

# RELAZIONE SULLE AUDIZIONI DEI RAPPRESENTANTI DEGLI OSSERVATORI REGIONALI PERMANENTI (REGIONE, PRAP, CGM) IN TEMA DI ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE DEI DETENUTI, GLI INTERNATI E I MINORI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE

## **Premessa**

Secondo quanto concordato in sede di Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, presso la Conferenza Unificata, tutte le Regioni a statuto ordinario, più la Valle d'Aosta, hanno presentato il quadro dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari e nei servizi per minori, insistenti nei rispettivi territori. Ciò a completamento e integrazione dei dati forniti con il Monitoraggio effettuato alla fine del 2010, in base all'Accordo Conferenza Unificata 8 luglio 2010 - *Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008*.

Le audizioni hanno avuto luogo presso il Ministero della Salute, con partecipazione diretta o tramite video conferenza, secondo il seguente calendario:

16 giugno 2011: Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Basilicata

24 giugno 2011: Campania, Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta

5 luglio 2011: Lombardia, Veneto, Liguria

12 luglio 2011: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria

Le audizioni sono state condotte dai componenti del Tavolo di consultazione permanente, sulla base di uno schema conoscitivo in precedenza concordato.

Il quadro delle audizioni dovrà essere completato con le altre Regioni a statuto speciale (Friuli V. Giulia, Sardegna e Sicilia) e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in attesa del completamento delle procedure di recepimento del DPCM 1 aprile 2008.

Si fornisce, di seguito, una sintesi degli elementi informativi emersi, con una evidenziazione degli aspetti maggiormente problematici che necessitano di azioni correttive.

Considerando le specificità dell'assistenza sanitaria per i minori sottoposti a provvedimento penale, le problematiche che caratterizzano tale settore vengono trattate separatamente.

## ASSISTENZA SANITARIA AI DETENUTI E AGLI INTERNATI ADULTI

### Organizzazione regionale e aziendale

1. Riferire se nella Regione è stato istituito un "ufficio" di coordinamento per la sanità penitenziaria; riferire se anche nelle ASL è stato attivato un coordinamento ad hoc.

Tutte le Regioni hanno attivato un coordinamento regionale, con un responsabile della materia, per lo più inserendolo all'interno di uffici regionali già esistenti, con più competenze in materia sanitaria. Al momento fa eccezione il Piemonte in cui non risulta attivato un coordinamento strutturato.

Lo stesso dicasi per le ASL, nei casi in cui è stato individuato un referente per la materia.

L'Osservatorio regionale (di cui al DPCM 1 aprile 2008) ha livelli di operatività differenziati nelle varie Regioni, per quanto attiene alla collaborazione interistituzionale nella gestione della materia.

Si ha operatività elevata (ad es. in Liguria), operatività media (nella maggior parte), operatività scarsa (come attualmente in Piemonte).

2. Riferire se le risorse finanziarie destinate alla sanità penitenziaria sono attribuite alle Asl con un vincolo di destinazione o attraverso un distinto canale di finanziamento, o se confluiscono nel complessivo finanziamento corrente.

Nella maggior parte le risorse sono assegnate con vincolo di destinazione. In Piemonte, Lombardia, Toscana e Umbria, invece, confluiscono nel finanziamento corrente per la sanità.

Tutte le Regioni segnalano una insufficienza dei finanziamenti "storici".

3. Riferire se sono stati adottati strumenti di programmazione (linee guida, atti di indirizzo...) inerenti l'organizzazione della assistenza penitenziaria nelle ASL.

Tutte le Regioni hanno emanato atti di indirizzo per gli aspetti organizzativi e gestionali della competenza sanitaria.

Da segnalare, tuttavia, che non tutte le Regioni hanno adottato strumenti di raccordo con l'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, in attuazione dell'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente *la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile.*

4. Riferire se la Regione ha finanziato programmi o progetti specifici per l'assistenza sanitaria dei detenuti e dei minori.

Nell'ambito del finanziamento dei cosiddetti "obiettivi di piano" (*legge 23 dicembre 1996, n. 662, articolo 1, commi 34 e 34 bis, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale*), il Ministero della Salute ha previsto, per gli anni 2009 e 2010, una linea di intervento dedicata allo sviluppo di progetti sulla sanità penitenziaria, con possibilità di articolazione sui seguenti temi:

- la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole
- la salute mentale
- la salute dei minori
- il sistema informativo

Si rammenta che da tali finanziamenti sono escluse le due Province Autonome di Trento e Bolzano e le Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia e Sardegna), con eccezione della Sicilia.

Nel 2009 tutte le Regioni, aventi diritto, tranne la Liguria, hanno presentato proposte di intervento

nelle aree previste. L'ammontare complessivo del finanziamento era pari a circa 70 milioni di euro.

Per il 2010, la somma erogata nel complesso superava gli 85 milioni di euro. Delle Regioni aventi diritto, non hanno presentato progetti le Regioni Piemonte, Liguria e Marche.

Da segnalare che alcune Regioni hanno attivato anche progetti di intervento con finanziamenti propri.

Un'altra fonte di finanziamento è specifica per gli OPG. Si tratta della *Ripartizione del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale*, per gli anni 2008 e 2009; una delle aree su cui ripartire il fondo per il cofinanziamento riguarda la promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e gli OPG, con uno stanziamento pari a 5 milioni di euro, per entrambi gli anni.

Al cofinanziamento, diversamente che ai fondi per gli obiettivi di piani, possono accedere tutte le Regioni e le due Province Autonome.

Per l'anno 2008, dei 5 milioni di euro stanziati, sono stati erogati solo 3 milioni e 400 mila euro, in quanto tale è stato l'ammontare complessivo dei progetti presentati dalle Regioni.

Non hanno presentato progetti: Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Friuli V. Giulia, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Per l'anno 2009, è stata assegnata l'intera somma di 5 milioni di euro.

Non hanno presentato progetti: Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia, Abruzzo, Molise e Calabria.

### **Organizzazione dei servizi sanitari negli istituti di pena**

#### 1. Dati sul personale

Per lo più, il personale medico e infermieristico è ritenuto sufficiente, anche se alcune Regioni hanno segnalato qualche carenza ed alcuni PRAP lamentano difficoltà per il turn-over che andrebbe a scapito di una continuità di relazione. Problemi sono segnalati da alcune Regioni in ordine all'inquadramento del personale prima dipendente dall'Amministrazione penitenziaria.

La carenza maggiormente segnalata riguarda la presenza di psicologi per la valutazione dei nuovi giunti e, più in generale, per l'assistenza psicologica.

Qualche criticità è rilevabile anche per il profilo professionale di psichiatra

#### 2. Assistenza specialistica

In generale, le prestazioni specialistiche sono garantite in tutti gli istituti. Un aspetto problematico è costituito da un incremento generalizzato delle visite specialistiche ambulatoriali effettuate all'esterno, che implicano l'impegno della polizia penitenziaria per l'accompagnamento. In molti istituti, la carenza di organico della polizia penitenziaria, rende problematiche le traduzioni all'esterno.

#### 3. Malattie infettive, tossicodipendenze, disturbi mentali

La gestione corrente delle malattie infettive non presenta problemi. Differenze sono riscontrabili nell'offerta attiva dei test diagnostici.

Non sono segnalati problemi nell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, anche in considerazione del fatto che la competenza della presa in carico è stata trasferita già dal 2002 al Servizio sanitario nazionale.

L'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti (in genere attraverso i DSM); tuttavia, risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa; ciò comporta trasferimenti

“anomali” in istituti di altre regioni, in cui è presente un reparto psichiatrico (vedi in particolare Torino e Milano).

#### 4. Locali e attrezzature

In generale, non risulta ancora completata la stipula di convenzioni per i locali destinati all'attività sanitaria, per la necessità di attendere l'esecuzione di lavori di adeguamento ai requisiti di legge da parte del Ministero della giustizia.

Per le attrezzature sanitarie risultano per lo più completate le procedure di acquisizione. Non infrequente il caso di attrezzature “non a norma” o obsolete per le quali si è dovuto procedere all'eliminazione.

#### **Le conoscenze epidemiologiche**

Riferire se si è provveduto all'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sulle patologie a maggior prevalenza, con particolare focalizzazione sulle malattie infettive, sui disturbi mentali e la tossicodipendenza

Per tutte le Regioni, le informazioni disponibili riguardano principalmente le malattie infettive e le tossicodipendenze, considerando che, in materia, sono attivi da tempo flussi informativi nazionali. Alcune Regioni rilevano dati dalle visite specialistiche o dai ricoveri ospedalieri; tuttavia, la carenza di dati sulle patologie prevalenti nella popolazione carceraria potrà essere superata solo con l'adozione di una cartella clinica unitaria e dai dati che saranno rilevati dal Sistema informativo nazionale per la sanità penitenziaria (SISPE), per il quale è attivo un Tavolo di lavoro presso il Ministero della Salute.

#### **Valutazione e programmazione**

Riferire se si è proceduto a valutare e progettare il fabbisogno di centri clinici e servizi/reparti sanitari specifici interni agli istituti (per malattie infettive, disabilità motoria, disturbi mentali, tossicodipendenza)

Per quanto riguarda i cosiddetti centri clinici, si è in attesa della ricognizione dell'esistente da parte delle Regioni, che dovranno riferire al Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata.

Per i servizi psichiatrici, si è in attesa di un nuovo Accordo Stato Regioni, che sarà a breve esaminato dal Comitato paritetico, sui percorsi degli internati negli OPG, il quale prevede la realizzazione di una specifica sezione per la tutela della salute mentale in almeno un istituto penitenziario di ciascuna Regione. Alcune Regioni stanno deliberando anticipatamente in tal senso; ad esempio il Veneto realizzerà una sezione di osservazione psichiatrica nell'istituto di Verona.

Un problema generale, posto dall'Amministrazione penitenziaria, riguarda la necessità di un collocamento tempestivo dei detenuti definiti ad alta sicurezza, affetti da stati patologici, per i quali la magistratura dispone l'internamento in istituti penitenziari dotati di sezioni/reparti sanitari in grado di soddisfare le cure sanitarie necessarie e l'efficacia delle specifiche misure di sicurezza.

## **I principali aspetti problematici rilevati e le soluzioni possibili**

Di seguito si declinano alcuni degli aspetti maggiormente problematici rilevati, con l'evidenziazione delle possibili azioni ritenute funzionali al loro superamento.

### **L'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria**

Il funzionamento di tale organismo non sembra soddisfare, in alcune realtà, la necessità di concertazione fra le istituzioni coinvolte, al fine di garantire efficienza ed efficacia all'assistenza sanitaria in armonia con le esigenze della sicurezza.

Considerando l'importanza della collaborazione inter-istituzionale, appare indispensabile che l'Osservatorio regionale assuma un ruolo attivo ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008, dagli Allegati ad esso e dagli Accordi sanciti nel tempo dalla Conferenza Unificata, provvedendo a coordinare gli interventi, pur sulla base delle rispettive competenze. Fondamentale è, quindi, il monitoraggio degli aspetti problematici e delle criticità, rispetto ai quali individuare soluzioni appropriate. A tal fine, appare utile il ricorso a specifici gruppi di lavoro.

**Azioni necessarie.** Il raggiungimento di tale obiettivo implica soltanto l'adozione di regole interne di funzionamento, senza la necessità di un Accordo nazionale.

### **Assistenza sanitaria di base**

Le problematiche riguardano l'organizzazione dell'assistenza di base.

E' opportuno e necessario, nelle Regioni dove non è stato fatto, che i medici incaricati, già appartenenti all'Amministrazione penitenziaria, vengano formati alle regole di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, con lo scopo di superare il vecchio ruolo di "richiedenti" prestazioni, diventando responsabili della salute dei detenuti, in un contesto di rete, utilizzando, per il ricorso a visite specialistiche ambulatoriali o interventi ospedalieri, opportuni criteri di appropriatezza, anche in rapporto all'emergenza-urgenza. Appare opportuno coinvolgere in tali percorsi formativi anche l'Amministrazione penitenziaria, con una integrazione di contenuti riferibili alle problematiche della sicurezza.

**Azioni necessarie.** Per tale obiettivo può essere sufficiente l'adozione di un programma formativo delle Aziende sanitarie in cui insistono istituti penitenziari, tramite un Accordo di collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria, concordato in sede di Osservatorio regionale, ai sensi dell'Accordo 20 novembre 2008 concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

### **Assistenza specialistica**

Si evidenzia anche la necessità di organizzare l'assistenza specialistica ambulatoriale in base a criteri di razionalizzazione di domanda e offerta, prevedendo presenze programmate, in base alla valutazione epidemiologica delle patologie prevalenti; una migliore organizzazione comporta anche un minor ricorso alle visite esterne agli istituti, che vengono a costituire un impegno supplementare per la polizia penitenziaria che deve provvedere alle "traduzioni".

**Azioni necessarie.** Per tale obiettivo può essere necessaria la stesura di un Accordo nazionale in Conferenza Unificata per l'adozione di criteri omogenei nell'intero territorio nazionale.

### **Presenza in carico dei disturbi mentali**

I disturbi mentali si presentano con un elevato tasso di prevalenza nella popolazione carceraria. A tale riscontro non sempre corrisponde un'appropriata valutazione e una conseguente presa in carico, con l'eventuale collocazione in sezioni separate rispetto al regime ordinario.

Si sottolinea l'importanza di programmare il coinvolgimento del dipartimento di salute mentale (DSM), al fine di affiancare all'assistenza psichiatrica specialistica a richiesta, interventi più sistematici, quali:

- programmi di prevenzione del disagio mentale, promuovendo la formazione di gruppi di auto-aiuto,

- azioni di presa in carico dei disturbi mentali più severi, con valutazioni sistematiche e attivazione di programmi terapeutico riabilitativi, da effettuarsi in sezioni/reparti dedicati, istituiti all'interno di uno o più istituti della Regione.

Azioni necessarie. Per tali obiettivi, occorre fare riferimento all'Accordo 13/10/2011 che prevede l'istituzione, entro il 30/6/2012, di sezioni/reparti destinati ai detenuti con disturbi mentali.

### La carenza di psicologi

La generalizzata carenza di psicologi comporta serie difficoltà nella gestione del disagio mentale e nell'accoglienza dei nuovi giunti.

Appare opportuno valutare la possibilità di dare attuazione alle convenzioni non onerose, previste dal DPCM 1/4/2008, fra Amministrazione della Giustizia e le ASL per utilizzare gli psicologi ex art. 80 per garantire assistenza sanitaria di natura psicologica ai detenuti e agli internati, pur con la consapevolezza che tale soluzione può essere adottata in pochi casi, data la riduzione generalizzata del numero di ore assegnate a tale personale.

Si ritiene opportuno, inoltre, valutare la possibilità di utilizzare gli psicologi del dipartimento di salute mentale in cui insiste l'istituto, o gli psicologi di altri dipartimenti, tramite apposite convenzioni interaziendali.

Azioni necessarie. Adottare tutte le soluzioni possibili nelle varie situazioni, ricorrendo sia alle convenzioni con gli psicologi ex art. 80, sia agli psicologi dei dipartimenti di salute mentale o di altri servizi delle aziende sanitarie, tramite opportuni atti aziendali.

### Le cure ai detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza

Il problema consiste nella difficoltà che incontra l'Amministrazione penitenziaria nel gestire le disposizioni della magistratura di collocare tempestivamente questo tipo di soggetti, per i quali sono documentati stati patologici che necessitano continuità e assiduità di cure, in istituti penitenziari dotati di sezioni/reparti sanitari in grado di soddisfare le cure sanitarie necessarie e l'efficacia delle specifiche misure di sicurezza.

Ciò appare legato ad un non sufficiente numero di reparti sanitari e ad una loro disomogenea distribuzione fra i vari territori regionali.

Azioni necessarie. E' necessario dare seguito all'Accordo 26/11/2009 "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", definendo in maniera puntuale, se necessario tramite un ulteriore Accordo, il fabbisogno di servizi e la loro distribuzione nelle varie Regioni, con delle soluzioni condivise in ordine alla distribuzione dei costi.

### Carenza di dati epidemiologici sulle patologie prevalenti nella popolazione carceraria

Tale carenza comporta la difficoltà di programmare adeguatamente l'organizzazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti.

Azioni necessarie. E' necessario dare seguito all'Accordo 26/11/2009 "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica", specie per quanto riguarda l'adozione di una cartella clinica omogenea, tramite un più specifico Accordo, se ritenuto necessario.

## PRINCIPALI CRITICITÀ EMERSE IN AMBITO MINORILE

### Aspetti organizzativi generali

Non tutte le regioni si sono dotate di un **Ufficio di coordinamento** specifico per il sistema minorile sia a livello Regionale che delle singole ASL. Alla costituzione degli Osservatori Regionali non è seguito poi in molte Regioni l'esercizio delle funzioni attribuite.

Entrando nello specifico dell'organizzazione sanitaria, emerge che non tutte le Regioni hanno emanato *Linee guida* e ancora pochi sono i *Protocolli operativi* fra singoli Servizi Minorili e le ASL di riferimento.

In particolare la mancanza della definizione di un sistema regionale sulla sanità penitenziaria ha un effetto ancora più evidente per quanto riguarda il settore penale esterno, in quanto gli utenti degli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni fanno riferimento non solo alla ASL dove è ubicato il servizio minorile che per il DPCM è quello territorialmente competente, ma alle ASL di residenza del minore. Pertanto gli Uffici di Servizio Sociale per i minorenni si trovano non solo di fronte a modalità organizzative differenti ma anche ad una assenza di un referente dedicato al settore penale. Un'altra problematica correlata è quella della difficoltà di servizi idonei per quei soggetti che si collocano tra la minore e la maggiore età. Il risultato di questa assenza di linee guida regionali è quello di non garantire a tutti i soggetti i medesimi diritti.

Visite specialistiche: emerge una problematica diffusa per quanto riguarda i bisogni di interventi specialistici nei luoghi di detenzione soprattutto per quelle tipologie maggiormente richieste. L'onerosità organizzativa per il servizio penale minorile e soprattutto i tempi di attesa ambulatoriali determinano un disservizio sia nel contesto penale che in quello sanitario.

### Un problema specifico: la tutela della salute mentale (prevenzione, cura, riabilitazione)

La criticità maggiore, diffusa in tutti i territori, è in relazione alla "**salute mentale**" dei minorenni autori di reato.

La tutela della salute mentale non può essere ristretta alla dimensione degli interventi clinici di diagnosi dei disturbi psicopatologici ma deve essere una attività complessiva di valutazione dal punto di vista psicologico al fine di costruire percorsi di intervento modellati anche sulle caratteristiche di personalità dei minorenni.

In particolare si riscontrano i seguenti aspetti problematici:

- **Carenza di personale**: in molte realtà c'è una carenza di personale come psicologi, psichiatri ecc., soprattutto per quanto riguarda il penale esterno.
- **Valutazione di personalità**: la mancanza di consapevolezza dei problemi psicologici dei minori autori di reato ed in particolare degli effetti della detenzione, genera un intervento di presa in carico esclusivamente dopo una diagnosi di patologia conclamata. Invece il DPR 448/1988 prevede la valutazione della personalità integrando gli aspetti relativi alla condizione socio-familiare con quelli di carattere psicologico e relazionale. La presa in carico del soggetto da un punto di vista sanitario non è quindi correlata ad avere una patologia diagnosticata e/o di tossicodipendenza conclamata.
- **Attività Diagnostica**: in molti contesti emergono problematiche relative ai tempi di attesa che non coincidono con i tempi giudiziari previsti. Rispondere nei tempi previsti dall'Autorità Giudiziaria è fondamentale per tutelare i diritti dei minori che così possono usufruire di misure meno afflittive nonché del diritto alla cura.

- **Carenza di modelli di prevenzione precoce:** lo screening dei disturbi mentali esistenti nei giovani autori di reato (anche per quanto riguarda gli atti autolesionisti e/o i tentativi di suicidio) è determinante per la protezione della salute dei minori, per il loro trattamento e di conseguenza, per prevenire future azioni illegali (recidiva). Sarebbe necessario quindi seguire il processo bifasico di screening seguito da valutazione. Sarebbe opportuno proporre e sperimentare a livello nazionale degli strumenti condivisi al fine di adottare le politiche migliori riguardo ai giovani autori di reato.
- **Carenza di strutture terapeutiche:** dato rilevato su tutto il territorio nazionale. In molti casi i disturbi mentali e/o i problemi di tossicodipendenza diagnosticati non possono essere trattati a causa della scarsità di strutture adeguate e diversificate rispetto ai bisogni di cura ( Strutture di emergenza, strutture filtro, Comunità terapeutiche, strutture intermedie, centri diurni, reparti di neuropsichiatria infantile) ad ospitare i giovani con problemi psichici e/o di tossicofilia e tossicodipendenza. Anche se poi viene individuata una struttura idonea, rimane la problematica della tempistica di inserimento che lede i diritti dei minori sia dal punto di vista giuridico che del diritto ad essere curati. Un'altra problematica correlata è quella della difficoltà di reperire strutture idonee per quei soggetti che si collocano tra la minore e la maggiore età.
- **Formazione specifica e congiunta :** carenza di una formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti, sia della giustizia che sanitari, sulle capacità di sviluppo e sui disturbi mentali degli adolescenti e la loro relazione con questioni legali relative alla responsabilità e ai diritti dei minori. La conseguenza è una assenza di programmi trattamentali adeguati ed incisivi e più in generale di programmi interdisciplinari condivisi di trattamento e prevenzione per i minori autori di reato.

### **Osservazioni conclusive**

A fronte delle criticità sopra indicate, si propone quanto segue.

- Appare, innanzitutto, fondamentale che l'Osservatorio regionale attivi una sezione funzionale specifica e separata per le problematiche della Giustizia minorile, in modo che possano essere affrontate in maniera mirata le criticità peculiari del settore, anche con il coinvolgimento della Magistratura minorile.  
Azioni necessarie. Il raggiungimento di tale obiettivo implica soltanto l'adozione di regole interne di funzionamento, senza la necessità di un Accordo nazionale.
- Per la gestione delle visite specialistiche, si rimanda a quanto evidenziato e proposto più sopra, in riferimento ai problemi dei detenuti adulti.
- Le problematiche rilevate nell'organizzazione degli interventi di valutazione e di presa in carico dei minori con disturbi mentali, meritano una specifica attenzione.  
Appare prioritaria l'individuazione di posti in comunità sanitarie accreditate per i minori con disturbi mentali e/o con problemi di tossicodipendenza per assicurare una prima accoglienza per procedere ai necessari approfondimenti diagnostici e alla valutazione del funzionamento psicosociale, mirati alla stesura di un programma terapeutico riabilitativo personalizzato, da effettuarsi in servizi e strutture idonee, sulla base dei bisogni individuati.  
Azioni necessarie. Fermo restando che la collocazione dei minori in comunità, a fronte di un provvedimento della Magistratura minorile, è divenuta competenza specifica del Servizio Sanitario (Regioni e Aziende Sanitarie), occorre verificare l'effettiva attuazione dell'Accordo 26/11/2009 "*Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria*" ed eventualmente procedere a definire più specifici indirizzi.