



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE
Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Nuove strategie territoriali e modelli d'intervento integrato per i giovani del circuito penale minorile

La presente relazione al fine di illustrare le competenze e l'organizzazione territoriale del Dipartimento per la Giustizia Minorile, il modello di intervento, i dati relativi all'utenza, la tipologia d'intervento, il quadro di riferimento normativo, le proposte progettuali da sviluppare.

IL SISTEMA DEI SERVIZI NEL SETTORE DELLA GIUSTIZIA MINORILE

1. Competenze e organizzazione

Il Dipartimento Giustizia Minorile (D.G.M.) è l'articolazione organizzativa del Ministero della Giustizia deputata alla tutela e alla protezione giuridica dei minori, nonché al trattamento dei giovani che commettono un reato fra i 14 e i 18 anni.

Il Dipartimento si compone di una struttura centrale, che elabora linee di indirizzo, attua verifiche sui risultati conseguiti e coordina gli interventi sul territorio nazionale, di organi distrettuali quali i Centri per la Giustizia Minorile – C.G.M. e di servizi periferici (Istituti Penali per i Minorenni – I.P.M., Centri di Prima Accoglienza – C.P.A., Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni U.S.S.M. e Comunità Ministeriali), che assicurano l'esecuzione delle misure penali interne ed esterne disposte dall'Autorità Giudiziaria Minorile e forniscono specifico supporto ai minori che entrano nel circuito penale e alle loro famiglie. La competenza nell'esecuzione resta affidata ai Servizi Minorili fino al compimento dei 21 anni.

Il trattamento dei minori con problematiche di tossicodipendenza è attuato in collaborazione con i Servizi Tossicodipendenze (SERT) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), i quali effettuano la progettazione di un intervento terapeutico individualizzato, espletato previo consenso informato del minore e dei familiari.

L'attività del Dipartimento è quindi rivolta alla comprensione del fenomeno "disagio minorile" nelle sue diverse espressioni e in quanto fattori produttivi dei comportamenti devianti e della commissione di reati. A tale scopo, viene effettuato un costante monitoraggio sulla popolazione adolescenziale che transita per i Servizi della Giustizia minorile, sia tramite un sistema di rilevazione dei dati, con schede trasmesse al servizio statistico del Dipartimento che ne cura l'elaborazione, sia per mezzo di appositi progetti di ricerca e d'intervento, molti dei quali sono stati finanziati attraverso il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. L'ultimo progetto che ha ottenuto il finanziamento da parte del Ministero della Solidarietà Sociale, allora competente in materia con il

Coordinamento delle Politiche contro le dipendenze, è stato approvato a fine anno 2007 ed è ora in attesa di ricevere gli stanziamenti previsti.

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile partecipa alle attività del gruppo interministeriale per i rapporti con **l'Osservatorio permanente** per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze, fornendo il suo contributo per la redazione della relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze.

2. Il processo penale minorile

La residualità di applicazione della misura del carcere, secondo i principi fondamentali del codice di procedura penale per i minorenni (D.P.R. 448/88), è dovuta alla previsione di misure cautelari non detentive quali le prescrizioni, la permanenza in casa e il collocamento in comunità, oltre che ad una più ampia agibilità delle sanzioni sostitutive alla detenzione.

Tutti gli interventi destinati ai minori sono centrati sulle particolari esigenze rilevate e sono svolti nel territorio attraverso progetti educativi individualizzati.

In particolare, l'istituto della messa alla prova, art.28 D.P.R. 448/88, collegabile all'impianto filosofico della "probation" corrisponde alla necessità di evitare la definizione del processo in quanto anticipa la messa alla prova rispetto alla pronuncia sul caso.

Il giudice può disporre la sospensione del processo quando ritiene di dover valutare la personalità del minorenne in esito alla realizzazione di un progetto di intervento elaborato dai Servizi Minorili della Giustizia, a cui il minore è affidato, in collaborazione con i servizi degli Enti locali. Il processo viene sospeso per un periodo non superiore ai tre anni ed il progetto di intervento deve prevedere le modalità di coinvolgimento del minorenne, del suo nucleo familiare e del suo ambiente sociale, gli impegni specifici assunti dal minore, le modalità di partecipazione degli operatori dei Servizi Minorili e di quelli degli Enti locali, le modalità di attuazione eventualmente dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione con la persona offesa.

TIPOLOGIA DELL'UTENZA

1. Dati statistici generali

Secondo i dati ISTAT, nell'anno 2006 **i minori denunciati** alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i Minorenni sono 39.626 di cui 28.213 italiani e 11.413 stranieri.

Nel primo semestre del 2008, nei **Centri di Prima Accoglienza** sono stati effettuati 1612 ingressi, di cui il 51 % sono italiani, il 15 % è rappresentato da femmine, delle quali 42 sono italiane e 205 straniere.

Negli **Istituti Penali per i Minorenni** si sono registrati nel primo semestre 2008, 678 ingressi con una presenza media giornaliera di 478 unità. La presenza media giornaliera risulta in crescita nel periodo 17 agosto/30 novembre 2008 arrivando a 489,08.

I soggetti segnalati dall’Autorità Giudiziaria Minorile agli **Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni** sono 18.461 nel 2007 di cui a piede libero 13.728; il 70% del totale è di nazionalità italiana. I soggetti per i quali gli USSM sempre nel 2007 hanno attivato azioni di Servizio Sociale sono 14.744, di cui a piede libero 10.075; l’ 80 % risulta di nazionalità italiana. Per quanto riguarda l’area dei minori vittime di violenza sessuale si evidenzia che gli USSM hanno attivato azioni di Servizio Sociale per 431 soggetti di cui 404 italiani e 27 stranieri mentre per i minori contesi nei casi di sottrazione internazionale sono stati presi in carico 41 soggetti di cui 18 italiani e 23 stranieri.

Il numero dei collocamenti **in Comunità** risulta in costante incremento, nel primo semestre 2008 si sono registrati 1139 collocamenti con 118.383 giornate di presenza consuete.

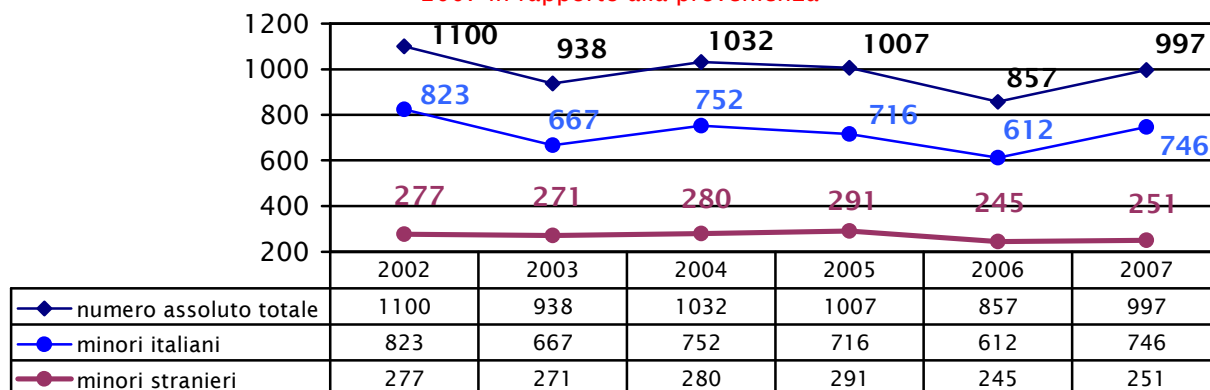
La valutazione qualitativa dell’utenza impone una prima considerazione, quella della presenza di tutte le problematiche che investono gli universi del disagio minorile, infatti, emergono problematiche di tossicodipendenza, il fenomeno della manovalanza minorile ad uso della criminalità organizzata. A ciò si aggiungono minorenni stranieri privi di riferimenti familiari per i quali è difficile costruire percorsi di reinserimento, minori con problematiche psicopatologiche che richiedono interventi specialistici in stretta connessione con la competenza clinica, nonché i minori abusanti.

L’utenza ultradiciottenne è costituita per la maggior parte dei casi da soggetti in espiazione di pena, detenuti prevalentemente negli Istituti meridionali, non di rado collegati alla criminalità organizzata.

2. Dati statistici sui minori assuntori di sostanze stupefacenti

Nell’anno 2007 i soggetti assuntori di sostanze stupefacenti in carico ai Servizi della Giustizia Minorile sono stati 997, la maggior parte dei quali, **il 75%, di nazionalità italiana**. Rispetto all’anno precedente si osserva un aumento complessivo pari al 16% imputabile principalmente alla componente italiana (+ 22 % per gli italiani , + 2% per gli stranieri).

Minori assuntori di sostanze stupefacenti in carico ai Servizi Minorili dal 2002 al 2007 in rapporto alla provenienza



L’analisi sulla provenienza territoriale dei minori stranieri conferma la predominanza dei **nord-africani (13 %)**, in particolar modo marocchini (11%), seguiti dai minori provenienti dall’Est Europeo (8%), etnie che costituiscono la maggioranza dell’utenza straniera che transita nel circuito penale della Giustizia Minorile italiana.

Per quanto riguarda i reati a carico, quello di **detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti** ha la frequenza più elevata, pari al 54% del totale, seguono quelli contro il patrimonio (42%). Meno frequenti i reati contro la persona.

Con riferimento alle sostanze stupefacenti quelle maggiormente assunte sono i **cannabinoidi**, consumati nel 77% dei casi, la cocaina (10%) e l'eroina (circa l'8%), di scarsa rilevanza statistica appare il dato relativo al consumo di alcol (2,4%).

Distinguendo tra italiani e stranieri, l'incidenza in termini relativi del consumo di cannabinoidi è maggiore per gli italiani (81%) che per gli stranieri (67%).

Analizzando il consumo secondo l'**età dei soggetti**, si osserva che il 74% appartiene alla classe d'età 16-17 anni, il 13% degli assuntori alla fascia di età 14-15, e il restante 13% ha 18 anni e oltre. Il consumo di cannabinoidi è il più diffuso in tutte le fasce di età anche se con percentuali diverse: 79% dei minorenni e 64% dei giovani adulti.

Il consumo di eroina riguarda prevalentemente la fascia di età 16 - 17 anni e i soggetti italiani. Tra gli ultradiciottenni incide maggiormente il consumo di cocaina ed oppiacei.

Rispetto alla **frequenza** di assunzione si registra che il 34% è assuntore **quotidiano** di sostanze stupefacenti con un incremento del 2% rispetto all'anno 2006, mentre il consumo **settimanale** riguarda il 41% degli assuntori ed il 24% dei consumatori assume **occasionalmente** la sostanza (+ 3% rispetto all'anno precedente).

Tra gli indicatori di dipendenza rilevati quello relativo alla **durata**, dato particolarmente significativo per un soggetto di età minore: l'assunzione di sostanze stupefacenti avviene da 1 a 6 mesi per il 28% dei soggetti, da 7-12 mesi per il 32%, mentre **da più di un anno per il restante 40%**.

L'introduzione di **nuove sostanze** sul mercato e l'evoluzione del consumo di quelle tradizionali hanno diversificato la modalità di assunzione delle sostanze. I cannabinoidi, ad esempio, vengono assunti anche per via inalatoria mentre è possibile consumare oppiacei o cocaina fumando sostanze come il kobret o il crack.

I dati riguardanti il **contesto di assunzione** della sostanza fanno registrare che è in aumento la percentuale degli assuntori **in gruppo**.

Rapportando gli assuntori di sostanze stupefacenti al totale complessivo dei minori entrati nel circuito penale, si evidenzia un aumento degli ingressi di minori assuntori nei Centri di Prima Accoglienza, nelle Comunità e negli Istituti Penali per Minorenni: gli assuntori rappresentano il 18% dei minori entrati in CPA, il 16% di quelli entrati in comunità e il 12% di quelli che fanno ingresso in IPM.

Il confronto tra i **dati relativi al primo semestre 2008** e quelli relativi allo stesso periodo dell'anno precedente, indica un decremento pari al -3%.

La maggior parte degli assuntori di sostanze stupefacenti è di nazionalità italiana (79%) mentre, per quanto riguarda gli stranieri, i maggiormente rappresentati sono i marocchini.

Per quanto riguarda i reati a carico, quello di **detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti** rimane quello maggiormente rappresentativo (57% del totale), seguito dai **reati contro il patrimonio** (36%), mentre quelli **contro la persona** sono meno frequenti (6%).

I cannabinoidi rimangono le sostanze maggiormente consumate (77% dei casi), seguiti dalla **cocaina** (9%) e dagli **oppiacei** (9%).

L'uso di cannabinoidi è maggiore per gli italiani che non per gli stranieri (rispettivamente 80% e 68%), mentre l'uso di eroina è riferibile per il 11% agli stranieri e per l'8% per gli italiani.

In riferimento all'età, si rileva che la cocaina rappresenta il 10% delle sostanze assunte tra i minori della classe d'età 16-17 e tra gli ultradiciottenni, mentre è il 5% nella classe d'età 14-15 anni.

La stessa tendenza si registra per quanto riguarda il consumo di eroina (11% degli ultradiciottenni e percentuali minori per le altre classi d'età).

I cannabinoidi sono invece maggiormente diffusi tra le classi d'età più basse (87% dei 14-15 anni, 77% dei 16-17 anni, 71% degli ultradiciottenni).

Gli **accertamenti sanitari** effettuati **nell'anno 2007** dai Servizi Minorili della Giustizia per verificare l'assunzione di sostanze stupefacenti sono stati 1.666 nei Centri di Prima Accoglienza e 867 negli Istituti Penali per i Minorenni.

Gli interventi di tipo farmacologico effettuati dai CPA, IPM, Comunità e Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni sono stati 334, gli invii al Servizio Tossicodipendenze sono stati 398 e in comunità sono stati 90.

Un'analisi della situazione dei minori che transitano nel circuito penale evidenzia come la larga maggioranza consiste di popolazione maschile, costituita da minori italiani e stranieri, soprattutto fumatori di Hashish o consumatori di droghe sintetiche e prevalentemente psicostimolanti (ecstasy, amfetamine, cocaina, acidi). I reati più diffusi associati al consumo sono spaccio, furto, atti di violenza a cose e persone. Tali reati facilitano un guadagno che il ragazzo può spendere nell'acquisto di sostanze, anche se non sembra possibile stabilire un correlazione significativa tra guadagno e consumo.

Le componenti prevalenti dei soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi Minorili sono italiani (746 nel 2007) e marocchini (110). Per gli stranieri spesso si tratta di ragazzi senza permesso di soggiorno, senza famiglia e spesso senza fissa dimora, provenienti da paesi in cui vivono, probabilmente, in condizioni di maggiore disagio.

Si specifica che secondo i dati dell'Istat del 2007 su "l'uso e l'abuso del consumo di alcol in Italia" esiste un forte incremento del consumo di alcol tra giovanissimi con modalità a rischio in quanto l'assunzione avviene fuori dal contesto familiare e non in corrispondenza dei pasti. Inoltre, emerge la precocità dell'assunzione rispetto all'età dei consumatori abituali e in genere l'alcol diviene una sorta di automedicazione contro gli stati d'ansia e di stress. L'estensione del fenomeno nella fascia giovanile fa presumere che anche tra l'utenza penale minorile vi sia questa diffusione anche se non sempre rilevabile, in quanto tale condotta non viene percepita come rischiosa.

Secondo informazioni pervenute dai Servizi Minorili risulta che l'abuso di sostanze si caratterizza come poliassunzione di sostanze stupefacenti e alcol.

L'uso di sostanze da parte di minori stranieri sembra essere legato allo spaccio o ad un consumo normale ed abituale non percepito come sintomo di devianza in quanto culturalmente accettato nel paese di origine, come nel caso delle popolazioni provenienti dal nord Africa.

La problematicità del minore che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata sulla tossicofilia o la tossicodipendenza.

Il profilo tipologico del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti non può essere in alcun modo assimilato a quello dell'adulto in quanto l'orientamento verso comportamenti di tossicofilia raramente comporta una certificazione di tossicodipendenza, pur richiedendo interventi specialistici da parte delle Aziende sanitarie e dei Ser.T che prevengano la cronicizzazione del comportamento. Le modalità di aiuto e i percorsi di

recupero devono privilegiare un approccio individualizzato con la realizzazione di interventi di sostegno e accompagnamento educativo. L'entrata nel circuito penale costituisce, paradossalmente, una opportunità di aggancio del minore e una opportunità di crescita e responsabilizzazione rispetto ai comportamenti devianti messi in atto.

INTERVENTI DESTINATI ALL'UTENZA PENALE MINORILE CON PROBLEMI DI USO O ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

1. Minori assuntori di sostanze stupefacenti: competenze, funzioni e modello d'intervento

Con il DPCM 1° aprile 2008, predisposto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia, dell'Economia e della Funzione Pubblica e dopo l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, dal 1° gennaio 2009 sono state trasferite al SSN le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie, umane e strumentali afferenti la medicina penitenziaria.

Tale passaggio di competenze richiede la definizione e a livello locale di accordi interistituzionali tra i referenti delle Regioni, delle ASL e Centri per la Giustizia Minorile e i Servizi Minorili di rispettiva competenza territoriale per garantire la continuità nell'erogazione del servizio e del trattamento terapeutico nei confronti dei minorenni sottoposti a procedimento penale.

Per l'attuazione del DPCM sono state predisposte le *'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'*, che disciplinano modalità, criteri e principi del nuovo assetto della medicina penitenziaria.

In considerazione di quanto sopra, i Centri per la Giustizia Minorile e i Servizi Minorili che hanno storicamente operato, tramite accordi di programma e protocolli, con le Aziende ASL e i SERT per gli interventi trattamentali nei confronti dei minori ristretti in I.P.M. , ospiti delle Comunità ministeriali, dei C.P.A. o in carico all'USSM, stanno attivando le procedure per l'attualizzazione delle collaborazioni secondo i riferimenti definiti dal DPCM e dalle Linee di indirizzo sopra citate.

Lo scenario attuale prevede, pertanto, che l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti sia garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia con i Servizi Minorili che con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del minorenne dell'area penale e a tale scopo, è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni e sugli aspetti qualitativi che costituiscono la popolazione giovanile sottoposta a provvedimento penale con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti e di alcol per la quale non è stata formulata una diagnosi di tossicodipendenza e delle eventuali patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).
- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta e l'immediata presa in carico dei minori

sottoposti provvedimento penale, da parte del Ser.T. e la garanzia della necessaria continuità assistenziale;

- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- l'effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;
- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del minore;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti per i minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia.

La presa in carico dei minori prevede la diagnosi e la predisposizione di un programma terapeutico che possa continuare anche dopo la dimissione del ragazzo dalla struttura minorile o comunque al termine della misura penale.

2. Collegamento con i Servizi Sanitari per tossicodipendenti

I Servizi della Giustizia Minorile deputati alla segnalazione di minori tossicodipendenti o tossicofilici per cui possa ritenersi opportuno un programma socio-riabilitativo sono:

- il CPA: ospita il minore in stato di arresto, fermo o accompagnamento, fino all'udienza di convalida;
- l'USSM: segue il minore tossicodipendente o tossicofilico anche in area penale esterna;
- l'IPM: ospita minori e giovani adulti in misura cautelare ed esecuzione pena.
- La Comunità: ospita il minore in misura cautelare, in misura di sicurezza e, pur senza espliciti riferimenti normativi, anche nell'ambito della sospensione del progetto e messa alla prova (art.28 D.P.R. 448/88).

Le strutture e i servizi che vengono attivati dai Servizi Minorili sono il Dipartimento di Salute mentale, il Servizio tossicodipendenze, le comunità pubbliche o private, i centri diurni.

Gli interventi di tipo sanitario che vengono svolti nei Centri di Prima Accoglienza, negli Istituti Penali per Minorenni e nelle Comunità riguardano gli accertamenti diagnostici con la ricerca di sostanze stupefacenti ed interventi di tipo farmacologico. Il minore arrestato che entra in contatto col CPA viene visitato dai Servizi Sanitari per rilevare la tipologia ed il livello di sostanze presenti nell'organismo. Parallelamente sono previsti dei colloqui con gli assistenti sociali dell'USSM che devono riferire quanto osservato all'Autorità Giudiziaria Minorile. Essendo limitato a quattro giorni il termine massimo di permanenza del minore nella struttura non sempre si riesce a rilevare, se non in casi conclamati, il consumo di sostanze psicotrope.

Per tutti i Servizi, un problema comune è la mancata percezione da parte del giovane del proprio stato, in altre parole il minore non si riconosce come tossicodipendente. Pertanto il grado di consapevolezza sembra rientrare tra gli indicatori utili per capire quale progetto rieducativo adottare.

3. Collocamento di minori in comunità terapeutiche

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua certamente l'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche.

In attuazione dell'art. 7 del DPCM 1° Aprile 2008, è stato sottoscritto l'accordo in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni che stabilisce le forme di collaborazione e di collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento. In merito agli inserimenti in comunità terapeutiche di minorenni sottoposti a procedimento penale è previsto " (...) le Regioni, ferma restando la titolarità degli oneri relativi, forniscono l'elenco delle Comunità presenti sul proprio territorio ai Centri per la Giustizia Minorile che provvedono all'esecuzione del provvedimento con invio alla struttura terapeutica individuata di concerto a seguito di valutazione diagnostica".

Pertanto, nel caso specifico di un minore tossicodipendente, che deve essere collocato in comunità in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria l'individuazione della struttura deve essere effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore sulla base di una valutazione delle specifiche dello stesso.

Tuttavia, in questa complessa fase di transizione emerge la questione, già evidenziata nel corso degli anni precedenti, relativa alla scarsità ed alla diversa distribuzione territoriale delle comunità terapeutiche, non omogenea nel territorio nazionale, in grado di accogliere minori tossicodipendenti o tossicofili. Tale problematica ha assunto dimensioni rilevanti in quanto l'attuale normativa è diventata più esplicita riguardo all'obbligo per le Regioni di provvedere al collocamento dei minorenni in comunità terapeutiche. Precedentemente, infatti, il collocamento veniva realizzato anche in comunità fuori dal territorio regionale in base alla tipologia della struttura e al progetto d'intervento.

Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano **nei casi di doppia diagnosi** di cui sembra registrarsi un aumento negli ultimi anni. Molti sono i casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologia, per i quali non risultano esserci strutture specializzate e pronte allo specifico trattamento.

L'attuale fase di passaggio di competenze ha comportato il trasferimento degli oneri finanziari e quindi delle relative risorse dalla Giustizia Minorile alle Regioni: ciò ha riguardato anche il capitolo di spesa 2135 destinato alle "Spese per gli interventi per i minori tossicodipendenti, tossicofili, portatori di patologie psichiche" sul quale gravano, quindi, anche le spese per i collocamenti in comunità dei soggetti sopra individuati.

Tale capitolo era stato istituito a seguito dell'art. 4 duodecies della **legge 49** del 21 febbraio 2006 che aveva **inserito due nuovi commi** nel Testo unico in materia di leggi sulla tossicodipendenza, il D.P.R. 309/1990, prevedendo il **riconoscimento degli oneri per il collocamento in Comunità terapeutiche e per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo dei minori con provvedimenti penali**. Tale inserimento aveva permesso di colmare il vuoto legislativo e, pur salvaguardando gli accordi con gli enti territoriali che in alcune Regioni (Puglia e Sicilia) già assicuravano la realizzazione di tale intervento, consentiva a tutti i minori di fruire di uno stesso trattamento socio-sanitario indipendentemente dalle Regioni in cui veniva eseguita la misura penale. La normativa aveva infatti assicurato, in attesa della piena attuazione del trasferimento di tali competenze al Servizio sanitario nazionale, al Dipartimento Giustizia Minorile, per gli anni 2006, 2007 e 2008, uno stanziamento annuale di 2.000.000 di euro per la copertura di tali spese.

Nella definizione dell'entità degli oneri da trasferire alle Regioni sono stati considerati anche tali stanziamenti e pertanto tutti gli interventi destinati all'utenza penale minorile con problemi di tossicofilia o tossicodipendenza non sono più sostenibili dall'Amministrazione della Giustizia Minorile.

Emerge, infatti, come elemento problematico la questione della diagnosi dello stato di tossicodipendenza e/o di disturbo psichiatrico in quanto non sempre può essere realizzata poiché trattandosi di soggetti adolescenti il rischio di etichettamento potrebbe condizionare pesantemente l'evoluzione della personalità.

Conseguentemente il collocamento in strutture specializzate per il trattamento dei tossicodipendenti potrebbe non essere corrispondente alle effettive esigenze del minore e privilegiare invece l'inserimento in una comunità socio-educativa per minori in cui siano garantiti anche interventi specialistici da parte del S.S.N. o la frequenza di un centro diurno che attui percorsi terapeutici adeguati.

In proposito il D.P.R. 309/90, così come modificato dalla Legge 46/2006 prevede all'art. 96 che l'intervento sanitario e socio-riabilitativo è rivolto ai minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche ed è realizzato sia in comunità terapeutiche che in comunità socio-riabilitative.¹

Invece resteranno ancora a carico del sistema Giustizia, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, art. 8 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, le funzioni e le competenze in materia di sanità penitenziaria tra cui anche quelle relative al collocamento dei minori con problemi di tossicodipendenza nelle comunità del territorio per dette Regioni e Province.

Tutto ciò premesso, l'ambito di lavoro sarà quello di dare concreta attuazione, attraverso gli strumenti indicati dal predetto DPCM alle modalità di collaborazione operativa sui collocamenti in comunità terapeutica per i minori del circuito penale.

Su questo versante dovranno essere affinate modalità di lavoro congiunte e condivise con le ASL di tutte le province al fine di attuare una presa in carico congiunta dei minori/giovani con problematiche di tossicodipendenza e di quelli con disagio psichico, spesso entrambi presenti nello stesso soggetto.

QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

Il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria", all'articolo 1 stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali". In particolare, con detto decreto e

¹ Art. 4 duodecies 6-bis. *Per i minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti, sottoposti alle misure cautelari non detentive, alla sospensione del processo e messa alla prova, alle misure di sicurezza, nonché alle misure alternative alla detenzione, alle sanzioni sostitutive, eseguite con provvedimenti giudiziari di collocamento in comunità terapeutiche e socio-riabilitative, gli oneri per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo sono a carico del Dipartimento giustizia minorile, fatti salvi gli accordi con gli enti territoriali e, nelle more della piena attuazione del trasferimento di dette competenze, del Servizio sanitario nazionale.*

con il decreto del 21 aprile 2000 di "Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario", il sistema Sanitario nazionale è stato chiamato ad intervenire nei settori della prevenzione e cura della tossicodipendenza e delle patologie ad essa correlate e nella cura e prevenzione delle patologie psichiche. cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

L'articolo 2 definisce il quadro di riferimento per le azioni da porre in essere, stabilendo che:

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende sanitarie e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.
 2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria garanzia della continuità terapeutica.
 3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria.
- L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

La **riforma del Titolo V parte II della Costituzione** della Repubblica ha attribuito alla Regioni ed alle Amministrazioni locali un ruolo centrale. Le Regioni, infatti nell'ambito della predetta normativa hanno assunto, con il concorso degli Enti locali e dei Comuni, anche la titolarità per l'esercizio di funzioni di indirizzo programmazione e coordinamento in materia socio assistenziale e sanitaria.

La riforma della Legge Costituzionale ha ridisegnato in maniera sostanziale l'assetto delle Istituzioni della nostra Repubblica, in modo da renderle più vicine ai bisogni locali e più capaci di dare voce alla società civile ed alla pluralità dei soggetti coinvolti, al fine di garantire "livelli essenziali di assistenza" per tutti i cittadini.

Il sistema giuridico attuale è ispirato al principio di sussidiarietà. Infatti la generalità delle competenze e delle funzioni amministrative (art. 118 come modificato dalla legge costituzionale del 18.10.2001 n. 3) vengono attribuite ai Comuni alle Province agli altri Enti locali sovracomunali, poi alle Regioni ed infine allo Stato. Il riconoscimento di una pluralità soggettuale nella gestione, nella organizzazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni per il governo delle politiche sociali, coinvolge nuovi e differenti attori "istituzionali e non" che concorrono a soddisfare i crescenti e sempre più complessi bisogni delle persone, delle famiglie, delle comunità locali e dell'intera società.

La cultura del dialogo e della operatività interistituzionale, della collaborazione della comunità civile e dell'Amministrazione della Giustizia minorile, è presente nell'ordinamento penitenziario (L. 354/75, Regolamento di esecuzione DPR 230/2000), ma in misura ancora più determinante nel codice di procedura penale minorile (DPR 448/88, DL.vo 272/89).

Tale processo di decentramento ha interessato le politiche socio-assistenziali e sanitarie, ispirando le norme del settore. Ne consegue che l'Amministrazione della Giustizia Minorile, nel perseguire i propri fini istituzionali, non può prescindere da un'attività di programmazione, di progettazione e di erogazione di servizi e prestazioni con le Regioni e gli Enti locali, cui la vigente normativa attribuisce titolarità di ruolo. Significa, allora, la co-costruzione di azioni-progettualità integrate con dette istituzioni locali rivolte non solo alla

prevenzione primaria e secondaria, ma anche a quella terziaria in materia socio-assistenziale e sanitaria.

Dette trasformazioni istituzionali dell'organizzazione amministrativa statale e locale hanno originato la conseguente contrazione delle risorse finanziarie di questo Dipartimento rispetto agli anni passati e per il decentramento in atto sempre più le relative disponibilità si ridurranno in favore di nuovi bacini di risorse esigibili solo attraverso progettualità integrate, interistituzionali e territorialmente pianificate.

La **legge 24 dicembre 2007, n.244** recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" all'art.2 comma 283 stabilisce che al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria si dovrà emanare un D.P.C.M. nel quale dovranno essere definite le modalità di trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni, dei rapporti di lavoro e vengono quantificate le risorse finanziarie da trasferire al Fondo Sanitario Nazionale.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del **D.P.C.M. 1° aprile 2008**, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica.

Nella prima fase di applicazione del decreto le risorse finanziarie, sono state ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo i criteri definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Per l'attuazione del DPCM sono state predisposte le *'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'*, che disciplinano obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza. In particolare, in accordo con il Piano sanitario nazionale i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti sono:

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà
- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati
- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale,
- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE

In relazione al quadro tipologico dell'utenza ed in base alla vigente normativa, appare necessario:

- rivedere il Testo unico in materia di leggi sulla tossicodipendenza, il D.P.R. 309/1990 in relazione alla necessità di prevedere espliciti richiami al settore della Giustizia Minorile;
- potenziare le strategie di intervento comuni, a livello nazionale e locale, quale metodo d'intervento più efficace per il conseguimento dei risultati attesi,
- uniformare su tutto il territorio nazionale la modalità di attuazione degli interventi e delle prestazioni sanitarie, compresi i collocamenti dei minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti/assuntori di sostanze stupefacenti e sottoposti a procedimento penale; tale obiettivo sarà perseguito da questo Dipartimento Giustizia Minorile, in sede del Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, presso la Conferenza Unificata, anche attraverso la costituzione di un sottogruppo specifico per l'area penale minorile;
- privilegiare l'intervento individualizzato rispettando la centralità del minore e quindi assicurando tutte le prestazioni e gli interventi a prescindere dalla struttura in cui vengano realizzati: in particolare si fa riferimento alla possibilità che i minori dell'area penale con problemi di tossicofilia possano essere collocati anche in strutture di tipo socio-riabilitativo con oneri a carico del S.S.N.;
- attivare in ogni Regione e Provincia autonoma, gli Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria, con la presenza di rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente, al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.
- Stipulare gli accordi a livello territoriale tra A.S.L., Centri per la Giustizia Minorile e Servizi Minorili per disciplinare le modalità di collaborazione operative;
- Assicurare, come previsto dalla normativa vigente, le prestazioni ed erogazioni di medicina specialistica e di assistenza farmaceutica all'utenza con problemi di tossicofilia e tossicodipendenza presente nei CPA, negli IPM e nelle Comunità pubbliche;
- prevedere per tutta l'utenza penale minorile con problemi riguardanti la dipendenza da sostanze un "presidio" del Ser.T nei Tribunali per i Minorenni in sede di udienza al fine di una presa in carico congiunta con i Servizi Minorili del minore e della programmazione degli interventi. La sperimentazione potrebbe essere attuata nelle sedi di Milano e Torino attraverso una convenzione che permetta un presidio del Ser.T nei due Tribunali per i Minorenni: tale esperienza è stata attuata a Milano dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria e il Ser.T per gli adulti.
- Implementare il numero delle strutture comunitarie destinate specificamente al trattamento dei minori tossicodipendenti e predisporre un elenco delle comunità socio-riabilitative che possano accogliere i minori tossicofili;
- Garantire, qualora sussistano specifiche esigenze di tipo terapeutico, in osservanza del principio di continuità della presa in carico, la permanenza del minore nella stessa struttura anche a conclusione della misura penale.
- Per l'utenza penale minorile di nazionalità straniera prevedere: 1) una regolamentazione delle competenze amministrative rispetto all'ultima residenza

accertata quale criterio unitario e condiviso, esteso a tutto il territorio nazionale, che consenta quindi una certezza dei referenti operativi ed organizzativi; 2) l'attività di mediazione culturale quale supporto indispensabile alla definizione e all'attuazione del programma trattamentale.

- Prevedere percorsi di accompagnamento e di tutoraggio dei minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti/ assuntori di sostanze stupefacenti e sottoposti a procedimento penale attraverso specifici finanziamenti.

Roma, 10 marzo 2009

A cura del gruppo tecnico-operativo area tossicodipendenze
coordinamento: dr.ssa Serenella Pesarin, direttore generale

Orlando Iannace, responsabile Area II – Ufficio II

Maria Teresa Pelliccia, responsabile Area I – Ufficio II

Giovanna Spitalieri, responsabile Area I – Ufficio I

Simonetta Casciotti, responsabile Area II – Ufficio I

Massimiliano Lucarelli, responsabile Area I – Ufficio III

IL DIRETTORE GENERALE
- Serenella Pesarin -



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE

Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

*Spunti per il documento finale per la V Conferenza Nazionale Politiche Antidroga elaborati dal Dipartimento per la Giustizia Minorile:
quali strategie per modelli di intervento integrato per gli adolescenti in conflitto con la legge*

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile, come rappresentato dalla dottoressa Serenella Pesarin, Direttore Generale per l'Attuazione dei Provvedimenti Giudiziari del Dipartimento per la Giustizia Minorile (attraverso la specifica relazione presentata nella Sessione dal titolo "Carceri e nuovi scenari"), si occupa della tutela e protezione giuridica dei minori ed, in particolare del trattamento e del reinserimento degli adolescenti in conflitto con la legge, che entrano nel circuito penale fra i 14 e i 18 anni, mantenendo la competenza nell'esecuzione sino ai 21 anni.

Il trattamento dei minori con problematiche di tossicofilia e/o di tossicodipendenza conclamata era stato già da molti anni attuato con i servizi sanitari territoriali (Sert, ASL) e non solo con loro, stante il modello specifico d'intervento dedicato a ciascun minore che entra nel circuito penale centrato non solo sulla cura ma sulla promozione delle risorse individuali e del suo ambiente per un efficace sviluppo di crescita, di acquisizione di identità e di responsabilità, di promozione di cittadinanza attiva. Ciò in adempimento alle norme vigenti in materia e specifiche per il settore penale minorile di cui la più significativa è quella risalente al 1988 che, introducendo una serie di istituti nuovi alternativi alla detenzione, ha reso sempre più residuale il carcere, sia come misura cautelare che come esecuzione pena, anticipando tutte le normative successive in tema di decentramento di competenze statuali per la realizzazione di politiche e di sistemi di intervento locale integrato.

Già da allora, quindi, un lavoro di costruzioni di reti, promosso a regime dai Servizi Minorili della Giustizia, a supporto di un'Area Penale esterna sempre più estesa, che è quella che qualifica la *mission* del Dipartimento per la Giustizia Minorile e lo differenzia dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Tant'è che i dati statistici riguardanti i flussi dei minori in conflitto con la legge hanno denotato e denotano un costante *trend* di crescita, nel corso degli anni, di esecuzione di misure cautelari per tutti gli adolescenti - non solo per i tossicodipendenti e/o i portatori di patologia psichiche - fuori dal carcere attraverso collocamenti in comunità (socio-educative, socio-riabilitative e terapeutiche), permanenze in casa e prescrizioni. Stesso *trend* si registra per l'esecuzione di misure detentive, alternative/sostitutive e per lo specifico istituto giuridico, previsto solo nel sistema penale minorile italiano, qual'è la "Sospensione del processo e messa alla prova" (art. 28, DPR 448/88).

Difatti, sui circa 9.000 ragazzi presi in carico giornalmente dal Sistema Dipartimentale della Giustizia Minorile italiano, meno di 500 insistono nei 17 Istituti Penali sull'intero territorio nazionale.

Questa centratura sull' "esterno" , sulla costruzione di sinergie e di patti con tutte le agenzie educative, istituzionali e non, dei territori, sulla necessità di considerare l'adolescente non come destinatario di interventi assistenziali, ma come persona umana portatrice-titolare di diritti e doveri soggettivi e di sicura risorsa per lo sviluppo del proprio contesto di vita e di relazione, ha portato la delegazione ONU, in visita ispettiva in Italia nel novembre 2008, a dare un giudizio di eccellenza sul sistema Dipartimentale di Giustizia Minorile, sottolineando <<come il modello attuato, che considera i luoghi chiusi veramente "chiusi", possa essere esportato anche in altri Paesi Europei, e non solo in quelli in via di sviluppo a livello mondiale. Per questi motivi – hanno aggiunto - il Governo italiano dovrebbe investire più risorse ed attenzioni in tale settore>>.

Nell'anno 2007 i soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, certificati dai Sert, come tossicodipendenti in carico ai Servizi della Giustizia Minorile sono stati 997.

Un dato che risulta parziale rispetto al fenomeno. Infatti, dietro questi quasi 1.000 adolescenti con dipendenza consolidata e conclamata stanno tanti altri adolescenti consumatori di sostanze, anche abituali, che non si riconoscono né come assuntori, né come dipendenti.

Gli adolescenti che entrano in conflitto con la legge sono portatori di molte fragilità dove certamente la tossicodipendenza e/o la tossicofilia non rappresentano il problema, ma uno dei segmenti di agiti per "mostrare" ed acquisire visibilità da protagonisti in una società, come quella attuale, dove è importante la prestazione, l'immagine ed il successo, e dove le relazioni interpersonali emotive ed affettive, "messe in un cassetto", vengono in solitudine ricercate in una dimensione per lo più virtuale. Per questo il profilo tipologico dell'adolescente che entra nel circuito penale, nonché di quello che usa o abusa o dipende dalle sostanze psicotrope, non può in alcun modo essere assimilato a quello dell'adulto. Anche le modalità di recupero devono quindi privilegiare non tanto e non solo la cura dalla sostanza, ma realizzare processi ed interventi di ascolto, sostegno e accompagnamento educativo: solo così l'entrata nel circuito penale può costituire, paradossalmente, una opportunità di aggancio, di crescita e di responsabilizzazione rispetto ai comportamenti devianti di agiti trasgressivi giovanili.

Il DPCM del 1° aprile 2008, che ha segnato il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, prevedeva e prevede che il modello adottato per gli adolescenti entrati in conflitto con la legge, venisse non solo conservato, ma implementato e rinforzato.

Di contro, stiamo assistendo in molte regioni ad una caduta verticale di presa in carico da parte delle ASL degli adolescenti portatori di problematiche diffuse quali la tossicofilia, la tossicodipendenza e la sofferenza psichica. Basti dire che sembrerebbero "scomparse" in molti ambiti territoriali, quelle stesse comunità socio-riabilitative e/o terapeutiche che finora avevano accolto gli adolescenti sottoposti a provvedimento di collocamento in comunità e che sono state pagate con un apposito capitolo di bilancio dipartimentale minorile, oggi ovviamente non più esistente, in quanto i fondi sono stati trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale, così come tutti gli altri fondi del bilancio ministeriale dedicati allo specifico settore di sanità penitenziaria previsti nel capitolo per le iniziative e gli interventi trattamentali.

Ma non solo questo, alcune Regioni stigmatizzano l'opportunità di provvedere a detti collocamenti esclusivamente per gli adolescenti che sono residenti nel loro territorio, che possiedono una identità certa e che sono cittadini italiani: forse la carta costituzionale e la Convenzione di New York, sono per loro solo dichiarazioni senza impegno!

Forse si sono scordati che sui territori è più che significativa la presenza di bambini, bambine e adolescenti privi di riferimenti familiari certi, spesso non identificati, in difficoltà e, comunque, spesso non accompagnati. Questi possono anche non essere cittadini italiani, ma

hanno una cittadinanza "estesa" , riconosciuta a livello globale: quella di essere "minori", e come tali, "cuccioli d'uomo" da proteggere e tutelare, perchè maggiormente vulnerabili.

Proposte:

- direttive e linee di indirizzo dedicate **esclusivamente** allo specifico settore minorile, da sottoscrivere in tempi rapidi, nella conferenza unificata Stato-Regioni a garanzia sia dell'efficacia di quanto previsto dal DPCM 1° aprile 2008, che della implementazione dei modelli d'intervento propri del settore penale minorile;
- revisione del DPR 309/90 al fine di prevedere esplicitazioni per il settore penale minorile;
- individuazione di risorse dedicate al settore minorile al fine di consentire la continuità dei percorsi di accompagnamento, di tutoraggio, attraverso anche l'utilizzo di *peer educator* e di mediatori culturali;
- riattribuzione di risorse finanziarie dedicate al settore sanitario penale minorile a quest'ultimo già tolte, stante, tra l'altro, il non ancora avvenuto recepimento del passaggio della medicina penitenziaria da parte delle regioni a statuto speciale
- sperimentazione con appositi finanziamenti dedicati di progettualità innovative e sperimentali di connessione di interventi sanitari, sociali e di giustizia minorile;
- formazione integrata del personale impegnato in questi percorsi di settore;
- attuazione di politiche sociali di ecosistema promosse e realizzate da una "squadra" autentica, chiamata Stato, capace di lavorare con vera lealtà interistituzionale ed interorganizzativa, senza infingimenti, autoreferenzialità o disponibilità di facciata, avendo un unico obiettivo: quello di costruire percorsi comuni, di promuovere il benessere, di assumere una coerente responsabilità verso le nuove generazioni con atti ed azioni di significato e di senso, centrando ogni processo sui reali bisogni della persona e della sua famiglia;
- sostenere il reinserimento sociale e lavorativo, spostando la centratura dalle sostanze e dai percorsi di cura, compresi i collocamenti in comunità terapeutiche, socio-riabilitativo ed educativo a quelli dedicati al rafforzamento dell'identità personale, sociale e civile di ciascun adolescente e dei suoi accresciuti bisogni di sicurezza, di accompagnamento educativo e di riferimenti emotivi ed affettivi.

Tutto ciò potrà essere realizzato soltanto attraverso un fattivo impegno da parte degli adulti e attraverso un accompagnamento educativo coerente con la propria responsabilità di attuare comportamenti ed azioni, percorsi di ascolto, accompagnamento ed orientamento che riaccendono nei giovani il sogno e la speranza della costruzione di un progetto futuro facendo prevalere il valore della vita rispetto al valore della morte.

Trieste, 13 marzo 2009

Gruppo di Lavoro Dipartimento per la Giustizia Minorile

Coordinatore: *Serenella Pesarin*

Direttore Generale Dipartimento per la Giustizia Minorile

Funzionari: *Antonella Zanfei*, Centro Giustizia Minorile di Venezia;
Massimiliano Lucarelli, Dipartimento per la Giustizia Minorile