alle cure nel territorio nazionale. Criticità peraltro messe in luce nel corso dei lavori affrontati dagli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, nel corso dei quali è stata evidenziata *"l'esigenza di promuovere l'ammodernamento delle procedure attualmente seguite"*. Procedure che *"richiedono significativi interventi, nella prospettiva di rendere effettivo il diritto della popolazione detenuta ad una adeguata tutela della salute in carcere. I maggiori problemi riscontrati riguardano la disomogeneità delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché l'inefficiente programmazione della spesa per la garanzia di un'offerta sanitaria adeguata"*².

In particolare il Comitato degli esperti degli Stati Gen.li ha esortato a riservare *"un'attenzione maggiore ... alle esigenze di cura e tutela della salute delle persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche. La considerevole presenza di soggetti con varie tipologie di disagio*

¹ Cfr. OIJJ, Mental Health resources for Young Offenders

² C.f.r. Documento finale elaborato, a conclusione degli STATI GENERALI SULL'ESECUZIONE PENALE, da un Comitato di esperti che si è avvalso del lavoro di 18 Tavoli tematici composti da operatori penitenziari, magistrati, avvocati, docenti, esperti, rappresentanti della cultura e dell'associazionismo civile. Il Documento finale intende offrire un compendio delle linee di intervento che ritiene più qualificanti per dare un volto nuovo all'esecuzione penale. Il Comitato di esperti, individuati per predisporre le linee di azione degli *"Stati generali sull'esecuzione penale"* sono stati nominati con d.m. 8 maggio 2015 e d.m. 9 giugno 2015 di costituzione e integrazione dei componenti.

psichico è stata più volte segnalata come elemento di criticità nella gestione della vita detentiva, nonché di stress per il personale che opera a diretto contatto quotidiano con essi, peraltro senza una specifica formazione. Per questo si ritiene opportuno prevedere interventi normativi che consentano per le persone affette da tali patologie l'espiazione della pena in forme alternative, compatibilmente con le esigenze di sicurezza. Tali forme dovranno armonizzarsi con le esigenze di cura, equiparando la posizione di chi è affetto da grave patologia psichiatrica a quella di chi è affetto da grave patologia fisica”³.

E' proprio partendo da questa istanza corale di intergrazione che il Dipartimento, in ragione della *workstream* assegnata, ha individuato alcuni soggetti per la costituzione di un "National Advisory Board (NAB)", attori chiave al fine di giungere all'eventuale sottoscrizione di un accordo nazionale che renda efficaci ed effettivi i modelli operativi sperimentati. Strategia operativa in risposta al bisogno di costruzione di un'**integrazione sinergica**, peraltro in linea con i dichiarati obiettivi di tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza contenuti nel "Piano nazionale di salute mentale", che declina due azioni prevalenti quali il *coordinamento e gestione integrata degli interventi* e la *formazione specifica, mirata e congiunta* quali condizioni su cui investire per il miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Il Tavolo di lavoro nazionale, si è posto quindi il chiaro obiettivo generale di aumentare l'efficacia e la qualità del sistema di protezione di minori e giovani autori di reato affetti da disagio psicologico e/o disturbo psichiatrico, sostenendo il miglioramento delle procedure dei percorsi di presa in carico e trattamento attraverso la partecipazione ad azioni di **capacity building** orientate alla cooperazione multi-agenzia. Impegno il cui risultato si è esplicitato nell'elaborazione di **linee di indirizzo** che seguono, che individuano *principi e modelli di lavoro integrato* capaci di aumentare la collaborazione fra i servizi della Giustizia, della Sanità e del Terzo settore impegnati nella cura di questo specifico segmento di utenza, in una logica operativa di costruzione di un efficiente modello di lavoro multi-agenzia e multi-attore.

Isabella Mastropasqua, Ninfa Buccellato

³ C.f.r. Documento finale, STATI GENERALI SULL'ESECUZIONE PENALE, cit.

PREMESSA

Il decreto di riordino della medicina penitenziaria⁴ ha disposto il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dell'allora Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia⁵ al Servizio Sanitario Nazionale, demandando alle Regioni l'onere di assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite nel tramite delle Aziende sanitarie locali⁶ nel territorio.

La complessità di questa progressiva ridefinizione di procedure di "passaggio" e "presa in carico condivisa" ha generato difficoltà nell'individuare idonei modelli organizzativi capaci di tenere assieme istanze differenziate dettate dai tempi della Giustizia e le esigenze della cura all'interno della Sanità⁷.

Il dibattito sul tema è stato ampiamente affrontato nel corso del Tavolo 10 degli *Stati Generali sull'Esecuzione Penale*, Comitato di esperti costituito presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministero della Giustizia⁸ in forza del decreto dell'8 maggio 2015, che si è occupato di individuare strategie

⁴ D.P.C.M. 1 aprile 2008 Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, pubblicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

⁵ A seguito del processo di riforma della Giustizia, oggi Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 giugno 2015, n. 84, *Regolamento di riorganizzazione del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche. (15G00097) (GU n.148 del 29-6-2015).*

⁶ Aziende sanitarie locali (ASL) o equiparate, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici anche se trasformati in fondazioni, aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN (coerentemente con quanto previsto dal DM 13.11.2007 - *Modello di rilevazione dei Conti Economici delle aziende sanitarie*). L'art. 2. del D.P.C.M. 1 aprile 2008 chiosa sul trasferimento delle funzioni sanitarie precisando che "A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, vengono trasferite al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti e per i persone di minore età affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'art. 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272.

⁷ Nella consapevolezza della complessità di questo passaggio, a partire dalla data in vigore del decreto, in attesa dell'attivazione dei due tavoli previsti dal DPCM nell'ambito della Conferenza unificata per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – il *Tavolo di Consultazione permanente*, con il compito di dare attuazione concreta alle linee d'intervento sul transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale, contenute nell'allegato A del D.P.C.M. del primo aprile 2008, e il *Comitato paritetico interistituzionale* con l'obiettivo di dare attuazione alle linee guida, per gli interventi sugli Ospedali psichiatrici giudiziari e sulle Case di cura e custodia contenute nell'allegato C dello stesso provvedimento – il *Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere* composto dai rappresentanti delle Regioni e i rappresentanti dei Ministeri competenti ossia Giustizia e Salute hanno condiviso ed elaborato strumenti volti a favorire il coordinamento a livello locale fra Regioni, i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione e Centri per la Giustizia Minorile. Tra i documenti elaborati nei sottogruppi di lavoro del Tavolo di consultazione permanente si citano "Le linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento per l'A.G." – Accordo ai sensi dell'art.9 del dlgs.28 agosto 1997, n. 281 del 26 novembre 2009.

⁸ Il comitato di esperti, è stato costituito dall'allora Ministro della Giustizia, Andrea Orlando, a far data dal 6 maggio 2015 in occasione della riunione preliminare all'adozione del Decreto 8 maggio 2015, in forza della dettata necessità di predisporre linee di azione per lo svolgimento della consultazione pubblica sull'esecuzione della pena. Il Comitato di esperti si è avvalso del lavoro di 18 Tavoli tematici composti da operatori penitenziari, magistrati, avvocati, docenti, esperti, rappresentanti della cultura e dell'associazionismo civile, individuati per predisporre le linee di azione degli "Stati generali sull'esecuzione penale" che sono stati nominati con d.m. 8 maggio 2015 e d.m. 9 giugno 2015 (integrazione dei componenti). Lo scopo degli Stati Generali è stato raccogliere materiali, elaborare proposte e porre la questione della pena e della sua esecuzione al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica, vincere le paure

per l'effettivo esercizio del diritto alla salute, attraverso un rapporto più efficace con le autorità sanitarie al fine di assicurare l'accesso alle cure, la continuità terapeutica e la soluzione di eventuali criticità organizzative, con particolare attenzione – in coordinamento con il Tavolo 11 – al processo in corso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Gli esiti dei lavori degli esperti, nel rappresentare una situazione nazionale sviluppatasi a macchia di leopardo, hanno messo in luce quanto già operativamente evidente per gli addetti ai lavori, ovvero una manifesta discrasia generatasi nel sistema che costituisce *“uno dei cardini della riforma”* su cui tuttavia *“l'omogeneità delle prestazioni della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è, dunque, da raggiungere”*, a partire dalla difficoltà di analizzare dati precisi e l'estrema discrezionalità delle soluzioni praticate⁹.

Da un'analisi di contesto è infatti emerso chiaramente che *“non tutte le Regioni hanno emanato Linee guida e ancora pochi sono i Protocolli operativi fra singoli Servizi Minorili e le ASL di riferimento. In particolare, la mancanza della definizione di un sistema regionale sulla sanità penitenziaria ha un effetto ancora più evidente per quanto riguarda il settore penale esterno, in quanto gli utenti degli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni fanno riferimento non solo alla ASL dove è ubicato il servizio minorile, che per il DPCM è quello territorialmente competente, ma alle ASL di residenza del minore. Pertanto gli Uffici di Servizio Sociale per i minorenni (USSM) si trovano non solo di fronte a modalità organizzative differenti ma anche ad una assenza di un referente dedicato al settore penale. Un'altra problematica correlata è quella della difficoltà di servizi idonei per quei soggetti che si collocano tra la minore e la maggiore età. Il risultato di questa assenza di linee guida regionali è quello di non garantire a tutti i soggetti i medesimi diritti”*¹⁰.

In questo scenario, un segmento particolare è rappresentato dalle persone di minore età e giovani adulti con disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche connesse all'uso/abuso

veicolate dal discorso “sicuritario”, per costruire un percorso partecipato di cambiamento della nostra legislazione sul tema. E ancora: portare all'interno del carcere il contributo di chi vive “fuori” e può dare tantissimo in termini di cultura, di formazione professionale e di accompagnamento al graduale reinserimento del detenuto. Ogni tavolo ha trattato un aspetto tematico e messo a confronto punti di vista anche diversi tra loro. I temi affrontati sono stati: architettura e carcere, la vita e la responsabilizzazione del detenuto, donne e carcere, vulnerabilità e dipendenze, minorenni autori di reato, il mondo degli affetti e la territorializzazione della pena, stranieri, lavoro e formazione, istruzione e sport, salute e disagio psichico, misure di sicurezza, sanzioni all'interno della comunità, mediazione e tutela delle vittime dei reati, regole internazionali, formazione degli operatori penitenziari, ostacoli normativi al trattamento rieducativo, processo di reinserimento, organizzazione e amministrazione dell'esecuzione penale.

⁹ C.f.r. *Documento finale* elaborato, a conclusione degli Stati Generali sull'Esecuzione Penale. Il Documento finale intende offrire un compendio delle linee di intervento che ritiene più qualificanti per dare un volto nuovo all'esecuzione penale.

¹⁰ Relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli osservatori regionali permanenti (Regione, Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria, Centri per la Giustizia Minorile) in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, gli internati e persone di minore età sottoposti a procedimento penale, p. 7 e sgg. L'Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni (U.S.S.M.) è un servizio del Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità del Ministero della Giustizia. Già previsto nel R.D. n° 1404 del 1934 istitutivo dei Tribunali per Minorenni, la L.888 /56 ha introdotto il servizio a pieno titolo e gli U.S.S.M. sono stati quindi compresi tra i servizi dipendenti dell'allora Ministero di Grazia e Giustizia. In forza di una successiva legge, la L.1805 del 1962, sono stati istituiti gli Uffici Distrettuali di Servizio Sociale per i minorenni presso ogni capoluogo del distretto di Corte d'Appello, con competenze in ambito civile, amministrativo e penale. Gli U.S.S.M. forniscono assistenza ai minori autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale. Inoltre, essi hanno competenza in merito agli interventi previsti in materia di violenza e abusi sessuali nonché in merito all'applicazione delle disposizioni relative alla Convenzione dell'Aja del 25 ottobre 1980 in materia di sottrazione internazionale. Gli U.S.S.M. si occupano della raccolta di elementi conoscitivi concernenti i minorenni per l'accertamento della personalità, fornendo concrete ipotesi progettuali e concorrendo alle decisioni dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Essi giocano un ruolo di sostegno e controllo nella fase di attuazione delle misure cautelari, alternative e sostitutive concesse ai minori, in accordo con gli altri Servizi Minorili della Giustizia e degli Enti locali.

di sostanze, sottoposti a procedimento penale. Si tratta di una fetta rilevante della popolazione infantile ed adolescenziale (già nella popolazione generale si parla di circa un 10% se si considerano solo i disturbi psichiatrici, che aumenta in modo considerevole se vengono inclusi anche i soggetti con disagio psicologico, e che, pur a fronte di una scarsità di dati precisi, appare maggiormente rappresentata nella popolazione di persone di minore età sottoposte a procedimento penale). Come vedremo più oltre, al suo interno, è possibile individuare 4 ulteriori sottopopolazioni in base alla collocazione che determina tipologie di complessità organizzativa e clinica differenti. Una prima sottopopolazione è collocata al domicilio, una seconda è collocata in comunità educativa, una terza in istituto penale minorile ed una quarta in comunità terapeutica.

Particolarmente complessa, dal punto di vista dell'integrazione tra sistemi differenti, appare la sottopopolazione con disturbo psichiatrico collocata presso comunità socio-educative. Per gli utenti con disturbo psichiatrico, il collocamento in comunità educativa è possibile in situazioni sufficientemente stabilizzate o che non rientrino nei criteri clinici per il collocamento in comunità terapeutica¹¹. E' necessario sottolineare come la tutela, l'assistenza, il percorso educativo e quello di re-integrazione di questa popolazione ricadano sotto la responsabilità almeno di quattro attori differenti: *i servizi Sanitari; i servizi sociali della Giustizia minorile, le Comunità socio educative, i servizi sociali degli Enti Locali*. Questa *quadrangolazione di responsabilità* costituisce, già di per sé, un indicatore assai esplicito delle complessità della presa in carico di queste persone di minore età, connesse al passaggio dalla medicina penitenziaria al sistema sanitario nazionale e alle differenze tra i sistemi regionali e alle complessità legate alle procedure operative, alle risorse messe in gioco, alle differenti modalità di lavoro e ai tempi degli interventi richiesti.

Da qui l'esigenza di individuare i *principi di lavoro integrato* su cui fondare la collaborazione fra servizi della Giustizia, Sanità e comunità socio educative in particolare rispetto a:

- *il tipo di collaborazione tra servizi della Giustizia minorile e quelli di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza o di Salute mentale dell'adulto, del Ser.D e dei Servizi sociali degli Enti Locali;*
- *la capacità di compenetrazione dei sistemi istituzionali in gioco nel cogliere le esigenze dell'altro e adeguarsi alle trasformazioni in atto;*
- *in che modo realizzare la convergenza delle linee di ricerca e garantire insieme, grazie a un proficuo scambio, la miglior tutela delle persone di minore età.*

Principi di lavoro integrato che si inscrivono nel lavoro di ricerca condotto dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza¹² e, nello specifico, nelle raccomandazioni contenute nel Documento di studio e di proposta su *"La salute mentale degli adolescenti"*, rivolte al Governo centrale ed a quelli regionali, ciascuno per le parti di rispettiva competenza nell'ambito del quadro normativo vigente in Italia, ma anche agli altri interlocutori istituzionali.

In siffatto contesto, come noto, la comunità socio educativa occupa una posizione rilevante nella relazione con i servizi della Giustizia minorile e di comunità. La riuscita di una efficace presa in carico deve avvenire, preliminarmente, nel contesto di vita della persona di minore età, ma quando il contesto di vita, seppure momentaneo, viene a coincidere con una struttura di tipo socio educativo, quest'ultima deve essere considerata contesto elettivo per la realizzazione del

¹¹ Cfr. Accordo, ai sensi dell'art.9, co 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante *"Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza"* Conferenza Unificata, 138/cu 13 novembre 2014, Conferenza Unificata.

¹² Documento di studio e di proposta su *"La salute mentale degli adolescenti"*, elaborato dal gruppo di lavoro sulla salute mentale degli adolescenti, attivato all'interno della Consulta delle associazioni e delle organizzazioni, istituita e presieduta dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Roma, 21 dicembre 2017.

percorso socio educativo del ragazzo. La comunità si trova ad operare sia nell'ambito delle misure civili, in rapporto con i servizi territoriali (*in primis*), sia nell'ambito delle misure penali. La comunità socio educativa, pertanto, da una parte «dipende» dall'Ente locale competente per territorio, che deve autorizzarne l'attivazione nell'ambito del territorio regionale, dall'altra i referenti operativi delle comunità, per i casi di persone di minore età autori di reato, sono i servizi della Giustizia, che richiedono *setting* di intervento specifici. Questo "*assetto misto*" implica che le stesse Comunità siano portate a perseguire obiettivi non necessariamente sovrapposti generando procedure in molti casi assai variabili che non di rado non facilitano un dialogo di collaborazione e confronto e l'instaurarsi di un sistema virtuoso.

DESTINATARI DELLE LINEE DI INDIRIZZO

1. *Responsabili politico-strategici*, quali decisori pubblici e privati dei sistemi della Giustizia, Sanità, Enti locali ed Enti gestori/Terzo settore;
2. *Responsabili operativi*, ovvero sia operatori, pubblici e privati coinvolti, a livello locale, nella progettazione ed attuazione di programmi e servizi di presa in carico di persone di minore età e giovani adulti con disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche di uso/abuso di sostanze.

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

Persone di minore età e giovani adulti autori di reato, con disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche di uso/abuso di sostanze, in area penale esterna e collocati in comunità educativa. Si tratta di una popolazione all'interno dei servizi non particolarmente rilevante da un punto di vista numerico rispetto alla popolazione generale, ma che registra un *trend* in continua crescita all'interno del sistema.

CONTESTO

A circa 10 anni al passaggio della medicina penitenziaria al Sistema sanitario nazionale si registra una grande preoccupazione da parte dei servizi della Giustizia minorile, delle comunità educative e dei servizi Sanitari coinvolti (Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza o Salute mentale adulti, servizi sociali degli Enti Locali, Serd) nei confronti dei ragazzi autori di reato, che necessitano di un intervento di sostegno psicologico, se non francamente psichiatrico¹³. Sappiamo che i principi che sottendono tale tema riguardano, in prima istanza, il diritto alla cura o, più in generale, alla salute dei soggetti privati della propria libertà e gli aspetti etici e clinici connessi a tale principio. Da questo punto di vista, sappiamo anche che esiste una preoccupazione potremmo dire "*storica*" ma ancora estremamente attuale e soprattutto molto sentita: la limitazione della libertà (a seguito della commissione di un reato) non deve tradursi in una limitazione del proprio diritto alla salute. I riferimenti normativi, ai vari livelli, quali internazionale, comunitario nonché italiano, sono assai chiari in questo senso. Per il sistema della Giustizia minorile, inoltre, esiste la forte consapevolezza che il buon esito dei progetti educativi, nel caso segnatamente dei ragazzi con disagio/disturbo di tipo psico-patologico, dipende dalla capacità di saper sostenere, da un punto di vista psicologico o, nel caso, psichiatrico, i ragazzi stessi: come a dire, che rispetto a questo *target* specifico, il senso dell'azione della Giustizia si

¹³ Tutte le Regioni a statuto ordinario, più la Valle d'Aosta, presentavano già alla fine del 2011 il quadro dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari e nei servizi per minori, insistenti nei rispettivi territori. Ciò a completamento ed integrazione dei dati forniti con il Monitoraggio effettuato alla fine del 2010, in base all'Accordo Conferenza Unificata 8 luglio 2010 - Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

deve connettere alla capacità di sapersi integrare con il sistema Sanitario, con i servizi sociali degli Enti Locali al fine di offrire una risposta *multilevel* ma unitaria nei confronti del ragazzo.

Nel caso della salute mentale dei ragazzi autori di reato, come messo bene in evidenza anche da molteplici documenti ufficiali in materia¹⁴, cinque sono sostanzialmente i *setting* in cui si declina il tema delle persone di minore età autrici di reato ragazzi che presentano disagio psicologico/disturbo psichiatrico ovvero con problematiche connesse all'uso/abuso di sostanze:

1. IL SOSTEGNO E LA CURA DI QUESTI RAGAZZI COLLOCATI PRESSO IL DOMICILIO. *Setting* sul quale è prevalente l'esigenza di un raccordo tra servizi sociali e ASL di riferimento, al fine di una eguale garanzia di accesso ai servizi sanitari nel rispetto dell'esigenza della tempestività dell'intervento dettati dal criterio del luogo di residenza¹⁵ e gestiti secondo approcci multidisciplinari, orientati al case management.

2. IL SOSTEGNO E LA CURA DI QUESTI RAGAZZI COLLOCATI PRESSO GLI ISTITUTI PENALI MINORILI. Nei confronti delle persone di minore età che presentano forme di disagio psicologico/disturbo psichiatrico collocate presso gli Istituti Penali per i Minorenni si registra, allo stato attuale, una sufficiente articolazione delle prassi tra il sistema della Giustizia medesimo e le ASL: l'équipe multidisciplinare che si occupa del minore (agenti di polizia penitenziaria, assistente sociale, educatore, mediatore culturale, neuropsichiatra infantile, psichiatra, psicologo...) sembra riuscire nella progettazione di un sistema di interventi finalizzati a promuovere processi di responsabilizzazione e di promozione della salute mentale della persona di minore età.

3. IL SOSTEGNO E LA CURA DEI RAGAZZI NEL PASSAGGIO DAI SERVIZI DELLA GIUSTIZIA ALLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE, anche a seguito di una sopraggiunta complessità del quadro psicopatologico. Si tratta di un processo di transizione che chiama al confronto contesti tra di loro altamente eterogenei, penale e sanitario, i quali richiedono la predisposizione e l'avvio di un dialogo proficuo caratterizzato da bassi livelli di diffidenza ascrivibili ad approcci, linguaggi e comunicazioni talvolta anche molto differenti tra di loro, così come di prospettive sul minore diverse. Benchè vi sia comunque la necessità di una maggiore integrazione tra le diverse aree, vi è un numero minore di componenti della rete e i ruoli sono almeno in parte definiti.

4. IL SOSTEGNO E LA CURA DI QUESTI RAGAZZI COLLOCATI PRESSO LE COMUNITÀ DI TIPO SOCIO EDUCATIVO, *setting* maggiormente problematico, caratterizzato da una *governance* estremamente complessa che chiama in causa una quadrangolazione di responsabilità di attori differenti: i servizi della Giustizia minorile; le strutture Sanitarie; i servizi sociali degli Enti Locali, le comunità educative. Ed è propriamente rispetto a tale *setting* che si intende concentrare l'attenzione delle presenti Linee di indirizzo, e ciò per una serie di ragioni connesse alla necessità di capire se e come vengono integrati tre elementi: l'iter giudiziario, il percorso di cura; l'azione rieducativa.

Va evidenziato che generalmente tali comunità accolgono un'utenza assai eterogenea. In molti casi, le persone di minore età arrivano nelle comunità attraverso procedure civili del Tribunale per

¹⁴ Il riferimento in questo caso, ad esempio, è a documenti quali: Deliberazione della Giunta Regionale 4 agosto 2016, n. 107-3845, Modifica della D.G.R. n. 5-12654 del 30.11.2009 "*Linee Guida per l'Assistenza sanitaria di minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile*"; Regione Lazio, Decreto del Commissario ad Acta 4 agosto 2015, n. U00383 Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei persone di minore età e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale.

¹⁵ C.f.r. Art. 2. Diritto all'accesso, Carta europea dei diritti del malato Bruxelles 2002, "*Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio*".

i minorenni, perché privi del luogo in cui crescere e per i quali non è possibile un affidamento familiare. Peraltro, le persone di minore età con difficoltà comportamentali connesse a situazioni di disadattamento sociale possono essere collocate in comunità, su invio dei servizi sociali, attraverso procedure amministrative. Vi sono poi i casi di persone di minore età stranieri non accompagnati, collocati anch'essi presso le comunità. Ad un'ampia gamma di situazioni di ragazzi che popolano le comunità e che afferiscono all'area civile, si aggiungono i casi dei ragazzi che provengono dalla realtà penale: basti pensare, ad esempio, che le comunità sono, esse stesse, sempre di più luoghi delle misure di messa alla prova, cautelari e di sicurezza.

Inoltre, negli anni più recenti, è stata soprattutto la comunità educativa, rispetto agli altri servizi minorili, ad essere sollecitata dall'invio, sempre più frequente, di giovani che presentano un importante "corredo" di sintomi di natura psichica. Gli operatori, nel tempo, hanno imparato a comprendere la domanda di aiuto di questi ragazzi ma, di fatto, non riescono ad essere realmente di sostegno quando l'insorgenza di un disturbo psichiatrico si fa preponderante: la realtà di oggi è che la presenza di questi ragazzi all'interno della comunità può mettere in grande affanno la struttura stessa e gli altri ospiti. Infatti, se è vero che l'inserimento in comunità dovrebbe tenere in conto innanzi tutto le caratteristiche personali del ragazzo e le peculiarità della comunità in cui viene inserito, al fine di coniugarle nella prospettiva di realizzare un effettivo sostegno e costituire una occasione per valorizzare e sorreggere il percorso educativo, è altrettanto vero che nei confronti dello specifico segmento di utenza rappresentato da persone di minore età autori di reato con disagio psichico/disturbi psichiatrici l'incontro tra domanda (rappresentata dalla specificità della singola storia di vita) e offerta (caratteristiche della comunità) può in alcuni casi anche essere disatteso. E ciò per diverse ragioni tra loro interconnesse che riguardano:

- a) *gli operatori*. Le qualità dell'équipe che opera all'interno della comunità (capacità di tolleranza allo stress, doti di empatia e capacità di contenimento, ma anche fermezza, oltre ad un costante rispetto delle regole che disciplinano la vita all'interno della comunità, etc.) possono non essere sempre sufficienti a garantire un intervento efficace e a conferire al "luogo comunità" quella stabilità e serenità necessaria a favorire l'evoluzione positiva dei soggetti presenti nella struttura. Gli operatori che agiscono all'interno della comunità sono consapevoli della necessità di doversi "alleare" e mettere in rete con operatori di altri servizi;
- b) *la collaborazione inter servizi*. Alle comunità socio educative che ospitano persone di minore età e giovani adulti con disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche di uso/abuso di sostanze, deve essere garantito un adeguato sostegno sia dai servizi della Giustizia minorile sia dai servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che dai servizi sociali degli Enti Locali e Sert. In assenza di una chiara modalità operativa, le Comunità si trovano a dover assicurare una sorta di grande copertura di cura;
- c) *la tempistica delle diagnosi*. Quando una comunità chiede un intervento non sempre riceve aiuto e sostegno nei tempi e modi necessari: è possibile infatti che trascorra un tempo più o meno lungo prima che si riesca ad avviare un percorso di intervento presso le unità sanitarie;
- d) *il rafforzamento, a livello locale, di accordi istituzionali nazionali* al fine di consentire la creazione di procedure e prassi, nell'ambito di un quadro organico, che permettano di avviare in maniera più rapida la presa in carico per questo target di utenza all'interno delle comunità socio-educative onde scongiurare il generare di:
 - *un possibile aggravamento delle condizioni psico patologiche del ragazzo* che può condurre al ricovero presso strutture residenziali e terapeutiche;
 - *un eventuale inasprimento della misura penale* seppure finalizzato a "regolare" e "contenere" temporaneamente persone di minore età con agiti rilevanti¹⁶;

¹⁶ Si fa riferimento ad esempio, a persone di minore età in stato di temporanea difficoltà di gestione "nelle" e "dalle" comunità che richiedono il necessario ricorso all'opzione del collocamento presso l'Istituto penale;

- *il nomadismo della persona di minore età e il passaggio da una comunità ad un'altra in virtù di una logica espulsiva*. Per quanto in alcuni casi anche complesso, l'ingresso in una struttura comporta sempre un processo di socializzazione nella stessa. Tuttavia, pur nel rispetto delle regole previste in ogni struttura non viene mai meno un margine di flessibilità e di versatilità in relazione ai bisogni specifici della persona di minore età, che favorisce l'incontro tra il progetto educativo della comunità e gli obiettivi e i bisogni specifici che si propone per ogni singolo ragazzo. Il *"patto educativo"* per ragioni molteplici può essere infranto. Gli operatori possono propendere per una nuova collocazione cui segue, inevitabilmente, un nuovo percorso di socializzazione e adeguamento, che non necessariamente può andare bene e su cui comunque pesa il trascorso nella struttura precedente. In molti casi, un comportamento dis-funzionale di un ragazzo che presenta disturbi di tipo psichico può rischiare di essere acuito da successivi passaggi da un contesto ad un altro.

5. LA MESSA A PUNTO DI EFFICACI SISTEMI E SPECIFICHE PROCEDURE A GARANZIA DI INTERVENTI DI AFTERCARE nell'ambito della continuità della presa in carico, volte ad assicurare, nel modo più ampio possibile, l'accompagnamento nella fase di ritorno della persona minore di età in seno alla famiglia e nei contesti di vita, interventi integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REGOLARIZZAZIONE STRATEGICA DEI PROCESSI DI PRESA IN CARICO INTEGRATA RIVOLTE A PERSONE DI MINORE ETÀ E GIOVANI ADULTI AUTORI DI REATO CON DISAGIO PSICOLOGICO O DISTURBO PSICHIATRICO, COLLOCATI PRESSO COMUNITÀ SOCIO EDUCATIVE

1. Il tema del disagio psicologico o disturbo psichiatrico o con problematiche di uso/abuso di sostanze nei ragazzi in carico ai servizi della Giustizia minorile e di comunità deve essere inquadrato innanzitutto alla luce del diritto alla cura, come condizione necessaria per garantire l'efficacia dell'azione educativa. In questa prospettiva, nella sua funzione per così dire *"vicaria"* dei genitori, il sistema di Giustizia diviene responsabile anche delle esigenze di cura – fisica e mentale – del minore che ha preso in carico ed è pertanto chiamato a garantirne il pieno accesso al diritto a beneficiare delle misure di promozione e cura della salute, in modo specifico per la minore età ed in condizioni di uguaglianza e non discriminazione.
2. Un'efficace presa in carico deve avvenire nel contesto di vita della persona di minore età. Quando il contesto di vita, seppure momentaneo, viene a coincidere con una struttura residenziale, ancor più se di tipo socio educativo, quest'ultima deve essere considerata contesto elettivo sia per la realizzazione del percorso socio educativo del ragazzo sia del suo percorso di cura. Tale percorso, ove possibile, deve vedere il coinvolgimento attivo della famiglia ed essere mirato al rientro nel contesto di vita.
3. L'inserimento in comunità socio educativa deve essere sostenuto da un percorso di *empowerment*, che ottimizzi la presa in carico di persone di minore età a partire da una valutazione multidisciplinare, risultato di un lavoro di équipe di operatori quali: assistenti sociali, educatori, medici, psicologi in modo da evidenziare le caratteristiche della persona di minore età e i suoi bisogni *"assistenziali"* sanitari, educativi, sociali, in

situazioni queste che sebbene sembrano configurarsi come una sorta di percorso inverso *"dall'area penale esterna all'area penale interna"* in taluni casi possono tuttavia rappresentare le risposte *"più soddisfacenti"* oltre che una *"nuova opportunità"* per valutare a fondo l'adeguatezza del programma di trattamento.

coerenza con la logica del lavoro multi attore che costituisce oramai da tempo il fronte di intervento del sistema della Giustizia e che coinvolge attivamente il minore e il suo contesto familiare, ove possibile. Nel momento in cui vi sia il dubbio di un disturbo psichiatrico, devono potere essere coinvolti tempestivamente anche gli opportuni operatori specialistici.

4. Il percorso di presa in carico deve essere caratterizzato da diverse *"intensità assistenziali"* a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive oltre che degli elementi di complessità e gravità. Ciò implica la costruzione di uno spazio operativo *"terapeutico"* globale, sostanziato dall'identificazione e messa in rete di servizi, sulla scorta di un modello di intervento a catena, integrato e coordinato.
5. In ogni caso, l'eventuale diagnosi psichiatrica nei confronti di un ragazzo autore di reato non deve essere percepita dagli attori in gioco come stigma sulla persona di minore età che ne ostacola un pieno percorso di re-integrazione, quanto piuttosto come componente necessaria per la costruzione di un positivo percorso rieducativo. La diagnosi *"tempestiva"* riveste pertanto un ruolo centrale nella definizione e stesura di un piano individualizzato: la diagnosi ha ricadute rispetto alle decisioni su come operare.
6. La necessità di garantire un *"intervento tempestivo nei momenti di crisi"* deve richiamare gli attori del sistema sociale e sanitario coinvolti ad individuare criteri che ne definiscano una priorità di cura, anche in considerazione del positivo esito rieducativo.
7. L'inserimento e/o il trasferimento del ragazzo in comunità terapeutica deve essere limitato alle situazioni di effettiva necessità e a fronte di una indicazione clinica da parte dello specialista della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, per il tempo necessario a valutarne i bisogni sanitari e a strutturare e mettere in atto un appropriato percorso terapeutico e di riabilitazione anche utilizzando tutte le forme di tipo socio-sanitario.
8. L'intensità della collaborazione può essere definita come *"la misura in cui i rappresentanti di diverse istituzioni hanno integrato le proprie attività, condividono le fonti e si assumono una responsabilità condivisa relativamente ai risultati finali"* [Goedee & Van Sommeren (2012), sulla base delle idee di Cropper et al. (2008)]. E' necessario quindi porre particolare cura nei passaggi significativi di processo per arrivare ad una piena convergenza.
9. L'approccio *multi agency* deve prevedere nei diversi livelli di responsabilità (nazionale, regionale, locale), la definizione e messa in atto di effettive azioni di rete che contribuiscano a definire l'identificazione degli attori e delle relative responsabilità attraverso l'identificazione dei referenti istituzionali per ciascuna agenzia coinvolta, incaricati di attivare l'equipe multi professionale. I presupposti riguardano: a) definizione di procedure condivise all'interno della presa in carico o in équipe; b) modalità per la circolazione delle informazioni; c) confronto dei *"saperi"* nei diversi campi di azione; d) formazione degli attori all'interno di un preciso piano di azione condiviso; e); sostegno all'acquisizione di strumenti di lavoro che permettano la cooperazione *multi agency*; un'attività procedurale di valutazione condivisa.

10. Una dimensione rilevante per una più funzionale organizzazione dell'integrazione dei servizi, anche attraverso la definizione di modalità di collaborazione e coordinamento strategico deve tradursi in "*équipes integrate e trasversali*" dedicate alla prevenzione ed attuazione dell'intervento precoce nei disturbi anche emergenti.
11. Il lavoro di rete, ai fini di un'effettiva sostenibilità, deve tendere alla promozione e successiva formalizzazione di accordi e/o protocolli di intesa, con la previsione della revisione periodica degli *standard* e delle prassi adottate e alla valutazione dei processi e dei risultati.
12. E' auspicabile promuovere lo studio e la ricerca di settore anche in termini di *follow-up* e quindi di monitoraggio e costruzione del sistema informativo e di prevenzione.
13. La famiglia costituisce una risorsa da valorizzare e potenziare per dare maggiore efficacia al percorso trattamentale e rieducativo dei ragazzi. Se adeguatamente sostenuta, essa può infatti rappresentare una risorsa fondamentale nell'utilizzo di modelli di intervento nuovi, che hanno come focus di interesse i bisogni delle famiglie, sulla base della convinzione che un adeguato ascolto e un efficace tentativo di risposta a tali bisogni rappresentino i presupposti essenziali per la tenuta del percorso socio-educativo dei ragazzi stessi.
14. Il coinvolgimento e la coesistenza, in tutte le fasi della presa in carico, di diverse organizzazioni e (con le rispettive articolazioni) responsabili richiede un cambiamento culturale oltre che operativo perseguibile attraverso percorsi di co-progettazione e di formazione integrata nei concreti contesti di azione locale.
15. E' auspicabile che le presenti Linee di Indirizzo creino le premesse per la definizione di uno *standard* condiviso a livello nazionale per garantire l'implementazione di Linee Guida nazionali atte a superare la frammentazione esistente nei servizi territoriali.



fact for minors

