

Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. del

OGGETTO: Approvazione documento “Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale”.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1 dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'arch. Giovanni Bissoni quale Sub Commissario nell'attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante *“Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali”*;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale;

VISTO il decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012 , n.158 recante “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente “*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, c.180, della Legge 311/2004*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: “*Presa d'atto dell'Accordo Stato –Regioni ai sensi dell'art.1, c.180, della Legge n.311/2004 sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro*” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti organizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza, l'urgenza e l'elezione;

VISTO l'art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l'art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n.95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTO il D.P.C.M. 1 aprile 2008 avente ad oggetto “*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*”;

VISTO l'Accordo 26 novembre 2009 ai sensi dell'art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: “*Linee di indirizzo per l'assistenza dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria*”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.1.2010;

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*;

Segue decreto n. _____
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO, che la Legge Regionale n.4/03 rappresenta, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell'offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.247 del 25 luglio 2014 recante "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n.U00251 del 30 luglio 2014 recante "*Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016*";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 e smi recante "Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 424/2012 e, in particolare l'Allegato n. 2 dal titolo "*Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative*" che definisce i percorsi sanitari dei minori condotti presso il CPA (Centro di Prima Accoglienza) o detenuti presso l'Istituto Penale Minorile Casal del Marmo;

VISTA la Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata nel nostro ordinamento con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991, e in particolare l'articolo 37 commi 2 e 3 che recitano "L'arresto, la detenzione o l'imprigionamento di un fanciullo devono essere effettuati in conformità con la legge, costituire un provvedimento di ultima risorsa e avere la durata più breve possibile" e "ogni fanciullo privato di libertà sia trattato con umanità e con il rispetto dovuto alla dignità della persona umana e in maniera da tener conto delle esigenze delle persone della sua età";

CONSIDERATA la normativa dell'Unione Europea sul problema della salute mentale e in particolare il "Patto europeo per la salute e il benessere mentale" le cui conclusioni (2011/C 202/01) indicano l'importanza per la salute mentale degli adolescenti;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

Segue decreto n. _____
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che l'Accordo concernente il "*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*" (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 287 del 16/9/2014 che recepisce il suddetto PASM demandandone l'applicazione, per quanto concerne la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, alle AASSLL e alle AAOO;

VISTO il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale che prevede tra gli obiettivi per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza il "*Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale*" anche attraverso il coordinamento e la gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato e interventi di formazione specifica e mirata;

CONSIDERATO che il Piano indica che "è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute sopra elencati individuandone alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia di bisogni prioritari da focalizzare";

CONSIDERATO inoltre che lo stesso piano sollecita una più precisa "differenziazione della domanda di salute" e del possibile percorso assistenziale del paziente attraverso modelli clinici organizzativi di collaborazione/consulenza tra DSM, MMG, TSMREE, PLS, servizi psicologici e sociali e scuola, di assunzione in cura e di presa in carico attraverso una valutazione multidimensionale e di intervento attraverso la definizione di un *Piano di Trattamento Individuale* (PTI) con l'identificazione di un "case manager", il recupero dei casi "persi di vista" e una maggiore attenzione alla partecipazione delle famiglie e alla collaborazione con gli Enti Locali, con la Scuola e con la rete sociale;

CONSIDERATO l'Accordo della Conferenza Unificata n. 138/CU del 13 novembre 2014 recante "*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*";

CONSIDERATO che per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza è di fondamentale importanza garantire, tra l'altro, "l'intervento integrato ospedale-territorio e il raccordo con la rete dei servizi pediatrici" e "il raccordo con i competenti servizi per l'età adulta, sia per i figli minori di pazienti psichiatrici gravi o di tossicodipendenti";

CONSIDERATO che il passaggio della sanità penitenziaria alla competenza delle regioni ha evidenziato alcune criticità e che è necessario di ripensare gli attuali percorsi assistenziali relativi ai minori/giovani adulti del circuito penale, in un'ottica di sempre maggiore collaborazione con il sistema giudiziario, al fine di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi realizzati;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che il circuito penale minorile comprende la popolazione di giovani che a vario titolo e per un arco di tempo più o meno lungo transitano presso il CPA (Centro di Prima Accoglienza) di Roma, l'Istituto Penale Minorile di Casal del Marmo o l'USSM (Ufficio per il Servizio Sociale per i Minorenni) nel caso in cui scontano misure alternative alla detenzione;

CONSIDERATA l'importanza di implementare un approccio basato sull'ottica della prevenzione al fine di evitare sia il cronicizzarsi di patologie psichiche e/o psichiatriche sia le conseguenze determinate da svantaggi di origine sociale e/o culturale tutelando la salute dei giovani ed evitando maggiori future spese a carico del SSR;

CONSIDERATO che è necessario individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici ed assistenziali dei minori/giovani adulti coinvolti nel circuito penale (come quelle necessarie per gli invii presso le strutture residenziali e semi-residenziali);

CONSIDERATO che nell'anno 2014 dai dati forniti dal *Dipartimento Giustizia Minorile – Servizio Statistica* il flusso di utenti presso il Centro di Prima Accoglienza è stato pari a 459, presso l'Istituto Penale Minorile è stato pari a 187 mentre presso l'Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni di Roma pari a 1.512 con l'apertura di un nuovo fascicolo e pari a 1.323 per i soggetti già in carico all'USSM stesso;

TENUTO CONTO che la popolazione di minori/giovani adulti del circuito penale è rappresentata da un'utenza complessa e con specifici bisogni di salute;

CONSIDERATO che è necessario definire in maniera più dettagliata il percorso di presa in carico e di cura dei minori/giovani adulti che presentano un disturbo psicopatologico e/o psichiatrico e/o dipendenze patologiche appartenenti al circuito penale;

CONSIDERATO che con Determinazione n.G13667 del 26/09/2014 è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico che ha elaborato un documento dal titolo: "Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale";

RITENUTO pertanto, al fine di migliorare l'assistenza sanitaria ai minori del circuito penale di dover approvare il documento per:

- definire tutta la filiera del percorso assistenziale dei minori e giovani adulti del circuito penale con disturbo psicopatologico e/o psichiatrico e/o dipendenze patologiche;
- individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei giovani coinvolti nel circuito penale (come l'invio presso le strutture residenziali e semiresidenziali);

CONSIDERATO che con il miglioramento della presa in carico assistenziale si avrà un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, della salute dei minori;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

RITENUTO quindi necessario emanare il documento sui percorsi assistenziali di presa in carico e cura dei minori dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale;

VISTO il documento approvato dal gruppo di lavoro di cui alla Determinazione n. Determinazione n.G13667 del 26/09/2014 dal titolo "Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale" (*Allegato 1*) che è parte integrante del presente Decreto del Commissario ad Acta

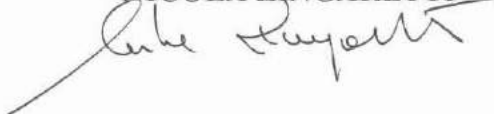
DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

- di approvare l'Allegato 1 che è parte integrante del presente Decreto recante: "Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale";
- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;
- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere per i provvedimenti di competenza.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



Allegato n. 1

Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale

Indice

1. RAZIONALE E FINALITÀ

- 1.1 Il peso della variabile psico-sociale e psicopatologica nella genesi della condotta deviante**

2. PROCESSI OPERATIVI E COMPETENZE ISTITUZIONALI

- 2.1. Il processo valutativo**
2.2 Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)
2.3. Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRT)

3. L'INSERIMENTO IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI TERAPEUTICHE PER MINORI CON PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE: PRINCIPI GENERALI E PRESUPPOSTI CLINICI

- 3.1 Percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico-riabilitativa**
3.2 Percorsi residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa
3.3 Percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa
3.4 Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi

4. I PERCORSI ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DEI CONTESTI OPERATIVI DEL CIRCUITO PENALE

- 4.1 Interventi nel Centro di Prima Accoglienza – ASL competente RM D**
4.2 Interventi in Area penale esterna – ASL RMD e Servizi sanitari territoriali
4.3 Interventi in Area penale interna – ASL RME

5. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

ALLEGATI

- n.1. La valutazione multidimensionale*
n.2. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)
n.3. Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)
n.4. Scheda di consenso informato
n.5. Scheda di segnalazione/invio ad altro servizio (con richiesta di consulenza/presa in carico)
n. 6. Scheda di dimissione e programma di follow-up

1. RAZIONALE E FINALITÀ

Il passaggio della Sanità Penitenziaria al SSN, ai sensi del DPCM 1 aprile 2008, ha richiesto, relativamente alla presa in carico dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale, una riorganizzazione sul fronte degli interventi e delle procedure che attualmente richiedono una distribuzione delle competenze tra due differenti istituzioni (Sanità e Giustizia) e che è utile trovino una efficace modalità di azione integrata.

Le *“Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”*¹ nel proporre il paradigma di promozione della salute all’interno del quale far confluire gli interventi di prevenzione, di cura e riabilitazione erogati dal Sistema Sanitario Nazionale a favore del benessere dell’individuo e della collettività, optano per una chiave di lettura dei comportamenti antisociali e devianti come una possibile espressione di un disagio di matrice bio-psico-sociale, frutto di un deficit di diversi fattori che avrebbero invece potuto garantire uno stato di salute piuttosto che la risultante di disfunzioni identificabili sul piano meramente soggettivo.

Il PANSM² per i pazienti adulti prevede tre distinti modelli clinico organizzativi a seconda della gravità dei quadri clinici e delle compromissioni funzionali dei pazienti, per i minorenni mette in evidenza alcune caratteristiche specifiche: *“Nel caso della tutela della salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza, benché valgano principi analoghi (alla presa in carico dei soggetti adulti) e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza e agli interventi in età evolutiva.*

1) *L’intervento multidisciplinare d’équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell’interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.*

2) *In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.*

3) *In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l’intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.*

Tale terreno culturale all’interno del quale leggere la condotta deviante si ritrova tra le maglie dell’apparato normativo che regola il processo a carico di imputati minorenni (D.P.R. n. 448/88) e che attraversa gli interventi socio-educativi che i Servizi della Giustizia Minorile, incardinati nel sistema giudiziario minorile, hanno il compito di garantire.

Ciò induce a richiamare l’attenzione sulla definizione della chiave di lettura dell’azione deviante, intesa come manifestazione di matrice bio-psico-sociale³, orientando il sistema degli interventi ad organizzarsi sul piano operativo a partire dunque da un’attenta valutazione del peso di

¹ Accordo 26 novembre 2009 ai sensi dell’art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: *“Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.1.2010.

² Il Piano Nazionale per la Salute Mentale è stato recepito con D.C.A. n. U00287 del 16/09/2014 recante *“Recepimento dell’Accordo 2013 n.4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”*.

Protocollo operativo sui percorsi assistenziali di presa in carico e cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici sottoposti a procedimento penale

queste diverse variabili in gioco (bio-psico-sociali), che potranno orientare la qualità delle azioni e le istituzioni che se ne devono fare carico (sistema giustizia, sistema sociale, sistema sanitario), garantendo così una risposta ad ogni livello di espressione del disagio.

La stessa normativa già citata riguardante il processo penale minorile, proprio interpretando la condotta antisociale come espressione di una problematica multifattoriale, richiama la partecipazione degli Enti Locali⁴ al delicato compito di conoscenza e analisi della situazione personale familiare e sociale del minore autore di reato⁵ affinché la risposta giudiziaria potesse non interferire negativamente sul processo evolutivo in atto in una fase in cui proprio perché la strutturazione della personalità è in fieri, la permeabilità ad esperienze stigmatizzanti risulta alta.

Da qui l'importanza di un'attenta *valutazione multidisciplinare e multidimensionale*, che consenta al sistema di interventi di identificare i bisogni "assistenziali" (sanitari, educativi e sociali) nonché la pertinenza e i criteri di appropriatezza del progetto terapeutico/trattamentale che viene costruito a favore del minore, cui tali interventi sono destinati, tenendo sempre a mente, ancora una volta, che la risposta che si propone nonché il servizio che la eroga, avranno una significativa incidenza sul delicato processo di costruzione identitaria in cui il ragazzo è impegnato e sulla sua organizzazione di personalità.

La funzionalità dello specifico sistema organizzativo e operativo Sanità-Giustizia può essere correlata alla capacità dello stesso, di erogare una risposta congiunta che possa favorire il processo di integrazione dei diversi aspetti del compito evolutivo che l'adolescente è impegnato ad affrontare.

³ Come sostenuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977, 1980; Schwartz, 1982).

⁴ Art.6 (servizi minorili) - D.P.R. n. 448/88: "In ogni stato e grado del procedimento l'autorità giudiziaria si avvale dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia. Si avvale altresì di servizi di assistenza istituiti dagli enti locali".

⁵ Art.9 (accertamenti sulla personalità del minorenne) - D.P.R. n. 448/88: "Il Pubblico Ministero e il giudice acquisiscono elementi circa le condizioni e le risorse personali, familiari, sociali ed ambientali dei minorenni al fine di accertarne l'imputabilità e il grado di responsabilità, valutare la rilevanza sociale del fatto nonché dispone le adeguate misure penali e adottare gli eventuali provvedimenti civili. 2. Agli stessi fini il pubblico ministero e il giudice possono sempre assumere informazioni da persone che abbiano avuto rapporti con il minorenne e sentire il parere di esperti, anche senza alcuna formalità".

1. IL PESO DELLA VARIABILE PSICO-SOCIALE E PSICOPATOLOGICA NELLA GENESI DELLA CONDOTTA DEVIANTE

La devianza rappresenta uno dei possibili esiti del disagio che un adolescente può vivere mentre affronta il faticoso e complesso compito di adattamento e socializzazione in una nuova fase del suo ciclo vitale. Ma la devianza ha molteplici volti e in alcuni casi, associata o meno ad un disagio socio-ambientale, può essere considerata una espressione all'interno di un quadro sintomatologico più problematico e caratterizzante una più chiara sofferenza mentale, espressione di una disfunzione o di un vero e proprio disturbo psicopatologico. Pertanto è considerato passaggio indispensabile nella definizione degli interventi, la costruzione di un profilo conoscitivo diagnostico dei ragazzi a cui tali interventi sono destinati. Inoltre, in considerazione della casistica afferente ai circuiti della Giustizia Minorile, molto spesso caratterizzata da bisogni multifattoriali e dunque considerata "complessa" relativamente alla gestione clinica e al coinvolgimento di una rete di servizi e di istituzioni, l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali e della giustizia diventa un aspetto fondamentale per la riuscita degli interventi e di grande rilievo operativo.

2. PROCESSI OPERATIVI E COMPETENZE ISTITUZIONALI

2.1 Il processo valutativo

All'interno di questa cornice operativa le Istituzioni coinvolte, nonché le professionalità messe in campo, dovranno funzionare secondo il modello **dell'équipe multidisciplinare** che si vedrà impegnata nel delicato compito di fare una valutazione clinica e una eventuale presa in carico sanitaria all'interno di una cornice giudiziaria che richiede **tempi di intervento** talvolta molto rapidi, dettati dal codice di procedura penale, ma tuttavia funzionali a strutturare percorsi giudiziari che salvaguardino il minore/giovane adulto autore di reato da risposte che potrebbero attivare o amplificare eventuali problematiche psichiche e relazionali durante il suo percorso evolutivo.

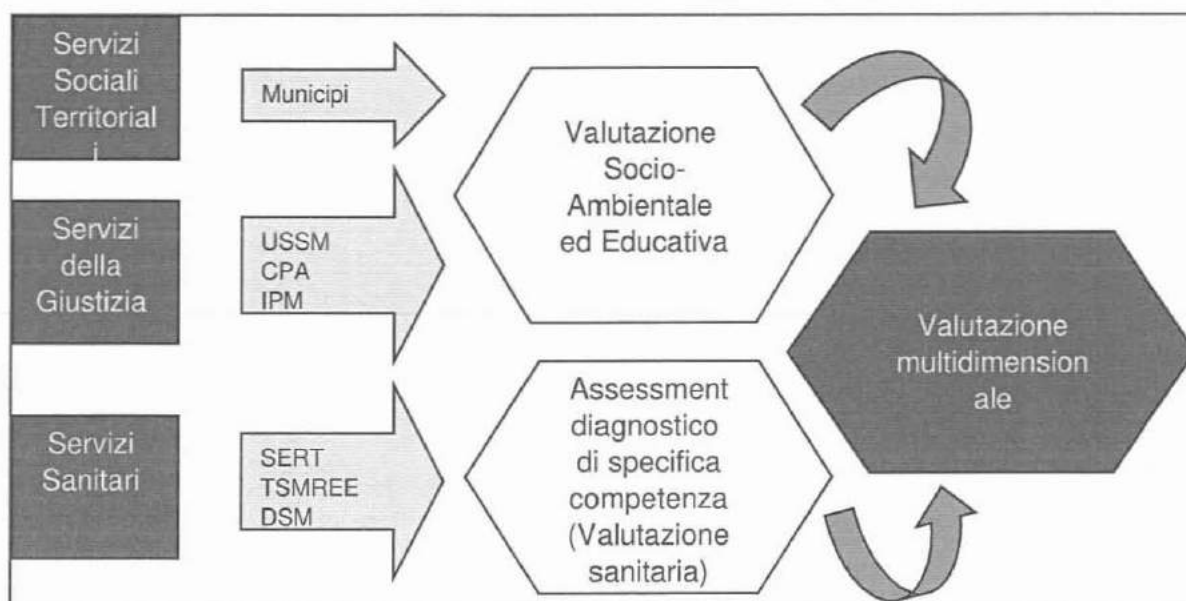


Fig. 1 Il processo valutativo integrato

Il sistema operativo, costruito sulla base delle premesse descritte, si fonda dunque sulla necessità di attivare un processo valutativo multidimensionale attraverso l'interazione di sguardi specialistici orientati alla valutazione di aspetti psicologici, psichiatrici, sociali ed educativi del giovane.

Dal punto di vista psico-sociale e psicopatologico tale mandato valutativo verrà declinato:

- **Per i minori in stato di arresto presso il Centro di Prima Accoglienza (CPA):**
dalla U.O.C.I. TSMREE della ASL RM/D, con l'eventuale e successivo coinvolgimento del Sert.
- **Per i minori e giovani adulti detenuti presso l'Istituto Penale per i Minorenni (I.P.M.):**
dalla U.O.C. TSMREE/DA della ASL RM/E, con l'eventuale e successivo coinvolgimento di Sert e/o DSM.
- **Per i minori o giovani adulti sottoposti a misura penale esterna:**
 - 1) per i casi conosciuti⁶ dal Servizio Territoriale di residenza del minore/giovane adulto: dallo stesso Servizio Sanitario territorialmente competente;
 - 2) per i casi non conosciuti dal Servizio Territoriale di residenza del minore/giovane adulto: dalla U.O.C.I. TSMREE della ASL RM/D coinvolgendo i servizi territoriali di residenza e con l'ausilio dei servizi sanitari specialistici della ASL RM/D (TSMREE per l'età evolutiva, DSM per l'età adulta, con eventuale consulenza del SerT per la valutazione dei disturbi da uso di sostanze).

A tal fine in ogni ASL del territorio della Regione Lazio sarà individuato un **Referente per la Giustizia Minorile⁷** che funzioni da primo contatto e da interfaccia tra i Servizi Sanitari della ASL e i Servizi della Giustizia Minorile e che garantisca l'immediata attivazione delle procedure necessarie alla corretta presa in carico con il coinvolgimento di tutti i servizi interessati (TSMREE, Ser.T, DSM) i quali si attiveranno in modo integrato nella valutazione e nella successiva presa in carico del minore o giovane adulto.

Per ogni caso seguito il Responsabile del Servizio che ha in carico il minore/giovane individua un "*case manager*" con funzioni di "figura di riferimento" per il paziente, di monitoraggio/verifica degli interventi realizzati durante l'intero percorso assistenziale e di cura delle comunicazioni tra i vari soggetti istituzionali coinvolti nel caso.

Il *percorso valutativo* prevede che ogni istituzione con i propri servizi effettui la valutazione di competenza.

⁶ In tutto il documento per "caso conosciuto" si intende un paziente che abbia avuto un contatto con il servizio territoriale con almeno 3 incontri.

⁷ Psicologo/Neuropsichiatra infantile/Psichiatra/assistente sociale che abbiano una conoscenza della cornice operativa penale all'interno del quale declinare il mandato sanitario istituzionale in accordo con l'USSM con cui costruire dei percorsi diagnostici e di intervento.

I Servizi Sanitari (TSMREE, DSM, SerT) effettuano la valutazione diagnostica⁸ utilizzando sistemi di classificazione internazionali (ICD 10), supportata almeno dal set minimo dei seguenti strumenti di valutazione standardizzati:

SERVIZIO	STRUMENTO DI VALUTAZIONE
TSMREE	C-GAS ⁹
DSM	GAF ¹⁰
SERT	GAF, ASI, MMPI ¹¹

Più ulteriori strumenti standardizzati necessari per ulteriori approfondimenti sul singolo caso e per specifici percorsi di trattamento, la cui somministrazione tenga conto degli aspetti socio-culturali e linguistici dei minori e giovani adulti.

L'equipe di **valutazione interistituzionale e multidisciplinare** produrrà un'unica **Valutazione multidimensionale** per singolo caso, articolata su diverse aree secondo quanto riportato nell'allegato n.1.

2.2 Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)¹²

A partire dagli esiti della Valutazione multidimensionale, l'equipe sanitaria dovrà definire un **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** (*Allegato n.2*), che verrà poi gestito e monitorato da un *case manager*, che possa rispondere ai bisogni emersi in sede di valutazione, compatibilmente con la misura penale disposta dall'A.G..

All'interno del PTI, la risposta sanitaria integrata (anche degli eventuali aspetti sociosanitari) deve prevedere l'attivazione di risposte con **livelli di intensità assistenziale differenziati** erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (*criterio dell'appropriatezza clinica*) nonché con la capacità di potervi accedere (*criterio della compatibilità clinica*), da parte dei minori/giovani adulti a cui esse sono destinate.

All'interno di tale premessa, le risposte cliniche appropriate erogabili a favore di minori e giovani adulti sottoposti a misure penali possono essere identificate su livelli assistenziali differenziati in base ai seguenti fattori:

- gravità e tipologia del disturbo;
- contesti socio-familiari;
- fasi evolutive.

⁸ Tale percorso diagnostico si deve integrare con le prassi operative previste nel Programma operativo regionale di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili (il Centro di Prima Accoglienza) di cui all'Accordo sul documento della Conferenza Unificata recante: "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto-lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" del 19 gennaio 2012" (*DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015*).

⁹ Children Global Assessment Scale – C-GAS – (Schaffer et al., 1983 Arch. Gen. Psychiatry, 40 : 1228 – 123).

¹⁰ Global Assessment of Functioning Scale – GAF (Endicott et al., 1976; APA, 1994).

¹¹ Oltre a: esami metaboliti urinari, esame obiettivo, colloqui clinici.

¹² Si fa riferimento in questo documento, pur con le dovute specificità dell'ambito penale, all'Accordo della Conferenza Unificata n. 138/CU del 13 novembre 2014 recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".

Il PTI deve sempre includere la diagnosi (codificata secondo i criteri previsti dalla classificazione diagnostica internazionale e sulla base di strumenti di valutazione standardizzati) e descrivere il quadro clinico, l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso (comprese le nuove dipendenze), la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico (o nell'istituzione carceraria) e nel gruppo dei pari¹³, le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica, i punti di forza e le criticità della famiglia e del contesto di riferimento e gli eventuali trattamenti farmacologici utilizzati, i risultati raggiunti e le criticità rilevate.

Per i minori/giovani adulti con un disturbo psicopatologico, in fase di inserimento o di prosecuzione in strutture residenziali e semiresidenziali, il PTI deve contenere elementi prognostici per la successiva inclusione sociale.

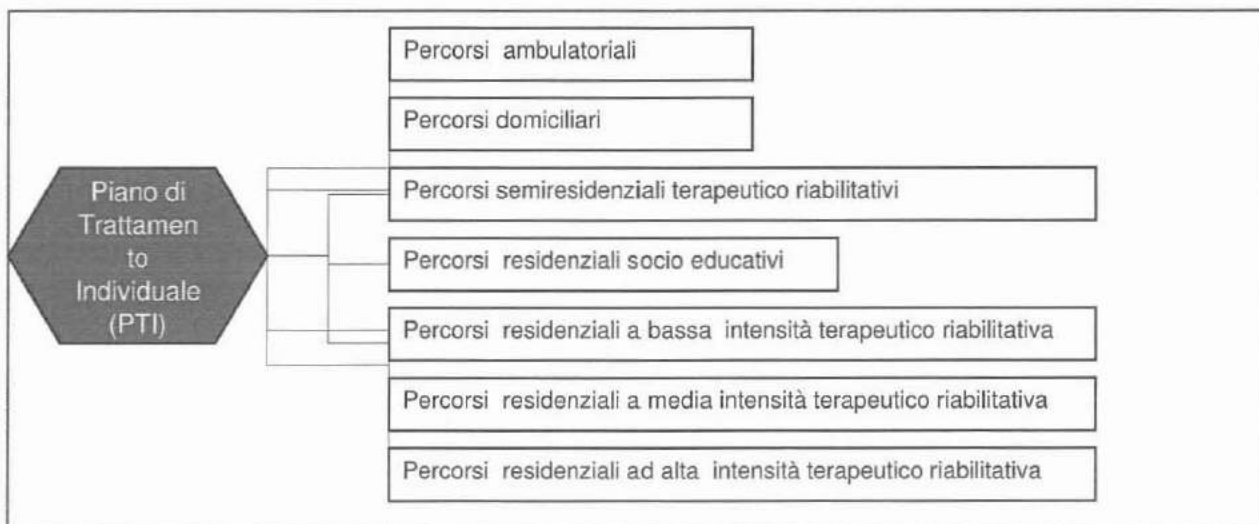


Fig. 2 Piano di Trattamento Individuale (PTI) e Percorsi di cura

La gradualità di interventi è pensata per realizzarsi all'interno di una rete integrata di servizi che rispondono al principio della continuità terapeutica garantendo così interventi rapidi, e se necessario, intensivi, ma comunque privilegiando in primis contesti meno restrittivi possibili stante le note ricadute negative che l'esperienza di istituzionalizzazione può avere sullo sviluppo dei minori e giovani adulti e sulla loro integrazione nel tessuto delle relazioni di appartenenza. Ad esempio le strutture residenziali dovrebbero, qualora non esistessero controindicazioni cliniche in merito, poter essere individuate nel territorio di residenza/domicilio dei soggetti per i quali vengono individuate, ciò allo scopo di poter garantire il mantenimento delle relazioni significative e il reinserimento nel contesto sociale di appartenenza e lì dove necessarie devono essere proposte dopo che tutti gli altri interventi a minore intensità assistenziale siano stati valutati come meno appropriati.

¹³ In questo caso, nell'Accordo sulle strutture "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", si suggerisce l'uso di strumenti standardizzati quali, ad esempio, Vineland, C-Gas, ICF WHODAS.

La logica che fonda gli interventi insiste sulla focalizzazione di tutto il *percorso di cura* e non dello specifico intervento in cui in modo tale da poter considerare all'interno del Piano di Trattamento Individuale (PTI) (Figura 2), attraverso la transizione a livelli assistenziali appropriati definiti per minori e giovani adulti:

- ambulatoriale
- domiciliare
- semiresidenziale
- residenziale
 - socio educativo
 - a bassa intensità terapeutica riabilitativa
 - a media intensità terapeutica riabilitativa
 - ad alta intensità terapeutica riabilitativa
 - terapeutica riabilitativa (SRTR)
 - socio riabilitativa (SRSR)
 - specialistico per minori con uso di sostanze
 - doppia diagnosi
- ospedaliero

Il PTI dovrebbe contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minore/giovane adulto e con la partecipazione della famiglia e, ove possibile e opportuno, il coinvolgimento dei competenti servizi sociali, della rete educativa/scolastica, al fine di favorire la volontarietà e l'adesione al trattamento.

Tutti i servizi sanitari, sociosanitari e della Giustizia partecipano e collaborano, per quanto di propria competenza, ai diversi livelli di intensità assistenziale.

Gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere, che insieme identificano la tipologia di supporto necessario. L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione tra il livello di intervento terapeutico e riabilitativo richiesto e il livello assistenziale necessario.

Ai minori/giovani adulti del circuito penale in caso di accesso alle prestazioni sanitarie verranno garantite le cure secondo criteri clinici e di gravità, come previsto per tutti gli altri minori/giovani adulti.

In riferimento alle garanzie di continuità dei percorsi di cura oltre che di una utenza prevalentemente collocata nella fascia di transito tra la minore e la maggiore età, è prevista la stipula di appositi protocolli di presa in carico integrata e di continuità assistenziale tra i servizi di salute mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta (TSMREE/DSM)¹⁴ che indichino procedure e percorsi entro 90 giorni dall'approvazione del presente documento.

¹⁴ Nelle ASL in cui il TSMREE non è incardinato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale.

2.3 Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura semiresidenziale o residenziale terapeutica è poi declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura semiresidenziale o residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal TSMREE, secondo la scheda allegata (Allegato n. 3) che tiene conto del progetto individualizzato definito dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il caso (secondo quanto definito nel paragrafo 2.1.).

Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci *off label* per età e a volte per indicazione, esso richiede l'attivazione di procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi esercita la responsabilità genitoriale. Le decisioni relative al trattamento psicofarmacologico nonché il monitoraggio e la verifica degli *outcomes* clinici devono essere concordate con il medico del servizio territoriale inviante.

3. L'INSERIMENTO IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI TERAPEUTICHE PER MINORI CON PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE: PRINCIPI GENERALI O PRESUPPOSTI CLINICI¹⁵

L'iter penale minorile considera l'inserimento in comunità un percorso preferenziale quando, in presenza di specifiche esigenze giudiziarie, ci si trovi di fronte a minori la cui situazione familiare non garantisce la possibilità di svolgere una funzione genitoriale di governo e cura, ciò riguarda situazioni di particolare svantaggio socio-familiare nonché gli stranieri non accompagnati che dunque risultano privi di adulti di riferimento. In genere si tratta di comunità cosiddette socio-educative¹⁶ mentre per una piccola percentuale di utenti con disturbi psichici, connessi o meno all'uso di sostanza, l'inserimento può avvenire presso "comunità terapeutiche" (sia nell'ambito delle tossicodipendenze, che nell'ambito della salute mentale dove vengono denominate "Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative per Adolescenti").

L'inquadramento giuridico all'interno del quale è possibile ipotizzare l'inserimento in comunità, può assumere diverse forme:

- può avvenire quando il minore si trova in uscita dal Centro di Prima Accoglienza, nella forma del collocamento in comunità (art. 22 D.P.R. n. 448/88);
- può essere disposto durante il periodo di custodia cautelare presso l'Istituto Penale come trasformazione della misura cautelare prima che il processo abbia luogo, e nella stessa forma può essere predisposto in sede di processo ed anche successivamente ad esso;
- può essere previsto all'interno della misura della "messa alla prova" (art. 28 D.P.R. n. 448/88), che prevede una sospensione del processo e il coinvolgimento del giovane in un progetto elaborato dai servizi minorili della giustizia e servizi socio assistenziali degli enti locali;
- rappresenta l'applicazione della misura di sicurezza nei confronti del minore non imputabile per vizio totale di mente e ritenuto socialmente pericoloso (art.36 D.P.R. n. 448/88, che

¹⁵ Il presente capitolo si rifà ai contenuti del documento "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 14/130/cr08a/c8).

¹⁶ Nella tassonomia delle strutture e dei servizi sociali della Regione Lazio è definita "Comunità educativa di pronta accoglienza" (art. 6 lettera c L.R. 41/2003; paragrafo I.B.3 D.G.R. n.1305/2004).

rimanda alle stesse comunità dell'art. 22 o specifiche comunità che dovessero essere istituite sul territorio nazionale;

- durante l'esecuzione di una misura alternativa alla detenzione.

Nell'ambito degli interventi sanitari, l'inserimento all'interno di strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per adolescenti con disturbi psichiatrici è considerato una forma di intervento terapeutico riabilitativo che, associato a interventi di supporto sociosanitario, costituiscono un'importante componente della rete dei servizi per salute mentale dei minori e giovani adulti utilizzabile anche nel circuito penale minorile. L'eventuale inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale deve essere basata su criteri di appropriatezza¹⁷ "come processo attivo". Inoltre il servizio territoriale inviante (TSMREE/DSM/Sert), oltre a fornire la formale autorizzazione all'inserimento e all'eventuale prosecuzione del programma terapeutico, monitora tramite un proprio operatore di riferimento (*case manager*) il regolare andamento degli interventi e la valutazione degli stessi contenuti nel PTI.

In riferimento a tali premesse cliniche, occorre precisare che anche in considerazione di richieste che prevedano un inserimento all'interno di comunità, è responsabilità dei servizi sanitari verificare preliminarmente l'opportunità e l'appropriatezza clinica dell'inserimento del minore in una comunità terapeutica specialistica (sanitaria) e la definizione di un Piano di trattamento individuale appropriato.

Come già indicato nell'Accordo n. 82-CU recante "*Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria*" è di fondamentale importanza l'integrazione degli interventi che nella parte relativa proprio ai collocamenti in comunità recita "*Va ancora una volta, sottolineata la peculiarità della condizione minorile e dell'evolutività dei processi di maturazione psichica che la caratterizza; ciò rende fondamentale e imprescindibile una modalità integrata d'intervento dei servizi, sia della giustizia, che del sociale, che del sanitario*".

I presupposti clinici per i quali i Servizi Sanitari individuano all'interno del PTI l'invio e il temporaneo inserimento di un minore o giovane adulto con disturbo psichiatrico o a doppia diagnosi in una struttura residenziale per un trattamento terapeutico-riabilitativo, sono correlati alla presenza di difficoltà di funzionamento personale e sociale, in soggetti con bisogni complessi e con necessità di interventi multi professionali. Si tratta di situazioni in cui i bisogni evidenziati necessitano di interventi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale. In relazione a quest'ultimo criterio occorre precisare che la sola presenza di questa necessità non può motivare un percorso terapeutico residenziale sanitario ma articolare una risposta socio sanitaria misurata alle necessità ed erogabile all'interno di un percorso di residenzialità socio-educativa. Tali presupposti sono correlati dunque non solo alla diagnosi nosografica ma alla ricaduta che essa ha nel funzionamento generale e in relazione alle caratteristiche del contesto ambientale in cui il soggetto è inserito con una particolare elezione per le situazioni in cui la complessità e l'instabilità sono presenti sul piano clinico in modo rilevante. Tali percorsi dunque sono indicati per tutte le situazioni in cui sono presenti significative distorsioni dello sviluppo che incidono gravemente sulla capacità di autocontrollo e dunque di autonomia e che perciò richiedono un idoneo contesto ambientale fisico e relazionale in grado di attivare le sue capacità adattive.

¹⁷ Nel documento "*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*" si evidenziano alcuni elementi da tenere in considerazione ai fini di un inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale che sono: 1) il contrasto all'istituzionalizzazione; 2) la territorialità; 3) le fasce d'età; 4) l'integrazione sociosanitaria; 5) i rapporti con il Tribunale per i minorenni; 6) la transizione della minore età all'età adulta.

Sono situazioni in cui il quadro sintomatologico presente non è riconducibile ad un singolo episodio ma ad uno stile di condotta che ha una forte incidenza sulle esperienze quotidiane intra ed extra familiari segnalando un'amplificazione della crisi evolutiva nella sua accezione disfunzionale.

Tra i quadri psicopatologici quello del "disturbo grave della condotta" è quello per cui maggiormente viene richiesto un intervento terapeutico residenziale e/o semiresidenziale in considerazione del corredo sintomatologico significativamente disfunzionale tanto per il soggetto stesso che per l'ambiente nel quale è inserito e per le deficitarie capacità del contesto familiare e sociale di riferimento relativamente alla funzione di contenimento affettivo e normativo. In realtà, la valutazione relativa agli interventi sanitari idonei è di competenza del SSN che, come visto in precedenza, può far ricorso a vari livelli di intensità assistenziale.

Nella valutazione clinica globale espressa nel PTI vengono identificate le caratteristiche cliniche del soggetto e il livello di idoneità dell'ambiente familiare e sociale e sulla base dell'incrocio di queste due rilevazioni vengono definiti tanto la tipologia di intervento terapeutico e riabilitativo richiesto quanto il livello assistenziale necessario.

In sintesi per un inserimento all'interno di una Comunità terapeutica (Struttura terapeutico riabilitativa (SRTR):

- A. deve essere presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- B. devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale
- C. deve essere presente la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati
- D. gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli farmacologici, non devono essere sufficienti
- E. vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

La sola presenza del criterio E, in assenza dei criteri B, C e D non è sufficiente per porre l'indicazione ad un percorso di residenzialità terapeutica e deve orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità.

Facendo riferimento a quanto stabilito nel D.P.C.M. 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"): "L'inserimento in una struttura residenziale terapeutica avviene esclusivamente a cura del servizio sanitario territoriale competente per la patologia (psicopatologia/tossicodipendenza) e l'età del soggetto (TSMREE/DSM) a cui tale intervento è diretto a differenza di tutti gli interventi socio-educativi che se necessari anche all'interno di tali strutture possono essere fornite dai servizi sociali o dai servizi della giustizia minorile, nel rispetto di opportuni protocolli di collaborazione da definire".

L'inserimento in una struttura terapeutica di un minore o giovane adulto sottoposto a provvedimento dell'A.G., sebbene si caratterizzi come percorso inserito all'interno di un dispositivo giuridico, deve tendere sempre all'acquisizione di una forma di "autorizzazione attiva" da parte del soggetto al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento proposto, ad eccezione degli inserimenti previsti all'interno della misura di sicurezza ovvero disposti in situazioni di accertata pericolosità sociale.

In situazioni in cui il percorso preveda un inserimento in strutture residenziali socio-educative a gestione sociale, gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalla ASL inviante attraverso protocolli di collaborazione con i servizi sanitari competenti per patologia ed età.

Essendo tale utenza molto spesso collocata in una fascia a limite tra la minore età e l'età adulta, i percorsi richiedono una stretta integrazione tra i servizi di competenza per garantire modalità che si facciano garanti, attraverso una valutazione condivisa, del rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto e a tal fine consentendo l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito di strutture per minorenni anche a seguito del compimento del 18° anno di età momento in cui la titolarità tecnica ed economica del caso passerà al servizio competente per l'età adulta: lì dove sia ritenuto opportuno per le finalità cliniche, potrà essere valutata l'opportunità e i tempi di una gestione clinica integrata.

Tale valutazione condivisa tra i servizi competenti per l'età evolutiva e per l'età adulta deve essere effettuata dopo il compimento del 17° anno di età e comunque non oltre i successivi 6 mesi.

I percorsi terapeutici residenziali possono essere correlati a livelli di intensità assistenziale: bassa, media e alta.

Si sottolinea che la conclusione del percorso di cura residenziale sarà definita esclusivamente dal servizio sanitario inviante dopo una valutazione condivisa con la struttura e gli altri servizi coinvolti e, successivamente, verrà identificato il proseguimento del percorso valutando altre tipologie di offerte sanitarie a minore intensità assistenziale o un eventuale passaggio a percorsi territoriali o in strutture educative secondo quanto definito nel PTI. Tale continuità all'interno dei percorsi presso le comunità educative, riguardano soprattutto le situazioni in cui l'obiettivo del PTI è anche quello di ricostruire una rete familiare o sociale di supporto deprivata o assente in modo da poter accompagnare verso l'età adulta soggetti che altrimenti non avrebbero risorse esterne di riferimento o in situazioni in cui provvedimenti della Magistratura prevedano un collocamento in comunità per esigenze giudiziarie.

3.1 I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa sono indicati per pazienti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica.

Si tratta di condizioni in cui si evidenziano:

- A. condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, luoghi idonei all'accoglienza di situazioni post ricovero o in programmi di post-acuzie;
- B. compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento residenziale non siano state sufficienti
- C. la contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale, che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico;

All'interno di tali percorsi, della durata al massimo di 3 mesi (eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio sanitario territoriale di riferimento), le attività terapeutico-riabilitative sono prevalenti rispetto a quelle di risocializzazione. L'attività clinica medica e psicologica è intensa e finalizzata alla stabilizzazione del quadro clinico successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico,

all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

3.2 I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa sono indicati per pazienti complessi con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti e per i quali si ritengono quindi efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi a media intensità di cura (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali). Il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo rilevante. Possono inoltre richiedere un supporto assistenziale elevato in base alla situazione familiare e sociale.

Si tratta di condizioni in cui si evidenziano:

- A. condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate;
- B. presenza di multi problematicità e complessità clinica
- C. compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse;
- D. possibile contemporanea presenza problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

In alcuni utenti può inoltre essere necessaria una elevata integrazione sociale, assistenziale e di rete, per la presenza di significative difficoltà nel contesto familiare ed ambientale di riferimento e la conseguente necessità di ricostruire una rete sociale di supporto, soprattutto per ragazzi prossimi al raggiungimento della maggiore età.

La durata massima del programma non può essere superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e autorizzazione formale del servizio sanitario di riferimento.

3.3 I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa sono indicati per pazienti con quadri clinici più stabili, privi di elementi di particolare complessità e con moderata compromissione di funzioni e abilità, per i quali è necessario un trattamento terapeutico riabilitativo residenziale di base. Il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo molto rilevante. Il tipo di supporto assistenziale necessario può essere basso o elevato in base alla situazione familiare e sociale.

Si tratta di condizioni in cui si possono evidenziare:

- A. condizioni psicopatologiche discretamente stabili;
- B. moderata compromissione di funzioni e abilità nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse, non risolte attraverso precedenti interventi;
- C. possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Tali percorsi possono avere la durata massima non superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata¹⁸ con il servizio sanitario territoriale di riferimento.

3.4 Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi

Gli interventi semiresidenziali terapeutici possono rappresentare un elemento fondamentale del percorso degli utenti con patologie psichiatriche, pur essendo attualmente poco diffusi.

Essi consentono la messa in campo di interventi intensivi, complessi e coordinati, anche per buona parte della giornata se necessario (si pensi alle situazioni nelle quali la gravità della sintomatologia non solo richiede un ambiente adeguato ma non permette temporaneamente la ripresa della frequenza scolastica), sfruttando la positività del gruppo eterogeneo dei pari e mantenendo le relazioni sociali e familiari.

Possono assumere un ruolo importante anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale (permettendo di fare meglio emergere le risorse esistenti), per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e verso la residenzialità e il ricovero. Appaiono inoltre particolarmente adatti a situazioni nelle quali sia presente anche abuso di sostanze, in cui l'intervento residenziale è difficilmente accettato, mentre quello semiresidenziale diminuisce i pericoli di "fuga" e conseguenti *drop out*, ed è un tassello fondamentale del reinserimento sociale.

L'inserimento in programmi terapeutico riabilitativi a carattere semiresidenziale è definito e proposto dal servizio territoriale TSMREE di riferimento, nell'ambito del PTI.

I percorsi semiresidenziali terapeutici sono indicati in soggetti in cui:
A. è presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
B. sono presenti compromissioni del funzionamento personale e sociale moderate o gravi
C. sono necessari interventi riabilitativo-terapeutici intensivi, multipli e coordinati, a frequenza variabile
D. gli interventi erogabili in ambito ambulatoriale non sono sufficienti
E. non vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita ed è anzi auspicabile preservare le relazioni familiari, sociali e la frequenza scolastica.

¹⁸ Sempre attraverso una autorizzazione formale.

4.- I PERCORSI ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DEI CONTESTI OPERATIVI DEL CIRCUITO PENALE

All'interno del circuito penale minorile vi sono Servizi della Giustizia Minorile che hanno il mandato istituzionale di accogliere e prendere in carico tutti i minori o giovani adulti che a seguito della commissione del reato si trovano a sostenere un procedimento penale. Nel D.P.R. n. 448/88 è chiaramente sottolineato come la risposta penale nei confronti del minore non debba in alcun modo pregiudicare l'esito dei percorsi educativi ed evolutivi e come la permanenza in carcere sia per quanto possibile da evitare. Alla luce di tale indicazione all'interno di tale sistema giudiziario sono preferibilmente disposte misure alternative alla detenzione che vengono dunque gestite, dal punto di vista degli interventi, dagli Uffici di Servizio Sociale Minorile (area penale esterna). Inoltre, allo scopo di filtrare l'ingresso dei minori all'interno della struttura carceraria sono stati istituiti i Centri di Prima Accoglienza che rappresentano uno specifico del settore penale minorile. I Servizi delle AA.SS.LL. e degli EELL operano in stretta integrazione con tutti i Servizi della Giustizia Minorile coinvolti, sia per la progettazione degli interventi da attivare nell'ambito del procedimento penale, che per la predisposizione di relazioni per l'Autorità Giudiziaria minorile competente.

I percorsi assistenziali attuabili devono tener conto di quanto previsto dall'art 2 del D.P.C.M. 1 aprile 2008, ovvero *"Le regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite con il presente decreto attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento"*. Le stesse Aziende Sanitarie *"organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida"*.

Il principio fondante degli interventi sanitari è rappresentato dalla continuità della presa in carico clinico-terapeutica: tali interventi devono essere orientati a fornire sostegno e cura al minore/giovane adulto sin dal momento del suo ingresso nel circuito penale e devono proseguire durante tutto l'iter penale, assicurando la tutela della salute psico-fisica in età evolutiva, garantendo il più possibile la continuità delle figure di riferimento e l'integrazione con gli interventi dei servizi sociali territoriali e del terzo settore.

La titolarità clinica e amministrativa dell'intervento sanitario nei confronti del minore o giovane adulto sottoposto a procedimento penale è di competenza della ASL di residenza del minore ed è garantita dal/dai Servizio/i territoriale/i (TSMREE, Sert e/o DSM) che eventualmente ha/hanno già in carico il caso (tranne i casi previsti nei paragrafi seguenti).

Nel caso di immigrati o stranieri senza fissa dimora si fa riferimento al territorio di competenza dove è avvenuto il fermo o l'arresto o la denuncia. In ogni caso si richiama il rispetto della normativa vigente e, in particolare, al *Decreto del Commissario ad Acta n. U00077/2015* recante *"Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province Autonome"*.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla comunicazione tra i vari soggetti istituzionali coinvolti, al lavoro di rete e a tutti gli altri interventi (educativi, formativi, ecc.) che possono favorire il processo di reinserimento nella vita quotidiana del paziente, anche oltre il periodo di permanenza nel circuito penale. Anche i soggetti istituzionali sanitari più prossimi al minore/giovane adulto (Pediatrici di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale) devono essere consultati e informati sul percorso di cura attivato, al fine di consentire un intervento sanitario più appropriato sul caso. Inoltre i casi che presentano situazioni particolari (ad esempio quelli a rischio di suicidio, quelli che presentano gravi disturbi del comportamento alimentare o che hanno subito violenze e maltrattamenti) devono essere monitorati con particolare attenzione. Trattandosi di casi complessi ad alto rischio alla fine di ogni fase dell'intervento clinico deve essere realizzato almeno un follow up di verifica dopo 3 mesi dalla conclusione dell'intervento.

4.1 Interventi sanitari nel Centro di Prima Accoglienza – ASL competente: RM D

Il Centro di Prima Accoglienza (CPA) ospita i minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida, che deve aver luogo entro 96 ore dall'ingresso nella struttura.

FASE 1. VALUTAZIONE SANITARIA

A. Per tutti i minori che fanno ingresso in C.P.A. viene effettuata una prima valutazione sanitaria multidisciplinare a cura del medico e dello psicologo della U.O.C.I. TSMREE della ASL RM D anche in collaborazione con l'infermiere (secondo quanto previsto dai capitoli 2.1 "Il profilo valutativo" e 3. "Il Piano di Trattamento Individuale" del presente protocollo e dal protocollo operativo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario).

Nel caso di minori in cui si riscontri una sintomatologia riconducibile ad un disturbo psichico, viene effettuata un'ulteriore attività di approfondimento diagnostico al fine di intervenire precocemente su situazioni di rischio psicopatologico. Per i casi conosciuti dal Servizio sanitario di residenza del minore il TSMREE della ASL RM D contatterà il Servizio territoriale al fine di ottenere eventuale documentazione clinica ed avviare una collaborazione fattiva per la gestione del caso, in relazione al prosieguo degli interventi più appropriati all'atto delle dimissioni dal CPA (*cf.* FASE 3).

Gli esiti della valutazione interdisciplinare dovranno portare ad un inquadramento delle condizioni psichiche del ragazzo sulla base della classificazione internazionale ICD 10 e fornire una indicazione per l'intervento.

In caso di acuzie: viene attivato dal TSMREE il Servizio Ares 118 per il ricovero in urgenza in idoneo reparto ospedaliero per l'emergenza psichiatrica¹⁹.

In caso di presenza di sintomi connessi ad un possibile uso/abuso di sostanze: il medico del TSMREE attiva il SerT della ASL RM D, che prenderà in carico il caso per la valutazione e i successivi interventi²⁰ (per la presa in carico o l'eventuale invio ai competenti servizi di residenza del paziente - *cf.* FASE 3).

FASE 2. IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

La Valutazione sanitaria multidimensionale viene condivisa all'interno di un'équipe interistituzionale multidisciplinare (ASL RM D e CPA, con il coinvolgimento della ASL territoriale e dell'USSM, qualora già attivi sul caso e in relazione alle specifiche competenze, e con il CGM nei casi in cui sia previsto l'inserimento in comunità).

A partire dagli esiti della Valutazione multidimensionale, l'équipe sanitaria del TSMREE dell'ASL RM D definirà il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) in relazione a tutti gli elementi emersi (anche di natura educativa e sociale) e lo stesso verrà trasmesso all'Autorità Giudiziaria competente (GIP) tramite la Direzione del CPA.

¹⁹ Nel documento si fa riferimento agli 8 posti letto per l'emergenza psichiatrica in età evolutiva la cui attivazione è stata prevista dal Decreto del Commissario ad Acta n. 368 del 31/10/2014 recante "Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio".

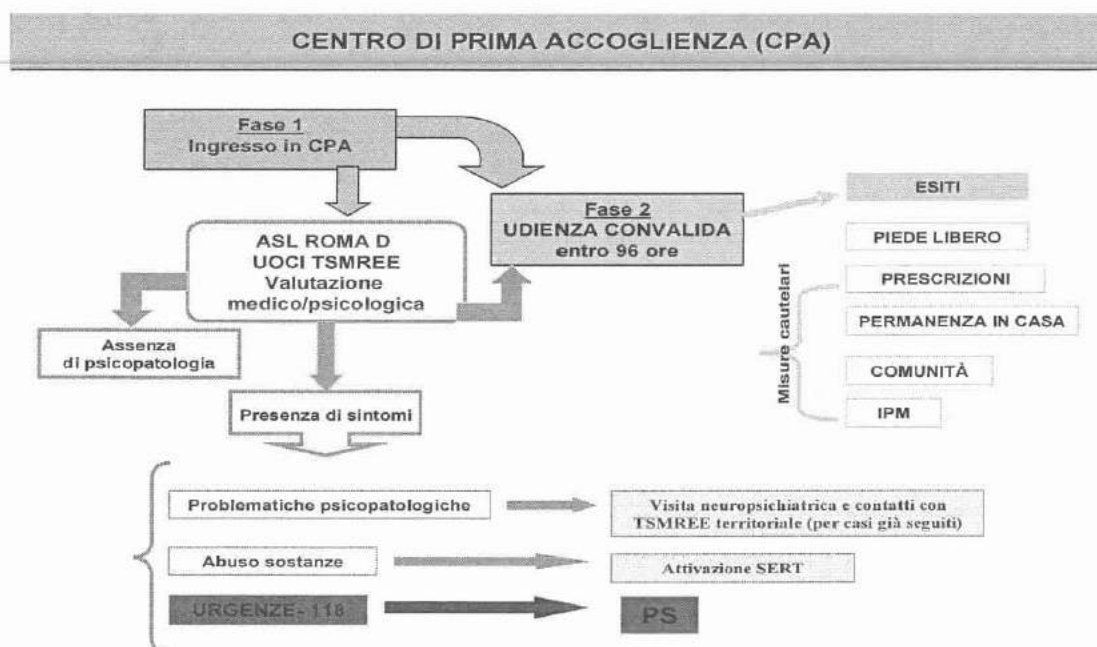
²⁰ Si veda il Decreto del Commissario ad Acta n. U00451 del 22 dicembre 2014 recante "Approvazione Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)".

Protocollo operativo sui percorsi assistenziali di presa in carico e cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici sottoposti a procedimento penale

FASE 3. DIMISSIONI DAL CPA ED EVENTUALE INDIVIDUAZIONE DI UNA STRUTTURA COMUNITARIA

- A. Al momento dell'uscita del minore dal CPA, la UOCI TSMREE della ASL RMD contatta immediatamente il *Referente per la Giustizia Minorile* della ASL di residenza del minore, la quale diventa co-titolare della presa in carico clinica e titolare della presa in carico amministrativa. La co-titolarità della presa in carico assistenziale, che ha l'obiettivo di favorire il passaggio del caso e la continuità terapeutica, potrà durare fino ad un massimo di 30 giorni (si veda l'allegato n. 5). Durante questo periodo i servizi di residenza del paziente coinvolti devono attivamente collaborare con i servizi della ASL RMD: questi ultimi garantiranno la realizzazione degli interventi previsti nel PTI e/o disposti dall'Autorità Giudiziaria.
- A. Tutta la documentazione sanitaria prodotta costituisce la cartella clinica sanitaria, che accompagnerà il minore durante l'intero iter penale. Sarà cura della UOCI TSMREE della ASL RMD trasmetterla, agli altri Servizi Sanitari coinvolti nel caso, tenendo conto della normativa vigente e, in particolare, di quella sulla privacy.
- B. Sulla base della Valutazione multidimensionale e dell'ipotesi elaborata per il PTI, saranno predisposti gli interventi sanitari più appropriati e differenziati - compatibilmente con i vincoli posti dagli specifici esiti dell'Udienza di convalida - attuati in collaborazione con i Servizi sanitari di residenza del minore.

In ogni caso nella medesima giornata in cui è stata emessa l'ordinanza di "collocamento in comunità", la UOCI TSMREE della ASL RMD dovrà dare comunicazione scritta delle azioni poste in essere per il singolo minore al Centro Giustizia Minorile per il seguito di competenza (l'esecuzione del provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria minorile).



4.2 Interventi sanitari in area penale esterna - ASL RMD e servizi sanitari territoriali

Gli interventi sanitari sono effettuati su segnalazione dell'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia (USSM). Tale Ufficio fornisce assistenza ai minorenni autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale e predispone la raccolta di elementi conoscitivi concernenti tali minorenni/giovani adulti per l'accertamento della personalità, su richiesta del Pubblico Ministero, fornendo concrete ipotesi progettuali e cooperando alle decisioni dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Tali interventi sono effettuati in collaborazione con la rete dei Servizi coinvolti sul caso nel corso dell'iter penale.

Il TSMREE della ASL RMD, in quanto servizio incaricato di effettuare la valutazione e gli interventi in aree di disagio clinico connesse a comportamenti devianti in adolescenza, rappresenta un punto di riferimento sanitario per Servizi e Agenzie del territorio, anche in un'ottica di prevenzione secondaria e terziaria, perseguendo, in tal senso, gli obiettivi di salute e i Livelli Essenziali di Assistenza, indicati nelle *"Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"*.

I servizi sanitari garantiscono una prima valutazione della situazione entro 10 giorni dalla ricezione della segnalazione dell'USSM, in base al quale sarà definito l'accesso al trattamento.

In particolare:

- per i casi che non sono ancora conosciuti dal/i Servizio/i Territoriali di residenza del minore/giovane adulto: la UOCI TSMREE della ASL RMD interviene nella valutazione e presa in carico di minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale non detentivo, segnalati dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM). Gli interventi sanitari consistono in una valutazione diagnostica e nella definizione dell'eventuale successivo PTI (secondo quanto previsto nei capitoli 2.1 "Il profilo valutativo" e 3 "Il Piano di Trattamento Individuale"), previo consenso dei genitori oppure su richiesta dell'Autorità Giudiziaria. Gli interventi attivati dalla ASL RMD potranno avere una durata massima di 6 mesi prorogabili eventualmente fino a 12 mesi (in accordo con il Servizio territoriale di residenza del paziente). In ogni caso gli interventi non potranno superare la durata della misura penale. Durante tale periodo dovrà essere avviata la procedura di trasferimento al competente servizio di residenza del paziente (si veda l'allegato n.5) – tramite il *Referente per la Giustizia Minorile* - dove lo stesso proseguirà gli eventuali interventi ritenuti necessari;

- per i casi già conosciuti dal/i Servizio/i Territoriali di residenza del minore/giovane adulto: questi ultimi proseguiranno l'intervento nel rispetto del principio della continuità assistenziale. In tali casi, l'USSM contatterà direttamente il *Referente per la Giustizia Minorile* della ASL di residenza del minore, il quale segnalerà il caso al Servizio territoriale che ha in carico il minore, per definire le più idonee modalità di gestione del caso e l'eventuale rimodulazione del PTI in atto, anche sulla base degli eventuali vincoli posti dal procedimento penale.

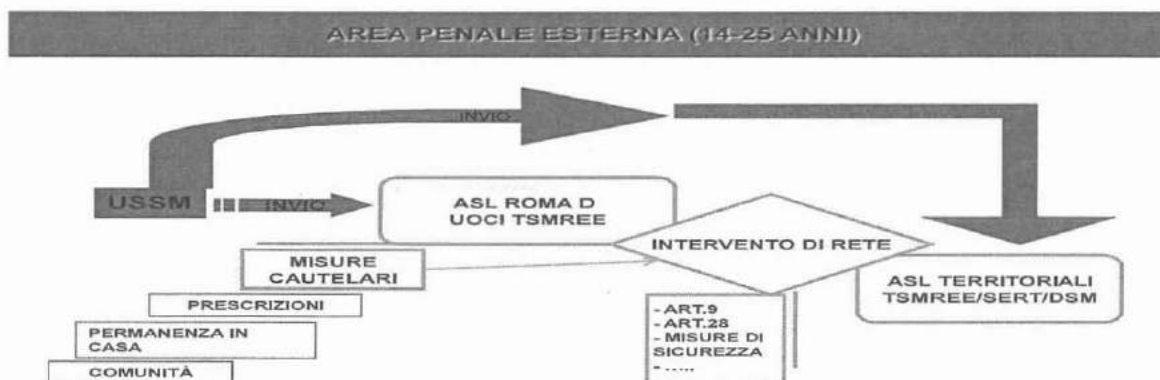
In ogni caso, quindi, per i minori e giovani adulti per i quali sia stata formulata una richiesta di collaborazione da parte dell'USSM saranno assicurate:

- a) la valutazione delle condizioni psico-fisiche del minore o giovane adulto;
- b) la definizione del PTI;
- c) la presa in carico integrata, ponendo in essere gli opportuni interventi sanitari.

I Servizi sanitari competenti per il minore/giovane adulto (attraverso il *case manager*) si interfaceranno con l'USSM e con i Servizi Sociali dell'Ente locale in ogni fase del procedimento penale.

La valutazione diagnostica e il percorso di consultazione prevedono una restituzione comprensibile al paziente e, se minorenne, anche agli esercenti della responsabilità genitoriale, della condizione patologica eventualmente rilevata, anche per stimolare una maggiore consapevolezza del bisogno sanitario.

Nei casi in cui vi fossero da parte dei servizi sanitari, ostacoli insuperabili derivanti dalla difficoltà di motivare il minore e/o gli esercenti la responsabilità genitoriale alla partecipazione attiva nei confronti degli interventi proposti o in presenza di indicatori clinici di non fruibilità della proposta assistenziale individuata come opportuna (fatto salvo di quanto previsto dalla normativa vigente), sarà data formale comunicazione da parte della ASL che ha in carico il minore all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni.



4.3 Interventi in area penale interna – ASL competente: RME²¹

L'Istituto Penale per i Minorenni (IPM) assicura l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria quali la custodia cautelare detentiva o l'espiazione di pena dei minorenni autori di reato. Ospitano minorenni o ultradiciottenni (fino agli anni 25, quando il reato cui è riferita la misura sia stato commesso prima del compimento della maggiore età).

FASE 1. VALUTAZIONE SANITARIA

- a) Su tutte/i le/i ragazze/i²² che fanno ingresso in IPM viene effettuata una prima valutazione sanitaria a cura del Medico presente nel Presidio e dello psicologo della U.O.C. TSMREE/DA della ASL RM E (secondo quanto previsto nei capitoli 2.1 "Il profilo valutativo" e 3 "Il Piano di Trattamento Individuale" e dal protocollo operativo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario).
- b) In presenza di segnali di un Disturbo Psicico o Comportamentale, il Medico e lo Psicologo dell'ambulatorio sanitario dell'IPM richiederanno, se necessario con carattere di urgenza, una consulenza specialistica alla U.O.C. Dipendenze Ser.t 19 o alla U.O.C. Salute Mentale Distretto 19 della ASL RM/E rispettivamente in caso di presenza di sintomi connessi ad un possibile uso/abuso di sostanze o in presenza di sintomi di un disturbo psicopatologico/psichiatrico.
- c) Entro i primi 15 giorni dall'ingresso del ragazzo/a in IPM viene effettuato un approfondimento clinico-diagnostico e la relativa Valutazione sanitaria con un inquadramento delle condizioni sanitarie psico-fisiche del ragazzo detenuto sulla base dell'ICD 10. Per i minori o giovani adulti già conosciuti e seguiti dai servizi territoriali di residenza, l'ambulatorio sanitario si avvarrà del loro contributo, attraverso uno scambio di informazioni e di documentazione utili ai fini della costruzione di una ipotesi diagnostica.
- d) Se dalla valutazione clinica effettuata dall'area sanitaria si evidenziano elementi che fanno ritenere che le condizioni psichiche o fisiche del soggetto sono incompatibili con lo stato detentivo, verrà prodotta certificazione sanitaria ed inoltrata alla Direzione dell'IPM che provvederà ad inviarla all'Autorità giudiziaria competente. Il servizio sanitario dell'IPM a seconda della problematica che rende incompatibile la permanenza del ragazzo/a in carcere, avrà cura di reperire idonea struttura in grado di gestire dal punto di vista clinico le problematiche presenti. Per le situazioni di incompatibilità relative a problematiche di natura psichiatrica in fase di acuzie, verrà predisposto il ricovero in regime di urgenza.
- e) In caso di acuzie, verrà attivato dall'ambulatorio sanitario interno all'IPM, il Servizio Ares 118 (guardia medica psichiatrica) e se necessario, verrà predisposto il ricovero in regime di urgenza presso l'SPDC dell'Ospedale S. Filippo Neri, se il paziente è maggiorenne, o presso un Reparto ospedaliero dedicato in caso di pazienti minorenni.

FASE 2. IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Tale valutazione sanitaria sarà parte integrante della Valutazione Multidimensionale Interistituzionale (ASL – IPM) che orienterà il progetto individualizzato sul minore o giovane adulto detenuto. Essa sarà trasmessa entro 30 giorni dall'ingresso del minore o giovane adulto in IPM al *Referente per la Giustizia Minorile* della ASL di residenza del paziente a cui tale valutazione è stata effettuata, che attiverà il Servizio Sanitario competente rispetto alle problematiche emerse (TSMREE, Ser.T. o DSM) e con gli stessi dovrà essere condiviso il PTI.

²¹ "Regolamento per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti dell'istituto penale per i minorenni "Casal del Marmo" e per i minori dell'area penale esterna" – Delibera del Direttore Generale n. 547 del 9.8.2011.

²² Le/i ragazze/i che fanno ingresso in IPM posso appartenere alla fascia di età che va dai 14 ai 25 anni. La soglia dei 18 anni può essere oltrepassata per quei ragazzi che si trovano a dover scontare una pena per un reato commesso da minorenni.

In relazione alla valutazione psicologica effettuata in fase di ingresso in IPM, verrà predisposto un intervento funzionale a rispondere ai bisogni clinici emersi e che dunque potrà prevedere una gradualità di interventi: da un monitoraggio psicologico durante tutto il periodo detentivo fino ad un intervento psicologico più strutturato, sia individuale che familiare (sostegno o psicoterapia), all'interno di un progetto terapeutico co-gestito clinicamente con il contributo del TSMREEE/DSM o del Ser.T a seconda delle problematiche presentate dal caso.

FASE 3. DIMISSIONI DALL'IPM

Gli interventi sanitari posti in essere all'interno del percorso detentivo, laddove necessario dal punto di vista clinico e a garanzia della "cura del percorso assistenziale", all'uscita dal carcere devono poter trovare una continuità presso i Servizi Sanitari territoriali competenti in relazione alla residenza (o eventualmente al domicilio) presso il quale si ipotizza la collocazione del minore.

Tali Servizi, coinvolti sin dall'ingresso del ragazzo nella struttura attraverso il Referente per la Giustizia Minorile, avranno modo di partecipare alla formulazione del PTI. Le competenze cliniche ed amministrative saranno a carico del servizio sanitario territorialmente competente laddove i tempi saranno stati sufficienti ad un coinvolgimento fattivo di tali servizi. Nelle situazioni in cui ciò non fosse praticabile, la competenza rimarrà a carico dei servizi sanitari della ASL RM/E (TSMREE, Ser.T o DSM) per un massimo di 30 giorni successivi alle dimissioni dall'IPM. Entro tale periodo i servizi sanitari territorialmente competenti, comunque coinvolti attraverso il Referente per la Giustizia Minorile, dovranno garantire la presa in carico clinica e amministrativa del caso (si veda l'allegato n. 5).

5. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Per concludere

Il presente documento "Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale" è uno degli strumenti a disposizione, tenendo conto delle evidenze scientifiche, sia per implementare un processo condiviso tra gli operatori di presa in carico assistenziale integrata, sia per ridurre sistematicamente il numero di interventi/ricoveri inappropriati.

L'ottica sanitaria preventiva e di intervento seguita nel documento è in linea a livello internazionale con la Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia, le indicazioni dell'OMS e con il "Patto europeo per la salute e il benessere mentale" le cui conclusioni (2011/C-202/01) indicano l'importanza di azioni mirate per la salute mentale degli adolescenti. Inoltre a livello nazionale è in linea con il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" che prevede tra gli obiettivi per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza il "*Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale*" attraverso il coordinamento e la gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato e interventi di formazione specifica e mirata e ad una più precisa "differenziazione della domanda di salute" e del possibile percorso assistenziale del paziente attraverso modelli clinici organizzativi di collaborazione / consulenza tra DSM, MMG, TSMREE, PLS, servizi psicologici e sociali e scuola, di assunzione in cura e di presa in carico attraverso una valutazione multidimensionale e di intervento attraverso la definizione di un *Piano di Trattamento Individuale* (PTI) con l'identificazione di un "case manager" e una maggiore attenzione alla partecipazione delle famiglie e alla collaborazione con gli Enti Locali, con la Scuola e con la rete sociale.

Si segnala la necessità di seguire le seguenti raccomandazioni al fine di consentirne la completa attuazione e implementazione delle azioni previste nel protocollo stesso:

Raccomandazione n.1.

La leale e fattiva collaborazione tra il personale sanitario, il personale degli EELL e il personale della Giustizia (in tutte le sue espressioni e articolazioni) sono elementi cruciali per la presa in carico integrata e la cura/riabilitazione dei minori/giovani adulti.

Raccomandazione n.2.

E' necessario istituire percorsi di formazione congiunta destinata ad operatori sanitari dei servizi dedicati al settore minorile e degli adulti (TSMREE/Sert/DSM) e agli operatori della Giustizia Minorile.

Raccomandazione n.3.

La Regione Lazio si impegna, al fine di dare piena attuazione al presente protocollo, ad effettuare una rilevazione per stimare fabbisogno del personale dei servizi territoriali per valutarne eventuali vuoti o criticità.

Raccomandazione n. 4.

E' auspicabile che la Regione Lazio realizzi sul proprio territorio una struttura residenziale "filtro" (con una permanenza massima di 60 giorni) che possa accogliere minori/giovani adulti appartenenti al circuito penale e con un probabile disturbo psicopatologico per un periodo di approfondimento diagnostico-valutativo.

Raccomandazione n. 5.

E' di fondamentale importanza l'implementazione di un sistema informativo integrato dei servizi territoriali che si occupano di minori/giovani adulti.

Raccomandazione n. 6.

Alle ragazze minorenni/giovani adulte gestanti o con bambini piccoli che transitano all'interno del circuito penale è necessario garantire i diritti della madre e del bambino attraverso uno specifico percorso di assistenza sanitaria e psicologica di accompagnamento allo svolgimento di una normale gravidanza e di un corretto sviluppo psicofisico del neonato, con il possibile mantenimento delle relazioni con il padre.

Monitoraggio e valutazione

Il presente documento è da considerarsi sperimentale e nella sua applicazione pratica sarà sottoposto a revisione decorso 1 anno dalla sua applicazione per valutare le criticità emerse e apportare le opportune modifiche.

ALLEGATO n 1. La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale
A. Breve inquadramento socio-anagrafico attuale; storia personale, familiare, sociale, giudiziaria
B. Storia giudiziaria e Motivo della segnalazione / invio
C. Aspettative e bisogni del paziente, motivazione al cambiamento
D. Anamnesi clinica, psicopatologica, internistica, ecc.
E. Anamnesi tossicologica e rapporto con la sostanza
F. Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
G. Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, senso di responsabilità, auto percezione dei propri problemi e risorse, ecc.
H. Comportamento del paziente nella vita, interazioni con gruppo dei pari, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
I. Consuetudini, abitudini, modalità di divertimento; stile educazione e modello di apprendimento; stile abitativo
J. Risorse familiari (profilo familiare) ed ambientali (contesto di riferimento): punti di forza e criticità
K. Modalità relazionale con il clinico (alleanza terapeutica): ad esempio collabora, è oppositivo, ecc.
<u>Valutazione diagnostica:</u>
1. CGAS (Punteggio :.....)
2. Sintesi finale e Valutazione Globale di Funzionamento.....
.....
.....
.....
3. Eventuale Diagnosi nosografica (ICD 10) :
.....
.....
Note.....
.....

Piano di Trattamento Individuale (PTI)
Minore/giovane adulto.....
Case manager: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail)
A. Quadro clinico (incluso l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso, comprese le nuove dipendenze)
B. Compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico o nell'istituzione carceraria e nel gruppo dei pari
C. Fase evolutiva: Aree di sofferenza, Risorse e potenzialità esistenti
D. Necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali
E. Stabilità clinica (gravità del disturbo)
F. Punti di forza e criticità della famiglia e del contesto di riferimento
G. Eventuali trattamenti precedenti utilizzati (anche farmacologici), i risultati raggiunti e le criticità rilevate
Diagnosi nosografica (ICD 10) :
E' stato possibile sottoscrivere un "accordo/impegno di cura" con il minorenne: SI - NO
Se NO specificare perché:
Partecipazione della famiglia: SI - NO
Coinvolgimento dei competenti servizi sociali: SI - NO
Coinvolgimento della rete educativa/scolastica/sociale, al fine di favorire l'adesione al trattamento SI - NO
Se NO specificare perché:
Piano di trattamento e relativo percorso di cura
a. Interventi necessari:
b. Eventuali interventi di integrazione sociosanitaria:
c. Elementi prognostici per la successiva inclusione sociale (solo per i minori/giovani adulti con un disturbo psicopatologico (in fase di inserimento o di prosecuzione in strutture) residenziali/semiresidenziali):

Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)
Case manager della struttura: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail)
A. Dati anagrafici
B. Diagnosi clinica e funzionale
C. Informazioni anamnestiche rilevanti
D. Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale tratto dal Piano di Trattamento Individuale (che viene allegato)
E. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a: <i>Area psicopatologica</i> <i>Area della cura di sé / ambiente</i> <i>Area della competenza relazionale</i> <i>Area del funzionamento scolastico</i> <i>Area delle autonomie e delle abilità sociali</i>
F. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia (ad esempio il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale), alla scuola, ai contesti di riferimento, agli appuntamenti evolutivi legati al ciclo vitale
G. Obiettivi dell'intervento a)..... b)..... c)
H. Aree di intervento - descrivere la tipologia e il tipo di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie: <i>Interventi psicoeducativi</i> <i>Interventi abilitativi e riabilitativi</i> <i>Psicoterapia</i> <i>Terapia farmacologica</i> <i>Interventi sugli apprendimenti</i> <i>Interventi sul contesto familiare</i> <i>Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio-lavorativa</i>
I. Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, ad esempio gli operatori di reti informali e del volontariato
L. Durata del programma:..... <i>Verifiche periodiche:</i> aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica (almeno con cadenza mensile). A conclusione del progetto terapeutico e, in ogni caso almeno con cadenza trimestrale durante il progetto stesso, deve essere somministrato nuovamente almeno uno strumento standardizzato (come la CGAS) confrontando il punteggio di partenza contenuto nel PTI e il punteggio ottenuto nelle varie fasi.

ALLEGATO n.4 Scheda di consenso informato

Il/la sottoscritto/a.....

Genitore/tutore del minore.....

Essendo stato informato, in relazione alle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a, assistito/a, dal/la dott/ssa.....

del Servizio della ASL

della necessità di ulteriori interventi clinici fornisce il proprio formale consenso affinché sia assicurato un approfondimento diagnostico, attraverso:

- ☐ richiesta di consulenza al servizio specialistico..... della ASL.....
- ☐ invio per visita, con prenotazione di appuntamento, presso il servizio specialistico..... della ASL.....

Sono stato, altresì, informato che i dati relativi alla motivazione di richiesta di consulenza/invio sono comunicati al professionista contattato per la prestazione.

Data.....

Il Sanitario

Il Genitore/tutore

Nome e cognome

Firma

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa

Firma leggibile

ALLEGATO n.5 - Scheda di segnalazione/invio ad altro servizio (con richiesta di consulenza/presa in carico)

Al Servizio.....

Si richiede:

- ☐ consulenza
- ☐ presa in carico

Per il/la minore....., nato/a....., recapito.....

in carico presso lo scrivente Servizio, per problematiche :

- ☐ probabilmente connesse all'uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti
- ☐ legate a disturbi psicopatologici

Si fa presente che sono stati rilevati i seguenti elementi:

A. Criteri anamnestici

- ☐ Precedenti trattamenti (documentati o riferiti):
specifica.....
- ☐ Anamnesi prossima (raccolta dal paziente e dagli accompagnatori, anche separatamente): specifica.....

B. Esame obiettivo (Segni e sintomi)

Presenza di segni e sintomi primari: specifica.....

Presenza di segni e sintomi aspecifici o secondari principali (da considerare quale warning, in associazione al quadro complessivo): specifica

C. Accertamenti di laboratorio tossicologici

Sostanza Referto: pos/neg.

Sostanza Referto: pos/neg.

Sostanza Referto: pos/neg.

Si trasmette in allegato copia della valutazione multidimensionale effettuata (e dell'eventuale PTI).

Data

Il Sanitario

Allegato n. 6 - Scheda di dimissione e programma di follow-up

Al Genitore / Minore /paziente (se maggiorenne).....

a conclusione del Piano di Trattamento Individuale, in data,

si raccomanda:

.....

Si prescrive la seguente terapia:.....

Si invita a successiva visita di controllo da effettuare tra..... mesi,

in data.....

Per qualsiasi necessità o dubbio sulle condizioni di salute, è invitato a contattare il dott/ssa..... (*case manager*) al seguente recapito.....

Data,.....

Il Sanitario
