QUESITI

SILVIO D'ALESSANDRO - MARGHERITA GUERCINI – ANTONELLA MILETTI - MARIA MARINELLI – FRANCA DIONIGI - LINDA PELLEGRINI – ALESSANDRO LUCARINI

Dalla continuità assistenziale alla transizione governata: presa in carico congiunta delle persone detenute con sofferenza psichica, dipendenze e doppia diagnosi

Il contributo propone un modello di transizione governata per le persone detenute con sofferenza psichica, disturbi da uso di sostanze o doppia diagnosi nella fase di uscita dal circuito penitenziario. La proposta muove dalla letteratura internazionale sulla continuità di cura, sul *re-entry planning*, sul modello APIC, sulla *Critical Time Intervention* e sul *Forensic Assertive Community Treatment*, nonché dalle raccomandazioni italiane in materia di salute mentale negli istituti penitenziari. La tesi sostenuta è che, nei casi complessi, l'uscita dal carcere non possa essere trattata come mero trasferimento amministrativo di competenze, ma debba essere costruita come fase clinico-istituzionale ad alta vulnerabilità, da programmare prima della liberazione e da presidiare nei giorni e nelle settimane immediatamente successive. La transizione governata viene quindi intesa come metodo interistituzionale fondato su anticipazione, corresponsabilità, tracciabilità e sostenibilità. Lo strumento operativo del modello è il Progetto individualizzato di presa in carico condivisa, destinato a ordinare bisogni clinici, *setting* di destinazione, responsabilità, tempi, risorse e ritorni informativi.

From continuity of care to governed transition. Joint care of detained persons with mental suffering, addictions and dual diagnosis

The article proposes a governed transition model for prisoners with mental health disorders, substance use disorders or dual diagnosis when leaving prison. The model builds on the international literature on continuity of care, re-entry planning, the APIC model, Critical Time Intervention and Forensic Assertive Community Treatment, as well as on Italian recommendations concerning mental health care in prison settings. The article argues that, in complex cases, release from prison cannot be treated as a merely administrative transfer of responsibilities. It must instead be constructed as a high-risk clinical and institutional transition, planned before release and supported during the following days and weeks. Governed transition is therefore conceived as an interinstitutional method based on anticipation, shared responsibility, traceability and sustainability. Its operational tool is an individualised shared-care plan, aimed at defining clinical needs, destination setting, responsibilities, timelines, resources and feedback mechanisms.

SOMMARIO 1. Il problema: l'uscita dal carcere come frattura clinica e istituzionale. - 2. Le basi scientifiche: continuità di cura, *re-entry planning* e modelli di transizione. - 3. Il quadro italiano: salute in carcere, sanità penitenziaria e salute mentale forense. - 4. Dalla dimissione protetta alla transizione governata. - 5. La presa in carico congiunta come metodo di corresponsabilità. - 6. Il Progetto individualizzato di presa in carico condivisa. - 7. Misure alternative, pene sostitutive e decisione giudiziaria. - 8. Sostenibilità, risorse e dati sensibili. - 9. Il caso umbro come laboratorio applicativo. - 10. Conclusioni.

1. *Il problema: l'uscita dal carcere come frattura clinica e istituzionale*. La fase di uscita dal circuito penitenziario delle persone con sofferenza psichica,

disturbi da uso di sostanze o doppia diagnosi costituisce uno snodo critico. La cessazione della custodia non coincide, di per sé, con l'effettiva continuità della cura, della protezione sociale e della gestione del rischio. Il venir meno della restrizione intramuraria può anzi rendere più visibile la fragilità della persona, perché la espone a una pluralità di passaggi simultanei: il ritorno al territorio, la riattivazione o l'avvio dei servizi sanitari, la ricerca di un luogo di dimora, l'eventuale esecuzione penale esterna, la ricostruzione dei legami familiari, la gestione della terapia e delle prescrizioni, l'accesso a prestazioni sociali e amministrative.

Il problema non è soltanto clinico. È istituzionale. Una persona può uscire dal carcere formalmente segnalata a un servizio e tuttavia sostanzialmente priva di un progetto immediatamente operativo, condiviso e verificabile. La segnalazione, la relazione sanitaria, la comunicazione all'ufficio competente o l'indicazione astratta del servizio territoriale possono essere necessarie, ma non esauriscono il governo della transizione. Se non sono inserite in una sequenza anticipata di atti, responsabilità, tempi e ritorni informativi, rischiano di produrre una continuità solo apparente.

La vulnerabilità del post-release è documentata dalla letteratura internazionale. Il periodo immediatamente successivo alla liberazione è associato a un aumento del rischio di morte, anche per overdose, suicidio, riacutizzazione psicopatologica e perdita del contatto con i servizi[1]. La difficoltà si accentua quando la persona presenti comorbilità psichiatrica e dipendenza patologica, perché il bisogno clinico non si lascia ordinare secondo competenze lineari: non è soltanto psichiatrico, non è soltanto tossicologico, non è soltanto sociale, non è soltanto penale-esecutivo.

Da qui discende la necessità di una categoria più esigente della semplice uscita assistita. Nei casi complessi non basta domandarsi quale sia il servizio competente dopo la scarcerazione. Occorre stabilire chi assuma in concreto la presa in carico, quando debba avvenire il primo contatto, quale terapia debba essere garantita senza interruzioni, quale *setting* sia compatibile con il quadro

[1] BINSWANGER-STERN-DEYO-HEAGERTY-CHEADLE-ELMORE-KOEPSELL, *Release from prison - a high risk of death for former inmates*, in *New England Journal of Medicine*, 2007, 157 ss.; BAILLARGEON-BINSWANGER-PENN-WILLIAMS-MURRAY, *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door*, in *American Journal of Psychiatry*, 2009, 103 ss.

clinico e giuridico, quali risorse siano disponibili, quale soggetto debba informare l'autorità giudiziaria o l'UEPE in caso di criticità e come debbano essere trattate le informazioni sensibili.
La nozione di transizione governata nasce da questa esigenza. Essa descrive il passaggio dal carcere al territorio non come evento puntuale, ma come processo clinico-istituzionale da progettare prima dell'uscita e da monitorare nella fase immediatamente successiva. Il suo obiettivo non è trattenere più a lungo, né far uscire più rapidamente. È impedire che una persona fragile venga trasferita, senza governo, dal carcere al vuoto.

2. *Le basi scientifiche: continuità di cura, re-entry planning e modelli di transizione.* La proposta si inserisce nel solco di acquisizioni scientifiche consolidate. La letteratura internazionale utilizza categorie diverse - *continuity of care*, *throughcare*, *re-entry planning*, *case management*, *Critical Time Intervention*, *Forensic Assertive Community Treatment* - ma converge su un punto: il rientro nella comunità non può essere affidato alla mera successione amministrativa tra istituzione totale e servizi territoriali[2].
Il modello più vicino alla logica qui proposta è l'APIC Model - *Assess, Plan, Identify, Coordinate* - elaborato per favorire la transizione dalla detenzione alla comunità di persone con disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze[3]. Il modello individua quattro passaggi essenziali. Il primo è la valutazione dei bisogni clinici, sociali e dei profili di rischio. Il secondo è la predisposizione di un piano di trattamento e di servizi. Il terzo è l'individuazione dei programmi territoriali e istituzionali responsabili dopo l'uscita. Il quarto è il coordinamento del piano di transizione, così da evitare vuoti assistenziali.
La guida SAMHSA sulla transizione dal carcere alla comunità per persone con disturbi mentali o da uso di sostanze sviluppa il medesimo presupposto: il passaggio deve essere programmato, personalizzato e coordinato con i servizi del territorio, con attenzione alla continuità terapeutica, alla copertura sanitaria,

[2] Per un inquadramento generale, v. SAMHSA, *Guidelines for Successful Transition of People with Mental or Substance Use Disorders from Jail and Prison: Implementation Guide* (2017).
[3] OSHER–STEADMAN–BARR, *A Best Practice Approach to Community Re-entry from Jails for Inmates with Co-occurring Disorders: The APIC Model*, Delmar, NY, The National GAINS Center, 2002.

all'alloggio, ai farmaci, al trattamento delle dipendenze e agli altri fattori di stabilizzazione[4]. Il punto rilevante, ai fini del presente contributo, è che la continuità di cura non viene intesa come semplice trasmissione documentale, ma come costruzione di un raccordo operativo prima del rilascio.

Ulteriore riferimento è la *Critical Time Intervention*. Tale modello considera la fase di transizione come periodo ad alta vulnerabilità, nel quale occorre un intervento temporaneo, intensivo e mirato a consolidare il collegamento con i servizi ordinari[5]. La sua utilità teorica consiste nel mettere al centro il tempo critico della transizione: non solo la qualità del servizio di destinazione, ma la tenuta del passaggio. Nei soggetti con malattia mentale grave, il problema non è soltanto "dove" la persona verrà presa in carico, ma "come" e "quando" il legame con il servizio si renderà effettivo.

Il *Forensic Assertive Community Treatment* offre un ulteriore elemento. Esso adatta il modello dell'*assertive community treatment* alle persone con disturbo mentale grave e coinvolgimento nel sistema penale, integrando intervento clinico territoriale, gestione del rischio, riduzione delle recidive e raccordo con gli attori della giustizia[6]. La letteratura non consente di assumere il FACT come soluzione automatica o univoca per tutti i casi. Tuttavia, esso conferma un dato rilevante: la presa in carico delle persone con bisogni clinici e profili forensi non può essere segmentata tra cura, controllo e sostegno sociale. Richiede un dispositivo capace di tenere insieme tali dimensioni.

Le raccomandazioni NICE sulla salute mentale degli adulti in contatto con il sistema penale muovono nella stessa direzione. Esse valorizzano l'integrazione dei piani di cura con i piani degli altri servizi, la chiara individuazione di ruoli e responsabilità, la condivisione delle informazioni necessarie e la presenza di

---

[4] SAMHSA, *Guidelines for Successful Transition of People with Mental or Substance Use Disorders from Jail and Prison: Implementation Guide* (2017).

[5] JARRETT-THORNICROFT-FORRESTER-HARTY-SENIOR-KING-HUCKLE-PARROTT-DUNN-SHAW, *Continuity of care for recently released prisoners with mental illness: a pilot randomised controlled trial testing the feasibility of a Critical Time Intervention*, in *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2012, 187 ss.

[6] GOULET-DELLAZIZZO-LESSARD-DESCHENES-LESAGE-CROCKER-DUMAIS, *Effectiveness of Forensic Assertive Community Treatment on forensic and health outcomes: a systematic review and meta analysis*, in *Criminal Justice and Behavior*, 2022, 838 ss.; LAMBERTI, WEISMAN, *Essential elements of Forensic Assertive Community Treatment*, in *Harvard Review of Psychiatry*, 2021, 278 ss.

un coordinatore nei casi più complessi[7]. Anche qui il dato centrale non è la formula organizzativa adottata, ma la rottura della sequenza burocratica: il bisogno non viene spostato da un servizio all'altro; viene ricomposto entro un piano condiviso.

Sul versante delle dipendenze, le fonti UNODC, WHO ed EUDA insistono sulla continuità del trattamento nel passaggio tra carcere e comunità, in particolare per il rischio di overdose, ricaduta e interruzione della terapia[8]. Tale profilo assume rilievo particolare nei casi di doppia diagnosi, nei quali l'assenza di un raccordo simultaneo tra servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze può tradursi in una presa in carico formalmente frazionata e sostanzialmente inadeguata.

Da questa letteratura si ricava una conclusione metodologica: il concetto di transizione governata non pretende di inventare la continuità di cura. Ne propone una traduzione istituzionale, operativa e verificabile nel contesto italiano dell'esecuzione penale. Il contributo originale sta nel passaggio dalla continuità assistenziale come principio alla corresponsabilità interistituzionale come metodo.

3. *Il quadro italiano: salute in carcere, sanità penitenziaria e salute mentale forense.* Nel sistema italiano, il diritto alla salute delle persone detenute deve essere letto alla luce dell'art. 32 Cost. e del principio secondo cui la restrizione della libertà personale non determina la compressione dei diritti fondamentali non incompatibili con lo stato detentivo. La riforma della sanità penitenziaria, avviata con il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 e attuata con il D.P.C.M. 1 aprile 2008, ha trasferito al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie in ambito penitenziario[9]. Ne deriva che la salute in carcere non è un settore separato

[7] NICE, *Mental health of adults in contact with the criminal justice system*, NICE guideline NG66, 2017, last reviewed 2024.

[8] UNODC-WHO, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, revised edition, 31 marzo 2020; UNODC, *Treatment of Drug Use Disorders and Associated Mental Health Disorders in Prison Settings*, 2022; EUROPEAN UNION DRUGS AGENCY, *Prisons and drugs: health and social responses. European guide*, last update 17 giugno 2026; WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Preventing overdose deaths in the criminal-justice system*, Copenhagen, 2014.

[9] D.lgs. n. 230 del 1999; D.P.C.M. 1 aprile 2008.

dall'ordinario sistema sanitario, ma una sua articolazione in un contesto ad alta complessità.
Questa impostazione incide sulla fase di uscita. Se la sanità penitenziaria appartiene al sistema sanitario nazionale, la cessazione della custodia non può produrre una cesura del percorso terapeutico. La persona non dovrebbe passare da una medicina penitenziaria a una medicina "altra", ma da un segmento del servizio pubblico a un altro segmento dello stesso sistema. In concreto, tuttavia, il passaggio resta esposto a fratture organizzative: differenze territoriali, disallineamento tra ASL, mancanza di informazioni tempestive, assenza di appuntamenti già fissati, indisponibilità di strutture, problemi di residenza sanitaria, carenza di soluzioni abitative e difficoltà di gestione della terapia.
La Corte costituzionale, con la sentenza n. 99 del 2019, ha riconosciuto la necessità di apprestare una tutela effettiva nei casi di grave infermità psichica sopravvenuta, estendendo la possibilità di ricorrere alla detenzione domiciliare in deroga anche a tali ipotesi[10]. La pronuncia non riguarda direttamente la transizione governata, ma ne rafforza il presupposto: il sistema dell'esecuzione penale non può rimanere indifferente davanti a condizioni psichiche incompatibili con una detenzione ordinaria non adeguatamente presidiata.
Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha espresso una posizione netta sulla salute mentale in carcere, evidenziando la fisiologica tensione tra contesto detentivo e cura psichiatrica e richiamando la necessità di favorire la presa in carico territoriale delle persone con disturbo psichiatrico[11]. Anche il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il paziente con disturbo mentale negli istituti penitenziari italiani costituisce un riferimento essenziale, perché riconduce l'assistenza psichiatrica intramuraria entro una logica di percorso, integrazione e continuità[12].

---

[10] Corte cost., 19 aprile 2019, n. 99.
[11] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, 22 marzo 2019.
[12] COMITATO NAZIONALE DI COSTRUZIONE E SVILUPPO DEL PDTA, *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Raccomandazioni per il paziente con disturbo mentale negli Istituti Penitenziari italiani*, in *Riv. Psichiatr.*, 2017, 52, Suppl. 1 al n. 6, pp. S1-S33.

La chiusura degli OPG e la costituzione delle REMS hanno ulteriormente reso evidente la necessità di governare i confini tra carcere, misura di sicurezza, salute mentale territoriale e autorità giudiziaria[13]. Il problema delle liste d'attesa, della gestione dei casi complessi, della distinzione tra bisogno sanitario e pericolosità sociale, nonché del raccordo con i Dipartimenti di salute mentale, conferma che l'uscita dal circuito custodiale non può essere affidata a un automatismo amministrativo.
Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2025-2030, approvato in Conferenza Unificata con atto n. 177/CU del 29 dicembre 2025 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 28 del 4 febbraio 2026, rafforza la centralità di percorsi integrati, personalizzati e territorialmente governati[14]. Pur non esaurendo la specificità penitenziaria, il PANSM offre una cornice utile per collocare la transizione governata dentro una più ampia strategia di integrazione tra servizi e di prevenzione delle interruzioni assistenziali.

4. *Dalla dimissione protetta alla transizione governata.* Nel lessico sanitario e socio-assistenziale la categoria della dimissione protetta conserva una propria utilità. Essa rinvia all'idea che il passaggio da un *setting* protetto a un contesto esterno debba essere accompagnato e non lasciato alla sola iniziativa del paziente. Tuttavia, nel contesto penitenziario tale formula presenta un limite. Dal carcere, in senso proprio, non si viene dimessi: si viene scarcerati, ammessi a una misura alternativa, collocati in un diverso regime esecutivo, trasferiti o comunque immessi in una differente condizione giuridica.
La precisazione non è terminologica. È sostanziale. Parlare di dimissione rischia di attrarre il fenomeno nella sola dimensione sanitaria, come se il problema consistesse nel trasferire un paziente da un presidio a un servizio. Nei casi di sofferenza psichica, dipendenza patologica o doppia diagnosi, l'uscita dal carcere coinvolge invece simultaneamente profili clinici,

[13] D.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni dalla l. 17 febbraio 2012, n. 9; d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni dalla l. 30 maggio 2014, n. 81.
[14] Conferenza Unificata, atto Rep. n. 177/CU del 29 dicembre 2025, recante approvazione del *Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030*, pubblicato in G.U. n. 28 del 4 febbraio 2026, Suppl. ord. n. 6.

tossicologici, sociali, abitativi, familiari, penitenziari, giudiziari ed esecutivi. Il bisogno non si lascia racchiudere in una linea di continuità sanitaria. Richiede una regia interistituzionale.

Per questa ragione appare preferibile parlare di transizione governata. La formula consente di rappresentare il passaggio dal carcere al territorio come fase complessa, anticipata e coordinata, nella quale ciascun attore assume un segmento definito e verificabile di responsabilità. La transizione è "governata" quando non dipende dalla disponibilità episodica del singolo servizio, dalla capacità del difensore di ricostruire informalmente la rete, dall'intervento volontaristico dell'operatore o dalla resilienza della persona fragile. È governata quando il passaggio è costruito, documentato e monitorato.

La transizione governata non si pone in alternativa alla dimissione protetta. Ne costituisce una declinazione rafforzata nei casi complessi. La prima resta una categoria utile per indicare l'accompagnamento verso l'esterno; la seconda individua un metodo più esigente, fondato sulla corresponsabilità tra soggetti diversi. Il baricentro si sposta dalla protezione alla responsabilità condivisa. Non basta segnalare il caso al servizio competente; occorre stabilire chi prende in carico, quando, dove, con quali strumenti, con quali risorse e con quale flusso informativo di ritorno.

La formula evita anche un secondo rischio: quello di trasformare la continuità di cura in un principio retorico. La continuità è effettiva solo se può essere verificata. Per questo il modello richiede quattro assi: anticipazione, perché il percorso deve iniziare prima dell'uscita; corresponsabilità, perché nessun soggetto governa da solo il passaggio; tracciabilità, perché ogni atto deve avere un referente e un tempo; sostenibilità, perché il progetto deve indicare le risorse necessarie e il soggetto competente a garantirle.

5. La presa in carico congiunta come metodo di corresponsabilità. La presa in carico congiunta è lo strumento concettuale della transizione governata. Essa non coincide con una generica collaborazione tra servizi. Non basta che il CSM sia informato, che il SerD riceva una comunicazione, che l'UEPE sia a conoscenza della posizione giuridica o che la Direzione trasmetta una relazione. La

presa in carico è congiunta quando tali interventi vengono ordinati in un progetto comune, con compiti distinti ma coordinati.
Il modello conserva le competenze di ciascun soggetto. La Direzione dell'istituto assicura il raccordo amministrativo e istituzionale, favorendo il collegamento tra area sanitaria, area trattamentale, Polizia penitenziaria e soggetti esterni. La sanità penitenziaria valuta il quadro clinico, psichiatrico e tossicologico, indica la terapia, segnala le esigenze di continuità e cura il raccordo con i servizi territoriali. L'area trattamentale contribuisce alla ricostruzione del percorso personale e istituzionale. L'UEPE assume una funzione di cerniera quando vengano in rilievo misure alternative, pene sostitutive o esecuzione penale esterna. CSM e SerD devono essere coinvolti prima dell'uscita, non quando la discontinuità si sia già prodotta. La Magistratura di sorveglianza interviene quando il progetto incide sull'esecuzione della pena, sulle prescrizioni, sul differimento, sul collocamento o su altra determinazione di competenza.
Nei casi di salute mentale forense, il modello richiede il coinvolgimento dei livelli specialistici competenti: Dipartimenti di salute mentale, unità operative aziendali di psichiatria e psicologia forense, eventuali punti unici regionali o organismi di raccordo, REMS, SPDC, strutture residenziali e *setting* intermedi.
Nei casi di dipendenza patologica o doppia diagnosi, il raccordo tra SerD e CSM deve essere simultaneo, non sequenziale. La doppia diagnosi non tollera una logica di rimbalzo: prima la dipendenza, poi la psichiatria; prima la psichiatria, poi la dipendenza. La frammentazione del bisogno produce spesso la frammentazione della responsabilità.
Il terzo settore e il volontariato possono svolgere una funzione preziosa di accompagnamento, sostegno relazionale, mediazione con il territorio e supporto materiale. Tuttavia, il loro ruolo deve restare definito e non sostitutivo delle competenze pubbliche. La transizione governata non può fondarsi sulla supplenza informale delle reti solidaristiche, perché in tal modo riprodurrebbe proprio il vuoto istituzionale che intende evitare.
La presa in carico congiunta ha quindi una natura duplice. Da un lato, è uno strumento di tutela della persona, perché riduce il rischio di interruzione terapeutica e dispersione sociale. Dall'altro, è uno strumento di responsabilità istituzionale, perché rende visibile chi debba fare che cosa, entro quale termine

e con quali risorse. La sua funzione non è medicalizzare l'esecuzione penale, né attribuire ai servizi sanitari funzioni improprie di controllo. È costruire un punto di incontro tra cura, esecuzione, protezione sociale e gestione del rischio.

6. *Il Progetto individualizzato di presa in carico condivisa.* Il Progetto individualizzato di presa in carico condivisa costituisce il dispositivo tecnico della transizione governata. Nel linguaggio operativo può essere indicato con l'acronimo PIDP, purché sia chiarito che esso non designa più un mero progetto di "dimissione", ma un progetto di presa in carico condivisa.
La sua funzione non è descrivere una fragilità. È trasformare quella fragilità in un programma eseguibile. Il PIDP deve rispondere a una domanda precisa: che cosa accade, concretamente, il giorno dell'uscita e nei giorni immediatamente successivi? Se il documento non consente di rispondere a questa domanda, resta una relazione, non diventa strumento di transizione.
Il contenuto minimo dovrebbe comprendere il quadro clinico essenziale, la condizione psichiatrica, tossicologica o di doppia diagnosi, la terapia in corso, i rischi di una uscita non governata, i servizi già coinvolti, i servizi da attivare, il *setting* di destinazione, il primo appuntamento con CSM o SerD, le modalità di continuità farmacologica, l'eventuale ruolo dell'UEPE, dell'amministratore di sostegno o del tutore, la necessità di istanze alla Magistratura di sorveglianza, il raccordo con perizie o consulenze tecniche, le risorse necessarie e le modalità di monitoraggio.
Il PIDP deve distinguere il luogo della collocazione dal modo della presa in carico. Non è sufficiente indicare un domicilio, una comunità, una struttura o un servizio. Occorre stabilire chi riceve la persona, entro quale termine, con quale terapia, con quali prescrizioni, con quale referente e con quale modalità di verifica. Nei casi più complessi, il documento dovrebbe anche indicare il *setting* appropriato: percorso ambulatoriale, semiresidenzialità, *housing* assistito, comunità terapeutica, struttura residenziale psichiatrica, SPDC per le acuzie, REMS nei casi di misura di sicurezza detentiva, o altri presidi previsti dalla programmazione regionale.
La valutazione del rischio non deve essere utilizzata come categoria generica o stigmatizzante.

Deve essere funzionale al progetto. Occorre distinguere rischio clinico, rischio suicidario, rischio di ricaduta nell'uso di sostanze, rischio di dispersione sociale, rischio di recidiva, rischio di violenza e fattori protettivi. Una valutazione indifferenziata rischia di produrre esiti opposti: da un lato, trattenere in modo improprio; dall'altro, far uscire senza protezione. Il PIDP serve a evitare entrambe le distorsioni.
Il progetto deve inoltre essere sintetico, ma non generico; flessibile, ma non indeterminato; clinicamente fondato, ma traducibile in atti amministrativi e, ove necessario, in argomenti giuridici. Questa è la sua funzione più rilevante. Il PIDP non appartiene soltanto alla sanità, né soltanto all'amministrazione penitenziaria, né soltanto alla difesa. È un documento di raccordo, capace di rendere comunicanti linguaggi e responsabilità diverse.

7. *Misure alternative, pene sostitutive e decisione giudiziaria.* La transizione governata assume particolare rilievo quando l'uscita dal circuito custodiale si colleghi a una misura alternativa, a un differimento, a una detenzione domiciliare, a un affidamento in prova, a un collocamento terapeutico, a una misura di sicurezza o a una pena sostitutiva. In tali ipotesi il progetto non ha soltanto valore clinico-organizzativo. Assume anche funzione dimostrativa: non documenta soltanto la vulnerabilità della persona, ma la concreta praticabilità di una risposta non meramente custodiale.
Le pene sostitutive delle pene detentive brevi, come ridefinite dalla riforma Cartabia, si collocano in questo spazio di intersezione. La semilibertà sostitutiva, la detenzione domiciliare sostitutiva, il lavoro di pubblica utilità sostitutivo e la pena pecuniaria sostitutiva rappresentano forme diverse di risposta sanzionatoria non coincidente con la detenzione intramuraria[15]. Tuttavia, nei casi di sofferenza psichica, dipendenza patologica o doppia diagnosi, la sostituzione formale della pena non garantisce, da sola, la tenuta del percorso.
Per la semilibertà sostitutiva, occorre verificare attività esterne, orari, luoghi, compatibilità con terapie, colloqui clinici, lavoro, formazione o programmi comunitari. Per la detenzione domiciliare sostitutiva, occorre valutare domicilio,

[15] Art. 20-*bis* c.p.; artt. 53 ss. l. 24 novembre 1981, n. 689, come modificati dal d.lgs. 10 ottobre 2022, n. 150; art. 545-*bis* c.p.p.

struttura o luogo di cura, sostenibilità relazionale, prescrizioni, possibilità di allontanamento per esigenze di vita e salute, raccordo con UEPE e servizi territoriali. Per il lavoro di pubblica utilità sostitutivo, occorre verificare se la persona sia in grado di sostenere l'impegno senza pregiudizio per il trattamento sanitario e se l'ente ospitante disponga delle sole informazioni organizzative necessarie, nel rispetto della riservatezza. Anche la pena pecuniaria sostitutiva, pur meno interferente con il progetto terapeutico, può incidere sulla sostenibilità economica di una persona fragile.

Il PIDP non sostituisce il programma dell'UEPE, né le valutazioni del giudice della cognizione o della Magistratura di sorveglianza. Fornisce pero gli elementi clinici, sociali e organizzativi necessari per evitare che la misura resti astrattamente concedibile e concretamente fragile. La sua funzione è rendere visibile la base territoriale della decisione: dove la persona andrà, chi la seguirà, quale trattamento verrà garantito, quale struttura e disponibile, quali prescrizioni sono compatibili, quale ritorno informativo è previsto.

Il progetto può avere rilievo anche nella fase peritale o cautelare. Nei procedimenti nei quali siano oggetto di valutazione imputabilità, pericolosità sociale, capacità di partecipare consapevolmente al processo, compatibilità con il carcere o adeguatezza di un percorso terapeutico-riabilitativo, il PIDP può offrire una base documentale concreta. Non sostituisce il giudizio tecnico del perito o del consulente, ma consente di verificare la sostenibilità effettiva delle alternative alla soluzione custodiale.

La Magistratura di sorveglianza, dal canto suo, può utilizzare il progetto come strumento di lettura e attuazione della decisione. L'ordinanza non è il punto finale del percorso. È lo snodo attraverso cui il progetto assume forza giuridica, organizzativa o istituzionale. Se dispone un collocamento, una misura, una prescrizione o una modifica, deve essere immediatamente tradotta in adempimenti: accompagnamento, ingresso in struttura, terapia, primo contatto con il servizio, comunicazioni periodiche, gestione delle criticità.

8. *Sostenibilità, risorse e dati sensibili.* La transizione governata non può essere rappresentata come operazione a costo zero. Richiede tempo professionale, coordinamento, valutazioni cliniche, documentazione, contatti con il territorio,

eventuale collocamento, accompagnamento, monitoraggio e continuità terapeutica. Ignorare questo profilo renderebbe il modello fragile. La questione economica deve essere formulata non come ostacolo, ma come criterio di sostenibilità.

Il PIDP dovrebbe quindi contenere una sezione dedicata alle risorse. Per ciascun segmento occorre indicare il soggetto competente, la risorsa necessaria, l'eventuale fonte di copertura, l'atto amministrativo richiesto, la criticità prevedibile e la soluzione proposta. La ripartizione delle competenze deve distinguere, ad esempio, valutazione clinica intramuraria, continuità terapeutica iniziale, presa in carico psichiatrica, presa in carico per dipendenza, doppia diagnosi, profili trattamentali, misure alternative, accertamento di invalidità civile, prestazioni sociali, collocamento residenziale, accompagnamento e supporto relazionale.

Il costo della transizione non può essere automaticamente imputato al solo territorio in cui insiste l'istituto penitenziario. Una simile soluzione rischierebbe di produrre squilibri e di scoraggiare l'attivazione dei percorsi. Occorre invece individuare, caso per caso, il soggetto istituzionale competente e la relativa fonte di copertura, distinguendo competenze sanitarie, sociali, penitenziarie, giudiziarie, comunali e regionali.

Un profilo specifico riguarda le persone straniere prive di stabile iscrizione al Servizio sanitario. Il PIDP deve verificare se la condizione amministrativa impedisca l'accesso effettivo alle cure, alla presa in carico territoriale, alle misure alternative o alla continuità terapeutica. L'irregolarità amministrativa non può tradursi, di fatto, in un ostacolo assoluto alla cura o in una ragione indiretta di permanenza nel circuito detentivo. La verifica va collocata nella fase di sostenibilità, non rinviata al momento dell'uscita.

Il modello implica infine il trattamento di informazioni sanitarie, psichiatriche, tossicologiche, sociali e giudiziarie. La presa in carico congiunta non legittima una circolazione indifferenziata dei dati. La persona deve essere informata, con modalità comprensibili, circa finalità del progetto, soggetti coinvolti, documentazione utilizzata, eventuale trasmissione alla Magistratura, comunicazioni ai servizi territoriali e ruolo di enti del terzo settore. Ciascun soggetto deve ricevere soltanto le informazioni necessarie al proprio segmento

di intervento. Il consenso informato non è un adempimento accessorio: è una garanzia di legittimità e comprensibilità del percorso.

9. *Il caso umbro come laboratorio applicativo.* Il modello può trovare un terreno di sperimentazione particolarmente significativo nel contesto umbro. Il riferimento alle linee guida regionali in materia di programmi alternativi alla pena detentiva per persone alcol e tossicodipendenti, approvate con DGR Regione Umbria n. 1548 del 1 dicembre 2014 in attuazione del Protocollo d'intesa del 13 maggio 2014 tra Ministero della Giustizia, Regione Umbria, ANCI Umbria e Tribunale di sorveglianza di Perugia, offre un precedente rilevante di coordinamento interistituzionale[16].
Tali linee guida hanno un oggetto più circoscritto rispetto alla transizione governata qui proposta, perché riguardano in particolare l'accesso ai programmi terapeutico-riabilitativi e alle misure alternative da parte di persone con problematiche di alcol o tossicodipendenza. Tuttavia, esse contengono un metodo prezioso: programma individualizzato, raccordo con i servizi per le dipendenze, interlocuzione con la Magistratura di sorveglianza, uso delle strutture terapeutiche accreditate e coordinamento tra istituzioni.
La transizione governata non sostituisce questo patrimonio. Lo amplia. Nei casi di persona detenuta con disturbo da uso di sostanze, anche associato a sofferenza psichica, il PIDP dovrebbe verificare l'applicabilità concreta delle linee guida regionali e coordinarle con le esigenze di salute mentale, sostenibilità economica, consenso informato, riservatezza, *setting* territoriale e ritorni informativi. In presenza di doppia diagnosi, la verifica deve essere svolta congiuntamente da SerD e CSM, così da evitare la scomposizione del bisogno clinico tra servizi paralleli.
Il Piano regionale umbro in materia di salute mentale forense, in coerenza con il PANSM 2025-2030, offre un ulteriore livello di integrazione. La programmazione regionale può essere letta come cornice di sistema; il PIDP come dispositivo individuale; il tavolo interistituzionale come luogo di governo delle responsabilità. In tale prospettiva, la rete regionale - DSM, CSM, SerD,

[16] Regione Umbria, DGR n. 1548 del 1 dicembre 2014; Protocollo d'intesa del 13 maggio 2014 tra Ministero della Giustizia, Regione Umbria, ANCI Umbria e Tribunale di sorveglianza di Perugia.

REMS, SPDC, strutture residenziali, UEPE, Magistratura, servizi sociali e terzo settore qualificato - non resta un elenco di soggetti, ma diventa una sequenza concreta di atti, referenti e verifiche.
Il riferimento all'Umbria deve però essere metodologicamente delimitato. Non si tratta di costruire un modello regionale chiuso, ma di utilizzare un laboratorio territoriale per elaborare una proposta replicabile. L'esperienza regionale consente di verificare le condizioni di fattibilità: chi convoca, chi segnala, chi redige il PIDP, chi valida la sostenibilità, chi dialoga con la Magistratura di sorveglianza, chi monitora il primo accesso ai servizi, chi interviene in caso di ricaduta o interruzione del percorso.
Il tavolo interistituzionale costituisce la sede naturale di questa sperimentazione. Esso dovrebbe svolgere tre funzioni: progettuale, per definire il modello generale; operativa, per risolvere i nodi dei singoli casi complessi; valutativa, per monitorare tempi, criticità, costi, esiti e ricadute organizzative. Il tavolo non sostituisce le competenze dei singoli enti. Le rende comunicanti.

10. *Conclusioni.* La transizione governata riguarda una platea definita: persone detenute con sofferenza psichica, dipendenza patologica o doppia diagnosi, per le quali l'uscita dal circuito detentivo rappresenta una fase di particolare esposizione clinica, sociale e istituzionale. La delimitazione del target non riduce la portata del modello. La rafforza. Consente infatti di concentrare l'intervento sui casi nei quali la mancata programmazione può generare i costi più elevati: interruzione terapeutica, accessi emergenziali, ricoveri impropri, ricadute, violazione delle prescrizioni, marginalità e rientro nel circuito penale.
Il modello non introduce una procedura generalista per ogni situazione di fragilità. Propone un dispositivo selettivo, fondato su anticipazione, corresponsabilità, tracciabilità e sostenibilità. Il caso viene individuato; sanità penitenziaria, area trattamentale e UEPE raccolgono gli elementi necessari; CSM, SerD e servizi territoriali verificano la presa in carico; il PIDP viene redatto come documento operativo; la Direzione ne verifica la completezza e lo trasmette, ove necessario, alla Magistratura di sorveglianza; il difensore o l'interessato formulano l'istanza quando occorra un provvedimento; l'eventuale

ordinanza viene utilizzata come leva di attuazione; ciascun soggetto assume il segmento di propria competenza; il percorso viene monitorato.

La stessa logica vale quando l'uscita sia mediata da una misura alternativa o da una pena sostitutiva. Il dato decisivo non è la sostituzione formale della pena detentiva, ma la costruzione di condizioni esecutive idonee a sostenere cura, responsabilizzazione e controllo. Una misura non detentiva, se priva di rete, può diventare una libertà fragile e non governata. Una misura costruita su un progetto verificabile può invece diventare il punto di innesto tra tutela della salute, esecuzione penale e sicurezza sociale.

La transizione governata non è una nuova etichetta per prassi già note. È la traduzione giuridico-istituzionale di una esigenza clinica e organizzativa già riconosciuta dalla letteratura: la continuità di cura non si realizza per effetto della sola competenza formale, ma attraverso un passaggio presidiato. In questo senso, il modello si colloca tra evidenza scientifica, responsabilità amministrativa e funzione giurisdizionale. Sostituisce alla logica del rinvio la logica della presa in carico congiunta.

Il fine non è trattenere più a lungo, né far uscire più rapidamente. Il fine è evitare che la persona fragile venga trasferita, senza governo, dal carcere al vuoto.