Istituto a Ordinamento Universitario D.M. 30/04/2018, G.U. n. 138 16/06/2018

Sede di Firenze

Corso di studi triennale in Mediazione Linguistica (classe di laurea L-12)

Indirizzo Criminologia e Cybersecurity

TESI FINALE

Il trattamento della malattia mentale negli autori di reato: Italia e Francia a confronto

Candidata/o: Martina Moriconi

Matricola n° 808/FI

Relatore: Silvia Calzolari

Correlatore: Tania Bendoni

A.A. 2025/2026

ABSTRACT

La malattia mentale rientra in un ambito di ricerca molto delicato che, per le sue diverse sfaccettature, richiede uno studio approfondito e accurato. Questo lavoro di ricerca vuole esaminare una di tali sfaccettature, ovvero come viene trattata la malattia mentale in caso di individui autori di reato ai quali è stato diagnosticato un disturbo mentale. Procedura che differisce dal percorso psicoterapeutico pensato per coloro che entrano in un carcere ordinario. Più precisamente, la ricerca mira a ripercorrere, attraverso casi studio specifici, le misure di sicurezza utilizzate per il trattamento di tali malattie all'interno del sistema penitenziario italiano dal secolo scorso ad oggi. Le misure odierne verranno poi messe a confronto con le misure utilizzate oggi nel sistema penitenziario francese. L'analisi terminerà con delle considerazioni sul possibile futuro del sistema penitenziario.

Le trouble mental représente un domaine de recherche extrêmement sensible qui nécessite une étude approfondie et précise, surtout à cause des ses différentes facettes. Ce travail de recherche veut examiner l'une de ces facettes, c'est-à-dire comment le trouble mental est traité dans les cas des individus auteurs d'un crime auxquels un trouble mental a été diagnostiqué. Une procédure qui diffère du parcours psychothérapeutique conçu pour ceux qui demeurent en prison. Plus précisément, la recherche vise à retracer les mesures de sécurités utilisées pour le traitement des tels troubles à l'intérieur du système pénitentiaire italien du siècle dernier à aujourd'hui grâce à des cas d'études spécifiques. Les mesures d'aujourd'hui seront ensuite confrontées aux mesures utilisées actuellement dans le système pénitentiaire français. L'analyse ira se clôturer avec des réflexions sur le possible avenir du système pénitentiaire.

Indice

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE....3
1.1 Domande di ricerca....4
1.2 Metodologia di ricerca e fonti....4
1.3 Gap della letteratura ricoperto....7
1.4 Casi studio e commento....8
CAPITOLO 2: IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MENTALE IN ITALIA....13
2.1 L'età manicomiale aretina....14
2.1.1 Premesse (storiche e) normative....14
2.1.2 La follia nei manicomi....16
2.2 Il quarantennio dell'OPG di Montelupo Fiorentino....19
2.2.1 Premesse (storiche e) normative....19
2.2.2 La malattia mentale nell'OPG....21
2.3 Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in Toscana....28
2.3.1 Premesse normative....28
2.3.2 La malattia mentale nelle REMS toscane....33
CHAPITRE 3 : LE TRAITEMENT DE LA MALADIE MENTALE EN FRANCE....35
3.1 La loi française sur la maladie mentale et les mesures de sûreté....35
3.2 Les parcours de traitement français....38
CHAPITRE 4 : COMPARAISON ENTRE ITALIE ET FRANCE....43
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES FUTURES....49
BIBLIOGRAFIA....53
SITOGRAFIA....57
Legislazione:....57
Generico:....57

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi, i termini "infermità" e "mentale" risuonano sempre più spesso attorno a noi e ciò è dovuto soprattutto al loro largo utilizzo da parte delle testate giornalistiche, che hanno così contribuito alla loro diffusione. A partire da questo aspetto inizia a fiorire un interesse personale e un conseguente desiderio di voler approfondire l'argomento. Ecco perché, attraverso questa ricerca e grazie alle conoscenze acquisite durante il mio percorso accademico legato alla criminologia, colgo l'occasione per analizzare ciò che sta al di là dei meri termini "malattia mentale". Più in particolare, ciò che accade dopo una sentenza di pena ridotta o di assoluzione per parziale o totale infermità di mente con alto tasso di pericolosità sociale. Tuttavia, è doveroso sottolineare che ogni nazione tratta in maniera diversa le persone autori di reato a cui è stata diagnosticata una malattia mentale, a seconda dell'approccio che quel determinato paese ha intrapreso verso la psichiatria, la psicologia e la risposta al crimine. Per questo motivo, la ricerca vuole poi comparare tale analisi alla sfera francese, resa possibile dalle capacità linguistiche in possesso.

La scelta della sfera francese è frutto di una curiosità personale verso una nazione vicina all'Italia geograficamente e giuridicamente, ma che nella realtà dei fatti potrebbe invece rivelarsi distante. La Francia è stata inoltre patria del medico Philippe Pinel, considerato padre della psichiatria moderna. A lui si deve la creazione di strutture specifiche per la cura dei malati mentali, ossia i manicomi, nonché l'introduzione di un approccio scientifico e umano del trattamento dei folli, non più dunque legato alla religione o alla superstizione: niente più catene né camice di forza, il malato è una persona da ascoltare e da curare con un'impostazione umana e morale (benché talvolta persistessero dei trattamenti più rigidi come le docce fredde).

Ad ogni modo, prima di entrare nel vivo di questo elaborato, si ritiene utile e fondamentale sottolineare alcune precisazioni terminologiche; questo riguarda in particolar misura il contesto italiano. Infatti, in questa parte saranno analizzate diverse tipologie di strutture: i manicomi, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). La prima precisazione riguarda proprio il termine "manicomio". Bisogna innanzitutto distinguere il manicomio *civile* dal manicomio *criminale*, nato nel corso del XIX secolo con lo scopo di accogliere specificatamente i malati mentali autori di reato. Successivamente, con la promulgazione del primo Regolamento penitenziario dell'Italia unita nel 1891, la denominazione "criminale" viene modificata in "giudiziario", termine scelto appositamente per sottolineare la dipendenza della struttura verso l'autorità giudiziaria.

Una seconda lecita precisazione è la seguente: la distinzione tra i cosiddetti "folli rei" e i "rei folli", due denominazioni che a primo impatto sembrano designare le stesse persone, ma che in realtà sono molto diverse e si riferiscono a due categorie diverse di individui. La prima, folli rei, fa

riferimento a coloro che avevano commesso un atto penalmente rilevante in stato di malattia o alterazione mentale (D'Auria 2018, 13). La denominazione rei folli comprende invece quegli individui che hanno sviluppato una malattia mentale durante la detenzione in carcere. Tale terminologia veniva principalmente utilizzata nel periodo manicomiale, cadendo in disuso con l'evoluzione della psichiatria e della medicina.

1.1 Domande di ricerca

Considerato tutto ciò che è stato enunciato sopra, potrebbero essere proposte alcune domande alle quali questa ricerca vuole dare una risposta, prima fra tutte: qual è il trattamento riservato agli autori di reato? E poi: nel contesto italiano, come è cambiato nel tempo questo trattamento, soprattutto da un punto di vista storico e giuridico? Dai manicomi giudiziari alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, passando per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il trattamento della malattia mentale in Italia ha infatti seguito un percorso evolutivo particolare, sia a livello giuridico che pratico. Ma bisogna fare attenzione, poiché "alla modifica del nome non sempre si è accompagnato un cambiamento di sostanza" (Garlati 2025, 298).

Guardando invece all'aspetto comparativo di questo studio, e quindi all'applicazione dell'indagine al contesto francese, sorge un'ulteriore domanda: cosa rende diverso, o simile, ciascun sistema? Questo studio vuole porre ciascuna organizzazione di fronte all'altra e individuare i rispettivi punti di forza, ma anche le loro criticità, così come eventuali somiglianze e differenze.

1.2 Metodologia di ricerca e fonti

Per poter rispondere a tali domande, la ricerca è stata redatta secondo diverse metodologie sulla base di fonti congrue all'argomento. Si tratta di fonti principalmente in lingua italiana e in lingua francese, ma non mancano le fonti in lingua inglese, per definire con ancor più completezza la ricerca. Di seguito saranno spiegate le diverse metodologie di ricerca e le rispettive fonti principali.

In linea generale, è stata seguita una metodologia mista. Ciò perché, sotto il punto di vista qualitativo, sono state consultate e analizzate diverse opere, articoli, rapporti redatti da organi statali e leggi, per poter illustrare le finalità teoriche del trattamento della malattia mentale, ovvero come deve (o dovrebbe) attuarsi la cura verso queste persone. In questo senso, sono state lette opere quali ad esempio *L'istituzione negata* di Franco Basaglia, scelta per l'importanza che ha rivestito nell'influenzare il superamento della struttura manicomiale. A questa si aggiungono la relazione redatta dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, e alcuni saggi del volume *REMS e percorsi terapeutici giudiziari*, curato da Marco Pelissero. In particolare, la prima fu redatta a seguito di controlli a

sorpresa di tutti gli OPG presenti ed include relazioni specifiche sulle condizioni strutturali e igieniche di ogni ospedale. Il lato quantitativo della metodologia viene invece posto in essere nell'analisi dei casi studio odierni, in particolare nel confronto tra la REMS italiana e il ben più complesso sistema francese, dove si mettono in risalto problematiche legate al sovraffollamento nonché alla mancanza di professionisti e strutture, numericamente insufficienti per gestire il bisogno crescente di cure psichiatriche, con il conseguente allungamento delle liste di attesa da un lato e l'aggravamento del sovraffollamento dall'altro. A tal proposito, per la situazione in Italia, in particolare nella Regione Toscana, sono state studiate le indagini condotte da Antigone sulle condizioni di detenzione e la Relazione annuale 2026 sulle attività del 2025 redatta dal Garante regionale dei diritti dei detenuti; per la sfera francese è stato consultato il sito web World Prison Brief e le pubblicazioni statistiche del *Ministère de la Justice*.

In secondo luogo, al fine di trattare l'argomento in maniera più completa e precisa, lo studio si è avvalso della metodologia di ricerca storiografica, nella misura in cui viene ripercorso da un punto di vista storico come e in quali strutture veniva trattata la malattia mentale in Italia per evidenziarne così i diversi cambiamenti. È stato ritenuto opportuno consultare testi che comprendessero anche il periodo antecedente a quello analizzato in questo elaborato, ovvero prima della Legge n. 36 del 1904, di cui si tratterà in seguito, in modo da cogliere le motivazioni alla base di essa e il contesto da cui deriva. Si segnalano dunque la lettura di: *Gli istituti penitenziari tra Ottocento e Novecento*, in particolare il saggio *I manicomi in Lombardia tra scienza e diritto. Gli alienisti milanesi e l'urgenza di una riforma* e l'articolo della Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza *L'evoluzione dell'istituzione manicomiale giudiziaria in Italia tra paradigmi psichiatrici e giuspenalistici. Luci ed ombre all'esito dell'importante riforma del 2012*.

Questo approccio è stato affiancato da un'analisi di tipo normativo: l'iter legislativo è stato considerato infatti fondamentale per costruire una linea temporale chiara e netta, da cui trarre importanti conclusioni riguardanti le tempistiche di attuazione delle leggi emanate. Non solo, notando la distanza tra l'emanazione delle varie leggi o dei DPCM, si deduce quanto la malattia mentale, in generale, ma particolarmente in contesto giuridico, sia stata affrontata poco e in alcuni casi con superficialità. In questo senso sono stati consultati saggi e articoli sia in lingua italiana che in lingua inglese. Si evidenziano in particolare il capitolo *L'istituzione manicomiale nel sistema penitenziario italiano*, facente parte di *Carlo Morelli: un riformatore nell'Italia dell'Ottocento*, che ha fornito un ordine cronologico completo delle leggi e delle riforme emanate fino ad oggi, insieme agli articoli in lingua inglese *The Basaglia Law. Returning dignity to psychiatric patients: the historical, political and social factors that led to the closure of psychiatric hospitals in Italy in 1978* e *Protection of prisoners with mental health disorders in Italy: lights and shadows after the*

abolition of Judicial Psychiatric Hospitals. Questi trattano rispettivamente la Legge Basaglia e la Legge n. 9/2012, due delle leggi cardine in questo contesto. In aggiunta sono stati consultati i siti internet ufficiali di Normattiva, della Gazzetta Ufficiale e di *Legifrance* per la lettura in versione integrale delle normative e delle leggi vigenti e non. Infine si segnala il sito web Brocardi per una versione online completa del vigente Codice Penale (cp) e della Costituzione italiani.

È inoltre fondamentale sottolineare la ricerca in chiave comparativa. Uno degli obiettivi primari di questo elaborato è infatti il confronto tra la realtà italiana e quella francese, in questo studio svolto su scala regionale, a cui si aggiunge, visto il fattore storiografico, un micro confronto a livello italiano, dato dall'analisi di un caso studio per ogni fase storica del trattamento. La scelta di un confronto su base regionale è sostenuta da diverse motivazioni: in primo luogo, in Italia la gestione stessa delle strutture è affidata alle Regioni, in quanto esse sono di competenza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e più in particolare delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Dunque le REMS sono indipendenti dal sistema giudiziario nazionale, almeno nella componente curativa. In secondo luogo, come già citato precedentemente, il sistema di cura francese risulta essere ben più complesso di quello italiano, tanto da contare su strutture diverse con organizzazioni e livelli di sicurezza diversi, il che comporta forzatamente un'analisi su più larga scala. Per questi motivi, e affinché il confronto possa considerarsi paritario, è stata scelta l'analisi su scala regionale. In particolare, a livello italiano è stata scelta la regione Toscana, la realtà più vicina alla redattrice di questo elaborato, sia per quanto riguarda il micro confronto precedentemente introdotto sia per il confronto internazionale con la realtà francese, di cui verranno prese in considerazione alcune regioni settentrionali, in particolare Hauts-de-France, Eure e Seine-Maritime.

In questa sezione si ha la varietà linguistica maggiore nelle fonti consultate. Si ha, da un lato, la ricerca *Mai più Manicomi* pubblicata dal Consiglio regionale della Toscana per approfondire il caso studio legato alle REMS e agli OPG. Dall'altro, dunque per l'analisi della situazione francese, sono da sottolineare i due articoli *Mental health and the criminal justice system in France: a narrative review* e *Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire: une étude observationnelle dans le Nord de la France*. La loro funzione è quella, rispettivamente, di spiegazione schematica dell'organizzazione del sistema di cura della malattia mentale riservata agli autori di reato e di approfondimento di tale organizzazione in quelle regioni sopra citate. In entrambi i casi sono stati presi in considerazione anche i siti ufficiali dei vari ministeri, ossia il Ministero della Giustizia italiano e il *Ministère de la Justice* francese.

Infine, si evidenzia una componente sociologica che traspare durante l'analisi dei casi studio nel suo insieme. Sono narrate alcune testimonianze reali di persone internate in manicomio e in OPG, per poter mostrare alcune discrepanze tra la teoria e la pratica del trattamento della malattia

mentale. Ciò è stato possibile grazie alla consultazione di documenti quali cartelle cliniche in riferimento al caso studio dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo e alla lettura de *Gli Intravisti* di Jacopo Santambrogio, in cui si riportano testimonianze dirette di persone ricoverate in OPG. Per ragioni di riservatezza, i nomi dei pazienti ricoverati nel manicomio di Arezzo sono stati riportati con le sole iniziali del nome.

1.3 Gap della letteratura ricoperto

L'obiettivo di questo elaborato è dare voce a una categoria di persone, sia degenti che professionisti, dei quali si parla ancora troppo poco, soprattutto da un punto di vista giuridico e talvolta anche medico. Al di là della stampa che riporta i fatti, raramente si è andati oltre la semplice terminologia per raccontare la realtà che si trova dietro di essa. Già la salute mentale di per sé risulta essere ancora un tabù o oggetto di pregiudizi in diversi paesi, mentre dovrebbe essere considerata fondamentale per il benessere personale e collettivo. Tali pregiudizi sociali nel contesto che qui si vuole analizzare erano già stati messi in luce nell'opera di Franco Basaglia, quando nel riportare un'intervista a un internato viene affermato: "Si, indubbiamente, i pregiudizi nei riguardi della malattia mentale e del malato mentale sono molto diffusi e anche molto radicati" (2024, 127). Secondo Basaglia infatti, la società gioca un ruolo cardine nel definire la malattia mentale con le sue norme comportamentali, nella misura in cui essa vede nei malati una anormalità da separare, contenere e rinchiudere, in quanto sono "scoria irrazionale della razionalità sociale" (Basaglia 2024, 360). Anche se non si ha certezza del disagio psichico della persona, è sufficiente essere diversi, incomprensibili e dunque pericolosi per gli altri. Ciò consente ai "sani" di escludere i malati mentali dalla società recludendoli negli ospedali psichiatrici, in modo da proteggere le norme sociali interiorizzate e quindi la loro normalità.

Un ulteriore segno di poca considerazione dell'argomento lo si trova rifacendosi alla componente quantitativa di questa ricerca. Data probabilmente la gestione regionale delle strutture, è interessante notare come non esistano relazioni statistiche recenti redatte a livello nazionale dagli istituti competenti, sia per quanto riguarda l'Italia (ISTAT) che la Francia (INSEE). Bisogna invece ricercare organi e associazioni specifiche che si dedicano a questa operazione di indagine, come l'Osservatorio StopOPG e l'Associazione Antigone o, in questo caso specifico, il Garante regionale dei diritti dei detenuti. A questo aspetto si lega la inesistenza di un regolamento riguardante le odierne REMS, tanto che ognuna ne ha redatto uno proprio, e il non aggiornamento della legislazione vigente, dato che nel cp si parla ancora di ospedale psichiatrico giudiziario.

Nella letteratura sono presenti pubblicazioni sul trattamento della malattia mentale nei due paesi, si trovano anche pubblicazioni su come sia cambiata nel corso degli anni e sulle diverse leggi

promulgate. Tuttavia, raramente si racconta come si svolga il tutto nella realtà in maniera specifica e lì risiede il motivo di questo elaborato che vuole colmare la lacuna attraverso l'analisi di casi studio specifici, di cui si tratterà in seguito. La sua specificità continua anche nella comparazione con le regioni francesi: non ci sono infatti pubblicazioni che facciano un'analisi generale, dunque da un punto di vista organizzativo, strutturale e statistico, tra la regione Toscana e quelle degli Hauts-de-France, dell'Eure e della Seine-Maritime.

1.4 Casi studio e commento

Per poter sopperire ai gap presenti nella letteratura, questo elaborato fa leva, come già precedentemente anticipato, su specifici casi studio. In particolare, saranno approfonditi quattro casi studio: tre per il contesto italiano, uno per ogni fase storica del trattamento dei folli, e uno per il contesto francese, ovvero quelle strutture presenti nelle regioni sopra citate. I casi studio individuati sono dunque, in ordine di analisi, il manicomio provinciale di Arezzo, l'OPG di Montelupo Fiorentino, le REMS di Volterra ed Empoli (visto l'allargamento della scala di analisi a tutta la Toscana) e infine le venti strutture presenti nel nord della Francia. Data la complessità e la numerosità di quest'ultimo caso studio, l'analisi si manterrà su un piano organizzativo.

Il manicomio provinciale di Arezzo, in seguito denominato Ospedale neuropsichiatrico provinciale, viene istituito nel 1901 e continua la sua attività fino alla chiusura definitiva del 1989, ma prima di entrare nei dettagli è lecito introdurre brevemente la struttura manicomiale. I manicomi, sia civili che giudiziari, erano ambienti dalle scarse condizioni igieniche e pullulanti di trattamenti disumani usati per contenere la follia e "curare" la persona: camicie di forza ed elettroshock sono solo alcuni esempi. Durante l'Ottocento, si chiede che vengano costruite nuove strutture dove depositare i folli criminali, fino ad allora rinchiusi in carcere insieme agli altri detenuti. Tuttavia, manca una vera volontà politica di cambiare le cose. Benché iniziassero a nascere i primi manicomi criminali, divenuti poi giudiziari, questi erano considerati al pari delle carceri, in funzione del pensiero corrente tipicamente positivista per cui devianza e follia rappresentavano anormalità della personalità da studiare. La loro funzione era anche quella di ovviare al problema del sovraffollamento delle carceri, che potevano liberarsi dei soggetti più ingestibili. Conseguentemente, una volta entrati nei manicomi, come anche nelle carceri, le persone perdevano i loro diritti e la loro identità, e la speranza di uscirne era pressoché nulla.



Figura 1: veduta dall'alto dell'area manicomiale[1]

La villa medicea rinascimentale di Montelupo Fiorentino, adibita a Ospedale Psichiatrico Giudiziario con la Legge n. 354/1975 e chiusa definitivamente nel 2017, è composta da diverse aree: la villa, dove si trovano gli uffici amministrativi, i giardini, i porticati, in cui risiede la Polizia Penitenziaria, le ex scuderie, ovvero gli unici spazi detentivi, e la cosiddetta Ambrogiana, allestita con ambulatori medici (*figura 2*). La scelta di questa struttura si deve alla sua lunga storia, risalente al 1886 quando vi fu istituito un manicomio giudiziario, uno dei primi in Italia, e soprattutto al fatto che essa risultava essere l'unico ospedale psichiatrico della Toscana. Ciò perché, a seguito della Legge n. 354/1975, importante riforma del sistema penitenziario che apporta i primi cambiamenti riguardanti le strutture manicomiali giudiziarie, si ha l'entrata in vigore della Legge n. 180/1978 (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, meglio conosciuta come Legge Basaglia) e del Decreto Legislativo 230/99 riguardante il *Riordino della medicina penitenziaria*. Se la prima infatti rappresenta un iniziale tentativo di cambiamento, benché si limiti in un certo senso a una semplice modifica nella denominazione degli istituti di cura da "manicomio giudiziario" a "ospedale psichiatrico giudiziario", le seconde la completano. Infatti, affermano rispettivamente l'importanza della territorializzazione delle cure e la responsabilizzazione del paziente, che deve essere gradualmente reintegrato nella società. Inoltre, affidano le funzioni sanitarie alle ASL. Dunque la cura sanitaria deve rimanere nella regione di appartenenza del paziente ed essere indipendente dalla componente penitenziaria, che rimane nelle attività di sicurezza e di vigilanza esterna, nonché nell'accompagnamento dei pazienti in altre eventuali sedi[2].

[1] Fonte: archivi storici, *Biblioteca area umanistica di Arezzo*.
[2] https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/termine_del_glossario?contentId=GLO127349# (22/04/2026).



Figura 2: Planimetria dell'OPG di Montelupo[3]

Seguendo i criteri delle leggi sopra citate, si può comprendere la motivazione dietro la scelta dell'intera regione Toscana come terzo caso studio, che ad oggi conta due REMS: Volterra (PI) (*figura 3*) dal 2015 ed Empoli (FI) (*figura 4*) dal 2020. Sancite con la Legge n. 9/2012, le REMS sono definite come strutture residenziali su base regionale, dotate di sola assistenza sanitaria all'interno e sistemi di sicurezza e vigilanza all'esterno, con una capienza massima di 20 posti letto (D'Auria 2018, 23). Nonostante il cambiamento radicale apportato alla cura degli infermi e dei semi infermi di mente, non mancano le criticità, attualmente legate principalmente alla mancanza di posti letto e alla mancanza di una legislazione specifica e precisa. Da evidenziare anche l'organizzazione che la Regione ha dato alla cura mentale, suddivisa in tre livelli sulla base del livello di sicurezza messa in atto. In questo schema la REMS rappresenta il terzo livello: trattasi di una residenza con sorveglianza intensiva e vigilanza perimetrale costante che si occupa di misure di sicurezza detentive, per questo definita REMS-D. Il secondo livello concerne le residenze intermedie, ovvero strutture extraospedaliere parzialmente protette in cui sono accolte o persone alle quali viene applicata una misura di sicurezza non detentiva o una Licenza Finale Esperimento. Infine, il primo livello è costituito dalla rete ordinaria di servizi territoriali che attuano quei percorsi terapeutico riabilitativi fondamentali per il superamento degli OPG. In questo elaborato sarà analizzato solo il terzo livello di sicurezza[4].

[3] *Fonte:* *https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/eventi/Mai%20piu%CC%80%20Manicomi_%20Una%20ricerca%20sulla%20Rems%20di%20Volterra_%20La%20nuova%20vita%20dell%E2%80%99Ambrogiana%20-%20web(1).pdf* (22/04/2026).

[4] Per questa suddivisione in tre livelli vedasi il documento disponibile al seguente link: https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-LIBERTA/documenti/allegato%201.pdf (22/04/2026).



Figura 3: Planimetria REMS-D Volterra a fine lavori[5]



Figura 4: REMS Empoli[6]

Volgendosi al caso studio francese, è lecito fare una prima introduzione riguardo l'organizzazione di questo sistema in modo da chiarire la ragione delle venti strutture sopra citate. Il sistema di cura del trattamento della malattia mentale riservato agli autori di reato in Francia si suddivide in due macro-ramificazioni a seconda della percentuale di responsabilità penale. In caso di assenza di responsabilità penale, la persona entra nel sistema di salute mentale pubblico, applicando alcune possibili misure di sicurezza, mentre in caso di responsabilità parziale o totale, il giudice sentenzia l'incarcerazione dell'individuo dove si trova un sistema di cura a loro riservato. Entrambi i settori si compongono di tre livelli di cura, a cui si aggiungono le *Unités pour malades difficiles* (*UMD*, Unità per malati difficili) dove vengono ricoverati tutti coloro che sono considerati pericolosi socialmente a prescindere dello loro status giudiziario. Concentrandosi sul secondo caso, i tre livelli di cura sono: *Unité sanitaire en milieu pénitentiaire* (*USMP*, Unità sanitaria penitenziaria), *Service médico-psychologique régional* (*SMPR*, Servizio medico-psicologico regionale) e le *Unité hospitalière spécialement aménagées* (*UHSA*, Unità ospedaliera appositamente attrezzata). Le prime sono unità ambulatoriali e si trovano all'interno di tutte le carceri, mentre le seconde, presenti all'interno di solo alcune prigioni, sono vere e proprie unità ospedaliere. In entrambi i casi l'ammissione può solo essere volontaria. Le *UHSA* sono invece unità amministrate dal sistema sanitario, ma vigilate dall'amministrazione penitenziaria e si trovano

[5] Fonte: https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/eventi/Mai%20piu%CC%80%20Manicomi_%20Una%20ricerca%20sulla%20Rems%20di%20Volterra_%20La%20nuova%20vita%20dell%E2%80%99Ambrogiana%20-%20web(1).pdf, pp. 58-66 (22/04/2026).

[6] Fonte: http://met.provincia.fi.it/news.aspx?n=299626 (22/04/2026).

all'interno degli ospedali civili. L'ammissione può essere sia volontaria che involontaria, limitata ai casi in cui la persona rappresenti un pericolo per se stesso o per gli altri. Nel seguente elaborato sarà approfondita questa seconda ramificazione del sistema di cura, che nelle regioni Hauts-de-France, Eure e Seine-Maritime sono disposte come da *figura 5*.



Figura 5: Disposizione delle strutture nelle regioni nord della Francia[7]

[7] Fonte: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762020304132.

CAPITOLO 2: IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MENTALE IN ITALIA

In queste prime pagine sono stati introdotti i concetti di vizio totale di mente (o infermità mentale), vizio parziale di mente (o seminfermità mentale) e pericolosità sociale, introdotti con il codice penale del 1930 e in vigore ancora oggi. Prima di approfondire ulteriormente la ricerca, si ritiene opportuno chiarire questi tre elementi giuridicamente fondamentali per comprendere appieno il tema di questo elaborato, poiché sulla base di questi si decide il percorso di cura che gli autori di reato con disagio psichico dovranno seguire. Innanzitutto, bisogna distinguere un soggetto imputabile, che può essere quindi considerato penalmente responsabile, da uno non imputabile. Tale suddivisione viene spiegata, seppure per alcuni giuristi in maniera piuttosto vaga, dall'art. 85 del cp, che recita così:

> Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.
> È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere.

La capacità di intendere si definisce come la capacità di comprendere la realtà, il proprio comportamento, la capacità di comprensione delle proprie azioni od omissioni e delle loro conseguenze sugli altri. Con capacità di volere si intende invece la capacità decisionale autonoma e la capacità di controllare i propri impulsi rispetto al comportamento prefigurato. Sulla base della presenza o (parziale) assenza di queste condizioni si stabilirà una successiva sentenza di accusa o di proscioglimento per totale o parziale infermità mentale, come definito dai rispettivi articoli 88[8] e 89[9] cp. Il primo esclude pienamente la capacità di intendere e di volere, mentre per il secondo la capacità di intendere e di volere persiste benché grandemente scemata. Ma affinché tale sentenza possa dirsi legittima, bisogna che tra il disturbo mentale e il reato sia presente un nesso causale, ovvero stabilire, tramite perizia, la sussistenza del disturbo al momento del fatto. Per quanto il concetto di infermità mentale sia ampio, questa può assimilarsi con psicosi funzionali, psicosi organiche, sviluppi di personalità, reazioni abnormi, ritardo mentale e disturbi di personalità[10] (Zanfini 2015, 25-26). Il Codice prevede già anche situazioni in cui la capacità di intendere e di volere è assente: cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti, età inferiore ai 14 anni, ubriachezza da caso fortuito o forza maggiore e il sordomuto che al momento del fatto non era

[8] https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-iv/capo-i/art88.html?q=88+cp&area=codici (15/05/2026).
[9] https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-iv/capo-i/art89.html?utm_source=internal&utm_medium=link&utm_campaign=articolo&utm_content=nav_art_succ_dispositivo (15/05/2026).
[10] Sono stati inglobati nel 2005 con la sentenza n. 9163 delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione. Testo disponibile al link: https://lumsa.it/sites/default/files/UTENTI/u124/Cass.,%20sez.%20unite,%20sentenza%20Raso.pdf. (15/05/2026).

capace di intendere e di volere (Zanfini 2015, 25), situazioni che in molti casi concorrono con un disturbo psichico.

Solo dopo aver accertato tutte queste condizioni si può introdurre il concetto di pericolosità sociale, ossia la "probabilità di commettere nuovi fatti previsti dalla legge come reato" (Melani 2014, 26), da accertare nei confronti dell'imputato[11]. Tale pericolosità è da valutarsi al momento dell'esecuzione della perizia, il cui risultato determinerà l'applicazione o meno di una misura di sicurezza.

2.1 L'età manicomiale aretina

2.1.1 Premesse (storiche e) normative

La prima legge emanata volta a regolamentare la cura dei cosiddetti "alienati" si ebbe nel 1904: si tratta della Legge 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, conosciuta anche come Legge Giolitti. I suoi undici articoli sono volti a disciplinare i compiti del direttore, le procedure di ammissione e dimissione dalla struttura e i meccanismi di controllo della stessa. L'approccio che introduce è principalmente custodialistico, volto a proteggere la società dalle azioni anomale dei folli, come si evince dall'art. 1:

> Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.[12]

Inoltre, essa disponeva il ricovero in manicomio giudiziario per i soli rei folli, mentre i folli rei, ricoverati nei manicomi giudiziari in seguito alle disposizioni del Regolamento penitenziario[13], adesso tornavano ad essere ricoverati nei manicomi civili, i quali aprirono sezioni apposite. Tuttavia, dopo la Legge 36/1904 l'ammissione poteva avvenire solo previa disposizione del giudice, salvo casi eccezionali. In aggiunta, il direttore dell'istituto acquisiva diversi poteri: egli gestiva appunto le ammissioni e le dimissioni, ma anche le finanze del manicomio e la disciplina da attuare al suo interno. La legge è stata approvata in un periodo in cui le condizioni all'interno degli istituti erano atroci: sovraffollamento, scarse condizioni igieniche, carenza di cibo e continui abusi sui

[11] Tale concetto è disciplinato dall'art. 203 cp, *pericolosità sociale*: https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-i/art203.html (11/06/2026).
[12] Art. 1, c. 1, l. 36/1904. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale (30/04/2026).
[13] Regolamento generale per gli Stabilimenti carcerari (1891). È il primo atto che regola i manicomi giudiziari e vi prevede il ricovero dei folli rei, come anche degli accusati folli in stato di osservazione nei manicomi civili (Garlati 2025, 298).

pazienti, i quali non essendo inclusi nelle decisioni riguardanti la loro cura subivano dei trattamenti forzati (Badano 2024, 227).

Un ulteriore fondamento del trattamento della malattia mentale si ritrova qualche anno più tardi nel Codice Rocco, il nuovo Codice Penale del 1930 che andò a sostituire il vecchio Codice Zanardelli[14] e che è tuttora in vigore. Questo introdusse le misure di sicurezza e il correlato sistema del "doppio binario"[15] ed estese la presunzione di pericolosità sociale anche ai non imputabili per infermità mentale[16]. Tali misure di sicurezza includevano i soggetti imputabili, i semi imputabili e i non imputabili; venivano sentenziate dal giudice penale[17] e si suddividevano in: case di lavoro, colonie agricole, case di cura e custodia e manicomi giudiziari. Per un corretto sviluppo dell'elaborato, è bene precisare la fondamentale differenza tra i manicomi giudiziari e le Case di cura e custodia (CCC). Infatti, nei primi venivano ricoverati coloro che venivano giudicati penalmente non responsabili per totale infermità di mente (o per cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti o per sordomutismo) e i rei folli[18]. A questa misura venivano sottoposti anche i minori prosciolti per una delle condizioni precedenti, anziché applicare la consueta misura del riformatorio giudiziario[19]. Inoltre, come da art. 222, c. 1 del cp[20], un prosciolto per infermità mentale era sempre sottoposto a almeno due anni di ricovero in manicomio giudiziario. Le case di cura e custodia erano invece destinate a coloro che avevano ricevuto una pena ridotta per vizio parziale di mente (o per una delle altre motivazioni di cui sopra), dove in genere giungevano al termine di una pena detentiva in carcere[21], anche se non c'era una vera e propria differenza a livello strutturale. Infatti, il soggetto veniva ricoverato insieme ai non imputabili nei manicomi giudiziari, da cui si differenziava solo per lo status giuridico.

Infine, il Codice Rocco introdusse dei termini di durata del ricovero in manicomio giudiziario, che variavano a seconda del reato commesso. Al termine di questo periodo, su base di un parere psichiatrico, il giudice decideva se la pericolosità sociale del soggetto persisteva e dunque se la misura di sicurezza doveva essere prorogata. Ciò però rese il manicomio giudiziario una sanzione

---

[14] Emanato nel 1889, il Codice Zanardelli fu il primo Codice Penale del Regno d'Italia (Garlati 2025, 317).
[15] Ossia il sistema per cui vigono due categorie di sanzioni distinte per funzioni e disciplina: da un lato la pena, legata alla colpevolezza del soggetto, dall'altro la misura di sicurezza, basata invece sulla pericolosità sociale del soggetto (Angeli & Renzaglia 2022, 23).
[16] Sotto il Codice Zanardelli, i folli rei venivano rimessi in libertà o posti in osservazione provvisoria in un manicomio civile, dove venivano sottoposti a perizia psichiatrica. Sulla base di questa veniva deciso il loro proscioglimento o il ricovero definitivo (Morgante 2017, 92).
[17] Prima di allora, l'ordine di ricovero del folle reo era di competenza del giudice civile (D'auria 2018, 19).
[18] https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_3_1.page?contentId=GLO127525&previsiousPage=mg_14_3 (30/04/2026).
[19] Come da art. 223 cp, *Ricovero dei minori in un riformatorio giudiziario*: https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-ii/art223.html (30/04/2026).
[20] https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-ii/art222.html#google_vignette (14/05/2026).
[21] https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/termine_del_glossario?contentId=GLO127522 (30/04/2026).

vera e propria, la cui possibile sproporzionalità tra reato commesso e durata della pena avrebbe potuto infrangere il principio di legalità del Codice Penale. Su questo punto intervenne la Corte Costituzionale con la sentenza n. 110/1974 in cui ammise la revoca anticipata della misura di sicurezza ed eliminò la presunzione della durata della pericolosità sociale e dunque della misura di sicurezza[22].

2.1.2 La follia nei manicomi

I manicomi, come prima introdotto, erano strutture dedite a contenere i folli ma anche, fino al Settecento, i poveri, gli omosessuali e i criminali. Tali edifici vennero definiti da Erving Goffman (sociologo canadese) come "istituzioni totali", ovvero una "struttura chiusa in cui coloro che vi entrano perdono diritti e doveri e sono costretti a sottostare, non potendo più avere contatti con la realtà esterna, a un'autorità ben definita" (Caputo 2020, 46): quella del medico e del Direttore. Autorità che, durante il Novecento, fu messa in discussione e combattuta da diversi psichiatri, come Franco Basaglia (1924-1980), Luigi Scabia (1868-1924), Arnaldo Pieraccini (1865-1957) e Agostino Pirella (1930-2017) durante la loro direzione nei rispettivi manicomi civili: Gorizia, Volterra e Arezzo. La differenza di spazio e tempo in cui vengono messi in atto tali cambiamenti, che sfoceranno in maniera definitiva nella Legge Basaglia, è dovuta alla gestione provinciale dei diversi manicomi[23], a cui vanno sommati i poteri riservati al direttore introdotti con la già nominata Legge Giolitti.

Per quanto riguarda il trattamento invece si possono trovare diversi punti convergenti. Precedentemente si è accennato alle camicie di forza e all'elettroshock, elementi divenuti centrali nell'immaginario comune in riferimento al manicomio, ma non erano le sole pratiche utilizzate. La camicia di forza veniva in genere utilizzata durante l'isolamento, ossia la "collocazione di un paziente da solo, contro la sua volontà, in una stanza chiusa a chiave" (Caputo 2020, 57), andando così a impedire qualunque suo movimento. Questa pratica di isolamento con camicia di forza, a cui talvolta venivano aggiunti bromuro o valeriana, era impiegata in quanto si credeva che la calma e il silenzio potessero tranquillizzare i pazienti. Successivamente iniziarono a essere eseguiti trattamenti quali idroterapia ed ergoterapia. La prima consisteva nell'immersione del folle in acqua, la cui temperatura poteva essere tra gli 8 e i 20 oppure tra i 33 e i 36 gradi centigradi, per un tempo che oscillava tra alcune ore e un giorno intero. La seconda voleva invece far "distrarre" il paziente e fornirgli uno scopo attraverso il lavoro, che contribuiva anche al sostentamento del manicomio

[22] Punto a) dei PQM: https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:1974:110 (29/04/2026).
[23] Deciso con il Regio Decreto n. 2248 del 1865, che stabiliva all'art. 172 che ogni provincia si occupasse del mantenimento dei manicomi esistenti e della costruzione di quelli nuovi (Garlati 2015, 307).

stesso. Tornando al suddetto elettroshock, o “terapia elettroconvulsiva"[24], si trattava di provocare una convulsione nel folle attraverso una scarica elettrica indotta nel cervello. Questa pratica estrema veniva attuata, almeno fino all’introduzione degli anestetici, su persone coscienti[25] e conseguentemente il dolore, insieme alla scossa elettrica incontrollata, provocava molto spesso danni irreparabili nella persona. Un’ulteriore terapia estrema era la lobotomia: l’iniezione di alcol etilico puro attraverso due fori praticati ambo i lati del cranio per neutralizzare quelle zone cerebrali fatte di assoni mielinizzati, dove risiedeva la follia.

Il manicomio oggetto di studio di queste pagine è quello di Arezzo, il quale risulta essere un manicomio civile, ma che nel corso degli anni ha accolto anche diversi folli rei e rei folli, ivi ricoverati anche in periodi in cui si supponeva fossero inviati nei manicomi giudiziari. Nel 1904 venne chiamato a dirigere l’ospedale il già citato prof. Arnaldo Pieraccini, che come prima cosa fece demolire le mura che contornavano il manicomio, costruito “a villaggio”: una microcomunità composta da diversi padiglioni, distinti per problematica clinica, al cui interno si trovano attività di gruppo e di lavoro senza contenzioni[26]. Il lavoro infatti poteva dare riconoscimento, benché prettamente simbolico, a chi vi si dedicava. Pieraccini credeva inoltre, come Basaglia, che la prevenzione della follia si trovasse non in farmacia, ma nel lavoro di un buon governo e che, essendo una malattia del cervello, essa facesse parte al contempo dei disturbi nervosi e mentali[27].

In quello stesso periodo giunsero in manicomio due fratelli poco più che ventenni, dopo essere stati processati e prosciolti per l’uccisione del padre. Si trattava di S e D, che dopo aver mostrato evidenti segni di alienazione furono ricoverati con ordinanza del giudice istruttore per demenza precoce. Anche se la malattia alterava le loro percezioni, continuarono a intrattenere un rapporto anche dopo il ricovero. Entrambi alternavano periodi di anaffettività e passività a momenti di ribellione talvolta violenta. S quando era in carcere in attesa di giudizio rifiutava di uscire dal letto, di cibarsi e di parlare, tanto da portare i medici a usare la sonda gastrica. Questi comportamenti si protrassero in parte anche in manicomio. Sapeva di avere una famiglia, dove il suo compito era zappare, ma non ne ricordava i nomi. Nei suoi momenti di ribellione “assume pose strane, compie gesti bizzarri, goffi.” D invece alternava affettività, verso i medici e il fratello, ad apatia talvolta aggressiva o sfociante nel pianto e nella tristezza. In questi casi lo si consolava, ma senza avvicinarsi troppo per paura di gesti impulsivi. Un secondo ricovero dalla stessa impronta da reo

[24] Questa pratica è tutt’oggi impiegata, benché in maniera più controllata e sicura. Viene definita terapia elettroconvulsivante. Ne mancano tuttavia i fondamenti scientifici e terapeutici (Caputo 2020, 61).
[25] Il suo utilizzo è infatti iniziato prima della messa in commercio degli anestetici (Caputo 2020, 60).
[26] Tale impostazione, che si può ritrovare anche a Volterra, permetteva dunque di alternare spazi pubblici (gli spazi comuni e di lavoro) con spazi privati e questa sorta di microcomunità rappresentava una mimesi della vita normale (Di Giuda et al. 2022, 212).
[27] Si rimanda a: https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/assistenza-psichiatrica-arezzo-chiusura-ospedale-attivazione-servizi-salute-mentale, paragrafi 1-2 (19/06/2026).

folle è quello di P, un uomo di mezza età dalla salute cagionevole e dal carattere irascibile e impulsivo. Nel 1905 si trasferì a Zurigo alla ricerca di una vita migliore, ma perdette tutto con il gioco e si ritrovò in un dormitorio, dove uccise un'altra persona dopo un'ingiusta e infondata accusa di furto da parte di quest'ultima. Condannato al carcere, venne trasferito in manicomio criminale dopo aver tentato il suicidio. Arrivò ad Arezzo nel 1909, dove i medici riscontrarono tutti i sintomi di una demenza precoce in stato avanzato. Anche lui presentava da un lato apatia, impulsività e inespressività e dall'altro intelligenza e senso di orientamento. Poiché il suo IO risultava disgregato e rappresentando un pericolo per sé e per gli altri, P non poteva essere interdetto: non può autorappresentarsi, è destinato a rimanere in balia dell'istituzione. Tutti e tre, S, D e P, morirono per marasma degli alienati, ossia uno stato di deperimento grave, ma reversibile, caratterizzato da estrema magrezza[28]. Secondo Basaglia, tale condizione fisica era conseguenza dell'istituzione totalizzante che annulla l'identità e costringe all'immobilità fisica.

Durante la prima guerra mondiale, il manicomio di Arezzo aprì le porte ai soldati affetti da disturbi neuropsichici. Di questi, si trova ad esempio G, un soldato ventenne del primo reggimento granatieri di istanza a Venezia, ivi incarcerato per insubordinazione. Inviato anch'egli in manicomio per demenza precoce, si mostra "alquanto eccitato, euforico, [...], alquanto disordinato e manierato nel contegno, assurdo nei discorsi, apatico." Dopo essere stato riformato nel 1916, fu inviato ad Arezzo. Il suo background familiare e ambientale non forniva motivazioni congrue alla sopravvenuta malattia. Questa era infatti scaturita quando G si trovava al fronte e non gli lasciò scampo. Iniziò una degenerazione del suo stato mentale sempre più rapida fino al totale stato demenziale. I medici scrissero che fisicamente era in salute, ma psichicamente non più e si scriveva infatti di "insalata di parole."

Grazie comunque a questa apertura il manicomio divenne, nel 1926, il primo Ospedale Neuropsichiatrico d'Italia e fu aperta una sezione apposita: il Padiglione Neurologico. Con questo, Pieraccini voleva aumentare la collaborazione con medici di famiglia e specialisti ospedalieri, ma anche aprire l'accesso all'area manicomiale ad altre tipologie di malati e di famiglie[29]. Il lavoro del Pieraccini continuò prospero fino al suo pensionamento nel 1950, quando la direzione passò al prof. Marino Benvenuti, che proseguì il lavoro del suo predecessore. Arrivarono poi gli anni Sessanta, durante i quali il modello manicomiale entrò in crisi, fino agli anni Settanta, quando arrivò alla direzione del manicomio il prof. Agostino Pirella, collega di Basaglia. Se ne deduce che Pirella attuò diversi cambiamenti per aprire il manicomio all'interno e all'esterno: rapporto orizzontale con medici e infermieri, abbigliamento personalizzato per i pazienti, riunioni di gruppo per reparto,

[28] https://www.treccani.it/vocabolario/marasma/#google_vignette (19/06/2026).
[29] Paragrafo 2 del link: https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/assistenza-psichiatrica-arezzo-chiusura-ospedale-attivazione-servizi-salute-mentale (19706/2026).

apertura dei reparti verso l'esterno e assemblee generali aperte a tutti. Con la L. 180/1978 l'ospedale di Arezzo smise di ricoverare persone, ma a differenza di altre città, qua furono avviati programmi di supporto ai dimessi con programmi riabilitativi e visite ambulatoriali e domiciliari. Così si continuò fino al 29 giugno 1990, quando fu celebrata la chiusura definitiva dell'ospedale.

2.2 Il quarantennio dell'OPG di Montelupo Fiorentino

2.2.1 Premesse (storiche e) normative

Anno 1975, viene riformato l'Ordinamento penitenziario con la Legge n. 354. Si apportano importanti modifiche in tema, ma le istituzioni al di fuori del carcere vengono considerate solo perifericamente. Precedentemente, la suddetta legge è stata citata in relazione alla diversa denominazione dei manicomi giudiziari, ma tale aspetto si trova solo all'articolo 62, che cita gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza:

> Gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive si distinguono in:
> colonie agricole;
> case di lavoro;
> case di cura e custodia;
> ospedali psichiatrici giudiziari.[30]

Anche se le condizioni igieniche e i trattamenti riservati agli internati non avevano subito grandi cambiamenti, l'articolo 48 della Legge introduce l'opportunità di poter accedere alle misure alternative alla detenzione, in particolare alla semilibertà, a prescindere dal reato commesso. Il fine è quello di reintegrare gradualmente la persona nella società, a riflesso della volontà del tempo sempre più diffusa di mettere al centro la cura dell'infermo e non la sua punizione.

Per i primi veri cambiamenti bisognerà attendere il 13 maggio 1978, quando viene approvata la Legge n. 180, ovverosia la già introdotta Legge Basaglia. Anche se nei suoi undici articoli non si fa esplicitamente riferimento agli OPG o ai folli rei, questa legge ricopre una importanza fondamentale nel sancire la chiusura definitiva della struttura manicomiale (civile) e, più in generale, della metodologia di trattamento ivi utilizzata. L'approccio che andava introducendosi abrogava l'ideologia intrinseca della Legge Giolitti: adesso "il ricovero, se necessario, era finalizzato alla tutela della salute del soggetto e non più fondato su esigenze di difesa sociale" (D'Auria 2018, 22). I pilastri introdotti dalla L. 180/78, nonché alla base del pensiero di Basaglia, sono la territorializzazione delle cure e la responsabilizzazione dell'infermo. Il malato infatti non deve più essere considerato un oggetto verso cui attuare delle violenze manicomiali, ma una persona da

[30] Art. 62, comma 1. Testo integrale disponibile su: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/09/075U0354/sg (27/04/2026).

curare attraverso la terapia e da reintegrare nella società rendendola parte attiva del suo percorso di guarigione. Solo a partire da questo presupposto si può comprendere l'approccio definito come comunità terapeutica: i reparti e le stanze dove sono ricoverati i malati non sono più chiusi e impenetrabili, essi sono liberi di girovagare per la struttura, di uscire e riprendere le loro attività quotidiane. Si introducono assemblee generali dove si riuniscono tutti, dai malati agli infermieri, e ognuno può esprimere il proprio pensiero. Vivere in comunità aiuta i pazienti a migliorare la propria persona, ognuno "sente il successo dell'altro come un proprio successo perché vede che ha anche lui una possibilità se l'altro è riuscito a farcela" (Basaglia 2024, 85). Questi erano i presupposti per una cura efficace dell'internato, che tuttavia hanno trovato poca applicazione nell'organizzazione della cura degli infermi di mente giudiziari. Anche la promulgazione della successiva Legge 833, che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), dedica poca attenzione al malato di mente giudiziario, nonostante l'articolo 1 reciti così:

> Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.[31]

Ciononostante, a completare il lavoro iniziato dalla L. 354/75, anche se più di venti anni dopo, viene promulgato il Decreto Legislativo n. 230/99 sul *Riordino della medicina penitenziaria*. Questo affida infatti le funzioni sanitarie alle ASL, lasciando al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) solo le funzioni di sorveglianza e di sicurezza interna delle strutture. Inoltre, suddivide le mansioni di Stato, Regioni ed ASL: il primo si occupa di programmare e coordinare il SSN negli istituti penitenziari, le Regioni si occupano di programmare e organizzare i programmi sanitari e vegliano sul loro funzionamento, mentre le ASL controllano e gestiscono i servizi sanitari negli istituti[32]. In aggiunta, rifacendosi alla suddetta territorializzazione delle cure, nel 2000 viene approvato un progetto di *Tutela della salute in ambito penitenziario*. Questo propone che il DAP assegnasse le persone con disturbi mentali a strutture della regione di appartenenza e vuole promuovere una collaborazione tra il DAP e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), così da definire gli interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati negli OPG (Morgante 2017, 100). In aggiunta, chiede che in ogni istituto ci fossero spazi attrezzati per la riabilitazione.

[31] https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833 (29/04/2026).
[32] Si vedano articoli 3 e 4, testo integrale disponibile al seguente link: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-22;230!vig= (29/04/2026).

L'obiettivo generale è quello di creare delle basi di trattamento in modo da riavvicinare i ricoverati ai loro ambienti domestici (Di Mizio et al. 2022, 2).

Eppure, nuovamente, bisognerà attendere il 2008 per portare a termine questo progetto, quando con il DPCM del 1° aprile, viene completato il DL n. 230/99 dal punto di vista finanziario: le funzioni di assistenza sanitaria passano dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e dunque alle Regioni. Tolti questi piccoli interventi, negli anni dal 1978 al 2008, gli OPG non sono stati particolarmente oggetto di interesse per nessuno, in particolar modo per la politica. Solo la Corte Costituzionale in questo periodo ha pronunciato storiche sentenze nel tentativo di innestare alcuni cambiamenti. Difatti, oltre alla già pronunciata sentenza del 1974, la Corte decretò con la sentenza n. 139/1982 che la pericolosità sociale non doveva più essere accertata al momento del fatto, ma al momento dell'applicazione della misura di sicurezza e dunque, anche in accordo con il c.p.p., il Magistrato di Sorveglianza doveva accertare la pericolosità sociale del soggetto prima dell'attuazione della misura di sicurezza[33]. Infine nel 2003 e nel 2004, la Corte Costituzionale dichiarò illegittima la presunzione di maggiore pericolosità sociale dei totalmente infermi rispetto ai parzialmente infermi e sancì che anche gli individui prosciolti per infermità mentale scarsamente pericolosi potevano accedere a misure di sicurezza non detentive[34]. È dunque in un tale contesto che bisogna adesso immedesimarsi nella vita all'interno dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

2.2.2 La malattia mentale nell'OPG

È già noto che le condizioni di vita all'interno di queste strutture erano molto scarse e ciò viene anche denunciato più volte da varie delegazioni, tuttavia non hanno visto miglioramenti. I punti cardine della misura di sicurezza OPG erano tre: l'incurabilità e la perpetuità della malattia mentale; il sistema giuridico delle misure di sicurezza in cui le presunzioni di legge relative alla pericolosità sociale operavano sull'esistenza e sulla durata della stessa[35]; la condizione di internamento o detentiva antiterapeutica, funzionale solo ai punti precedenti, attuata in strutture prettamente carcerarie (Ferri 2015, 3). In questo senso, negli OPG come nei manicomi giudiziari il contenimento e la custodia dell'internato sovrasta l'importanza della sua cura.

---

[33] Punto 1) dei PQM: https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/1982/139 (29/06/2026).

[34] Sentenze n. 253/2003 (https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2003:253) e 367/2004 (https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2004/367%23:~:text=253%20del%202003%20della%20Corte%20costituzionale%20ha%20dichiarato%20illegittimo%20l,misura%20di%20sicurezza%20non%20detentiva) in riferimento alla parziale illegittimità degli articoli 222 cp (*Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario*), 219 cp (*Assegnazione a una casa di cura e custodia*) e 206 cp (*Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza*) nella parte in cui non consentono al Giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e far fronte alla sua pericolosità sociale. Con queste la Corte vuole sottolineare la primarietà del diritto alla salute dell'internato sulla necessità di custodia. (29/04/2026).

[35] Sulla base della presunzione di durata della pericolosità sociale erano consentite proroghe di durata della misura di sicurezza ripetute, il cui risultato furono i cosiddetti "ergastoli bianchi" (Maisto 2015, 3).

A seguito del sopra citato DL del 2008, fu istituita a luglio una Commissione Parlamentare di Inchiesta per indagare sull'efficacia e l'efficienza del SSN. Il risultato fu una relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli OPG approvata nel 2011, in cui si denunciano generali importanti carenze strutturali e igienico-sanitarie, nonché un'impostazione strutturale simile al carcere[36] o all'ambiente manicomiale. Inoltre, si sottolinea la mancanza di personale sanitario, sia numericamente che in materia di competenze specialistiche, troppo inferiori rispetto alle necessità dei pazienti in carico, impedendo in questo modo l'attuazione di programmi riabilitativi personalizzati. Anche i metodi di contenzione, benché sostanzialmente superati nell'OPG di Montelupo, sono stati fortemente criticati, in quanto utilizzate impropriamente (sia le contenzioni meccaniche, non così diverse da quelle manicomiali, che gli psicofarmaci) rispetto alla dignità della persona e al suo percorso riabilitativo[37]. Con contenzione è da intendersi "quell'insieme di pratiche e strumenti finalizzati ad impedire il movimento del malato" (Melani 2014, 83) e possono essere suddivise in quattro sottogruppi: misure di contenzione fisica, attraverso cinghie o cinture che limitano i movimenti del malato; chimica, attraverso la somministrazione di farmaci per modificare il comportamento; ambientale, attuata attraverso il cambiamento del contesto attorno al malato; relazionale, che vuole ridurre l'aggressività del paziente con tecniche psicologiche e relazionali. In particolare, la contenzione fisica può attuarsi meccanicamente, quindi grazie agli strumenti sopra citati, oppure senza di essi ed è l'unica misura a essere disciplinata dai regolamenti penitenziari e dalla Legge 354/1975[38], nonché quella utilizzata per più lungo tempo tanto negli OPG quanto nei manicomi. A tal proposito, la Relazione sottolinea come questi strumenti dovrebbero costituire *extrema ratio* e non una forma di facilitazione del lavoro di gestione dei malati per gli infermieri.

Per quanto concerne in particolare l'OPG ivi analizzato, la Commissione dichiara di aver ispezionato le così chiamate "Seconda sezione" e "Terza sezione" all'interno della Villa Medicea, dove si trovavano ricoverati gli internati. Questi luoghi sono stati nella relazione così descritti:

> Pavimenti e pareti sporchi e con avanzi di cibo sparsi ovunque, con evidenti infiltrazioni di acqua in alcune celle, macchie di umidità e muffe alle pareti e ai soffitti, intonaci scrostati e cadenti in vari punti; letti metallici con

[36] L'organizzazione interna della struttura era infatti suddivisa in padiglioni, sbarre e celle (Scarpa 2020, 1).
[37] Nella relazione si denuncia anche "la mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi" e ciò ne impedisce un effettivo controllo e verifica (Commissione Parlamentare d'Inchiesta 2011, 4).
[38] Il regolamento attuativo del 1909 disponeva che non fosse utilizzata se non in casi eccezionali previa autorizzazione del medico e che se ne tenesse un registro aggiornato giornalmente, anche se nella realtà questo è stato attuato in maniera inesatta, tanto da impedire una corretta ricostruzione degli eventi. L'art. 42 della L. 354/1975 disponeva invece che la contenzione fisica venisse utilizzata solo per prevenire o impedire la resistenza all'esecuzione degli ordini impartiti se non esiste un diverso metodo ugualmente efficace e che si riferisse di ciò al direttore (Melani 2014, 83).

spigoli vivi. Ovunque si avvertiva un lezzo nauseabondo per la presumibile presenza di urine sia sul pavimento che sugli effetti letterecci[39].

Da ciò si evince un evidente carenza di condizioni igienico-sanitarie e di conseguenza una pessima condizione di vita per l'internato, a cui si deve aggiungere il sovraffollamento delle stanze con poca distanza fra i letti, come anche pessime condizioni lavorative per il personale e la completa inesistenza di programmi educativi e ricreativi. Molti degli internati intervistati si presentano esasperati dalle proroghe di detenzione e lamentano un sentimento di abbandono. Anche il trattamento, ovvero l'insieme di norme che regolano l'esecuzione della pena detentiva, non differenzia particolarmente da quello riservato ai detenuti, anzi talvolta gli internati subiscono un trattamento più restrittivo. Infatti, spesso il pretesto della terapia viene utilizzato da parte del personale per autorizzare comportamenti più rigidi. Ad esempio, le sanzioni disciplinari vengono applicate qualora il paziente comprende il significato delle sue azioni. Tuttavia, oltre ad essere una pretesa contraddittoria data l'incapacità di intendere e di volere accertata in fase processuale, nella realtà queste sanzioni vengono applicate a prescindere dalla terapia senza la consultazione del personale medico. Perfino l'ergoterapia, venerata da alcuni psichiatri nell'era manicomiale, che continua a sussistere negli OPG, viene criticata poiché sottrae dignità al malato nel momento in cui gli vengono affidate mansioni riduttive, prive di funzioni efficaci per la sua terapia e la cui paga è inferiore allo standard esterno. Ugualmente, se si prende in considerazione la corrispondenza, si evince come la finalità terapeutica venisse utilizzata per sottoporre al visto di controllo la corrispondenza dei pazienti. Tale giustificazione poteva essere usata anche per ridurre il numero dei colloqui con l'esterno[40], limitando in linea generale i diritti degli internati.

Nel 1986, l'OPG di Montelupo passa sotto la direzione del medico Franco Scarpa. A lui si deve la riduzione nell'utilizzo delle misure di contenzione, a cui è sempre stato contrario. Al suo arrivo infatti, queste misure erano molto utilizzate, a causa dell'elevata aggressività dei pazienti. Tuttavia, a seguito dell'apertura delle celle, il tasso iniziò a diminuire accompagnato dal suo costante controllo attraverso il monitoraggio delle persone in cella, che venivano abbinate in funzione del loro carattere per una convivenza migliore. L'aggressività era ricondotta alla vita dei pazienti trascorsa costantemente in celle piccole con altre cinque o sei persone. Scarpa credeva fermamente nella riabilitazione e nella cura del paziente, definibile come la "riacquisizione dell'autonomia, della

[39] Relazione disponibile al link: https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf (06/05/2026).

[40] Con il nuovo regolamento penitenziario del 2000, la normativa rispetto ai colloqui è stata modificata: ai malati di mente è consentito tenere un numero di colloqui oltre il limite massimo per finalità terapeutiche. Questo perché il mantenimento di contatti familiari e sociali, e più in generale con l'esterno, è fondamentale per la cura e la reintegrazione in società dei pazienti (Melani 2014, 82).

capacità di esercitare i propri diritti civili, di riacquistare la capacità di essere cittadino, di esercitare l'autocontrollo" (Santambrogio 2020, 228). Ecco perché innanzitutto il lavoro del Direttore e degli psichiatri si focalizzava sul rendere i pazienti consapevoli della malattia tramite la terapia in modo da curare il disturbo e dare le prerogative al giudice per far cessare la misura di sicurezza.

Un'ulteriore ricerca è stata eseguita nel 2014 poco prima della chiusura definitiva degli OPG. Tuttavia, per comprendere meglio lo svolgimento di questa e approfondire le condizioni di vita all'interno delle mura è necessario trattare anche lo status giuridico degli internati a Montelupo, che corrispondono a coloro che venivano internati nei manicomi giudiziari dopo l'introduzione del Codice Rocco. Infatti, solitamente negli OPG erano presenti diverse categorie di individui oltre a coloro che erano sottoposti alla misura di sicurezza di ricovero in manicomio giudiziario come da art. 222 cp[41]. Innanzitutto, come precedentemente introdotto, i condannati alla misura di sicurezza in CCC[42] venivano internati in manicomio giudiziario e ciò si è protratto anche negli OPG. Inoltre, come da art. 206 cp[43], potevano essere internati in OPG anche tutti coloro che erano sottoposti a misura di sicurezza provvisoria. Per di più, venivano inviati in OPG gli imputati e i condannati a procedimento o pena sospesa, ovvero tutti quegli individui che durante il processo o l'incarcerazione avevano manifestato patologie psichiatriche, con conseguente ricovero in OPG per accertamenti e cure varie. Bisogna però sottolineare che gli imputati vedevano riprendere il procedimento penale alla loro guarigione, che data l'antiterapeuticità dell'ospedale poteva avvenire dopo decenni, anche se quel lasso di tempo era contemplato nell'eventuale sentenza di condanna. Al contrario, i condannati a pena sospesa non vedevano computato nell'espiazione il periodo trascorso in ospedale, con il risultato che queste persone potevano passare anni ricoverate anche quando la pena rimasta da scontare era inferiore[44]. Ad essi si aggiungevano quelle persone divenute minorate psichiche: condannati che prima o durante l'incarcerazione hanno mostrato segni di infermità mentale, ma non in misura tale da sospendere l'espiazione della pena, che quindi veniva conclusa a seguito di trasferimento in OPG[45]. Infine, in OPG potevano essere inviati anche gli imputati e i detenuti periziandi, ovvero coloro che erano sottoposti a perizia psichiatrica[46], nonché quelle

---

[41] *Ricovero in manicomio giudiziario* https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-ii/art222.html#google_vignette (20/05/2026).
[42] Come da art. 219 cp, *Assegnazione a una casa di cura e custodia*, https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-ii/art219.html (20/05/2026).
[43] *Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza*, https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-i/art206.html?q=206+cp&area=codici (20/05/2026).
[44] Anche se quest'aspetto fu modificato dalla Corte Costituzionale nel 1975, che con sentenza n. 146 dichiarò illegittima la sospensione della pena Come per gli imputati, il tempo trascorso in OPG veniva da questo momento computato all'interno del periodo di espiazione della pena (Melani 2014, 85-86).
[45] Disciplinato dall'art. 148 cp, *infermità psichica sopravvenuta al condannato*: https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-v/capo-ii/art148.html (20/05/2026).
[46] D.P.R. 431/1976, art. 98 c. 3: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1976/06/22/076U0431/sg (20/05/2026).

persone sottoposte a misura di sicurezza diversa dal ricovero in manicomio giudiziario affetti da patologie psichiatriche[47]. Quest'ultime vedevano sospendersi la pena e venivano trasferite in ospedale fino alla guarigione, attestata tramite una nuova valutazione della pericolosità sociale a cui poteva seguire: l'applicazione di una misura di sicurezza detentiva, la revoca o l'applicazione della libertà vigilata (Melani 2014, 86). Bisogna anche ricordare che ogni OPG aveva un bacino di competenza in virtù del principio di territorialità delle cure. Quello di Montelupo Fiorentino comprendeva la Toscana, l'Umbria, la Sardegna e la Liguria. Tutto ciò non faceva altro che aumentare il numero di degenti presenti all'interno della struttura, con conseguente sovraffollamento delle celle e più in generale dell'edificio, che, come notato da Scarpa, dava il via a un ciclo continuo di aumento di aggressività nei pazienti e ricorso alle misure di contenzione[48].

La suddetta ricerca del 2014 riguarda solo alcune delle categorie appena citate: i sottoposti a misura di sicurezza definitiva e provvisoria in OPG e CCC, i ricoverati per sopravvenuta infermità psichica in carcere e i detenuti inviati in OPG per accertamenti psichiatrici per un totale di 124 persone. Di queste, risulta rispettivamente che 50 (ossia il 40%) sono sottoposte a misura di sicurezza di ricovero in OPG e 27 (il 22%) a ricovero in CCC in via definitiva. Il 31% è invece sottoposto a misura di sicurezza provvisoria, di cui il 15% (19 persone) in CCC e il 16% (20 persone) in OPG. Infine, si trova un 7% ivi ricoverato per sopravvenuta infermità psichica e un 1% ricoverato in quanto minorato psichico. Nell'OPG di interesse viene inoltre rilevato che l'87% degli internati risiede in Toscana, il 22% in Liguria, il 17% in Sardegna e il 6% in Umbria, con un restante 13% residente fuori dal bacino di competenza. È interessante notare anche la provenienza di queste persone: infatti il 56% proviene da istituti penitenziari, il 20% ha visto aggravarsi la misura di sicurezza della libertà vigilata, l'11% proviene da altri OPG o CCC, mentre "solo" il 13% proviene dalla libertà. Per quanto riguarda le motivazioni del ricovero, quindi i reati compiuti, si è rilevato che il 63% ha commesso reati contro la persona, l'11% si è macchiato di reati contro il patrimonio, il 9% per reati vari, un altro 9% per oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale e infine un 8% ha commesso una violazione della legge sulle armi o sulle tossicodipendenze. La fascia d'età più presente al momento della ricerca è quella tra i 30 e i 59 anni e circa il 70% dei pazienti risulta non lavorante. Un dato preoccupante è quello concernente le licenze orarie, poiché ne faceva uso solo il 10% degli internati, mentre il restante 90% non aveva contatti con l'esterno, al contrario dei colloqui familiari effettuati dal 70% delle persone ricoverate. Infine, un ultimo dato da sottolineare

[47] Art. 212 cp, c. 2 3 4, Casi di sospensione o di trasformazione di misure di sicurezza: https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-viii/capo-i/sezione-i/art212.html?q=212+cp&area=codici (20/05/2026).

[48] Tale problematica è da ricondursi anche ai cosiddetti *dimissibili*: soggetti internati in OPG che, benché abbiano terminato la misura di sicurezza definitiva e sono dall'équipe considerati poco pericolosi socialmente, vedono protrarsi la misura per mancanza di supporti esterni adeguati (Melani 2014, 135).

riguarda una delle problematiche precedentemente discusse: le proroghe. A Montelupo, 30 persone al momento della ricerca avevano ricevuto proroghe delle misure di sicurezza. In particolare viene rilevato che, di queste persone, tre hanno ricevuto una proroga, dodici persone due, tre persone tre, due persone quattro, tre persone ne hanno ricevute cinque, una persona sei, due persone otto, una persona nove, una persona ne ha ricevute dieci e una persona ne ha ricevute addirittura ventisei[49]. La ricerca specifica le motivazioni delle proroghe, ma non la loro durata e neppure la specifica periodicità in cui sono state applicate.

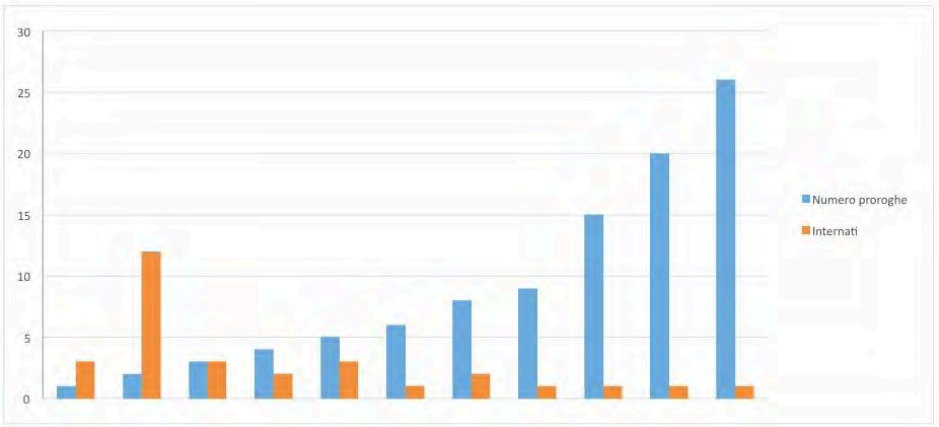


Figura 6: numero di proroghe per internato all'8 novembre 2014[50]

È doveroso tenere conto del fatto che al di là di questi numeri e di queste leggi ci sono delle persone con un vissuto che va ben oltre il tempo trascorso tra le mura dell'ospedale. Durante gli ultimi anni di vita dell'ospedale di Montelupo, diversi sono i pazienti che sono stati mandati lì per farsi curare dopo aver commesso reati gravi senza una motivazione apparente. Si trovano ad esempio Arthur, un ragazzo americano venuto a Firenze per motivi di studio, e Gianluca Lotti, un uomo consapevole di essere pericoloso per gli altri. Arthur è arrivato in Italia nel 2009 per studiare arte. Soffriva già di un disturbo depressivo per il quale si era rivolto a uno specialista e aveva già iniziato un trattamento adeguato. Una volta all'estero però, Arthur si curava in modo discontinuo e ricominciò a stare male, tanto da arrivare a commettere un crimine gravissimo, che ha provocato dolore a un'intera famiglia. Aveva deciso di costituirsi e per questo era stato mandato nel carcere di Sollicciano con rito abbreviato, dove però è stato dichiarato incapace di intendere e di volere e

[49] Per consultare la ricerca ivi riportata si rimanda alla relazione *Mai più manicomi. Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, in particolare il capitolo *Il quadro delle REMS in Italia e la fotografia di Volterra* di Evelin Tavormina (https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/eventi/Mai%20piu%CC%80%20Manicomi_%20Una%20ricerca%20sulla%20Rems%20di%20Volterra_%20La%20nuova%20vita%20dell%E2%80%99Ambrogiana%20-%20web(1).pdf, pp. 27-31), la quale ne riporta un riassunto tratto a partire dal rapporto di ricerca *OPG addio, per sempre*, dove la si può consultare per intero (https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/FM2-OPG%20ADDIO%20PER%20SEMPRE_DEF.pdf).

[50] Fonte: https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/FM2-OPG%20ADDIO%20PER%20SEMPRE_DEF.pdf, pag. 26 (22/05/2026).

dunque trasferito a Montelupo nel 2010. Arthur ha affermato di trovarsi meglio in OPG perché viene ascoltato e compreso, mentre in carcere non riesce. Il problema risiede principalmente nella sua estraneità verso la lingua italiana: in carcere la questione era stata affrontata con tre psichiatri e un traduttore, in OPG con un corso di lingua. In OPG inoltre, il ragazzo ha avuto l'opportunità di curarsi e lavorare, nonché di esprimersi attraverso l'arte, tutte prerogative che spera lo facciano dimettere dall'ospedale per poter tornare a casa negli Stati Uniti. La storia di Arthur mette in evidenza diverse questioni: la responsabilizzazione del malato, il trattamento dello straniero e l'importanza dei mediatori linguistici e culturali, fondamentali per un corretto trattamento. Arthur, consapevole del suo malessere, aveva cercato aiuto e aveva iniziato un trattamento farmacologico, assunto in maniera altalenante una volta arrivato in Italia. Imparare l'italiano, ricevere il supporto di un traduttore e la volontà di tornare a stare bene è ciò che ha reso possibile la sua cura.

La storia di Gianluca è invece molto diversa. Inizia nel 1998 a Pistoia, quando una sera uccide brutalmente la sua ragazza a colpi di bastone e spranga in un parco, dopo aver cenato insieme per festeggiare il compleanno di lei. Entrambi erano ragazzi poco più che ventenni. Reo confesso, Gianluca va in carcere a seguito di una sentenza di seminfermità mentale per poi essere trasferito nel 2004 all'OPG di Montelupo, dove viene diagnosticato un disturbo schizoide di personalità. Viene avviato un percorso di cura e nel 2012 viene ritenuto idoneo per il trasferimento alla rete di servizi territoriali di Pistoia. Purtroppo, nel 2014 si macchia di un secondo omicidio, quello del suo compagno di stanza, ucciso ad accettate perché disordinato e accendeva la luce di notte troppo spesso. Dopo aver commesso il delitto con i guanti per evitare di sporcarsi, si è ripulito e ha chiamato le forze dell'ordine per farsi portare via. Anche Gianluca è consapevole del suo malessere, secondo le perizie ha compiuto questi atti in totale lucidità, benché "distaccato emotivamente, centrato su se stesso, insensibile, privo di rimorsi e privo di empatia" (Agati, 2015). La domanda che sorge a questo punto si rivolge all'efficacia della cura e alla preparazione dei professionisti incaricati di seguire Gianluca, o forse, a causa del diagnosticato disturbo di personalità, sarebbe comunque stata una questione di tempo prima che avvenisse un'altra ricaduta.

Al netto di tutto ciò che è stato finora considerato, si può concludere riassumendo così: gli OPG sono strutture in cui permane una filosofia custodialistica e un inquadramento quasi carcerario, dove la cura è svolta in condizioni pessime dal punto di vista igienico-sanitario, oltre che di sovraffollamento. Storie come quelle di Gianluca mostrano la necessità di un profondo cambiamento, così da ottenere risultati in positivo, come nel caso di Arthur.

2.3 Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in Toscana

2.3.1 Premesse normative

Solo a seguito della relazione parlamentare del 2011 precedentemente discussa si è giunti ai primi veri cambiamenti in materia di trattamento degli autori di reato affetti da disagio psichico, anche grazie a un crescente interesse diffusosi in tutto il paese. Infatti, il 22 dicembre 2011 viene emanato un Decreto Legge, il n. 211 *Recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, convertito nella Legge n. 9/2012, per questo conosciuta come Legge svuota-carceri[51]. Con essa termina definitivamente l'attività degli OPG e, più in generale, dell'intero sistema manicomiale secondo il quale la difesa sociale e la custodia degli internati sovrasta la loro cura. In particolare, l'art. 3-ter c. 4 ne stabilisce la chiusura definitiva, che come si analizzerà di seguito nella realtà avverrà dopo qualche anno, nonché la dimissione immediata di coloro non più socialmente pericolosi:

> Dal 31 marzo 2015[52] gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.[53]

Inoltre, i commi precedenti stabiliscono il termine per le soluzioni strutturali a cui le Regioni dovrebbero esser giunte (entro l'anno successivo, a marzo 2012) per la creazione di nuove strutture adibite alla cura di queste persone e i criteri da seguire per l'apertura di queste nuove strutture: all'interno esclusiva gestione sanitaria, all'esterno attività di sicurezza e sorveglianza ove necessario e le persone ad esse destinate devono di norma provenire dalla regione di ubicazione della medesima struttura. Infine, le Regioni sono autorizzate ad assumere personale qualificato per i percorsi terapeutici riabilitativi per il recupero dei pazienti provenienti dagli OPG, ossia quei pazienti ancora non dimissibili e che per questo vengono trasferiti. Benché rivoluzionario e fondamentale, questo decreto non fornisce le tipologie o le funzioni delle nuove strutture e il medico psichiatra sembra essere investito con ruoli di controllo e sicurezza che non gli appartengono, non essendo state designate altre figure di riferimento.

A tal proposito interviene il Decreto del 1 ottobre 2012 del Ministro della Salute in collaborazione con il Ministro della Giustizia, dal quale si possono evincere delle profonde

---

[51] https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2012-02-17;9 (01/06/2026).
[52] Al momento dell'emanazione della legge, la data prefissata era il 31 marzo 2013 (Morgante 2017, 105).
[53] DL 211/2011, art. 3-ter, c. 4: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2011-12-22;211 (01/06/2026).

differenze con l'organizzazione che caratterizzava OPG e manicomi giudiziari. Nello specifico l'Allegato A del decreto fornisce i parametri organizzativi delle nuove strutture, non ancora precisamente definite: diretti e realizzati dal servizio sanitario delle Regioni, i nuovi edifici devono essere gestiti esclusivamente da personale sanitario all'interno, mentre l'attività di sicurezza e vigilanza deve attuarsi, ove necessario, previo accordo tra Regioni e Prefetture e dunque la responsabilità non spetta più né al SSN né al DAP. Inoltre, vengono precisati i requisiti strutturali e abitativi, in particolare la capienza massima dell'infrastruttura, che deve essere di 20 posti letto. L'allegato chiude con i requisiti tecnologici e organizzativi: nell'edificio devono essere presenti attrezzature che garantiscano sia lo svolgimento delle attività sanitarie che la sicurezza dei pazienti e della struttura, quali sistemi di allarme, di chiusura delle porte e telecamere. Per quanto riguarda il personale, nella struttura deve essere sempre presente un medico dirigente psichiatra, chiamato a gestire il carico amministrativo, e un'equipe, che come minuziosamente stabilita dalla normativa, è composta da medici psichiatri, infermieri, OSS ed educatori. Il lavoro deve organizzarsi tassativamente su una governance clinico-assistenziale, atto al raggiungimento di standard assistenziali elevati e al miglioramento continuo dei servizi. Infine, le Regioni devono provvedere ad adottare un "piano di formazione del personale per acquisire competenze cliniche, medico-legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con i Magistrati di Sorveglianza"[54].

Le Regioni non riescono però a rispettare il termine previsto dalla legge e per questo viene emanato il DL n. 24/2013, convertito nella L. 57/2013[55], che proroga il superamento degli OPG ad aprile 2014. Essa dispone che gli internati dimessi vengano presi in carico dalle ASL competenti e che i giudici diano precedenza a misure di sicurezza diverse dal ricovero in OPG. Si decide inoltre che il Governo sarebbe intervenuto nel caso in cui il termine non sia rispettato. Questo intervento si ha il 31 marzo 2014 con l'emanazione del DL n. 52, convertito nella Legge 81/2014[56], il quale modifica il DL 211/2011 stabilendo la chiusura definitiva degli OPG al 31 marzo 2015. Viene sancita inoltre l'apertura di nuove strutture volte a curare infermi di mente autori di reato, le REMS: strutture residenziali, non più dunque ospedaliere, istituite su base regionale e al di fuori degli istituti penitenziari, in cui devono essere attuate tutte le disposizioni finora analizzate al fine di fornire un percorso terapeutico-assistenziale in un tempo che non deve superare il massimo edittale stabilito dal cp. Il processo di chiusura degli OPG e di attuazione delle riforme ha portato, ad oggi,

[54] Per un approfondimento più dettagliato dei vari nodi organizzativi, si rinvia al testo in versione integrale disponibile al link: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/19/12A12296/sg (02/06/2026).
[55] https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2013-05-23;57!vig= (03/06/2026).
[56] https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30;81!vig= (03/06/2026).

alla creazione di trentuno REMS in quasi tutta Italia[57], per un totale di 709 posti letto[58]. Fatta eccezione per l'OPG di Castiglione delle Stiviere, riconvertito in REMS, tutti gli OPG sono stati dismessi e sono in attesa di riconversione, mentre altre cinque REMS sono strutture private convenzionate con le varie ASL (Rivellini et al. 2019, 87). L'ubicazione delle nuove strutture toscane invece sono frutto di una riconversione, benché evidentemente diversa da quella dell'OPG: la REMS di Volterra, ancora provvisoria, si trova all'interno del vecchio manicomio, mentre quella di Empoli è ubicata in un ex carcere a custodia attenuata femminile. La prima è stata aperta nel dicembre 2015 al fine di accogliere gli ex pazienti dell'OPG di Montelupo e necessita dunque di ulteriori miglioramenti. È sviluppata su due moduli, ovvero due piani, atti ad accogliere un totale di 30 persone, di cui 2 donne e 2 persone provenienti dalla Regione Umbria, come accadeva nel vecchio OPG. È in previsione un ampliamento a 40 posti a seguito del termine dei lavori per rendere la REMS definitiva, in cui si riprende l'impostazione "a villaggio" del manicomio di Arezzo (come anche quello di Volterra[59]). La REMS di Empoli è invece più recente: l'apertura è infatti datata a luglio 2020 con una capienza di 9 posti letto, che da febbraio 2024 sono diventati 20, di cui 3 donne[60]. Qui, il piano terra è dedicato alle aree comuni dove vengono svolte le attività riabilitative e ricreative, oltre ai colloqui con i familiari in una stanza apposita; al primo piano si trovano invece le stanze dei pazienti e quella destinata al personale[61]. Come anticipato nel *capitolo 1.4*, le REMS toscane vengono definite REMS-D poiché si occupano di attuare misure di sicurezza detentive, dunque limitative della libertà personale.

Grazie alla compresenza di queste due strutture, la Regione, in accordo con la Magistratura, ha stabilito che nella REMS di Volterra siano effettuate le misure di sicurezza definitive, mentre nella REMS di Empoli quelle provvisorie. Nella realtà, entrambe accolgono persone sottoposte a misura di sicurezza definitive, in quanto, a dicembre 2025, le misure provvisorie in esecuzione in Toscana erano solo 12[62], diversamente da quanto accade nel resto del paese. Ciò è stato grazie al principio di *extrema ratio* riservato alle REMS e al coordinamento con il Punto Unico Regionale (PUR)[63],

---

[57] Le regioni Umbria, Molise e Valle d'Aosta sono sprovviste di REMS e per questo si appoggiano ad altre regioni, rispettivamente Toscana, Abruzzo e Lombardia, rinunciando ai fondi forniti dal Ministero della Sanità in favore delle regioni ospitanti (Rivellini et al. 2019, 87).

[58] https://www.rapportoantigone.it/ventiduesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/oltre-la-scarsita-dei-posti-nodi-irrisolti-e-sovrapposizioni-penali-nel-sistema-rems/ (08/06/2026).

[59] Si rimanda a https://www.manicomiodivolterra.it/, sezione "Storia del manicomio di Volterra", e alla *figura 3* del presente elaborato (22/06/2026).

[60] Essendo una struttura relativamente nuova non sono disponibili ricerche approfondite, motivo per cui si tratterà maggiormente di Volterra e della sua organizzazione.

[61] https://www.uslcentro.toscana.it/news/comunicati-stampa/comunicati-stampa-anno-2020/rems (22/06/2026).

[62] Si rimanda alla pag. 212 della Relazione annuale del Garante dei diritti dei detenuti della Toscana 2026: https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/relazione_2026_web.pdf (12/07/2026).

[63] Istituito con la Conferenza Unificata Stato-Regioni del 2022, ad oggi risulta presente in 14 regioni tra cui la Toscana (Attanasio et al. 2026, 7).

un'équipe creata per gestire le liste di attesa degli infermi di mente sottoposti a misura di sicurezza, il cui compito è individuare il percorso migliore per il sottoposto anche e soprattutto al di fuori della REMS (si ricorda la suddivisione in tre livelli di sicurezza disposti dalla Regione Toscana) e inviare lì solo chi ne ha assolutamente bisogno. Di fronte al crescente numero di persone che necessitano di ricovero in REMS, i pochi posti letto disponibili hanno dato inizio al fenomeno sempre crescente delle suddette "liste d'attesa", benché questo rappresenti una delle maggiori differenze con gli OPG[64]. Anche se, oltre alla questione dei posti letto, l'allungamento delle liste di attesa è anche legato ai soggetti temporaneamente non ricoverabili (perché irreperibili o espatriati) che però non vengono tolti dalla lista, nonché all'incapacità della struttura di dimettere i pazienti per mancanza di supporti territoriali o viceversa[65]. Tuttavia, grazie al PUR la lista di attesa toscana si è ridotta significativamente, arrivando a contare 66 persone a dicembre 2025[66]: un segno che la via della cooperazione è la migliore in un tale contesto, dove si incontrano le esigenze, talvolta contrastanti, di cura e di custodia.

La mancanza di posti letto e la conseguente lista di attesa rappresenta ad oggi una delle principali criticità delle REMS su cui si sono addirittura pronunciate sia la Corte Costituzionale che la CEDU. In particolare, due sentenze pronunciate da queste Corti, rispettivamente la n. 22/2022[67] e il ricorso n. 11791/20 con sentenza il 24 gennaio 2022[68], hanno rivestito un ruolo importante in materia, un po' come era già accaduto nel 2003-2004. La prima riguarda una questione di legittimità dell'organizzazione REMS: la competenza in materia di esecuzione della misura di sicurezza spetta solo alle Regioni e non al Ministero della Giustizia, sollevando dubbi sulla legittimità degli artt. 206 e 212 cp e dell'art. 3-ter L 9/2012. Il tutto è scaturito da un soggetto accusato di aggressione a pubblico ufficiale infermo di mente e pericoloso socialmente, per questo sottoposto dal GIP a ricovero provvisorio in REMS. Vista la mancanza di posti e l'impossibilità da parte del DAP di individuare altre strutture in quanto non di sua competenza, era stata disposta la libertà vigilata, ma il soggetto si è sempre sottratto agli obblighi stabiliti. Il GIP si era per questo rivolto alla Corte Costituzionale. La Corte ha sentenziato che, essendo la REMS una misura di sicurezza di natura sanitaria di cui il giudice dispone anche per contenere la pericolosità sociale del soggetto, è

[64] Il basso numero di posti letto permette di privilegiare il principio di *extrema ratio* della misura di sicurezza, non più usata come mezzo di neutralizzazione indiscriminato (Piscopo 2023, 454).
[65] Si pensi che, a livello nazionale, ad aprile 2026 le persone in attesa sono arrivate a essere circa 872 (XXII Rapporto Antigone, https://www.rapportoantigone.it/ventiduesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/oltre-la-scarsita-dei-posti-nodi-irrisolti-e-sovrapposizioni-penali-nel-sistema-rems/ (30/06/2026)).
[66] Pag. 214 della Relazione di cui alla nota 60 (12/07/2026).
[67] Disponibile al link: https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2022/22 (27/06/2026).
[68] Sentenza disponibile tradotta per intero al link https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.page?facetNode_1=0_8_1_3&facetNode_2=0_8_1_11&facetNode_3=0_8_1_85&contentId=SDU365955&previsiousPage=mg_1_20 (27/06/2026).

fondamentale rispettare gli artt. 13[69], 25[70] e 32[71] Costituzione da un lato e l'art. 110[72] C. dall'altro. Essa ha dunque riscontrato una grave disorganizzazione dell'intero sistema REMS, tale da non riuscire a garantire i diritti fondamentali.

La sentenza pronunciata dalla CEDU concerne invece un ragazzo sottoposto a custodia cautelare in carcere dal GIP, dove a seguito di perizia era stato dichiarato infermo e pericoloso. Per questo motivo il GIP aveva sentenziato, con un giudizio immediato, che il sottoposto fosse ricoverato in una REMS, in quanto le sue condizioni erano tali da non poter rimanere in carcere. Tale misura però non è mai stata eseguita a causa di indisponibilità di posti e per questo è stato rimesso in libertà. Arrestato successivamente per altri reati, il soggetto finisce per rimanere in carcere illegalmente, in condizioni degradanti e senza un programma adeguato di cura e per questo fa appello alla CEDU. La Corte ha dunque sentenziato che l'Italia ha violato diversi articoli della Convenzione europea dei diritti dell'uomo: l'art. 3 sulla proibizione di tortura e l'art. 5 sul diritto alla libertà e alla sicurezza, per l'ingiusta detenzione in carcere e non in una REMS con un programma di cura adeguato, e l'art. 6 sul diritto a un equo processo, per non aver attuato le misure necessarie[73].

Inoltre, ci sono alcune sentenze CEDU riguardanti specificatamente pazienti della struttura volterrana. Qui infatti fu trasferito un paziente in seguito alla chiusura degli OPG: si trovava a Montelupo a seguito di un trasferimento da Reggio Emilia. La misura di sicurezza, iniziata nel 2007, si era prorogata fino al 2016. Secondo la Procura, sulla base della Legge 81/2014, il termine della misura era scaduto e si rivolse al magistrato di sorveglianza di Pisa per il rilascio del soggetto. Il magistrato però, sulla base di una sentenza della Corte di Cassazione ha stabilito che la legge non funziona in maniera retroattiva e dunque la domanda di rilascio era inammissibile. Da questo momento inizia un giro virtuoso di passaggi di competenze tra Tribunale di sorveglianza di Firenze, Procura di Pisa e Tribunale di Firenze, che, in quanto giudice dell'esecuzione, decreta il funzionamento della L. 81/14 in maniera retroattiva. Di conseguenza, ordina il rilascio immediato del sottoposto, essendo la misura terminata nei primi mesi del 2015. Anche in questo caso l'Italia ha violato l'art. 5 della Convenzione, nella misura in cui ha continuato a far detenere ingiustamente una persona con continue proroghe.

È essenziale sottolineare che alla base di queste sentenze risiede un'ulteriore grave problematica del sistema REMS: la mancanza di una legislazione statale, attuale e precisa. Ciò ha portato le REMS ad avere un regolamento interno diverso uno dall'altro basato in parte sul regolamento

[69] Sulla tutela della libertà personale: https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-i/art13.html (27/06/2026).
[70] Sull'applicazione delle misure di sicurezza: https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-i/art25.html (27/06/2026).
[71] Sul TSO: https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-ii/art32.html (27/06/2026).
[72] Sulle competenza del Ministero della Giustizia: https://www.brocardi.it/costituzione/parte-ii/titolo-iv/sezione-i/art110.html (27/06/2026).
[73] Per gli articoli CEDU si rimanda a https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ita (29/06/2026).

penitenziario e in parte su decreti ministeriali e accordi Stato-Regioni, con conseguenti disomogeneità tra Regione e Regione, se non da struttura a struttura. Tale criticità si riscontra anche nello stesso Codice Penale che ancora riporta la dicitura "ospedale psichiatrico giudiziario".

2.3.2 La malattia mentale nelle REMS toscane

Prima di analizzare come viene erogato il trattamento nelle REMS, è necessario precisare a chi è riservato tale trattamento. Infatti, in questo aspetto risiede un'ulteriore differenza con gli OPG e i manicomi giudiziari: alla REMS sono destinati, solo come *extrema ratio*, tutti coloro che vengono dichiarati infermi o seminfermi di mente con alto tasso di pericolosità sociale, in via definitiva o in via provvisoria, senza più distinzione giuridica tra OPG e CCC, benché permanga l'iter di pena detentiva in carcere con aggiunta della misura di sicurezza. Al contrario, i detenuti a cui sopravviene un disagio psichico durante la carcerazione non sono più inviati in strutture terze, ma vengono assegnati a sezioni specifiche del carcere, le cosiddette "articolazioni di salute mentale", che seguono il regime penitenziario[74].

L'approccio di stampo puramente sanitario ha fatto sì che adesso un paziente riceva, entro 45 giorni dall'ammissione, il c.d. PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato)[75], tempistica che in generale nella REMS-D viene rispettata. Il PTRI viene in seguito inviato al DSM di competenza territoriale del paziente, in vista delle future dimissioni (Rivellini et al. 2019, 102). Si compone in genere di una prima parte medico-riabilitativa, in cui bisogna inglobare il consenso[76], la collaborazione e la responsabilizzazione del paziente, e di una successiva fase risocializzante. Dunque prima di preparare il paziente alla dimissione con programmi riabilitativi e risocializzanti si ha una prima parte costituita da interventi medici, psichiatrici, psicologici, psicoterapici (individuali e di gruppo), psico-sociali, familiari e sociali (Calcaterra 2026, 95). A garantire tale trattamento, al 31 dicembre 2025 nella struttura pisana si trovano 4 psichiatri, 1 psicologo, 26 infermieri, 16 OSS, 7 educatori professionali e 4 tecnici della riabilitazione psichiatrica; mentre nella struttura empolese lavorano 3 psichiatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale, 19 infermieri, 16 OSS, 4 educatori

[74] Anche di queste manca però una vera regolamentazione: il trattamento deve essere erogato dai DSM e dalle ASL, ma non è stato specificato né da chi e come l'articolazione va gestita, né alcuna indicazione sul trattamento sanitario da effettuare e il livello di assistenza da assicurare (Poneti 2018, 91-92).

[75] Si tratta di un programma terapeutico creato in termini temporali, organizzativi e qualitativi sulla base delle esigenze del sottoposto. È così pensato per evitare i vecchi "ergastoli bianchi" e limitare l'uso della REMS per i non dimissibili, che quindi non possono essere curati in altro modo (Rivellini et al. 2019, 87).

[76] Elemento fondamentale della cura, in quanto la sua assenza cambia la procedura: avvia il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che si svolge in una struttura esterna quale il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ossia una sezione degli ospedali civili. È disciplinato dall'art. 34 della L. 833/78 e rappresenta l'*ultima ratio* nelle cure psichiatriche. In letteratura viene discussa la sua legittimità, approfondita accuratamente nel saggio di Roberto Bartoli nella relazione *Rems e percorsi terapeutici giudiziari,* a cura di Marco Pelissero (https://www.giappichelli.it/media/catalog/product/openaccess/9791221166798.pdf?srsltid=AfmBOooGaMVGNzcmBPkedukjstRbIZDRpxnu33avdQRRDzSbU84eLclI, pp. 135-150).

professionali e 4 tecnici della riabilitazione psichiatrica[77]. L'équipe toscana è quindi composta da circa 100 persone, a sottolineare la componente medico-assistenziale pluridisciplinare delle nuove strutture riabilitative, di gran lunga superiore alla componente giudiziaria, che in entrambi i casi si limita alla vigilanza interna ed esterna h24 con sistema di videosorveglianza e guardie giurate. Le forze dell'ordine sono chiamate a intervenire solo su richiesta dei medici nei casi più critici.

Il trattamento, nella parte in cui vuole controllare i comportamenti aggressivi e dunque la pericolosità sociale, è invece comune a entrambe le strutture e si può suddividere in: farmacologico, psicologico e psicosociale. Il trattamento farmacologico si concretizza nell'uso della clozapina, mentre quello psicologico prevede l'applicazione di tecniche quali il Cognitive Skills, il R&R (Reasoning & Rehabilitation) e il Cognitive Self Change, che si fondano su teorie cognitivo comportamentali. Infine, il trattamento psicosociale si definisce attraverso il Social Skills Training, il role playing, il problem solving management, l'Anger management, il training di rilassamento e lo Stress inoculation training (Zanfini 2015, 29-30). Per quanto concerne invece le attività svolte nelle REMS in funzione del PTRI, queste variano da struttura a struttura sulla base di accordi con enti terzi e sulla configurazione stessa dell'edificio. In questo contesto sono state riscontrate informazioni riguardanti la sola struttura di Volterra. Qui si svolgono attività quali attività sportive, corsi di teatro, corsi di fotografia, inserimenti socio-lavorativi e onoterapia (Rivellini et al. 2019, 102). Alcune di queste vengono svolte in ambienti esterni alla REMS-D e ciò favorisce il reinserimento sociale dei pazienti. Inoltre, è da segnalare anche un buon rapporto della struttura con la Magistratura di Sorveglianza, che infatti concede frequentemente permessi, sempre in riferimento al PTRI.

Numericamente parlando della sfera degli internati infine, la *figura 7* illustra che al 31 dicembre 2025 risultano 30 misure in atto nella REMS-D di Volterra, di cui 22 definitive e 8 provvisorie, mentre la struttura empolese conta 19 misure, di cui 15 definitive e 4 provvisorie. Di queste 49 persone, 44 sono uomini e 5 donne; 40 persone sono italiane, mentre le altre 9 provengono da paesi extra UE[78]. Non sono stati invece riscontrati dati sulle dimissioni.

	totale presenti	definitive	provvisorie
REMS Volterra	30	22	8
REMS Empoli	19	15	4
totale REMS Toscana	**49**	**37**	**12**

Figura 7: totale presenze in REMS al 31/12/2025[79]

[77] https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/relazione_2026_web.pdf pag. 211 (12/07/2026).
[78] *Ibidem*, pag. 212 (12/07/2026).
[79] Fonte: *ibidem*, p. 212 (12/07/2026).

CHAPITRE 3 : LE TRAITEMENT DE LA MALADIE MENTALE EN FRANCE

3.1 La loi française sur la maladie mentale et les mesures de sûreté.

Premièrement, avant d'aborder la mise en place du traitement de la maladie mentale en France, il est essentiel d'encadrer l'irresponsabilité pénale dans la loi française aujourd'hui. L'article 122-1 du Code Pénal, modifié en 2014, établit que :

> N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.
> La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.[80]

De la définition de « trouble psychique » et « neuropsychique » font partie toutes les formes d'aliénation mentale qui ne permettent pas à l'individu de contrôler ses actes. Selon la Cour de cassation, l'épilepsie et les psychoses de type schizophrénique font aussi partie de ce concept. En outre, le trouble psychiatrique peut être continu ou intermittent : ce qui est important pour l'application de l'art. 122-1 est que l'acte a été commis au moment où la personne en était affectée (Peloso 2022, 522). Cette version du Code Pénal, en vigueur dès 1994[81], a introduit la nouvelle notion de responsabilité pénale atténuée pour ceux qui ont été victimes d'une altération causée par un trouble mental. Aujourd'hui, pour examiner le sujet et déterminer la présence d'un trouble psychique, l'expert met en place un examen présentenciel ou en garde-à-vue, qui devraient permettre d'éviter l'incarcération des personnes avec un trouble mental grave[82].

La conception d'irresponsabilité pénale pour trouble psychique a été objet des différentes discussions, surtout à cause de certaines affaires particulières. Après une première loi en 2008 sur la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale, en 2022 une autre loi a été promulguée, suite l'affaire *Halimi*[83]. La loi n° 2022-52 intervient sur l'applicabilité de l'irresponsabilité pénale,

---

[80] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029370748 (01/07/2026).
[81] Il a substitué le Code Pénal de 1810, qui avait déjà inclus le principe d'irresponsabilité pénale pour en cas de démence ou contrainte dans l'article 64 (Peloso 2022, 520).
[82] Malheureusement, ces examens sont souvent mis en place longtemps après le début de l'incarcération provisoire, causé aussi par le manque de praticiens, qui aggrave l'état mental de la personne. En plus, il y a le risque que le sujet soit hospitalisé seulement pour affaiblir ses symptômes les plus graves et puis être incarcéré avec les autres, avec tous les contraintes et facteurs de stress présents (Touitou et al. 2024, 1125 et 1127).
[83] Pour mieux approfondir le sujet, on renvoie au document : https://hal.science/hal-04685974/document (pages 20-22).

notamment en cas d'intoxication volontaire, mais elle a même créé des circonstances aggravantes applicables à des infractions déjà existantes, ainsi que de nouvelles infractions d'intoxication volontaire. En se concentrant sur le premier point, ce qui est objet de ce travail, la nouvelle législation va modifier la façon d'appliquer l'art. 122-1. En fait, les articles 122-1-1[84] et 122-1-2[85] préviennent quatre conditions afin d'exclure l'irresponsabilité pénale : consommation volontaire des substances psychoactives (stupéfiants, alcool ou certains médicaments), avenue dans un temps très voisin de l'action, qui a « comme conséquence une abolition temporaire du discernement ou du contrôle des actes » (Zelcevic-Duhamel 2024, 24) et qui sont utilisées « dans le dessein de commettre l'infraction ou une infraction de la même nature ou d'en faciliter la commission ». Ces deux dernières conditions doivent être démontrées à travers des expertises. En fait, il doit y avoir un « lien de causalité entre l'usage de produits toxiques et l'abolition du discernement ou du contrôle de ses actes » (Zelcevic-Duhamel 2024, 24). Ensuite, pour appliquer l'art. 122-1, l'abolition doit être totale et temporaire, sinon on se trouvera devant une maladie mentale et donc d'une déclaration d'irresponsabilité pénale. L'irresponsabilité pénale est enfin exclue si l'assomption des substances sert à faciliter le passage à l'acte.

Pour ce qui concerne les mesures de sécurité, elles ont été introduites dans le Code Pénal avec la loi n. 468 du 1998, notamment le soi-disant suivi socio-judiciaire, qui est réglementé aux articles 131-36-1 Cod. pén. et suivants. Le suivi socio-judiciaire emporte que le condamné se soumette « à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive »[86] par décision d'un juge de l'application des peines pour une durée qui peut atteindre trente ans, selon le cas spécifique. Si le condamné ne respecte pas les obligations, il sera incarcéré. Ces obligations sont toutes spécifiées aux articles 132-44[87] et 132-45[88] Cod. pén.. Celui-ci prévoit en particulier des mesures de surveillance particulières qui visent soit à la réintégration du condamné, soit à la réparation des dommages provoqué. Il prévoit aussi plusieurs interdictions, comme par exemple l'interdiction de fréquenter certains lieux spécifiques. De plus, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné en tant que mesure d'assistance, conformément à l'art. 131-36-4 Cod. pén.[89] : le condamné peut donc être soumis à une injonction de soins après expertise médicale, avec ou sans consentement. Finalement, cette mesure peut prévoir, en tant que mesure de sécurité, une surveillance électronique mobile[90].

---

[84] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045068712 (06/07/2026).
[85] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045068714 (06/07/2026).
[86] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006181732/#LEGISCTA000006181732 (04/07/2026).
[87] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038313537 (04/07/2026).
[88] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049571571 (04/07/2026).
[89] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417320 (04/07/2026).
[90] Conformément à l'art. 131-36-9 cp : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417325 (04/07/2026).

Une deuxième mesure de sécurité a été introduite en 2004 avec la loi n. 20, avec laquelle le Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS) a vu le jour. Il est réglementé par les articles 706-53-1 et suivants du Code de Procédure Pénal[91]. Grâce au FIJAIS, les forces de l'ordre réussissent à prévenir la réitération des infractions prévues à l'art. 706-47 Code. proc. pén. et à mieux identifier les auteurs de ces crimes. Si on est enregistré au FIJAIS, on doit respecter certaines obligations de communication comme les éventuelles variations de la résidence.

L'année suivante, la loi n. 1459 a introduit la soi-dite surveillance judiciaire pour tous ceux qui ont été condamnés à une peine privative de la liberté (de moins sept ans pour un crime ou un délit auquel le suivi socio-judiciaire est suivi ou du moins cinq ans pour un crime ou un délit commis en état de récidive légale), afin de prévenir la récidive. Le juge ou le Procureur de la République peuvent donc l'ordonner dès la libération du sujet pour une durée variable selon le cas spécifique, toujours avec les mêmes obligations du suivi socio-judiciaire. Le risque de récidive doit être constaté à travers une expertise médicale, réalisée avant la date de la libération[92].

Finalement, la susmentionnée loi du 2008 a introduit une dernière mesure de sûreté : la rétention de sûreté, réglementée du nouveau chapitre III du Code de Procédure Pénale (articles 706-53-13 à 706-53-21)[93]. En effet, l'art. 706-53-13 présent ainsi cette mesure au premier alinéa :

> A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration.[94]

Pour appliquer la rétention de sûreté, une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté va examiner la personne intéressée un an avant la fin de la peine, en la plaçant dans un service spécialisé qui évalue sa dangerosité dans une période d'au moins six semaines. Cette commission va constater si la rétention de sûreté est la seule possibilité de prévenir la récidive ou pas. Dans le premier cas, une juridiction régionale des magistrats de la Cour d'Appel se prononcera sur la

[91] Articles 706-53-1 à 706-53-12, disponible au lien : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006151994/#LEGISCTA000006151994 (04/07/2026).
[92] Cette mesure de sûreté est réglementée par les articles 723-29 à 723-39, disponibles au lien : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006167539/#LEGISCTA000006167539 (06/07/2026).
[93] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000018170862/2008-02-27 (07/07/2026).
[94] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018170856/2008-02-27 (07/07/2026).

nécessité de la mesure après un débat contradictoire et sur une motivation. Ensuite, la personne sera envoyée dans un centre socio médico judiciaire de sûreté pour purger la mesure[95]. Si au contraire la rétention de sûreté n'est pas considérée comme la seule solution mais la personne est considérée dangereuse, la commission pluridisciplinaire renvoie le dossier au juge d'application des peines qui jugera la meilleure mesure.

3.2 Les parcours de traitement français.

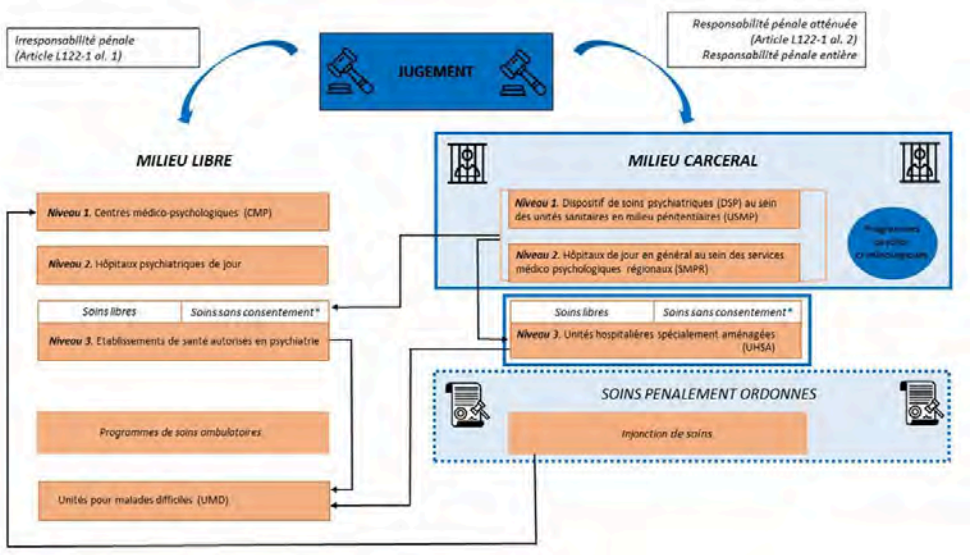


Figure 8 : le système de traitement de la maladie mentale en France [96]

Comme on peut voir sur la *figure 8*, les soins psychiatriques en France se distinguent en soins en milieu libre, réservés aux personnes déclarées irresponsables pénalement, et soins en milieu carcéral pour ceux déclarés responsables ou partiellement responsables. Elles sont organisées en trois niveaux selon la gravité des soins à dispenser et la nécessité de sécurité, auxquelles s'ajoutent les soi-disantes unités pour malades difficiles (UMD). Le milieu libre est composé par les centres médico-psychologiques, les hôpitaux psychiatriques de jour et les établissements de santé autorisés en psychiatrie[97]. Dans ce cas, les malades mentaux sont hospitalisés dans une structure psychiatrique civile près la plus proche de leur résidence. Tous les niveaux doivent dispenser des soins psychiatriques à tout ce qui en ont besoin à l'intérieur de leur circonscription, mais les patients ont le droit de choisir leur psychiatre, même extérieur à la zone de compétence de l'hôpital. Il est intéressant de noter que c'est le psychiatre responsable qui fixe le traitement et sa durée pour

[95] Ici, la personne sera posée sous double tutelle ministérielle, justice et santé, et il lui sera proposé une prise en charge médicale et sociale visant à permettre la fin de la mesure. La décision de la juridiction régionale de la rétention de sûreté est susceptible de recours en Cour de Cassation (Sautereau et al. 2009, 431).
[96] Source : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407922000267 (07/07/2026).
[97] À la fin du procès, le juge adresse la personne non responsable à un hôpital psychiatrique selon sa résidence. Très souvent, le psychiatre suggère une hospitalisation involontaire si la personne intéressée représent un danger pour les autres et lui-même (Fovet et al. 2020, 3).

chaque patient. Par conséquent, les résultats de ces parcours de soins sont très différents les uns des autres. À la sortie, le patient doit se soumettre à des examens psychiatriques face à deux experts. S'ils sont favorable à sa sortie, le Préfet décidera si accepter la décision des psychiatres ou non.

En analysant plutôt les soins psychiatrique au milieu pénitentiaire et en particulier les structures qu'on trouve dans le nord de la France (*figure 5*), on peut trouver ces trois niveaux : les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Les USMP sont des unités ambulatoires au sein des établissements pénitentiaires, auxquelles les détenus n'accèdent qu'avec leur consentement[98] : elles disposent d'un dispositif de soins somatiques (DSS) et d'un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Elles sont donc chargées des soins psychiatriques mais aussi, de manière générale, de tous les soins aux malades détenus (Couturier 2024, 4). Le DSP permet à une équipe des psychiatres, psychologues et infirmiers de mettre en place des activités thérapeutiques, telles que consultations, entretiens ou thérapie de groupe[99]. L'équipe provient d'un établissement de soins extérieur, mais situé à proximité de celui carcéral, chargé de planifier toutes les thérapies. Les USMP sont réglementés par l'art. D115-3 du Code Pénitentiaire[100] et sont présents dans toutes les prisons françaises ; il y en a notamment 16 dans les régions analysées dans ce rédigé. Une étude a été rédigée en 2019 sur le Centre pénitentiaire de Château-Thierry sur 68 des 70 personnes détenues entre mai et septembre 2019, avec 92 expertises présentencielles. Premièrement, Beigne et al. ont noté que 29 personnes avaient bénéficié d'une expertise, 27 des plusieures expertises (discordantes dans 40% de cas), pour 10 aucune expertise avait été ordonnée et pour 2 les expertises manquaient (2023, 292). En général, les personnes détenues dans la période de l'étude sont des hommes d'un âge moyen de 40 ans, de faible niveau socio-économique et 54 d'entre eux avaient au moins un antécédent judiciaire. Il est intéressant de mettre en évidence que 46% (31) de personnes avaient déjà été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie avant l'incarcération, alors que durant l'incarcération, 47% (32) de personnes avaient été hospitalisées dans une UHSA et 79% (54) de détenus avaient été hospitalisés dans une unité de psychiatrie générale. En ce qui concerne l'équipe soignante au sein de l'USMP de la prison, une étude menée sur la base des données du 2016 par Eck et al. a mis en évidence que la structure de Château-Thierry reste la mieux équipée pour ce qui est des psychiatres, psychologues et infirmiers.

En ce qui concerne le SMPR, ils se trouvent toujours dans un établissement carcéral, mais non toutes les prisons en disposent. Par exemple, dans les régions ici analysées on en a trois : Rouen,

[98] Généralement, l'accès est fait soit à l'entrée en prison à la suite d'un entretien de dépistage, soit sur demande du détenu, soit après un signalement par une tierce personne (Fovet et al. 2022, 304).
[99] Y sont compris les activités liées à un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, ou CATTP (Fovet et al. 2022, 304).
[100] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045494100 (07/07/2026).

Amiens et Lille-Sequedin et Lille-Annœullin. Ceux-ci sont des unités intracarcérales constituées par des cellules, où les détenus ne sont hospitalisés que volontairement et après indication médicale. Une équipe multidisciplinaire assure une hospitalisation de jour qui permet de dispenser des soins psychiatriques en journée. Si un détenu est incarcéré dans un établissement ne disposant pas de SMPR, il peut être transféré. Les SMPR jouent un rôle de coopération avec tous les acteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire, d'articulation avec les autres dispositifs de soins psychiatrique en milieu pénitentiaire afin d'élaborer un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, d'interface avec les autorité de tutelle et de mise en place de formations au niveau régional (Fovet et al. 2022, 304-305). Ils sont réglementés par l'art. R115-12 du Code Pénitentiaire[101], conformément à l'article R3221-5 du Code de la Santé Publique[102]. La recherche de Eck et al. a souligné que les prisons avec SMPR sont mieux équipées de psychiatres, tandis qu'elles se distinguent moins en ce qui concerne le nombre de psychologues et infirmiers (2020, 276-277).

C'est avec la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 que les UHSA ont été introduites. Celles-ci sont les premières structures conçues spécifiquement pour le soin des détenus souffrant d'un trouble psychique. Elles sont des unités créées au sein d'un établissement de santé civil et s'occupent d'hospitalisations à temps complet concernant tous les troubles psychiques qui ne peuvent pas être effectuées dans une prison[103]. Réglementées par les articles des L3214-1 à L3214-5[104] du Code de la santé publique, les UHSA sont des unités de santé gérées par le personnel sanitaire et sécurisées par le personnel pénitentiaire[105]. L'objectif est d'assurer à ces personnes « une prise en charge de la même qualité que celle dispensée en milieu libre, tout en limitant les risques d'évasion par une sécurité renforcée » (Eck et al. 2020, 274). Ces structures accueillent patients avec ou sans leur consentement : dans le premier cas, le consentement doit être écrit, alors que le deuxième cas se figure dans le cadre du soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SPDRE), c'est-à-dire sur la base d'une décision préfectorale basée sur un rapport médical qui atteste le trouble mental et la dangerosité du patient. Quantitativement, en France il y a neuf UHSA pour un total de 440 lits, dont une dans les régions du Nord : celle du Lille-Seclin, comptant 60 places réparties en 3 unités qui accueillent des hommes, des femmes et des mineurs détenus[106]. Au sein de

[101] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045494080/2022-05-01 (08/07/2026).
[102] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033548028 (08/07/2026).
[103] Ce dernier détail est spécifié dans l'art. R6111-40-5 du Code de la Santé Publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046091984?isSuggest=true (09/07/2026).
[104] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171191/#LEGISCTA000024316684 (09/07/2026).
[105] Celui-ci s'occupe de la surveillance, des entrées et des sorties de l'unité, coordonne les transferts des patients et intervient, sur demande du personnel sanitaire, dans les situations les plus critiques (Fovet et al. 2020, 4).
[106] https://www.diligens.chu-lille.fr/les-soins-psychiatriques-en-milieu-penitentiaire/ (09/07/2026).

la structure, la chambre obtient un « statut hybride » (Eyraud et al. 2015, 17) puisque la personne est à la fois patient et détenu. À Lille, les patients peuvent être enfermés dans leur chambre par le personnel soignant pendant certains moments de la journée pour des raisons soignantes. En outre, chaque déplacement du patient à l'intérieur de l'UHSA est accompagné par le personnel soignant, en respectant en même temps certaines indications de l'autorité pénitentiaire comme éviter la rencontre des certains détenus. Dans un tel contexte, la coopération entre équipe soignante et équipe pénitentiaire est fondamentale. L'équipe soignante doit notamment s'occuper de la présence des patients-détenus et signaler tout incidents et disparitions d'objets, alors que l'équipe pénitentiaire s'occupe des transports de ces personnes d'une structure à l'autre et de la surveillance. En plus, s'il y a des difficultés avec un patient au cours d'une intervention thérapeutique, les soignants peuvent, en raison de la sécurité générale, demander l'aide des agents pénitentiaires. Finalement, les psychiatres sont les seuls qui puissent autoriser une hospitalisation ou une sortie d'hospitalisation, mais les modalités d'entrée et de sortie sont décidées par les pénitentiaires.

La création de l'UHSA représent une évolution dans les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Toutefois, comme Eck et al. ont souligné dans l'enquête, le recours à l'UHSA de Lille-Seclin diminue face à l'augmentation de la distance avec la prison d'origine, à cause de certains obstacles logistiques tels que le transport des patients difficiles et des dépenses économiques significatives (2020, 279).

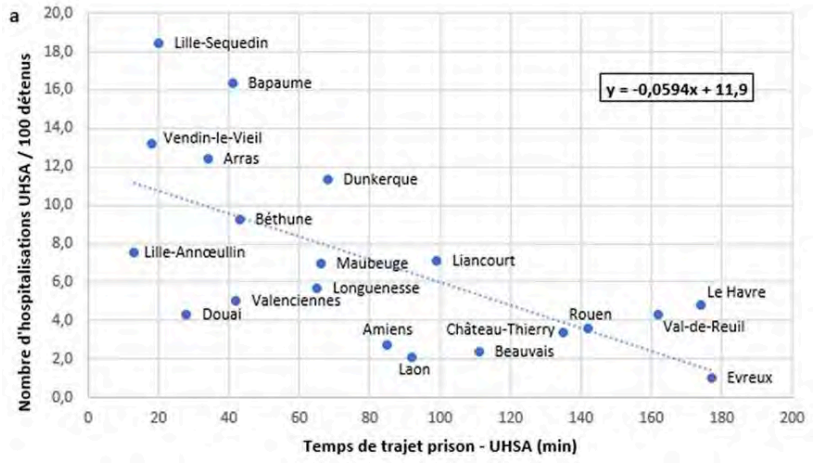


Figure 9 : Relation entre le temps de trajet prison-UHSA de Lille-Seclin et le nombres d'hospitalisations à l'UHSA pour 100 détenus[107]

En tenant compte de la *figure 5*, nous pouvons constater que les établissements pénitentiaires de Lille-Sequedin et Lille-Annoeullin (disposant d'un SMPR) et Vendin-le-Vieil envoient plus de détenus à l'UHSA : entre 7 et 19 personnes pour 100 détenus. Géographiquement, ils résultent les établissements les plus proches de l'unité hospitalière. Au contraire, les établissements de Evreux, Le Havre et Val-de-Reuil transfèrent peu de détenus : entre 1 et 5 personnes pour 100 détenus. En

[107] Source : Eck et al., *Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire : une étude observationnelle dans le Nord de la France*, 2020, fig. 4a, p.278.

effet, ils résultent comme les établissements les plus loins et il ne disposent pas d'aucun SMPR. Le risque d'inégalité dans les soins psychiatriques est alors très haut. Les deux autres prisons disposant d'un SMPR (Amiens et Rouen) sont à la moitié avec le centre pénitentiaire de Château-Thierry (l'un de USMP les mieux équipé en personnel soignant). Selon le schéma de la *figure 9*, ils envoient entre 3 et 4 personnes pour 100 détenus.L'unité de Lille-Seclin présente d'autres criticités aussi : maintien prolongé en chambre d'isolement, recours fréquent à la contention mécanique, médication souvent trop rapide, accès possible seulement avec SDRE et réduction de la durée de l'hospitalisation causée par une faible capacité d'accueil. En fait, en 2016 la France comptait 67 000 personnes détenues[108], dont 4500 ont bénéficiées des soins psychiatriques. 2000 de ces personnes ont bénéficié d'une hospitalisation en UHSA (Fovet et al. 2022, 305).

Enfin, les unités pour malades difficiles accueillent des personnes détenues aussi que personnes non détenues, mais parfois déclarées irresponsables pénalement à cause d'un trouble mental. Leur accès à l'UMD est déterminé par leur état de santé : au sein de cette structure ne sont hospitalisées que des patients difficiles à gérer qui nécessitent des soins particuliers. Le patient qui sort d'une hospitalisation en UMD (ou en UHSA) doit rentrer chez la structure d'origine. Elles sont réglementées par le Code de la santé publique, de l'art. R3222-1 à l'art. R3222-7[109]. À date, il n'y a aucune UMD dans les régions analysées, alors qu'il y en a dix sur le territoire français pour un total de 656 lits, dont 99 ont été occupés en 2016 (Fovet et al. 2022, 305).

[108] Ce donnée a continué à augmenter au fil des années, arrivant à compter 79 300 personnes détenues au 1er janvier 2025 (https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/79-300-personnes-detenues-au-1er-janvier-2025 (12/07/2026)).

[109] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000024375760/#LEGISCTA000024375859 (12/07/2026).

CHAPITRE 4 : COMPARAISON ENTRE ITALIE ET FRANCE

Si nous considérons les articles des deux Codes Pénales en matière de responsabilité pénale, nous remarquons tout de suite la différence entre le Code français et celui italien où, comme on a déjà remarqué, l'irresponsabilité pénale est définie d'une manière plus vague, tel que *capacità d'intendere e di volere*. La loi française ne prévoit aucune situation de présomption d'irresponsabilité pénale, le juge est chargé de constater la présence d'un discernement ou d'une perte de contrôle des propres actes et une corrélation entre le discernement et l'infraction. De la même façon, le juge italien doit vérifier l'imputabilité pénale à travers une expertise médicale, ainsi qu la précitée corrélation, mais il y a certaines situations où le sujet est déjà considéré irresponsable : le mineur qui a moins de 14 ans[110] et la chronique intoxication d'alcool ou de substances stupéfiants qui a provoqué dans le sujet une altération irréversible de sa capacité volitive (le juge dans ce cas doit appliquer les art. 88 et 89 cp). Un aspect normatif important à souligner est que les deux juges ne sont pas liés aux expertises dans l'application éventuelle de la peine.

Par ailleurs, de l'analyse normative effectuée dans cet élaboré nous pouvons constater que la France reste plus avancée dans la rédaction des lois et dans leur mise à jour, tandis que l'Italie doit travailler encore beaucoup. En effet, la France règle les soins psychiatriques, notamment en milieu pénitentiaire, d'une manière centralisée à travers un Code entièrement conçu pour la santé publique. Au contraire, l'Italie, comptant sur une gestion régionale de système de santé national et donc sur une série d'entreprises locales, n'a aucun Code spécifique : il existe seulement des lois et des décrets. Enfin, les articles du Code Pénal français qui s'occupent de l'irresponsabilité pénale ont été modifié plusieurs fois dès leur entrée en vigueur en 1994, tandis qu'en Italie le Code n'a pas été mis à jour dès son entrée en vigueur du 1930 (sauf le changement de *manicomio giudiziario* en *ospedale psichiatrico giudiziario* en 1975 qui persiste encore aujourd'hui même si les hôpitaux n'existent plus). Par conséquent, nous avons mis en évidence que les objectifs et les pouvoirs des structures en France sont découlés à partir de susmentionnés articles ; en Italie, chaque *REMS* a rédigé son propre règlement sur la base de lois promulguées, de l'organisation pénitentiaire mais surtout sur la discrétion des personnes chargées de rédiger le règlement.

Les mesures de sécurités prévues par les deux Codes diffèrent amplement les unes des autres. De la part française, nous trouvons le suivi socio-judiciaire, la surveillance judiciaire et la rétention de sûreté qui prévoient des obligations qui peuvent entraîner, entre autres, une injonction de soins en milieu libre. À celles-ci un fichier numérique s'ajoute : le FIJAIS. Telles mesures de sûreté sont appliquées aux sujets dangereux déclarés irresponsables pour trouble psychique, ceux qui en Italie seraient connus comme « *folli rei* », ou à la sortie de la détention pour ce qui est des personnes

[110] https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primo/titolo-iv/capo-i/art97.html (13/07/2026).

condamnées présentant signes de dangerosité. Leur durée est variable : en général, elle n'excède pas le maximum éditorial de la peine, mais elle peut être prolongée indéfinitivement. En revanche, les unités analysées dans le *chapitre 3.2* au sein des établissements pénitentiaires concernent le soi-disant « *rei-folli* », puisque l'accès n'est réservé qu'aux détenus déclarés responsables ou partiellement responsables. Il est fondamental de souligner que USMP, SMPR et UHSA ne sont pas considérés comme des mesures de sécurité, mais plutôt des véritables structures hospitalières faisant partie du système de santé publique. Ainsi, elles sont réglementées par le Code de la santé publique pour ce qui est de leurs objectifs : plus précisément, les USMP et les SMPR, étant présents à l'intérieur des prisons, elles sont mentionnées même dans le Code pénitentiaire.

De l'autre côté, la loi italienne considère les *REMS* comme une véritable mesure de sécurité applicable aux sujets considérés incapable, à côté des colonies agricoles, des maisons-travail et des *case di cura e custodia* (anciennement réservée aux sujets partiellement incapables). Le juge peut aujourd'hui appliquer aux personnes irresponsables mais dangereuses la *libertà vigilata*, une mesure de sûreté qui ressemble au suivi socio-judiciaire, surtout pour le fait que le sujet doit respecter certaines dispositions, toujours sur la base d'expertises médicales. Les *REMS* sont des structures résidentielles qui dépendent notamment du *SSN* italien ; toutefois, elles ne se trouvent pas à l'intérieur d'un hôpital, elles sont des établissements séparés et indépendants disposant de tous les outils nécessaires pour les soins et la réhabilitation des patients. L'équipe multidisciplinaire italienne décide, avec le patient, le programme à suivre afin de réhabiliter et réintégrer le patient dans la société grâce aux programmes thérapeutiques (le *PTRI*) ; donc, le seul psychiatre ne peut pas choisir le parcours à suivre. Ainsi, le patient sortant du *REMS-D* n'est pas renvoyé en prison (il n'est pas coupable ou il a terminé sa peine détentive), mais il commence un parcours dans des structures intermédiaires en *Licenza finale di esperimento (LFE)* ou en *libertà vigilata*, toujours évaluée et appliquée par le juge d'application des peines (*Magistrato di Sorveglianza*) sur évaluation du personnel soignant. En tous cas, au sein des UHSA et des *REMS*, le personnel dépendant du Ministère de la Justice (celui pénitentiaire en France et les forces de l'ordre en Italie) s'occupent seulement de la surveillance à l'extérieur et n'intervient à l'intérieur qu'en cas de nécessité sous indication des soignantes.

La modalité de vie pour un patient hospitalisé à Lille diffère largement de celle d'un patient hospitalisé en Toscane. Par exemple, dans les structures toscanes les patients sont presque libres de circuler dans l'établissement ou dans le jardin sans accompagnement : il y a les caméras de vidéosurveillances, contrôlées par des agents de vigilance, à monitorer la situation, donc pas de personnel soignant. Les chambres restent toujours ouvertes (seules l'infirmerie, l'entrepôt et la salle de médicaments restent fermées à clé) et les effets personnels, autres que ceux considérés

dangereux comme les rasoirs, restent au patient ; donc il n'est jamais contraint de rester dans sa chambre comme il peut se produire à Lille-Seclin. À Volterra nous avons vu la mise en place de nombreux programmes de réhabilitation qui comprennent le sport, l'art ou le travail, même à l'extérieur de la structure. Cet aspect là est possible grâce à la notion de l'établissement séparé, conçu à l'intérieur d'un véritable village, afin de réintégrer une personne dans la société extérieure ; dans une UHSA, ce n'est pas possible puisque l'unité se trouve au sein d'un hôpital et l'objectif est seulement d'affaiblir les symptômes et renvoyer le patient-détenu en prison. Nous notons ainsi que l'approche térapethique-riabilitatif du *REMS* se heurte contre une approche plus répressive de l'UHSA.

Autrement dit, les *folli rei* sont hospitalisés en *REMS* en Italie ou dans des secteurs de psychiatrie générale en France ; les *rei folli* en Italie sont hospitalisés dans les susmentionnées articulations de santé mentale au sein des établissements pénitentiaires, alors qu'en France ces sujets sont hospitalisés en USMP, SMPR, UHSA ou en UMD, qui rassemble à la fois des détenus et des non détenus. Nous pourrions affirmer que l'équivalent le plus proche des *articolazioni di salute mentale* sont les SMPR, puisque dans tous les deux nous trouvons une équipe soignante dépendante du Ministère de la Santé, pas de l'administration pénitentiaire, et une hospitalisation au sein de la prison. Toutefois, le manque presque total de règlements pour ce qui est des articulations italiennes rend difficile la création et l'application de telles typologies de soins. De plus, la Cour de Cassation italienne avait déclaré, sur la base des données fournis par l'Administration Pénitentiaire, qu'en 2017 il y avait 38 sections pour un total de 500 lits, mais en réalité seulement deux sections avaient effectivement été créées (Poneti 2018, 92-93).

Il y a beaucoup de différences même à la sortie du patient de la structure. Dans ce sens, la Toscane a adopté une organisation sur trois niveaux qui, comme les trois niveaux français, se distinguent pour leur niveau de sécurité. Ceux-ci sont, dans l'ordre décroissant du degré de sécurité : *REMS*, structures intermédiaires et réseau territorial de services de santé mentale. Or, bien que ces deux dernières typologies de structures n'aient pas été analysées de manière approfondie[111], il semble à ce point intéressant de les citer. La Toscane compte trois *ASL* : celle du nord-ouest, du centre et du sud-est. L'*ASL* nord-ouest et centre gèrent deux « *strutture residenziali psichiatriche* » (structures psychiatriques résidentielles) : respectivement Tiziano, Villa Aeoli, Le Querce et Villa Guicciardini[112] et elles accueillent respectivement 19, 12, 8 et 10 personnes. L'*ASL* sud-est gère la structure I prati-1, avec 10 places. Donc au total nous avons 59 places supplémentaires qui s'ajoutent au 50 disponibles en *REMS* et permettent donc de réduire le pourcentage de

[111] Sauf dans le *chapitre 1.4*, auquel nous renvoyons pour les missions leur attribuées, bien décrites au lien présent à la *note 3*.
[112] En particulier, dans ces deux dernières structures, le séjour dure respectivement 12 et 18 mois, mais il peut varier selon les nécessités térapéthiques (Scarpa 2018, 51).

surpopulation. Le réseau de service territorial compte plusieurs communautés thérapeutiques de typologie différentes[113]. Les sujets sont y envoyés, comme nous avons déjà constaté, en *LFE* ou en *libertà vigilata*, mais ils peuvent être aussi des détenus qui suivent un parcours alternatif à la détention. Il y a quand-même des criticités liées aux retards de prise en charge et au (possible) manque de lits qui, comme nous avons constaté, ont causé la création des « *liste d'attesa* ».

La France à ce propos résulte plus faible. Tout d'abord, l'accès aux soins primaires n'a lieu qu'avec un consentement explicite du détenu, ce qui peut ne pas se passer si la personne n'est pas consciente de son mal-être. Le résultat est un accès aux soins suivant un signalement de la part du personnel pénitentiaire causé par un comportement déviant évident. En Italie, cela ne se peut pas passer, puisque l'hospitalisation en *REMS* est ordonnée par le juge, alors que le patient a le droit de participer à la création de son parcours de soins et choisir d'y consentir. Deuxièmement, la communication et la coordination entre le représentant de la justice et l'administration pénitentiaire ne sont pas toujours optimales. Par conséquent, la date de libération est souvent fixée au dernier moment, ne permettant pas une programmation complète du suivi postincarcération tant sur le plan sanitaire que social (Touitou et al. 2024, 1126). En plus, il y a des difficultés liées à la prise en charge de ces personnes de la part de la psychiatrie générale, notamment à cause des délais importants. Par ailleurs, des équipes mobiles transitionnelles (EMOT) ont été créées à Lille et Toulouse. Elles prennent en charge psychiatriques des ex-détenus pour une durée de six moins après la libération et elles ont deux objectifs principaux : limiter le risque de rechute et de décès au cours de cette période sensible[114] et assurer un relais de soins psychiatriques vers la psychiatrie générale (Touitou et al. 2024, 1126). La seule autre solution disponible aujourd'hui est la suspension de peine pour raison médicale[115], mais elle n'est pas exempte des criticités. L'article 720-1-1 du Code de procédure pénale au premier alinéa indique que :

> Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.[116]

---

[113] Elles sont décrites aux pages 227-228 de la rélation disponible au lien suivant : https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/relazione_2026_web.pdf (15/07/2026).

[114] Il existe notamment un risque majeur de décès pour overdose et suicide, à cause d'une forte incértitude vers le retour en milieu libre, dont nous parlerons après (Touitou et al. 2024, 1126).

[115] Réglementée par le code de procédure pénale : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006166162/#LEGISCTA000006166162 (15/07/2026).

[116] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039279123 (15/07/2026).

En réalité, cette mesure, notamment pour raison psychiatrique, est rarement ordonnée par les psychiatres et n'est mise en place qu'avec un accord avec les magistrats. Dans ces rares cas où la suspension a lieu, la personne est envoyée dans une structure de soins en milieu libre après expertise ou certificat médical urgent.

Finalement, pour ce qui concerne la collecte des données, nous devons souligner certaines problématiques. Ainsi, la Région Toscane, notamment le *Garante dei diritti dei detenuti* de la région, rédige chaque année une relation publique incluant des données spécifiques sur les *REMS*, les structures résidentielles et le régime du *TSO*. Le pays présente cependant des lacunes dans la collecte au niveau national du contexte pénitentiaire et du *REMS* en particulier. Au contraire, la France rédige des données précises au niveau national sur la Justice, mais pas pour ce qui est des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, même au niveau régional : rien a été trouvé en dehors des données inclus dans cet élaboré, sauf certaines données qui n'étaient pas de domaine public.

Néanmoins, sont à mettre en évidence les données concernant la surpopulation des prisons italiennes et françaises. En fait, au 30 avril 2026, l'Italie comptait 64 436 personnes incarcérées pour un taux de surpopulation de 139,1%[117] ; en France, au 1 janvier 2026, 102 347 personnes ont été écrouées, dont 17 606 ne sont pas détenus, pour un total de 84 741 personnes détenues et un taux d'occupation de 136%[118]. Dans un tel contexte, en tenant compte des effets psychopathologiques de l'emprisonnement[119] et de la trop souvent comorbidité trouble psychiatrique et dépendance d'alcool ou de substances stupéfiants, les sujets affectés par un trouble psychotique en prison sont encore plus en difficulté.

---

[117] https://www.antigone.it/news/3638-rapporto-antigone-carceri-sempre-piu-affollate-piu-chiuse-e-lontane-dal-dettato-costituzionale (15/07/2026).

[118] https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/references-statistiques-justice-continu, *chapitre 12.2*. Au 1 mai 2026, ces données sont déjà augmentés, comme démontré par *World Prison Brief* (https://www.prisonstudies.org/country/france?language_content_entity=en-gb (15/07/2026)).

[119] Par exemple la perte de l'identité remplacée par un numéro, la perte de l'intimité due à la cohabitation forcée, la violence, l'isolement du monde extérieur et des relations affectives et l'incertitude judiciaire du jugement. Si à tout cela nous ajoutons la consommation du cannabis ou la rupture de soins chez la psychiatrie générale, les sujets les plus fragiles montreront des épisodes psychotiques catastrophiques (Touitou et al. 2024, 1125).

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES FUTURES

Pour clôturer, Italie et France ont deux systèmes de traitement de soins très différents. Tous les deux présentent plusieurs criticités, mais pour cette raison ils ont beaucoup de potentiel. Le système italien est avancé pour son organisation et son approche strictement thérapeutique de réhabilitation, alors qu'il présente encore des graves lacunes normatives. Par contre, la France est très avancée en ce qui concerne les normes de référence grâce à son Code de la Santé Publique, appliqué avec le Code Pénal, le Code de procédure pénale et le Code Pénitentiaire ; alors que du point de vue organisationnel, l'hexagone nécessite de revisiter son objectif de soins, notamment en milieu des UHSA.

En ce qui concerne UHSA et *REMS*, elles sont deux structures sanitaires de haute sécurité différent dans le statut juridique des personnes y hospitalisées : responsables avec un survenu trouble psychique et irresponsables dangereux pour eux-mêmes et la société. Dans tous les deux établissements peuvent être hospitalisés les sujets considérés partiellement responsables. La différence la plus évidente réside dans l'objectif final : l'UHSA vise à soigner les symptômes les plus graves pour que le sujet puisse continuer à purger sa peine en prison, même s'il a été déclaré partiellement irresponsable ; au contraire, la *REMS* vise à réhabiliter le patient en lui donnant les moyens nécessaires pour vivre d'une manière digne au delà des difficultés et des erreurs commis, notamment grâce aux programmes thérapeutiques (mis en place aussi au sein des UHSA). En réalité, au sein d'une *REMS* peuvent parfois être hospitalisés des détenus présentant des troubles psychiques graves qui ne peuvent pas être soignés en prison.

Toutefois, il existe une partie des experts français qui croient qu'un tel système de soins risque de devenir trop ségrégatif, puisque, à date, la seule alternative à la détention et donc aux soins en milieu pénitentiaire est la suspension de peine pour raison médicale. Cette mesure peut être appliquée pour des raisons psychiatriques, mais nous avons constaté les plusieures criticités liées à sa mise en place et à son consentement de la part des magistrats. Un point à faveur va en revanche au SPDRE : le magistrat est le seul qui enfin peut autoriser une hospitalisation à temps complet en UHSA en régime de haute sécurité d'une personne sans son consentement. Également, le *TSO* italien autorise une injonction de soins pour les patients qui continuent à refuser les soins mais présentent des symptômes psychotique graves, constituant ainsi un danger pour eux-même et les autres individus et pour lesquels il n'y a aucune autre solution sauf l'hospitalisation forcée en *SPDC*. Cependant, ce régime des soins est autorisé par le maire, non pas par le magistrat qui joue seulement un rôle de surveillance.

Ceci-dit, il y a toujours la possibilité d'améliorer un certain système, nous l'avons déjà constaté en analysant l'évolution du système italien qui s'est évolué d'une hospitalisation totalisante et

répressive à une résidence rééducative presque libre de toutes contentions mécaniques. Il doit y avoir une bonne volonté de changer pour le mieux. Par exemple, en 2024 le magazine de psychiatrie italien a publié un nouveau modèle pour le traitement de la santé mentale en prison conçu par la Région Émilie-Romagne. Plus précisément, la région a conçu un modèle divisé en trois étapes : évaluation à l'entrée du nouveau détenu, détention et libération. De cette façon, il devrait être possible de distinguer dès le début un sujet présentant un trouble mental d'un sujet présentant un désarroi psychologique causé par l'entrée en prison ou une dépendance des substances. La première phase consiste dans une évaluation psychologique mise en place par un psychologue d'une équipe de santé mentale dans les trois jours suivants l'entrée. Comme l'examen serait réalisé cas-par-cas, il est possible que le psychologue demande l'intervention d'autres experts, tels que des psychiatres ou des éducateurs. Cette évaluation serait fondamentale pour créer un plan thérapeuthique-réabilitatif individuel (le même déjà présent dans les *REMS*), à suivre pendant la détention.

Ensuite, durant l'incarcération les sujets qui ont besoin d'un aide psychologique devraient être soutenus à travers des entretiens avec des psychologues ou des psychiatres, qui peuvent suggérer un traitement avec des médicaments psychotropes, ou à travers la création d'un *PTRI*. Dans ce cas, le sujet et l'équipe planifient un plan personnalisé multidisciplinaire en collaboration, si possible, de sa famille. Le *PTRI* devrait comprendre au moins une intervention, telle que : un traitement psychiatrique individuel, intervention intégrée en santé mentale, traitement psychologique individuel ou hospitalisation (Pelizza et al. 2024, 38). Le traitement psychiatrique consisterait en la surveillance de la santé clinique du détenu et définir le traitement médicamenteux. Le traitement psychologique devrait être un simple entretien qui vise à réduire le désarroi du contexte pénitentiaire grâce à la psychothérapie ou aux sessions psychoéducatives. L'intervention intégrée n'est que la mise en oeuvre du *PTRI* comme, dans un certain sens, ce qui se passe dans une *REMS* : une équipe spécifique, créée sur la base du *PTRI* et chargée de surveiller un certain cas spécifique, devrait mettre en place des activités thérapeutiques individuelles ou de groupes, notamment des sessions psychoéducatives focalisées sur un besoin spécifique. Enfin, l'hospitalisation dans les articulations de santé mentale seraient nécessaires pour traiter des sujets montrant des symptômes psychotiques graves. Ces articulations ne traiteraient pas les toxicomanies, qui seraient traitées dans des sections spécifiques.

La troisième phase de ce modèle concerne notamment la sortie du détenu. Quand la libération est imminente, l'équipe soignante devrait activer, en cas de trouble mental, un réseau d'intervention en milieu libre, alors qu'en cas de désarroi lié à la sortie, l'équipe devrait informer le sujet des tous les services de santé mentale présentent dans sa zone de résidence et comment y accéder[120].

[120] Pour approfondir en détail le modèle et consulter les données recueillis dans la région en 2018 sur la santé mentale des prisonniers, consulter l'article : https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/4205/articoli/41947/.

Une telle répartition pourrait être appliquée tant dans les prisons italiennes que dans celles françaises. En Italie, elle pourrait donner plus d'homogénéité pour ce qui est des standards de soins psychiatriques et, aussi grâce à l'ouverture définitive des articulations de santé mentale, limiter le transfert en *REMS* pour les seuls cas les plus extrêmes, un peu comme le processus d'accès à un UHSA. Aujourd'hui, en fait, à cause du manque d'articulations de santé mentale réelles, les détenus doivent être transférés dans une *REMS*, mais le manque de lits cause des délais importants et les contraint à rester dans l'établissement pénitentiaire, ce qui ne comporte qu'une aggravation de l'état de santé de la personne. Par contre, appliquer ce modèle aux prisons françaises signifierait améliorer, fortifier et fluidifier le travail des USMP et des SMPR, en limitant la nécessité d'une hospitalisation forcée en UHSA, qui souffre aussi d'un risque de surpopulation ayant disponibles un nombre limité de lits.

À ce propos, la littérature se divise entre une partie qui demande une augmentation des lits dans les *REMS* et les UHSA et une partie qui croit qu'augmenter les lits n'est pas la meilleure solution. Qui soutient l'augmentation des lits croient que ceux disponibles à date ne réussissent pas à faire face à la demande réelle des soins psychiatriques, un facteur en hausse constante selon des études épidémiologiques, à côté des troubles comorbides et addictifs (Touitou et al. 2024, 1124). En outre, ils croient qu'augmenter les lits dans ces établissements permet d'éviter que les personnes soient illégalement détenues en prison, comme la Cour Européenne des Droits de l'Homme a déjà dénoncé. De l'autre côté, la raison pour laquelle une partie ne croit pas dans l'augmentation de lits réside dans la crainte de créer à nouveau des institutions totalisantes, tels que les asiles ou les *ospedali psichiatrici giudiziari*, dans lesquelles les personnes étaient hospitalisées en masse, sans aucune réhabilitation ou parcour de soin, ni possibilités d'en sortir avec un retour aux anciens « *ergastoli bianchi* ». Un autre aspect à souligner est que si les nombres de lits augmentent, ne devraient pas augmenter seulement les patients, mais aussi les personnels soignants. Malheureusement, le personnel est déjà sous-effectif, tant en France qu'en Italie, et cela rend déjà difficile de mettre en place des soins appropriés. Ce sous-effectif peut être causé par une lacune normative (l'Italie n'a jamais établi un nombre minimum de personnel, bien qu'elle ait précisé que le nombre de personnel doit être proportionnel), mais aussi à cause de la faible attractivité de ce travail, liée aux conditions d'exercice dans des locaux peu adaptés (Touitou et al. 2024, 1125-1126).

En tout cas, les deux pays devraient premièrement travailler sur leurs propres systèmes. L'Italie doit créer un règlement spécifique et homogène pour avoir des standards de soins, de traitement et de vie définies dans les *REMS*, afin que le traitement soit égal et juste pour toutes les personnes y hospitalisées (rien ne change le fait que chaque *ASL* peut ensuite modifier certaines dispositions sur la base des nécessités spécifiques). La France devrait de son côté modifier son approche envers les

soins dans les UHSA, ne se focalisant pas seulement sur l'affaiblissement des symptômes les plus graves, mais aussi sur la possibilité de se soigner presque totalement.

Par ailleurs, les législateurs devraient toujours mettre au centre les patients-détenus tant dans leur traitement qu'à leur sortie. En effet, la sortie d'un établissement tel qu'une prison ou une *REMS* représent un moment délicat dans la vie de ces personnes, surtout du point de vue psychologique : incertitudes liées à la continuation des soins, mais plus simplement incertitude économique et professionnelle, ainsi qu'isolement social et familial. Nous avons constaté qu'en Toscane il y a plusieurs structures qui prennent en charge les patients sortant d'une *REMS*, mais souvent il n'est pas assez et chaque région est notamment différente, donc l'avenir d'un patient devrait dépendre de son lieu de naissance. Cet aspect rend la création d'une législation au niveau nationale incontournable. La France nécessite aussi d'un plan plus fort concernant la sortie de prison, afin ainsi de réduire le risque de récidive et éviter le début d'un cercle vicieux, dont personne ne sortira jamais.

Il y a (peut-être) un seul facteur à la base des lacunes normatives, des difficultés de traitement, du manque de lits et/ou de personnel, ainsi que des incertitudes économiques, professionnelles et affectives : la stigmatisation. Et alors, il est possible qu'en premier lieu nous ne devons pas changer la loi ou le type de traitement, mais la société et sa façon de percevoir la maladie mentale et les personnes qui en souffrent.

BIBLIOGRAFIA

1. Angeli V., Renzaglia B. (2022), Diritto alla salute mentale e sistema penitenziario, "Il sogno della farfalla: rivista di psichiatria e psicoterapia", 2/2022, pp. 17-25.
2. Attanasio D., Buongiorno L., Sonnini E., Bagattini F. V. (2026), Una revisione delle misure di sicurezza personali: proposte interdisciplinari e condivise per il ripensamento del binomio cura/controllo. Relazione conclusiva e presentazione dei dati del PRIN, in Marco Pelissero, REMS e percorsi terapeutici giudiziari, Giappichelli, Torino, pp. 1-26.
3. Badano V. (2024), The Basaglia Law. Returning dignity to psychiatric patients: the historical, political and social factors that led to the closure of psychiatric hospitals in Italy in 1978, "History of psychiatry", 35(2), pp. 226-233.
4. Bartoli R. (2026), Alcune riflessioni in tema di REMS TSO e contenzione dalla prospettiva del costituzionalismo personalista, in Marco Pelissero, REMS e percorsi terapeutici giudiziari, Giappichelli, Torino, pp. 135-150.
5. Basaglia F. (2024), L'istituzione negata, Baldini+Castaldi, Milano.
6. Beigne M., Lamer A., Eck M., Horn M., Benbouriche M., Thomas P., Amad A., Fovet T. (2023), Parcours de soins et expertises psychiatriques pré-sentencielles : une étude descriptive au centre pénitentiaire de Château-Thierry, L'Encéphale, 49(3), pp. 289-295.
7. Calcaterra A. (2026), Lo statuto giuridico delle persone ricoverate in REMS, in Marco Pelissero, REMS e percorsi terapeutici giudiziari, Giappichelli, Torino, pp.89-101.
8. Caputo C. (2020), Pubblica sicurezza o luoghi di esperimento? La realtà manicomiale, "Rivista di studi politici", 3-4/2020, pp. 39-67.
9. Couturier M. (2024), La santé mentale en prison : un système de prise en charge en souffrance ou une souffrance nécessaire ?, « Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux », 22 | 2024, 59-64.
10. D'Auria S. (2018), L'evoluzione dell'istituzione manicomiale in Italia tra paradigmi psichiatrici e giuspenalistici. Luci ed ombre all'esito dell'importante riforma del 2012, "Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza", 2, pp. 13-26.
11. Di Giuda G., Seghezzi E. (2022), L'edilizia penitenziaria, dal controllo alla cura: dai manicomi alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, in Pelissero M., Scomparin L., Torrente G., Dieci anni di REMS: un'analisi interdisciplinare, Edizioni Scientifiche Italiane, Torino-Napoli, pp. 209-224.
12. Di Mizio G, Bolcato M, Rivellini G, Di Nunzio M, Falvo V, Nuti M, Enrichens F, Lucania L, Di Nunno N, Clerici M. (2022), Protection of Prisoners with Mental Health Disorders in

Italy: Lights and Shadows after the Abolition of Judicial Psychiatric Hospitals, “International Journal of Environmental Research and Public Health”, 19(16).

13. Eck M., Plancke L., Horn M., Amad A.,Thomas P., Fovet T. (2020), Offre de soins et recours aux hospitalisations psychiatriques en milieu pénitentiaire : une étude observationnelle dans le Nord de la France, « Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique », 68(5), pp. 273-281.
14. Eyraud B., Velpry L., Doron C.O,, Lancelevee C., Litzler A., Protais C., Saetta S. (2015). La création des UHSA : une nouvelle régulation de l’enfermement ?, « Déviance et Société », 39, 429.
15. Fovet T., Lancelevée C., Thomas P. (2022) Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes, « Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine », 206 (3), pp. 301-309.
16. Fovet T., Thibaut F., Parsons A., Salize H.J., Thomas P., Lancelevée C. (2020), Mental health and the criminal justice system in France: A narrative review, “Forensic Science International: Mind and Law”, 1.
17. Garante regionale dei diritti dei detenuti della Regione Toscana, Associazione volontariato penitenziario onlus di Firenze (2014), Il quadro della popolazione internata presso l’OPG di Montelupo Fiorentino, Consiglio Regionale della Toscana, https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/FM2-OPG%20ADDIO%20PER%20SEMPRE_DEF.pdf
18. Garlati L. (2025), I manicomi in Lombardia tra scienza e diritto. Gli alienisti milanesi e l’urgenza di una riforma, in Ciancio C., Conti G., De Giudici G., Pignotti M., Schirru, M., Gli istituti penitenziari tra Otto e Novecento. Dottrina, legislazione e applicazione, Associazione culturale, Roma, pp. 297-546.
19. Maisto F. (2015), Criminale (è il) manicomio, “Sestante: rivista scientifica osservatorio salute mentale, dipendenze patologiche e salute mentale nelle carceri”, 1(1), pp. 3-7.
20. Migliori S., Poneti K., Storri M., Tavormina E. (2014), *Il quadro della popolazione internata presso l’OPG di Montelupo Fiorentino*, Garante regionale dei diritti dei detenuti della Regione Toscana. https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/FM2-OPG%20ADDIO%20PER%20SEMPRE_DEF.pdf
21. Morgante L. (2017), L'istituzione manicomiale nel sistema penitenziario italiano: dai manicomi criminali alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, in , 6-7 dicembre 2016, Firenze, Polistampa, Firenze, pp. 87-112.

22. Melani, G. (2014), La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici.
23. Pelizza L, Pupo S. (2024), Mental health interventions in Italian prisons: are we ready for a new model? Suggestions from the Parma experience, "Rivista di Psichiatria", 59(1), pp. 35-42.
24. Peloso C. (2022), I modelli di sorveglianza e cura negli ordinamenti e nelle prassi europee: Francia, in Pelissero M., Scomparin L., Torrente G., Dieci anni di REMS: un'analisi interdisciplinare, Edizioni Scientifiche Italiane, Torino-Napoli, pp. 517-536.
25. Piscopo V. (2023), Una rinnovata attenzione per il sistema delle REMS: dall'ordinanza istruttoria n. 131 del 2021 alla sentenza n. 22 del 2022 della Corte costituzionale, "BioLaw Journal", 1/2023, pp. 437-456.
26. Poneti K. (2018), Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei *rei folli*, in Corleone F., Mai più manicomi: Una ricerca sulla Rems di Volterra, La nuova vita dell'Ambrogiana, Tipografia Consiglio Regionale della Toscana, Fiesole (FI), pp. 85-109.
27. Regione Toscana, Consiglio regionale (2026), *Relazione annuale 2026 sulla attività 2025 del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale*, https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-DETENUTI-TOSCANA/documenti/relazione_2026_web.pdf
28. Regione Toscana, Giunta Regionale (2013), *Percorso regionale di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario ai sensi dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n.9*, https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-LIBERTA/documenti/allegato%201.pdf
29. Rivellini G, Pessina R, Pagano AM, Giordano S, Santoriello C, Rossetto I, Babudieri S, Celozzi C, Lucania L, Manzone ML, Nivoli G, Quintavalle G, Zanalda E, Lorettu L, Clerici M. (2019), Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA, "Rivista di Psichiatria", 55(6 Suppl. 3).
30. Santambrogio J. (2020), Gli intravisti: storie dagli ospedali psichiatrici giudiziari, Mimesis, Scienze della narrazione.
31. Sautereau M., Brousse G., Meunier F., Jalenques I. (2009), La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques, « Santé Publique », 21(4), 427-436.
32. Scarpa F. (2018), Il dipartimento salute mentale dopo la chiusura dell'Opg, in Corleone F., Mai più manicomi: Una ricerca sulla Rems di Volterra, La nuova vita dell'Ambrogiana, Tipografia Consiglio Regionale della Toscana, Fiesole (FI), pp. 49-54.

33. Scarpa F. (2020), The Italian reform of treatment of people not guilty by reason of insanity: the closure of forensic institutions, “Forensic Science International: Mind and Law”, 1.
34. Senato della Repubblica (2011), Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, Tipografia del Senato, https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf
35. Tavormina E. (2018), Il quadro delle Rems in Italia e la fotografia di Volterra, in Corleone F., Mai più manicomi: Una ricerca sulla Rems di Volterra, La nuova vita dell’Ambrogiana, Tipografia Consiglio Regionale della Toscana, Fiesole (FI), pp. 27-48.
36. Touitou D., Leculee C. (2024), Psychiatrie en prison : quel avenir pour les patients et pour les soins ?, « Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine », 208(8), pp. 1122-1128.
37. Zanfini R. (2015), Perizia psichiatrica e accertamenti sulla pericolosità sociale, “Sestante: rivista scientifica osservatorio salute mentale, dipendenze patologiche e salute mentale nelle carceri”, 1(1), pp. 25-30.
38. Zelcevic-Duhamel A. (2024), Le trouble mental et ses implications sur la responsabilité pénale, « Journal de droit de santé et de l’assurance maladie », 40.

SITOGRAFIA

Legislazione:

1. https://www.brocardi.it/
2. https://www.cortecostituzionale.it/
3. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ita
4. https://www.gazzettaufficiale.it/
5. https://www.giustizia.it/giustizia/it/homepage.page
6. https://www.legifrance.gouv.fr/
7. https://lumsa.it/sites/default/files/UTENTI/u124/Cass.,%20sez.%20unite,%20sentenza%20Raso.pdf
8. https://www.normattiva.it/

Generico:

9. Agati L., 9 gennaio 2015, *Massacrò il compagno di stanza, la perizia: "Insensibile e privo di rimorsi, ma lucido"*, Quotidiano Nazionale, https://www.quotidiano.net/cronaca/pistoia-omicidio-lotti-a3ece88a
10. Antigone, *Oltre la scarsità dei posti: nodi irrisolti e sovrapposizioni penali nel sistema REMS*, Tutto chiuso. XXII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, https://www.rapportoantigone.it/ventiduesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/oltre-la-scarsita-dei-posti-nodi-irrisolti-e-sovrapposizioni-penali-nel-sistema-rems/
11. Antigone, 19 maggio 2026, *Rapporto Antigone: carceri sempre più affollate, più chiuse e lontane dal dettato costituzionale*, https://www.antigone.it/news/3638-rapporto-antigone-carceri-sempre-piu-affollate-piu-chiuse-e-lontane-dal-dettato-costituzionale
12. Antigone, *OPG di Montelupo Fiorentino*, https://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/toscana/23-opg-montelupo-fiorentino
13. ASL Toscana Centro, 20 ottobre 2019, *Rems di Empoli. Conclusi i lavori e in arrivo gli arredi*, News dalle pubbliche amministrazioni della città metropolitana di Firenze, http://met.provincia.fi.it/news.aspx?n=299626
14. Cinelli E., 30 gennaio 2024, *Rems Empoli: inaugurata la residenza per esecuzione delle misure di sicurezza, sede dell'ex casa circondariale, ora a gestione dell'Ausl Centro*, USL Toscana Centro, https://www.uslcentro.toscana.it/news/comunicati-stampa/comunicati-stampa-anno-2020/rems

15. Diligens, *L'organisation des soins psychiatriques*, https://www.diligens.chu-lille.fr/les-soins-psychiatriques-en-milieu-penitentiaire/
16. La Stampa, 17 gennaio 2014, *Ammazza con l'accetta*, https://www.lastampa.it/cronaca/2014/01/17/news/ammazza-con-l-accetta-1.35936148/
17. Manicomio di Volterra, https://www.manicomiodivolterra.it/
18. Martini P., 21 gennaio 2020, *Storia dell'Assistenza Psichiatrica in Arezzo. Superamento e chiusura dell'Ospedale Neuropsichiatrico mediante attivazione dei Servizi di Salute Mentale*, Nuova rassegna di studi psichiatrici, https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/assistenza-psichiatrica-arezzo-chiusura-ospedale-attivazione-servizi-salute-mentale
19. Ministère de la Justice, 16 luglio 2026, *Références statistiques Justice*, https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/references-statistiques-justice-continu
20. Treccani, 2015, Arnaldo Pieraccini, Dizionario Biografico degli Italiani, https://www.treccani.it/enciclopedia/arnaldo-pieraccini_(Dizionario-Biografico)/
21. Treccani, Marasma, Vocabolario online, https://www.treccani.it/vocabolario/marasma/#google_vignette
22. World Psion Brief, 1 maggio 2026, https://www.prisonstudies.org/country/france?language_content_entity=en-gb
23. Vacca M., 24 giugno 2016, *Uccise il compagno a colpi di accetta. Pena ridotta a 16 anni per Lotti*, La Nazione, https://www.lanazione.it/pistoia/cronaca/delitto-accetta-comunita-af094540

RINGRAZIAMENTI

È con queste ultime pagine che si conclude un'altra avventura, con tutta probabilità la più importante. In questi tre anni sono cambiate molte cose, ma più di tutto sono cambiata io. Sono cresciuta tanto sia personalmente che accademicamente: ho imparato a vivere, sono diventata un'adulta.

Sono già passati tre anni e ora sono qui, di fronte al mio (ormai) fedelissimo computer, a scrivere i ringraziamenti per la mia tesi di laurea. Questa parte potrebbe in realtà rivelarsi la più difficile, perché chi mi conosce lo sa, io non sono una persona molto espansiva e parlare di me non è mai stato semplice. Adesso però in queste righe voglio provare a mettere nero su bianco una parte di me e proverò a farlo nella maniera più esaustiva possibile.

Vorrei iniziare ringraziando mia mamma, mia prima grande sostenitrice. Grazie, perché senza di te non sarei arrivata fin a qui, sotto ogni punto di vista. Grazie per avermi spinto a buttarmi in questa fantastica avventura, sanando ogni mia incertezza (come sempre inutili) e convincendo anche chi tanto convinto non era. Grazie anche a mio padre, che nonostante alcuni iniziali battibecchi ha imparato anche lui a lasciarmi andare.

Grazie alla mia famiglia. A Paolo, che ormai è diventato una categoria a parte: tecnicamente patrigno (denominazione orribile e dispregiativa), nella pratica questo e anche molto di più: è amico e confidente, da sempre presente. A Giulia, piccola pestifera dal cuore gigante. Nonostante tu alle volte metta alla prova la mia pazienza, rimani la mia piccola sorellina e ti proteggerò sempre con tutta me stessa. Grazie ai miei nonni, che hanno giocato un ruolo fondamentale nel mio percorso, sempre in attesa (pressoché inutile) di sapere come proseguissero i miei esami. In fondo si sa, i nonni sono patrimonio dell'umanità e loro ne sono la prova. Un grazie particolare va ai nonni "acquisiti", che una volta entrati nella mia vita, hanno scelto di restare e non voltarsi dall'altra parte, nonostante io (biologicamente parlando) non avessi niente a che fare con loro. Anzi, mi hanno reso parte di loro e per questo non posso che essere grata.

Un grazie enorme va anche ai miei amici, di nuova e di vecchia data. Soprattutto in questi tre anni ho avuto l'opportunità di conoscere tante persone e mai avrei pensato di poter trovare persone così. Un grazie enorme alla Maty e ai nostri mille incastri per cercare di vederci tra una trasferta e l'altra durante i fine settimana. Pensare che ci siamo conosciute che avevamo solo 3 anni e oggi siamo ancora qua nonostante tutti gli alti e i bassi. Grazie a Luce e a Elisa, che in pochissimo tempo sono

diventate persone fondamentali. Con loro ho ricominciato a sentirmi più leggera e a ridere in un modo che non facevo da tempo. Un grazie va infine ai miei coinquilini, che hanno reso la convivenza un'esperienza fantastica (e sappiamo da che tipo di convivenza ero appena uscita).

Non posso non chiudere i miei ringraziamenti senza dedicarne uno anche a tutti i professori che mi hanno guidato fino a qui. Grazie per avermi aperto un mondo nuovo di conoscenze e avermi fatto appassionare ancora di più a queste discipline così particolari. Grazie per avermi ispirato a dare il massimo in tutto ciò che faccio più di quanto faccia già.

A tutti voi, io dico GRAZIE. Queste poche righe non racchiudono tutto quello che avrei da dirvi, ma sappiate che l'affetto e l'amore che provo per voi è vero e puro e niente potrà cambiare questa cosa.

DICHIARAZIONE DI CONSULTABILITÀ

Il/La sottoscritto/a MORICONI MARTINA

Matricola n° 208 / FI

Corso di Laurea Triennale MEDIAZIONE LINGUISTICA, INDIRIZZO CRIMINOLOGIA E CYBERSECURITY

Titolo della tesi: IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MENTALE NEGLI AUTORI DI REATO: ITALIA E FRANCIA A CONFRONTO

Dichiara che la sua tesi:

~~è consultabile da subito~~	potrà essere consultata a partire dal giorno ___/___/_____	~~non è consultabile~~
X		

Firenze, 28 / 08 / 2026 *Firma dello Studente* Moriconi Martina

☐

Scansionato con CamScanner