

La presa in carico dei minori autori di reato: tra prassi metodologiche ed esperienza

ALESSANDRA NOIA¹, FRANCESCA ROMANO¹, GIUSEPPINA FIORILLO¹, VALENTINA MONTEFUSCO¹, ROSALBA MUOIO¹, LUDOVICA CAPRIO¹, CHIARA RUFO¹, CARMEN SANTORIELLO¹, GAETANINA TERMOLI¹, MONICA VITOLO¹, ANTONIO MARIA PAGANO¹

¹UOSD Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale, ASL Salerno.

Riassunto. Per dare piena risposta ai dispositivi dell'Autorità Giudiziaria relativamente alla presa in carico dei minori e/o giovani adulti sottoposti a provvedimento giudiziario e interessati da sofferenza psichica e/o abuso di sostanze, anche nella prospettiva di un eventuale provvedimento di collocamento in comunità terapeutica, la UOSD "Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale" della ASL Salerno ha assicurato l'operatività mediante l'istituzione di un'équipe multidisciplinare dedicata, costituita da psichiatra, tre psicologi e assistente sociale, così come disposto dalla DGRC 567/2018, ovvero come unica interfaccia con l'Autorità Giudiziaria in riferimento all'assistenza sanitaria. Il presente articolo si pone come obiettivo quello di effettuare una descrizione della nascita dell'Équipe Multidisciplinare Minori (EMM) e delle modalità utilizzate per la presa in carico dei minori e/o giovani adulti autori di reato interessati da sofferenza psichica e/o abuso di sostanze. L'articolo prende in esame un campione di 207 minori, relativo agli anni 2018-2022, per evidenziare le aree di maggiore criticità.

Parole chiave. Minori, adolescenti, area penale, reati, disagio psichico, abuso di sostanze.

Taking care of minor offenders: between methodological practices and experience.

Summary. To fully respond to the provisions of the Judicial Authority relating to the care of minors and/or young adults subjected to judicial measures and affected by mental suffering and/or substance abuse, also with a view to a possible provision of placement in a therapeutic community, the UOSD "Protection of the Health of Adults and Minors in the Penal Area" - ASL Salerno has ensured operations through the establishment of a dedicated multidisciplinary team, made up of a psychiatrist, psychologist and social worker, as required by DGRC 567/2018, or as the only interface with the Judicial Authority in reference to healthcare. This article aims to describe the birth of the EMM (Equipe Multidisciplinare Minori), and of the methods used to take care of minors and/or young adult offenders affected by mental suffering and/or substance abuse. The article examines a sample of 207 minors, relating to the years 2018-2022, to highlight the most critical areas.

Key words. Minors, teenagers, penal area, crimes, mental distress, substance abuse.

Introduzione

La normativa penale minorile (Decreto Presidente della Repubblica 448/88) ha di fatto attuato uno spostamento del focus attentivo dalla concezione di minore quale "oggetto" di protezione e tutela da parte dell'ordinamento giuridico a quella di "soggetto" titolare di diritti, soprattutto per ciò che concerne quello relativo a una regolare crescita psico-sociale^{1,2}.

In continuità con quanto espresso, si comprende come l'intervento in ambito penale minorile debba essere considerato a carattere esistenziale, includendo, nel suo essere intervento riabilitativo, aspetti di tipo pedagogico, assistenziale, ma soprattutto di natura psicologica, relazionale, culturale, la cui titolarità clinica risulta essere di competenza dell'ASL di residenza del minore e/o giovane adulto².

Infatti, in applicazione a quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, che ha sancito il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di "tutte le funzioni sanitarie

svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia", si è assistito a una riorganizzazione degli interventi a favore dei minori sottoposti a procedimento penale mediante l'attuazione di un approccio multidisciplinare e multidimensionale tale da rispondere al principio di continuità/contiguità terapeutica - mediante un'azione di coordinamento tra il sistema giudiziario, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il welfare - degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale "Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale" della ASL Salerno si pone, nel processo di presa in carico del minore e/o giovane adulto autore di reato, quale elemento di coordinamento, capace di offrire la possibilità di adottare linguaggi comuni e condivisi, mediante l'utilizzo di strumenti osservazionali, fondamentali per poter sostenere l'adeguatezza dell'agire in un campo di tale complessità, consentendo una presa in carico tempestiva ed efficace. Ciò permette

di rispondere congiuntamente al mandato tecnico-diagnostico, richiesto dall'Autorità Giudiziaria, e a quello terapeutico-trattamentale a favore del minore e/o giovane adulto.

La nostra esperienza clinica ha messo in luce la necessità di adottare angoli di visione ampi, azioni e servizi che, per essere adeguatamente coerenti ai principi giuridici, sanitari e sociali, effettuino un'analisi dei bisogni, fondata sulla multidimensionalità della malattia e della salute nei contesti socio-economici e ambientali, operando un'integrazione dei saperi tra giustizia, sanità e welfare.

La nascita dell'équipe

L'ITER NORMATIVO

- Il DPCM 1/4/2008, che ha sancito il trasferimento al SSN di «tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia»³.
- La DGRC n. 1551 del 26/9/08, che ha recepito il DPCM di cui sopra⁴.
- L'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, in attuazione dell'articolo 7 del DPCM 1° aprile 2008⁵.
- L'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal tavolo di lavoro di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" (Rep.82/CU 26/11/2009)⁶.
- L'Accordo di programma sottoscritto il 28/12/09 tra la Regione Campania, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e il Centro per la Giustizia Minorile col quale all'art. 8 viene stabilito che «gli strumenti per definire le forme di collaborazione locale tra azienda sanitaria, singolo istituto e servizio minorile sono costituiti da accordi e protocolli di intesa»⁷.
- La DGR Campania n. 96 del 21/3/2011, che ha adottato il documento di indirizzo regionale elaborato dall'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria recante "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la gestione del servizio di medicina penitenziaria", parte integrante della predetta deliberazione che, al punto 8 dettaglia la "Assistenza sanitaria minori sottoposti a provvedimento della AG"⁸.
- La DGR Campania n. 621 del 13/11/2012 avente a oggetto: "Indirizzi operativi per la gestione per gli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'AG"⁹.
- La DGR Campania n. 716 del 13/12/2016 "accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281", sul documento "linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" (conferenza unificata 22.01.2015, rep. n. 3/cu; Gazzetta Ufficiale serie generale n. 64 del 18/03/2015) - completamento provvedimenti attuativi - con allegato¹⁰.
- L'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo. "Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento Piano Nazionale per la prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità". Rep. N. 129/CU del 26 ottobre 2017¹¹.
- La DGR Campania 134/2018 "Recepimento accordi Conferenza Unificata 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e 26 ottobre 2018 (Rep. N. 129) - Approvazione "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei Servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità"¹².
- La DGR Campania 567/2018 "Presenza in carico e collocamento presso comunità terapeutiche dei minori con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza, su disposizione dell'autorità giudiziaria. Aggiornamento e integrazione operatività ex DGRC n. 621/2012", recepita dalla ASL Salerno con atto deliberativo n. 322 del 27/11/2018¹³.
- L'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di "Linee di indirizzo per la costituzione di Comunità 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 n. 148/CU del 14 settembre 2022 che sancisce l'istituzione di almeno tre strutture comunitarie sperimentali (bacino inter-regionale Nord, Centro e Sud Italia) di tipo socio sanitario ad alta intensità sanitaria per l'inserimento di minori e giovani adulti in carico ai servizi socio-sanitari

e ai servizi della giustizia minorile che dovranno rispondere ai requisiti funzionali, organizzativi e strutturali indicati nelle “Linee di indirizzo per la costituzione di comunità 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”, approvate dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria¹⁴.

- L’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 del 19 aprile 2023” rafforzando, ulteriormente, le funzioni dell’istituto servizio minori ex DG RC n. 567/2018 circa 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 ai minori e giovani adulti con disagio psichico e/o abuso di sostanze” come previsto dall’Accordo Rep. Atti n. 62/CU del 28 aprile 2022 - e Linee di indirizzo - Rep. Atti n. 184/CU del 14 settembre 2022¹⁵.
- Delibera n. 917 del 19/05/2023 - Recepimento e attuazione DGRC n. 153 del 28.03.2023 - “Comunità sperimentale di tipo sociosanitario, 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” - Approvazione Progetto Operativo¹⁶.
- Delibera n. 376 del 29/06/2023 - Recepimento e attuazione dell’Accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2023, 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” delibera: di prendere atto del documento approvato dall’Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria, parte integrante e sostanziale del presente atto e per l’effetto; di disporre che le AASSLL conformino, i già esistenti “Servizi minori area penale con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza”, ex DGRC n. 567/2018, a quanto approvato dall’Osservatorio Regionale per la Sanità Penitenziaria nella seduta del 25.05.2023, anche integrando nei predetti Servizi le istituende “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” di cui alla DGRC n. 153 del 28.03.2023, nel pieno rispetto delle forme e modalità organizzative ivi definite; di istituire, nell’ambito dell’Osservatorio Regionale Permanente della Sanità Penitenziaria, il “Sottogruppo Minori area Penale” costituito dai responsabili aziendali delle AASSLL dei servizi minori ex DGRC n. 567/2018 e dal Direttore del CGM o loro delegati, con il precipuo compito di monitorare l’attuazione della presente Deliberazione e di monitorare le richieste di inserimento di minori di che trattasi, in comunità terapeutiche; Comunità sperimentali socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria e in comunità socio-educative, attraverso il sistema informativo SMOP, demandando alla Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del SSR, attraverso il predetto Osservatorio, la definizione e attuazione, con propri atti, del funzionamento del predetto Sottogruppo¹⁷.

L’ITER PROCEDURALE AZIENDALE

- L’ASL Salerno con propri atti deliberativi ha provveduto al riordino della sanità penitenziaria, avviato con il DPCM 1° aprile 2018, istituendo, nell’ambito del Dipartimento delle Attività Territoriali, l’UOSD Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale i cui compiti sono definiti dalla Regione Campania con DGRC n.716 del 13/12/2016 con Decreto Regionale n.1 del 16/01/2017¹⁰.
- All’interno della UOSD “Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale” è stata istituita l’Équipe multidisciplinare per le attività previste dalla DGRC 621/2012 e DGRC 567/2018 formata da uno psichiatra, tre psicologi e un assistente sociale, e rimane in capo al responsabile della UOSD la referenza aziendale nei confronti della Giustizia Minorile^{9,13}.
- Procedure per attivazione della “Comunità sperimentali di tipo socio-sanitario, a 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 e ai servizi della giustizia minorile”. Repertorio Atti n. 45/CU del 19 aprile 2023 e Rep. Atti n. 148/CU del 14 settembre 2022¹⁴.

La presa in carico del minore e/o giovane adulto autore di reato: prassi operativa

Per dare piena risposta ai dispositivi dell’Autorità Giudiziaria relativamente alla presa in carico dei minori e/o giovani adulti, sottoposti a provvedimen-

to giudiziario e interessati da sofferenza psichica e/o abuso di sostanze, anche nella prospettiva di un eventuale provvedimento di collocamento in comunità terapeutica, la UOSD “Tutela della Salute Adulti e Minori di Area Penale” della ASL Salerno ha assicurato l’operatività mediante l’istituzione di un’Équipe Multidisciplinare Minori (EMM) dedicata. Questa è costituita da psichiatra, tre psicologi e assistente sociale, così come disposto dalla DGRC 567/2018, ponendosi come unica interfaccia con l’Autorità Giudiziaria in riferimento all’assistenza sanitaria. L’intervento effettuato dall’EMM è riferito alla realizzazione di azioni preventive, diagnostiche e terapeutiche volte alla tutela della salute dei minori autori di reato, siano essi collocati al domicilio, in Centro Prima Accoglienza, Istituto Penale Minorenni o ospiti presso comunità del terzo settore, e avviene di concerto con gli attori coinvolti a vario titolo nella presa in carico (Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni e servizi sociali territoriali), con l’obiettivo di rinforzare una coerenza operativa e favorire l’integrazione inter istituzionale degli interventi posti in essere.

La procedura di avvio della presa in carico avviene su disposizione dell’Autorità Giudiziaria o in seguito a segnalazione da parte degli operatori della giustizia minorile (CGM, CPA, IPM, USSM) che, in qualunque fase dell’iter giuridico, possono effettuare richiesta di valutazione dello stato di salute psico-fisica a seconda dei bisogni emergenti.

Nello specifico, la procedura di presa in carico del minore e/o giovane adulto consta di una prima fase, durante la quale gli operatori dell’EMM sono impegnati nell’operare una corretta e approfondita analisi della domanda che, soprattutto rispetto all’adolescente, “va compresa ed accolta, al fine di evitare che egli perda la speranza di essere aiutato e che la sua azione violenta diventi indifferente e gratuita, decontestualizzandosi da qualsiasi rivendicazione”¹⁸. Unitamente a ciò si provvede a effettuare una valutazione psicodiagnostica individuale e sistemica, volta a ottenere informazioni di tipo clinico, derivanti dal colloquio individuale e familiare, informazioni di tipo psicometrico, acquisite mediante la somministrazione di reattivi specifici, nonché un inquadramento del contesto sociale di appartenenza mediante un’indagine socio-ambientale.

L’obiettivo è quello di pervenire a una valutazione precoce e approfondita, capace di fornire un significato all’atto deviante che “veicola una richiesta d’aiuto e di sfida che l’adolescente rivolge al mondo degli adulti, per essere visto e curato”, così da poter giungere alla determinazione dell’intervento più idoneo al fine di sostenere il minore nel suo processo evolutivo¹⁹.

La nostra esperienza clinica con adolescenti autori di reato ci ha indotto ad attuare un modello teorico e operativo multifattoriale, multidimensionale e probabilistico, secondo cui i comportamenti devianti

necessitano di essere interpretati come modalità di risposta a costellazioni di fattori cointeressati.

Nel processo valutativo e conseguente presa in carico è risultato essere di particolare rilevanza il contributo offerto dalla psicopatologia evolutiva, che consente di tenere conto della complessità delle diverse istanze di sviluppo e della loro interazione, favorendo l’adozione di un modello teorico di riferimento e clinico di intervento globale, nonché congruo alla specifica fase evolutiva e al contesto in esame, di cui la sola diagnosi psichiatrica rappresenta una *diminutio*²⁰.

Infatti, si ha ben presente che il sistema del Sé nell’adolescente si impone come unico organizzatore in grado di connettere tutti i sistemi intrapsichici tra di loro e questi con quelli interpersonali²¹.

La scelta condivisa dall’EMM, pertanto, è stata quella di ampliare il focus attentivo, affiancando a una valutazione di tipo meramente clinico una particolare attenzione alla dimensione familiare e sociale, nella convinzione che tali elementi rappresentino uno strumento di lavoro necessario e imprescindibile nel processo di comprensione dell’adolescente deviante e nella genesi del suo comportamento²². Infatti risulta fondamentale offrire una lettura multifattoriale dell’atto deviante, che necessita di opportune contestualizzazioni e soggettivizzazioni per essere compreso nel suo aspetto idiografico²³.

In linea generale è possibile affermare che una quota di reati commessi da minori sia ascrivibile a quei comportamenti trasgressivi che ritualmente segnano il passaggio dall’adolescenza all’età adulta, interpretabili come delinquenza di tipo “occasionale”, il più delle volte destinata a estinguersi con il passaggio a una diversa fase del ciclo vitale²⁴.

Di contro, il ricorso all’atto antisociale potrebbe essere significato come elemento sintomatologico ascrivibile a una condizione di disagio propria dell’adolescente o riconducibile a dinamiche disfunzionali del contesto socio-familiare di appartenenza che, se non opportunamente rintracciate e prontamente sottoposte a un processo di presa in carico globale, potrebbero evolvere in forme psicopatologiche di diversa entità²⁵.

Se infatti risulta difficile poter tracciare un modello eziologico della devianza minorile, è tuttavia possibile individuare come assunto di base comune quello ermeneutico, secondo cui, soprattutto in adolescenza, l’azione deviante possiede un’elevata valenza comunicativa e rappresenta una delle forme attraverso cui si esprime lo scacco dei processi evolutivi²⁶⁻²⁸.

Tale processo di comprensione consente altresì di effettuare un intervento di prevenzione secondaria e terziaria al fine di evitare eventuali condotte recidivanti, l’insorgenza e/o l’aggravarsi di disturbi psicopatologici.

Analisi dei dati

Il campione di 207 minori autori di reato è stato suddiviso in tre gruppi in base alle loro condizioni cliniche. Il cluster 1 includeva minori con gravi problemi psicopatologici e/o dipendenze patologiche che richiedevano un trattamento in comunità terapeutica. Il cluster 2 comprendeva minori con sospetto disturbo psicopatologico e/o dipendenza patologica non diagnosticata, mentre il cluster 3 includeva minori con disagio psicosociale, in carico ai servizi del Centro per la Giustizia Minorile e collocati presso comunità socio-educative, per i quali si riteneva opportuno un intervento socio-sanitario in collaborazione con i servizi sociali degli Enti Locali di residenza del minore. Per valutare la normalità della distribuzione dei dati, è stato utilizzato il test di Shapiro-Wilk, mentre l'omogeneità della varianza è stata verificata con il test di Levene. Le analisi non parametriche sono state adottate quando le ipotesi di omogeneità della varianza o di normalità non venivano soddisfatte ($p < 0,05$). È stata condotta un'analisi preliminare delle caratteristiche sociodemografiche, cliniche e giuridiche dei minori nei tre gruppi. Le comparazioni delle variabili categoriali sono state eseguite tramite il test del Chi-quadrato di Pearson, calcolando gli effetti dimensionali (V di Cramer). Le correlazioni di Spearman sono state utilizzate per esaminare le associazioni tra le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e giuridiche. Successivamente, sono state eseguite analisi di regressione logistica binaria per valutare l'influenza delle caratteristiche sociodemografiche e cliniche sull'età di commissione del reato, sul tipo di reato e sulla recidiva. Tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software IBM SPSS Statistics (versione 21.0), con un livello di significatività del 5% (a due code) e una potenza statistica del 95%.

RISULTATI

L'EMM nasce, come detto in precedenza, nel 2018 a seguito della Delibera di Giunta Regionale n.567¹³. Il numero di segnalazioni è aumentato negli anni: infatti al 2018 i minori in carico alla UOSD Tutela della salute Adulti e Minori risultano essere 11, fino a contarne 90 nel 2022, con un tasso di crescita annuo medio dell'89,82% (Tabella 1 e Figura 1).

Così come evidenziato dall'articolo di Molinedo-Quílez²⁹, la delinquenza giovanile è considerata oggi un problema sociale che genera notevole interesse.

Il campione preso in esame fa riferimento a 207 minori/giovani adulti (192 maschi - 15 femmine) segnalati, come previsto dalla DGRC 567/2018¹³, al fine di procedere a valutazione psicodiagnostica e rispondere ai bisogni sanitari e sociali evidenziati, contemplando le seguenti previsioni:

- *cluster 1*: minori affetti da gravi problemi psicopatologici e/o dipendenze patologiche, che richiedono necessariamente il collocamento in comunità terapeutica. In tale cluster vengono quindi inseriti i minori a cui è stata effettuata una diagnosi di disturbo psicopatologico, inteso come sindrome

Tabella 1. Minori in carico negli anni.

2018	16
2019	37
2020	53
2021	70
2022	90

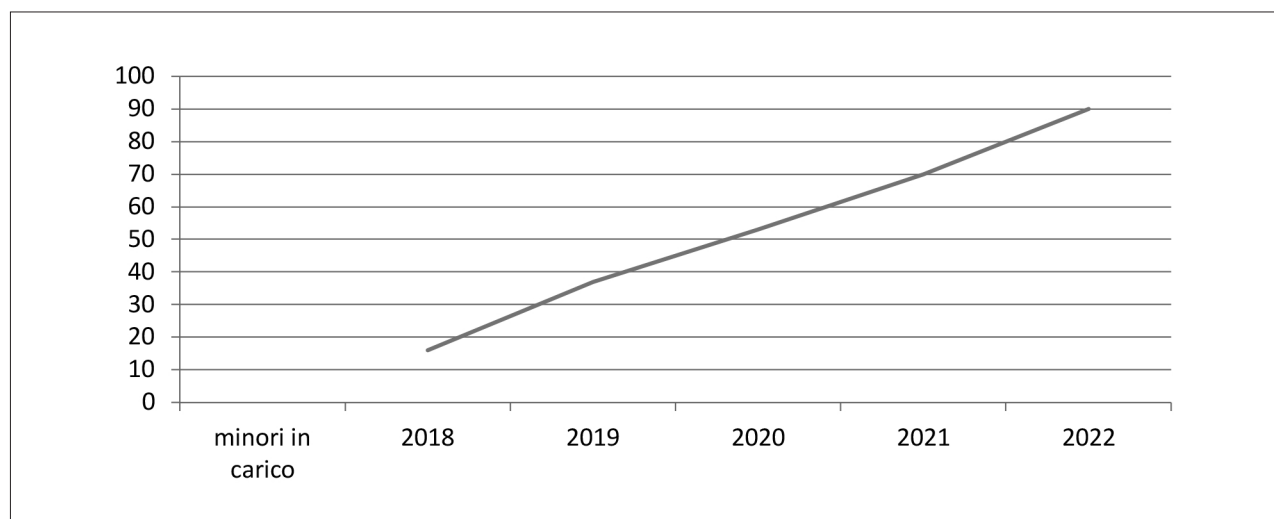


Figura 1. Tasso di crescita pari all'89,82%.

caratterizzata da un significativo disturbo clinico nell'ambito della cognitiv , della regolazione delle emozioni e/o del comportamento, dovuto a una disfunzionalit  nell'ambito dei processi psicopatologici, biologici o di sviluppo che sono alla base del funzionamento mentale; e/o dipendenza patologica definita dall'OMS come «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione. In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la new technologies addiction (dipendenza da Internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico»^{30,31};

- *cluster 2*: minori con sospetto disturbo psicopatologico e/o dipendenza patologica, non ancora diagnosticati. In tale cluster vengono quindi inseriti i minori nei quali   stato individuato un sospetto di psicopatologia e/o dipendenza patologica, ma per i quali non si   ancora effettuata una vera e propria diagnosi in quanto si   in fase di valutazione;
- *cluster 3*: minori con disagio psico-sociale, in carico ai servizi del Centro per la Giustizia Minorile e collocati presso comunit  socio-educative per i quali si ritiene opportuna una presa in carico sociosanitaria in collaborazione con i servizi sociali degli Enti Locali di residenza del minore. In questo cluster sono inclusi i minori a cui non viene effettuata una diagnosi psicopatologica, in quanto non affetti da nessuna psicopatologia, ma i quali necessitano di un percorso di sostegno psicologico poich  interessati da un disagio ascrivibile sia alle condotte anti-giuridiche messe in atto, sia al contesto socio-ambientale di appartenenza. Mesa afferma che «sembra essere, il disagio giovanile, un evento non solo importante per la crescita, ma anche, come viene spesso definito, del tutto fisiologico»³².

È stata effettuata un'analisi descrittiva del campione comprendente la valutazione dei dati socio-demografici (sesso, et , stato civile, residenza, scolarit , impiego), familiari (composizione familiare, fratria, precedenti penali genitoriali, stile genitoriale), clinici (diagnosi psichiatrica, precedente presa in carico da parte dei Servizi di NPI, uso di sostanze) e legali (tipologia reato, misure di sicurezza, precedenti penali, allocazione), acquisiti durante la raccolta anamnestica e presenti all'interno della scheda clinica.

Del campione di 207 minori, considerato che il 12% sono di cluster 1, il 5% sono di cluster 2 e l'83% sono di cluster 3, si deduce come la specifica utenza sia interessata prevalentemente da una condizione di disagio psicologico, non riconducibile a una franca patologia psichiatrica. Da tali dati si pu  osservare quanto sia presente con un'alta percentuale la condizione di disagio psicologico; infatti, come si evince dal report globale sulla salute mentale di bambini e ragazzi datato 2021, effettuato dall'Unicef, il disagio psicologico tra i giovani sembra aumentare rapidamente³³.

Per quanto concerne l'allocazione al momento della valutazione, il 56,5% dei minori   presso il proprio domicilio, mentre il 34,8%   collocato in comunit  socio-educative, il 3,4% nelle comunit  terapeutiche psichiatriche, l'1,9% nelle comunit  terapeutiche per il recupero della tossicodipendenza, infine il 2,9%   detenuto in IPM. Questi ultimi dati ci fanno comprendere come l'inserimento in un contesto assistenziale terapeutico riabilitativo interessa solo una residua parte del campione, mentre la maggioranza completa il percorso giuridico restando nel contesto socio-ambientale di riferimento.

L'istruzione raggiunta per la maggior parte dei minori e/o giovani adulti   il diploma di licenza media inferiore (85%), il 7,2% ha un titolo di studio di licenza elementare, oltre il 50%   interessato da abbandono scolastico e/o da ripetuti insuccessi scolastici.

Il 33,3% dei minori ha commesso un reato tra i 14-15 anni, il 66,7% tra i 16-17 anni. Il 59,4% ha commesso reato contro la persona, il 18,4% contro il patrimonio e il 9,2% reato connesso alla droga.   stata, inoltre, effettuata una differenza tra la tipologia di reati prima e dopo la pandemia da SARS-CoV-2 dalla quale   emerso un aumento della percentuale di reati contro la persona (omicidi, risse, lesioni, etc.), registrando un tasso pari al 71% a dispetto del 48% registrato prima della pandemia. I reati contro il patrimonio (furto, rapina, estorsione etc.) risultano diminuiti; infatti, la percentuale di tali reati   pari al 19% a dispetto del 33,3% registrato prima della pandemia.

Per quanto concerne il contesto socio-familiare di appartenenza e lo stile educativo genitoriale, in base a quanto emerso dai dati, questi rappresentano un fattore di rischio nello sviluppo di comportamenti devianti: nello specifico si   rilevato che il 28,5% del campione vive in un contesto socio-ambientale caratterizzato da scarse risorse economiche e culturali e il 49% delle coppie genitoriali presenta difficolt  nell'assumere una condotta educativa coerente. Nel 68,6% dei casi, le coppie genitoriali sono coniugate, il 30% separate e infine l'1% sono coppie genitoriali conviventi non coniugate. In merito ai genitori separati, si   osservato che la quasi totalit  presenta difficolt  nell'assumere una condotta educativa congruente.

Sono state osservate differenze significative tra le variabili socio-demografiche cliniche e giuridiche dei minori autori di reato e affetti da disagio psichico e/o dipendenza patologica appartenenti ai tre cluster, in particolare verranno di seguito spiegate le differenze tra il cluster 1 e il cluster 3.

Per quanto concerne il “Contesto Disagiato”, dai dati è emerso che la percentuale di probabilità di crescere in un contesto definito disagiato è maggiore nei minori che appartengono al cluster 1: «minore affetto da gravi problemi psicopatologici e/o dipendenze patologiche che richiede necessariamente il collocamento in comunità terapeutica». Da tale risultato si evince che i minori affetti da gravi problemi psicopatologici e/o dipendenze patologiche hanno una probabilità maggiore di crescere in contesti così definiti, facendo riferimento quindi sia al contesto familiare che al contesto socio-economico di appartenenza. Il contesto socio-economico disagiato può favorire la carriera deviante o criminale del soggetto e il disagio familiare, può favorire problemi nello sviluppo psicoaffettivo di una persona nell'età dello sviluppo³⁴.

Dalle “Difficoltà Gestione Genitoriale” si evince che l'88,5% dei genitori dei minori appartenenti al cluster 1 presenta una o più difficoltà nella gestione del minore a dispetto del 50% del cluster 2 e del 42,1% del cluster 3. Da tale dato si evince quanto la gestione di minori affetti da psicopatologia e/o da dipendenza patologica possa avere una maggiore percentuale di difficoltà, giacché sussistono maggiori elementi di complessità. Considerando la definizione di Abidin³⁵, lo stress genitoriale è frutto della «disparità percepita dal genitore tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato». In generale, quindi, i genitori dei minori appartenenti al cluster 1, a seguito della maggiore gravosità che la condizione del figlio impone loro, sono soggetti a esperire maggiori livelli di stress. Inoltre si evince una maggiore difficoltà nella gestione di tali minori anche a seguito della scarsità degli strumenti e di risorse posseduti dalle figure genitoriali per la gestione di tali disturbi e, talvolta, dello scarso sostegno da parte dei servizi territoriali.

Un altro risultato significativo riguarda l'allocazione dei minori autori di reato. Si è visto che coloro che fanno parte del cluster 3 hanno una possibilità maggiore di essere collocati al proprio domicilio a dispetto dei soggetti appartenenti agli altri due cluster che, solitamente a seguito della difficoltà di gestione e della scarsità degli strumenti, come sopra esposto, vengo inseriti in strutture terapeutiche.

Un riassunto descrittivo delle altre caratteristiche socio-demografiche, cliniche e giuridiche dei tre cluster di minori autori di reato appare nella tabella 2.

Dai risultati dell'analisi di correlazione di Spearman sulle caratteristiche socio-familiari e cliniche dei minori sono emerse associazioni positive e signifi-

ficative tra il cluster 1 e il contesto socio-familiare, nonché tra le difficoltà genitoriali, il cluster 1, il contesto e l'abuso di sostanze. In particolare, il 58% dei minori affetti da gravi psicopatologie e/o dipendenze vive in un contesto disagiato ($r=0,24$; $p<0,01$). Le difficoltà genitoriali sono rilevanti nell'88,5% dei minori appartenenti al cluster 1 ($r=0,30$; $p<0,01$) e nel 71% dei casi in cui il contesto è problematico o disagiato ($r=0,28$; $p<0,01$), e sono correlate positivamente all'abuso di sostanze ($r=0,37$; $p<0,01$).

Inoltre, il 60% dei minori autori di reato che abusano di sostanze stupefacenti vive in un ambiente familiare caratterizzato da difficoltà e dinamiche disfunzionali.

Le analisi di regressione logistica binaria condotte sull'intero campione di 207 minori autori di reato hanno rivelato i risultati sintetizzati nella tabella 3.

Il genere, le difficoltà genitoriali e il coinvolgimento in reati Legge Droga sono stati significativamente associati all'età del reato. La relazione negativa tra il genere e l'età di commissione del reato indica che il genere femminile è correlato a una probabilità inferiore di commettere un reato all'età 15-16 anni rispetto al genere maschile (Wald $\chi^2[1]=5,718$, $p=0,017$, OR=0,469). La presenza di difficoltà genitoriali è stata associata a una probabilità significativamente inferiore di commettere un reato a un'età più avanzata. L'Exp(B)=0,215 suggerisce che in presenza di difficoltà genitoriali, l'età del reato diminuisce di circa l'80% (Wald $\chi^2[1]=6,728$, $p=0,009$, OR=0,215). Inoltre, vi è una relazione positiva tra il coinvolgimento in reati Legge Droga e l'età di commissione del reato. L'Exp(B)=8,441 suggerisce un aumento dell'odds ratio della variabile dipendente (età di commissione del reato) di circa il 744,1% per ogni unità di aumento nel coinvolgimento in reati legati alle droghe (Wald $\chi^2[1]=7,700$, $p=0,006$, OR=8,441). L'aumento dell'età del reato è associato a una probabilità significativamente più alta di commettere reati legati alla droga (Wald $\chi^2[1]=6,291$, $p=0,012$, OR=6,658). L'Exp(B) suggerisce che nel passaggio dalla fascia di età 14-15 anni alla fascia di età 16-17 anni, l'OR della variabile dipendente (reato Legge Droga) aumenta di circa il 566,8%. Infine, la presenza di difficoltà genitoriali è stata associata a una probabilità significativamente più alta di commettere diversi reati, con un L'Exp(B) che suggerisce un aumento dell'OR della variabile dipendente (commissione di diversi reati) di circa il 930% in presenza di difficoltà genitoriali (Wald $\chi^2[1]=9,373$, $p=0,002$, OR=10,300) (tabella 2 e 3).

Limiti dello studio

Lo studio è stato condotto all'interno di un Servizio che si occupa di adulti e minori autori di reato e affetti da disagio psichico e/o dipendenza patologica, pertanto non è stato possibile analizzare le diverse va-

Tabella 2. Statistiche descrittive delle variabili socio-demografiche e cliniche del campione.

	Totale	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Test statistico		
					χ^2	p	V
Genere							
Maschi	192 (92.8%)	22 (85%)	9 (90%)	161 (94%)	3.172	.205	.12
Femmine	15 (7.2%)	4 (15%)	1 (10%)	10 (6%)			
Titolo di studio							
Elementare	16 (7.7%)	1 (4%)	0	15 (9%)	12.883	.012	.18
Licenza media	176 (85.0%)	19 (73%)	10 (100%)	147 (86%)			
Diploma superiore	15 (7.2%)	6 (23%)	0	9 (5%)			
Età reato							
14-15 anni	69 (33%)	12 (46%)	4 (40%)	53 (31%)	2.544	.280	.11
16-17 anni	138 (67%)	14 (54%)	6 (60%)	118 (69%)			
Contesto socio-familiare							
Adeguato	148 (71.5%)	11 (42%)	6 (60%)	131 (77%)	13.711	.001	.26
Disagiato	59 (28.5%)	15 (58%)	4 (40%)	40 (23%)			
Abuso di sostanze							
Assente	122 (59%)	12 (46%)	4 (40%)	106 (62%)	3.895	.143	.14
Presente	85 (41%)	14 (54%)	6 (60%)	65 (38%)			
Difficoltà genitoriali							
Assenti	105 (51%)	3 (11.5%)	5 (50%)	97 (57%)	18.439	.000	.30
Presenti	102 (49%)	23 (88.5%)	5 (50%)	74 (43%)			
Genitore deceduto							
Nessuno	185 (90%)	20 (77%)	8 (80%)	157 (92%)	11.875	.018	.17
Madre	5 (2%)	0	1 (10%)	4 (2%)			
Padre	17 (8%)	6 (23%)	1 (10%)	10 (6%)			
Genitori							
Coniugati	142 (67%)	16 (62%)	5 (50%)	121 (70%)	3.759	.709	.10
Separati	62 (30%)	10 (38%)	5 (50%)	47 (27%)			
Conviventi	2 (2%)	0	0	2 (2%)			
Vedovi	1 (1%)	0	0	1 (1%)			
Famiglia							
Presente	168 (81%)	18 (69%)	5 (50%)	145 (85%)	10.247	.006	.22
Assente	39 (19%)	8 (31%)	5 (50%)	26 (15%)			
Allocazione							
Domicilio	117 (56%)	5 (19%)	2 (20%)	110 (64%)	118.737	.000	.54
Comunità educativa	72 (35%)	8 (31%)	5 (50%)	59 (34%)			
Comunità terapeutica	7 (3%)	7 (27%)	0	0			
Comunità tossicodipendenze	4 (2%)	4 (15%)	0	0			
IPM	6 (3%)	2 (8%)	3 (30%)	1 (1%)			
Centro Accoglienza	1 (1%)	0	0	1 (1%)			
Tipo di reato							
Reato contro la persona	123 (59.4%)	12 (46%)	9 (90%)	102 (60%)	17.021	.009	.20
Reato contro il patrimonio	38 (18.4%)	3 (12%)	0	35 (20%)			
Reato Legge Droga	27 (13%)	4 (15%)	0	23 (14%)			
Diversi reati	19 (9.2%)	7 (27%)	1 (10%)	11 (6%)			

Nota: χ^2 = Analisi delle frequenze sulle caratteristiche socio-demografiche, cliniche e giuridiche di tre gruppi di minori autori di reato: cluster 1 (n=26), cluster 2 (n=10), cluster 3 (n=171). Il valore p è significativo al livello di 0,05; V rappresenta l'effetto dimensionale di Cramer per il test del χ^2 .

Tabella 3. Regressioni logistiche binomiali.

Variabile nell'equazione	B	Wald (χ^2)	p-Value	Exp (B)	95% IC per Exp (B)	
					Min	Max
VD età reato						
VI socio-demografiche						
Genere	-.756	5.718	.017	.469	.253	.873
Difficoltà genitoriali	-1.538	6.728	.009	.215	.067	.687
Reato Legge Droga	2.133	7.700	.006	8.441	1.871	38.082
VD Reato Legge Droga						
VI socio-demografiche						
Età reato	1.896	6.291	.012	6.658	1.513	29.287
VD Diversi reati						
VI socio-demografiche						
Difficoltà genitoriali	2.332	9.373	.002	10.300	2.314	45.842

Note: le regressioni logistiche binomiali sono state eseguite utilizzando il metodo Forward-Wald sull'intero campione di minori (N=207). VD rappresenta la variabile dipendente, mentre VI indica le variabili indipendenti. I coefficienti di regressione (B*) sono stati calcolati insieme ai relativi test del chi quadrato di Wald (Wald(χ^2)) indicando la significatività al livello di 0,05 (p-Value). Gli odds ratio (Exp(B)) sono stati calcolati insieme agli intervalli di confidenza al 95% (95%IC) per ogni variabile indipendente.

riabili su un gruppo di controllo ovvero di minori non autori di reato. Inoltre è necessario tenere presente che il campione non può essere ritenuto rappresentativo dell'intera fascia di età, ma può solo indicare l'andamento rispetto a una determinata categoria, prendendo infatti in considerazione solo il gruppo di minori autori di reato affetti da disturbi psichici e/o dipendenza patologica residenti nella provincia di Salerno. Un altro aspetto importante è quello dei numerosi drop-out al percorso di valutazione psicodiagnostica e sostegno psicologico da parte dei minori presi in carico dal Servizio, non permettendo così la raccolta di informazioni anamnestiche necessarie ai fini della ricerca.

Conclusioni

Ciò che caratterizza il sistema di giustizia per i minorenni è il particolare atteggiamento di attenzione nei confronti di soggetti, quali giovanissimi, non aventi una personalità ancora pienamente sviluppata.

Il DPR 448/88 e D.lgs. 272/89 e s.m.i. hanno disciplinato un nuovo sistema procedurale penale, nei confronti dell'imputato minorenne, caratterizzato principalmente dal coinvolgimento di strutture, servizi e risorse con il fine di promuovere l'effettivo recupero e l'uscita dal circuito penale per coloro che non presentino gravi devianze.

La collaborazione in materia sanitaria e di tutela della salute tra la ASL e i soggetti della giustizia mi-

norile si esplica tenendo conto degli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione a favore dei minorenni con procedimento penale in atto, con l'obiettivo di rinforzare una coerenza operativa nell'interesse del minore.

Di fatto, l'integrazione nella progettazione e nell'attuazione di un programma di intervento è essenziale per costruire un'alleanza "curativa" di base con i ragazzi e con le loro famiglie; infatti la possibilità di osservare gli operatori che sanno integrare le loro prospettive, conservando al contempo la propria individualità, offre ai minori e ai genitori un modello di condotta alternativo e più funzionale.

Da questo spazio di lavoro interdisciplinare dipendono in gran parte i risultati e gli effetti degli interventi, direzionando l'efficienza e l'efficacia delle azioni e costituendo un luogo operativo privilegiato in termini di valenza clinica e professionale, poiché la gestione del minore, nella sua globalità, richiama la necessità di "saperi interagenti". Un intervento così articolato, in risposta a un'altrettanto mutevole e complessa problematica socio-penale, scaturisce necessariamente da un modello organizzativo basato su sinergismo delle risorse istituzionali, professionali e strumentali, per un'azione congiunta adeguata.

Occorre sottolineare come allo stato emergano ancora delle criticità legate in primis al fatto che nel contesto penale minorile frequentemente i tempi della giustizia non corrispondono necessariamente a quelli clinici, diagnostici e terapeutici.

Inoltre, il colloquio clinico tra operatore e utente

si iscrive inevitabilmente in un contesto istituzionale, determinato soprattutto dal rapporto di committenza, che rischia di attivare necessariamente anche processi difensivi problematici.

Pertanto gli operatori dei Servizi Sanitari che operano nel contesto penale minorile devono essere consapevoli di tale criticità e lavorare per trasformare un accesso coatto in un incontro volontario; per tale ragione è necessaria la capacità di orientare il proprio focus attentivo non solo sull'evento-reato, ma anche sulle dinamiche personali dell'interlocutore e soprattutto sul suo essere soggetto in grado di produrre un cambiamento.

Ulteriore elemento di riflessione è rappresentato dalla necessità di coinvolgere le agenzie territoriali che dovrebbero garantire il seguimiento del minore terminato il percorso giuridico, soprattutto laddove si evidenziano difficoltà specifiche legate al contesto socio-ambientale e familiare di appartenenza.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Decreto del Presidente Della Repubblica DPR n. 448 del 22/09/1988 "Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni". GU n. 250 del 24-10-1988 - Suppl. Ordinario n. 92.
2. Pennisi S. Devianza e giustizia penale minorile. ECPS Journal 2013; 7: 264-70.
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1° aprile 2008 sulle "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". GU Serie Generale n.126 del 30-05-2008.
4. Deliberazione N. 1551 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le U.S.S.LL. Disponibile su: <https://lc.cx/x8Vipy> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
5. Accordo Conferenza Unificata del 20/11/2008 - Rep. n. 102/CU: Accordo 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 e i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile. Disponibile su: <https://lc.cx/ejlSFZ> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
6. Accordo Conferenza Unificata del 19/04/2023 Rep. n. 45/CU: Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti Locali, in conformità all'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, relativo all'aggiornamento ed integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, proposte dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria. Disponibile su: <https://lc.cx/d-xE-O> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
7. Accordo di programma del 28/12/09 sottoscritto tra la Regione Campania, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e il Centro per la Giustizia Minorile. Disponibile su: <https://lc.cx/0y2K-D> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
8. Deliberazione Campania n. 96 del 21/3/2011, "Linee guida per la stesura del protocollo locale per la gestione del servizio di medicina penitenziaria", parte integrante della quale al punto 8 dettaglia l'Assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Disponibile su: <https://lc.cx/xQYuZU> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
9. Deliberazione Campania n. 621 del 13/11/2012 "Indirizzi operativi per la gestione per gli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria". Disponibile su: https://lc.cx/x_ABH3 [ultimo accesso 13 giugno 2024].
10. Deliberazione Campania n. 716 del 13/12/2016 Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". GU n. 64 del 18/03/2015 Serie Generale.
11. Accordo Conferenza Unificata del 29/10/2017 Rep. N. 129/CU concernente il Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Tale accordo è stato stipulato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali in conformità all'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
12. Deliberazione Campania n. 134 del 13/03/2018 riguardante il recepimento degli accordi della Conferenza Unificata del 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e del 26 ottobre 2018 (Rep. n. 129), con l'approvazione del "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e del "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei Servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità".
13. Deliberazione Campania n. 567 del 18/09/2018 relativa alla presa in carico e collocamento presso comunità terapeutiche dei minori con problematiche psicopatologiche e/o di tossicodipendenza, su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, con aggiornamento e integrazione operatività ex DGRC n. 621/2012, recepita dalla ASL Salerno con atto deliberativo n. 322/2018 del 27/11/2018.
14. Accordo Conferenza Unificata del 14/09/2022 Rep. N. 148/CU relativo alle "Linee di indirizzo per la costituzione di Comunità sperimentali di tipo socio-sanitario per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza". Disponibile su: <https://lc.cx/fVdrZ3> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
15. "Accordo tra Governo, Regioni, Province autonome di Trento e di Bolzano e Enti Locali sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria riguardante l'aggiornamento e integrazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai Minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, come indicato nell'Accordo Rep. n. 82/CU del 26 novembre 2009. Repertorio Atti n. 45/CU del 19 aprile 2023". Dall'Accordo Rep. Atti n 62/CU del 28 aprile 2022-eLinee di indirizzo-Rep. Disponibile su: <https://lc.cx/YipNQx> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
16. Delibera n. 917 del 19/05/2023 riguardante il recepimento e l'attuazione della DGRC n. 153 del 28.03.2023 - "Comunità sperimentale di tipo sociosanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali e ai servizi della giustizia minorile". Approvazione Progetto Operativo.
17. Deliberazione Campania n. 376 del 29/06/2023 Recepimento e attuazione dell'Accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2023, 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".
18. Novelletto A, Biondo D, Monniello G, L'adolescente violento. Riconoscere e prevenire l'evoluzione criminale. Milano: Franco Angeli, 2000.
 19. Winnicott DW [1965]. Sviluppo affettivo e ambiente. Roma: Armando Editore, 1970.
 20. Rossi L. Adolescenti criminali: dalla valutazione alla cura. Roma: Carocci, 2004.
 21. Baldascini L. Vita da adolescenti. Milano: Franco Angeli, 1993.
 22. Andolfi M, Mascellani A. Storie di adolescenza. Milano: Raffaele Cortina, 2010.
 23. Mastropasqua I, Buccellato N, Colicelli C. Giovani adulti e giustizia minorile. Roma: Gangemi Editore, 2013.
 24. Maggiolini A, Pietropolli Charmet G (a cura di). Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti. Milano: Franco Angeli, 2004.
 25. Bertolini P, Caronia L. Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento. Firenze: La Nuova Italia, 1994.
 26. Maggiolini A (a cura di). Adolescenti delinquenti. L'intervento psicologico nei Servizi della Giustizia minorile. Milano: Franco Angeli, 2002.
 27. De Leo G, Patrizi P. Psicologia della devianza. Roma: Carocci Editore, 2002.
 28. Maggiolini A, Riva E. Adolescenti trasgressivi. Le azioni devianti e le risposte degli adulti. Milano: Franco Angeli, 2001.
 29. Molinedo-Quílez MP. Psychosocial risk factors in young offenders. *Rev Esp Sanid Penit* 2020; 22: 104-11.
 30. Vaccaretti M. La Psicopatologia. *Nurse24.it* 2022. Disponibile su: <https://lc.cx/XBfwjr> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
 31. Ministero della Giustizia. Dipendenze e problemi correlati, 2023. Disponibile su: <https://lc.cx/elJ-10> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
 32. Mesa D. Disagio scolastico e ambienti sociali: le risorse e i vincoli. In: Triani P (a cura di). *Leggere il disagio scolastico*. Roma: Carocci, 2020.
 33. Unicef. Le condizioni dell'infanzia nel mondo 2021. 2021, 1-63. Disponibile su: <https://lc.cx/XC0X50> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
 34. Rao R. I minori ed i giovani a rischio di devianza: appunti sui sistemi di welfare regionali. Centro Studi Nisida. Disponibile su: <https://lc.cx/a2qtlI> [ultimo accesso 13 giugno 2024].
 35. Abidin RR. Parenting stress index: professional manual. Odessa, FL: Psychological. Assessment Resources, 1995. Adattamento italiano: Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camicasca E, Serantoni G (a cura di). *Parenting Stress Index: Manuale* (5° ed.). Firenze: Giunti OS, 2008.