

b) attuazione delle attività sperimentali individuate dal Comitato di coordinamento così come specificato dal precedente art. 5;

c) realizzazione di misure previste nell'accordo di collaborazione tra la struttura di missione ex art. 30 della legge n. 299 del 2016 e il Commissario straordinario ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 2020, sottoscritto in data 30 aprile 2021 in attuazione degli articoli 30 e 35 del decreto-legge n. 189 del 2016;

2. Con decreti del Commissario straordinario sono definite le modalità attuative delle azioni di cui al precedente comma 1.

3. Agli oneri discendenti dal presente articolo, per un importo massimo di euro 3.000.000,00, si provvede con le risorse residue di cui all'art. 23, comma 1, del decreto-legge n. 189 del 2016 a valere sulla contabilità speciale di cui all'art. 4, comma 3, del medesimo decreto, che presenta la necessaria disponibilità.

Art. 9.

Entrata in vigore

1. La presente ordinanza è comunicata al Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189, è trasmessa alla Corte dei conti per il controllo preventivo di legittimità ed entra in vigore con l'acquisizione del visto di legittimità della Corte dei conti. È pubblicata sul sito del Commissario straordinario del Governo ai fini della ricostruzione nei territori dei comuni delle Regioni di Abruzzo, Lazio, Marche ed Umbria interessati dall'evento sismico a far data dal 24 agosto 2016 (www.sisma2016.gov.it).

2. La presente ordinanza è pubblicata, ai sensi dell'art. 12 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 27 dicembre 2024

Il Commissario straordinario: CASTELLI

Registrato alla Corte dei conti il 20 gennaio 2025

Ufficio di controllo sugli atti della Presidenza del Consiglio dei ministri, del Ministero della giustizia e del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, n. 173

AVVERTENZA:

L'allegato alla presente ordinanza è consultabile sul sito istituzionale del Commissario straordinario ricostruzione sisma 2016 al seguente indirizzo: <https://sisma2016.gov.it/ordinanze>

25A01140

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 19 aprile 2023.

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, concernente: «Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di cui all'accordo rep. n. 82/CU del 26 novembre 2009». (Repertorio atti n. 45/CU).

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella seduta odierna del 19 aprile 2023:

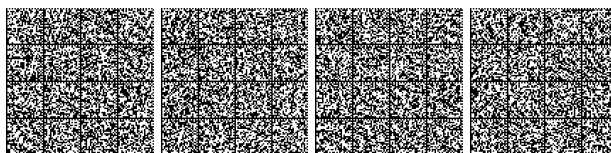
Visto l'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

Visti:

l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 488, «Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico dei minorenni», che testualmente prevede «in ogni stato e grado del procedimento l'Autorità giudiziaria si avvale dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia. Si avvale, altresì, dei servizi di assistenza istituiti dagli enti locali»;

l'art. 10 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272, «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni», secondo cui «per l'attuazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 488/1988, i centri per la giustizia minorile stipulano convenzioni con comunità pubbliche e private, associazioni e cooperative che operano in campo adolescenziale e che siano riconosciute o autorizzate dalla regione competente per territorio. Possono altresì organizzare proprie comunità, anche in gestione mista con enti locali (...); «operatori dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia possono essere distaccati presso comunità e strutture pubbliche o convenzionate per compiti di collaborazione interdisciplinare»;

il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» e, in particolare, l'art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali), l'art. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie), l'art. 8-quater (Accreditamento istituzionale);



l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, «Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419», ai sensi del quale i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali;

l'art. 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354, recante «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà» che disciplina l'attività del Servizio sanitario nazionale all'interno degli Istituti penitenziari;

l'art. 17 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, concernente «Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà»;

la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, recante «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria»;

il decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, che, all'art. 3-ter, comma 3, lettera c), prevede l'erogazione dell'assistenza sociosanitaria ai minori e giovani adulti del circuito penale, anche secondo il principio di territorialità;

la legge 7 aprile 2017, n. 47, recante «Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati»;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;

il decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121, recante «Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'art. 1, commi 81, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103», il quale, all'art. 12, prevede la collaborazione dei servizi socio sanitari territoriali con gli uffici dei servizi minorili per tutta la durata dell'esecuzione della misura penale di comunità e, conseguentemente, all'art. 14, indica tra gli elementi che costituiscono il progetto educativo individuale le attività di istruzione, di formazione professionale, culturali, sportive e lavorative, mentre all'art. 19, presta particolare attenzione alla tutela delle relazioni familiari e all'affettività aumentando il numero dei colloqui previsti e prevedendo diverse modalità per mantenere le relazioni affettive;

l'intesa ai sensi dell'art. 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato

dall'art. 1, comma 269, lettera c), della legge n. 234 del 2021, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024 (rep. atti n. 267/CSR 21 dicembre 2022);

Visti inoltre:

il regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo sulla protezione e gestione dei dati personali;

il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, in materia di trattamento dei dati personali;

Visti, altresì, i seguenti atti adottati dalla Conferenza unificata e dalla Conferenza Stato-regioni:

Accordo del 31 luglio 2008, che ha deliberato la costituzione del «Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria», tra i compiti del quale vi sono anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza unificata, e quello di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione dei programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra regioni, provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e centri di giustizia minorile (rep. atti 81/CU/2008);

Accordo del 26 novembre 2009, recante «Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria» (rep. atti 82/CU/2009);

Intesa del 20 dicembre 2012, recante «Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento» in attuazione dell'art. 7, comma 1, del Patto per la salute 2010 - 2012 (rep. atti 259/CSR/2012);

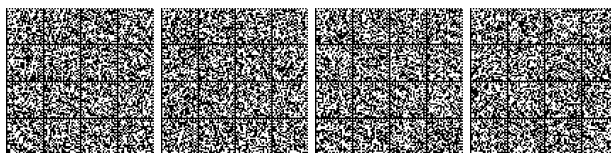
Accordo del 13 novembre 2014 sul documento recante «Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuro psichici dell'infanzia e dell'adolescenza» (rep. atti n. 138/CU/2014);

Accordo del 26 ottobre 2017, in materia di «Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità» (rep. atti 129/CU/2017);

Accordo del 9 luglio 2020, sul documento recante «Linee di indirizzo per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle Comunità residenziali del privato sociale che accolgono minorenni che hanno compiuto il quattordicesimo anno di età e giovani adulti e per la gestione delle attività trattamentali negli Istituti penali per i minorenni» (rep. atti CU/80/2020);

Accordo del 28 aprile 2022, sul documento recante «Linee di indirizzo per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi per il reinserimento socio-lavorativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria o privativi della libertà personale» (rep. atti 62/CU/2022);

Accordo del 14 settembre 2022, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di «Linee di indirizzo per la costituzione di Co-



munità sperimentali di tipo socio - sanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali ed ai servizi della giustizia minorile» (rep. atti 148/CU/2022);

Preso atto che il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, ha demandato al Sottogruppo minori del Ministero della giustizia la definizione dell'aggiornamento delle linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria di cui all'Accordo del 26 novembre 2009, in materia di «Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria» (rep. atti 82/CU/2009);

Considerato che in data 3 aprile 2023, prot. DAR n. 8755, il Ministero della giustizia – Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità ha inviato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria la bozza di Accordo indicata in oggetto, per la condivisione e l'approvazione da parte del Tavolo medesimo;

Vista la nota DAR prot. n. 8775 del 3 aprile 2023, con la quale la suddetta documentazione è stata trasmessa ai componenti del Tavolo e discussa nel corso della riunione del Tavolo tenutasi il 5 aprile 2023;

Vista la nota del 5 aprile 2023, prot. DAR n. 8992, con la quale è stato trasmesso dal Ministero della giustizia – Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità il testo del provvedimento approvato dal Tavolo, diramato con nota DAR prot. n. 9012, in pari data, alle amministrazioni centrali e agli enti locali per il formale assenso tecnico;

Vista la nota dell'11 aprile 2023, prot. DAR n. 9398, con la quale il coordinamento tecnico della Commissione salute, avendo acquisito l'assenso sia del coordinamento della sub Area penitenziaria che del coordinamento dell'Area assistenza territoriale, ha comunicato l'assenso tecnico in merito al provvedimento in oggetto;

Considerato che le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali attuano il presente Accordo senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale;

Visto il parere trasmesso in data 19 aprile 2023 dal Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, concernente la richiesta di aggiungere la clausola di invarianza finanziaria nell'Allegato A) all'Accordo, tempestivamente diramato nella stessa data con nota DAR prot. n. 10191;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano, l'ANCI e l'UPI hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'Accordo;

Acquisito l'assenso del Governo,

SANCISCE ACCORDO

ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente «Aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di cui all'Accordo rep. n. 82/CU del 26 novembre 2009», Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto.

Il Presidente: CALDEROLI

Il Segretario: D'AVENA

ALLEGATO A

AGGIORNAMENTO ED INTEGRAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA SANITARIA AI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Premessa. Le novità introdotte dal quadro di riferimento normativo nel sistema penale minorile.

A distanza di quattordici anni dall'emanazione dell'Accordo n. 82 – CU del 26 novembre 2009, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativo al Documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, recante: «Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria», (art. 9 del decreto legislativo n. 281/1997), si rende necessario aggiornare ed integrare quanto in esso contenuto, alla luce di tre direttrici principali:

1) i cambiamenti normativi intervenuti in materia di giustizia minorile e le relative implicazioni sulle modalità di collaborazione tra servizi minorili della giustizia, quelli sociosanitari e degli enti locali;

2) le costanti trasformazioni dei fenomeni di disagio e devianza minorile e giovanile, che richiamano alla necessità di individuare interventi appropriati alle nuove problematiche con cui le stesse si manifestano, considerato sia l'aumento del consumo di sostanze sia il mutamento della tipologia e del *pattern* di assunzione delle stesse;

3) l'esigenza di aggiornare le attuali linee di indirizzo nazionali, individuando nuovi orientamenti organizzativi per lo sviluppo di un sistema integrato di servizi e di interventi a favore dei minorenni/giovani adulti sottoposti a procedimenti penali, in relazione ai mutati assetti, ai nuovi bisogni e alle criticità via via emerse.

I cambiamenti normativi avvenuti nel sistema della giustizia minorile degli ultimi anni, hanno in primo luogo previsto un ampliamento della fascia dell'età dei soggetti che entrano nel circuito penale minorile prevedendo che «le misure cautelari, le misure penali di comunità, le altre misure alternative, le (pene) sostitutive, le pene detentive e le misure di sicurezza si eseguono secondo le norme e con le modalità previste per i minorenni anche nei confronti di coloro che nel corso dell'esecuzione abbiano compiuto il diciottesimo ma non il venticinquesimo anno di età, sempre che, non ricorrano particolari ragioni di sicurezza valutate dal giudice competente, tenuto conto altresì delle finalità rieducative ovvero quando le predette finalità non risultano in alcun modo perseguibili a causa della mancata adesione al trattamento in atto», modificando, così, l'originaria versione l'art. 24 del decreto legislativo n. 272/1989.



L'emanazione del recente decreto legislativo n. 121/2018(1) recante la «Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni», che ha introdotto un nuovo modello dell'esecuzione della pena, recependo, anche nella fase esecutiva del procedimento penale, i principi del decreto del Presidente della Repubblica n. 448/1988 recante «Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni». In sintesi, il nuovo modello di esecuzione della pena riafferma la residualità del ricorso all'espiazione della pena in regime di detenzione ordinaria, a favore di misure penali di comunità, alternative alla detenzione, da eseguirsi, elettivamente, nel contesto di vita del minorenne/giovane adulto in stretta collaborazione con i servizi sociosanitari e degli enti locali ovvero laddove ciò non sia possibile in idonee comunità educative o sociosanitarie in relazione all'eventuale presenza e natura di un quadro psico-patologico.

Il citato decreto legislativo, infatti, ha introdotto le misure penali di comunità (art. 2 e segg. decreto legislativo n. 121/2018), riconoscendo la comunità territoriale come il contesto più appropriato per realizzare la finalità educativa della pena attraverso la stretta collaborazione tra i servizi della giustizia, quelli sociosanitari e degli enti locali.

Il richiamo del legislatore ad un modello di esecuzione della pena che si realizza attraverso la collaborazione inter-istituzionale, si colloca anche in continuità con una concezione, ormai acclarata, di promozione della salute, definita dall'O.M.S. (*Constitution of The World Health Organization*, 1948) quale insieme di interventi integrati finalizzati al raggiungimento di «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale», in un'ottica di prevenzione, cura e risocializzazione dei minorenni e dei giovani adulti del circuito penale minorile. Una concezione di cura, quindi, intesa non come mera erogazione di prestazioni sanitarie, ma come vere e proprie pratiche nel prendersi cura dei vari aspetti della vita sociale, sanitaria, affettiva e relazionale.

In tale direzione, il citato decreto legislativo individua dei dispositivi organizzativi che prevedono un pronto e appropriato intervento dei servizi sociosanitari e degli enti locali, in integrazione e collaborazione con il sistema della giustizia, nella fase dell'esecuzione delle misure penali e al termine delle stesse per garantire la continuità dell'intervento.

Rispetto a quanto citato si richiamano, nello specifico, i seguenti articoli del decreto legislativo n. 121/2018:

1. art. 12: «Il minorenne sottoposto a misura penale di comunità è affidato all'ufficio di servizio sociale per i minorenni, il quale, in collaborazione con i servizi sociosanitari territoriali, svolge attività di controllo, assistenza e sostegno per tutta la durata dell'esecuzione» (comma 3);

«Per garantire la continuità dell'intervento educativo e l'inserimento sociale, terminata l'esecuzione della misura, i servizi sociosanitari territoriali prendono in carico il minorenne per la prosecuzione delle attività di assistenza e sostegno anche curando, ove necessario, i contatti con i familiari e con le altre figure di riferimento» (comma 4).

2. art. 14, comma 2: «All'ingresso in istituto, è garantito un supporto psicologico da parte di personale specializzato, utile anche per la predisposizione del progetto educativo e per la prevenzione del rischio di atti di autolesionismo e di suicidio».

In ragione dei già menzionati articoli, i bisogni di cura durante e dopo l'esecuzione della misura devono pertanto essere frutto di una valutazione integrata tra i vari servizi coinvolti, individuando le modalità più idonee di supporto, per il minore e la sua famiglia, basate anche sulle evidenze cliniche di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Per quanto attiene alla collaborazione inter-istituzionale all'interno degli Istituti penali per i minorenni (I.P.M.) occorre sottolineare come la predetta norma introduca una novità importante nel prevedere che l'intervento psicologico – opportunamente declinato sia sul versante clinico sia su quello psicoterapeutico – debba essere garantito in maniera appropriata e quando necessario, insieme agli interventi trattamentali, per tutti i minori/giovani adulti in stato di detenzione nel contesto di un lavoro di équipe inter-istituzionale per la predisposizione del progetto educativo individualizzato, oltre che per la prevenzione del rischio suicidario e dell'auto ed etero aggressività.

(1) decreto legislativo del 2 ottobre 2018, n. 121 in attuazione della delega di cui all'art. 1, commi 82, 83 e 85, lettera p, della legge 23 giugno 2017, n. 103. (18G00147)

Per la prevenzione del rischio suicidario si richiama quanto definito dall'Accordo stipulato ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 dal Ministero della giustizia a livello di Conferenza unificata Stato - regioni - enti locali sul documento «Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento giustizia minorile e di comunità». rep. n. 129/CU del 26 ottobre 2017 (2)

Il presente Accordo ha l'obiettivo di delineare le linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria a livello regionale, in collaborazione con il sistema della giustizia minorile in continuità con le previsioni normative introdotte dal decreto legislativo n. 121/2018.

L'obiettivo di tali linee di indirizzo è quello di favorire una presa in carico dei minori/giovani adulti sottoposti a procedimento penale che presentano specifici bisogni sanitari che sia appropriata, integrata e secondo le evidenze scientifiche, contemperando le esigenze di cura con i tempi e le modalità del percorso penale degli utenti.

Organizzazione integrata degli interventi.

L'Accordo del 2009 «Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria» riconosce la necessità che a livello regionale siano definiti interventi integrati per i giovani in carico ai servizi minorili della giustizia. Il medesimo Accordo, per il perseguimento di tale finalità, indica l'opportunità di sviluppare modalità organizzative attraverso le quali ogni intervento venga attivato a partire da una «valutazione multidisciplinare» tra le diverse istituzioni coinvolte (giustizia, sanità, enti locali, ecc.).

Le nuove normative in materia e le trasformazioni dei fenomeni delle devianze giovanili, sempre più associate a diverse espressioni di disagio psico-sociale, rendono necessario prevedere modelli organizzativi tali da favorire, a livello territoriale, una presa in carico integrata, in modo da evitare una frammentazione degli interventi, specie per le situazioni multiproblematiche ed una tardiva presa in carico della persona.

La presa in carico integrata prevede una forte sinergia fra il sistema della giustizia, le aziende sanitarie e gli enti locali per cui si rende necessaria l'attivazione di équipe integrate interistituzionali che sono costituite da parte della giustizia, da operatori dei servizi minorili dei C.G.M. e da parte sanitaria da una équipe multidisciplinare di operatori in grado di affrontare sia gli aspetti legati ad un eventuale disturbo psichico sia quelli relativi alle eventuali dipendenze da sostanze e/o comportamentali.

L'équipe integrata interistituzionale ha il compito e la responsabilità della presa in carico del minore/giovane adulto e di valutare l'eventuale presenza di problematiche psico-patologiche. La stessa équipe ha il compito di realizzare per le persone con problemi sanitari uno specifico piano terapeutico riabilitativo individuale (PTRI), secondo le logiche di appropriatezza e le evidenze scientifiche.

Ogni azienda sanitaria competente per territorio di residenza del minore/giovane adulto, costituisce un'équipe sanitaria multiprofession-

(2) Il «Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità» (rep. atti n. 129/CU del 26 ottobre 2017) allorché attesta che, «i comportamenti e le scelte auto lesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali il servizio sanitario e l'amministrazione della giustizia minorile e di comunità, concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze (...).Relativamente al complesso fenomeno dell'autolesionismo giovanile, è giusto rilevare che esso può assumere innumerevoli manifestazioni con fini talvolta unicamente esibitivi/manipolativi/provocatori, ma altrettanto spesso con l'obiettivo di scaricare, sul corpo e con il corpo, profonde angosce destrutturanti, non elaborabili altrimenti (...) In ogni caso, anche gli agiti interpretabili quali modalità esibitive e/o manipolative/provocatorie, vanno comunque letti all'interno di una cornice comunicativa di disagio e/o di collasso della propria capacità auto contenitiva, e, pertanto, di difficoltà ad intravedere e praticare altre modalità di relazione/comunicazione, maggiormente efficaci e funzionali».



nale secondo i propri modelli organizzativi e standard regionali, con il coordinamento di un dirigente sanitario (psicologo, neuropsichiatra infantile, psichiatra) con il compito di valutare le condizioni di salute del minore/giovane adulto, esprimendo un'ipotesi diagnostica e di funzionamento psichico della persona. Tale équipe diventa parte integrante dell'équipe integrata interistituzionale, insieme a tutti i servizi coinvolti (C.P.A., U.S.S.M., I.P.M., comunità ministeriali e del privato sociale, centri diurni polifunzionali, ecc.) e collabora alla definizione del PTRI della persona.

L'équipe integrata interistituzionale (tramite lo strumento dell'Unità valutativa multi-dimensionale – U.V.M.D.) ha il compito anche di coordinare gli eventuali interventi comunitari sul territorio compresi quelli erogati dalle «strutture comunitarie sperimentali di tipo socio-sanitario ad elevata integrazione sanitaria rivolte a minori e giovani adulti con disagio psichico e/o abuso di sostanze» come previste dall'Accordo rep. atti n. 62/CU del 28 aprile 2022 — e linee di indirizzo — rep. atti n. 184/CU del 14 settembre 2022).

L'équipe sanitaria multiprofessionale per i minorenni con ipotesi di preminente bisogno sanitario per disturbi psicopatologici e/o di dipendenza, arrestati/fermati/accompagnati presso il C.P.A. — fermo restando il primo intervento sanitario da parte del presidio sanitario di competenza — procede, secondo le evidenze scientifiche e logiche di appropriatezza, in collaborazione con il personale della giustizia minorile e sanitario presso il C.P.A., ad una prima valutazione diagnostica della persona entro le novantasei ore (salvo tempi diversi per la presenza di specifiche e motivate ragioni che dovranno essere condivise con l'Autorità giudiziaria e gli altri attori interessati) onde consentire al giudice per le indagini preliminari (G.I.P.) di emettere eventuali determinazioni consequenziali, ivi comprese quelle del collocamento della persona in comunità terapeutica.

In presenza di acuzie psicopatologiche e/o sindromi astinenziali che impongono un ricovero, questo avviene presso le strutture ospedaliere del territorio di competenza, secondo i protocolli e le modalità in essere in ciascun territorio, con attivazione immediata dell'équipe integrata interistituzionale.

Per i minori/giovani seguiti dall'ufficio del servizio sociale per i minorenni in area penale esterna, siano essi sul territorio sia nelle comunità pubbliche e del privato sociale che ospitano ragazzi sottoposti a misure penali, l'équipe integrata interistituzionale costituisce il punto di riferimento per condividere e tracciare il percorso educativo e assistenziale del giovane, assicurandone la continuità terapeutica nel passaggio alla maggiore età e l'integrazione con il più complessivo progetto socio-educativo della persona.

Nei casi di giovani collocati in contesti territoriali diversi da quello dell'azienda sanitaria di residenza, la presa in carico viene attivata dall'azienda sanitaria del territorio di domicilio attraverso la collaborazione delle équipe sanitarie multidisciplinari dell'azienda sanitaria di residenza, fermo restando che la titolarità del caso rimane all'azienda sanitaria di residenza.

Relativamente ai minori stranieri non accompagnati la legge n. 47 del 7 aprile 2017 sancisce che questi «sono titolari dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea» e al comma 2 dell'art. 14 è definito che «in caso di minori non accompagnati, l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale è richiesta dall' esercente, anche in via temporanea, la responsabilità genitoriale o dal responsabile della struttura di prima accoglienza». A tal riguardo, pertanto, fermo restando il diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale e all'Anagrafe sanitaria, la competenza di presa in carico sociale e sanitaria è del comune/territorio ove il ragazzo è stato fermato/arrestato ovvero ove ha commesso il fatto ed in tale territorio si costituisce l'équipe integrata interistituzionale.

Nei casi dei minorenni/giovani ristretti presso gli Istituti penali per i minorenni (I.P.M.), analogamente a quanto contemplato dalle «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti» (rep. atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015) si prevede che ogni I.P.M. sia dotato di uno specifico «servizio sanitario», realizzato secondo le modalità organizzative e gli standard regionali di riferimento, comprensivo di un servizio di psicologia, psichiatria e psi-

coterapia, coordinato da un dirigente sanitario in grado di assicurare anche attraverso i servizi e le risorse sanitarie presenti sul territorio, le attività di medicina generale e specialistiche, compresa la presa in carico delle patologie psichiatriche e delle dipendenze.

Tali servizi devono assicurare, secondo i propri modelli organizzativi e standard regionali, anche utilizzando i servizi e le risorse presenti sul territorio e la telemedicina, secondo le evidenze scientifiche e i principi di appropriatezza clinica e i bisogni della persona gli specifici interventi sanitari compresi quelli psicologici, psicoterapeutici e/o educativi (come garantiti dalle équipe sanitarie multidisciplinari), in sinergia e in collaborazione con i servizi della giustizia minorile.

Particolare attenzione viene posta dai servizi sanitari e dai servizi della giustizia minorile nel mantenere la continuità degli interventi sanitari ritenuti necessari anche dopo la dimissione della persona dal carcere e/o dalle strutture individuate nel territorio, per il tramite dell'équipe integrata interistituzionale attraverso il coinvolgimento dell'azienda sanitaria e dei servizi sociali degli enti locali di residenza/domicilio della persona.

Formazione.

Le regioni e le province autonome e i centri per la giustizia minorile realizzano iniziative formative interdisciplinari e multiprofessionali, con particolare riguardo alle metodologie di lavoro integrato nonché agli aspetti valutativi, clinici e riabilitativi dei percorsi assistenziali in linea con quanto previsto dall'art. 14 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272 recante «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni» che così dispone «1. Il Ministero di grazia e giustizia e le regioni realizzano annualmente appositi programmi congiunti di formazione e di aggiornamento per gli operatori minorili dell'amministrazione della giustizia e degli enti locali.»

Applicazione e monitoraggio.

Le regioni e le province autonome e i centri per la giustizia minorile hanno il compito di recepire tali linee di indirizzo ed attuano con il sistema della giustizia minorile specifici protocolli regionali (art. 4, decreto legislativo 28 agosto 1997).

Gli osservatori regionali per la sanità penitenziaria hanno il compito di monitorare l'applicazione di dette linee di indirizzo e dei protocolli regionali, anche per quanto riguarda l'utilizzo appropriato dell'offerta di cura sul territorio.

Le regioni e le province autonome hanno altresì il compito di definire la complessiva programmazione della rete regionale di sanità penitenziaria minorile secondo la normativa vigente, ivi compresa la definizione degli standard minimi di personale con particolare riferimento al personale specialistico psicologico/psichiatrico/psicoterapeutico, conformemente alla normativa nazionale e regionale vigente ivi compreso l'Accordo di Conferenza unificata del 22 gennaio 2015 e gli standard del personale per la salute in carcere come definiti dall'Intesa, ai sensi dell'art. 11, comma 1 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dall'art. 1, comma 269, lettera c) della legge n. 234/2021, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024.

Clausola di invarianza finanziaria.

All'attuazione delle presenti linee di indirizzo le amministrazioni pubbliche coinvolte provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi, né maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nonché, per quanto attiene agli enti del Servizio sanitario nazionale coinvolti, nel rispetto della disciplina di cui all'art. 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

25A01378

