

REMS e liste d'attesa: criticità del sistema e proposte di riforma

Gentile Direttore,

continuare a discutere di Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), oscillando tra retorica dei diritti individuali e generici richiami alla sicurezza, significa oggi evitare il punto centrale: esiste una profonda criticità del sistema che sta producendo conseguenze gravi, prevedibili e documentate.

Attualmente, il tempo medio nazionale di attesa per l'ingresso in una REMS si attesta intorno ai 10 mesi (circa 300 giorni), con marcata disomogeneità territoriale. Le liste d'attesa non rappresentano un semplice disagio organizzativo: costituiscono piuttosto il meccanismo attraverso cui una decisione giudiziaria, fondata sull'accertamento di un disturbo mentale, sulla commissione di un reato e sulla valutazione attuale di pericolosità sociale in senso psichiatrico, viene di fatto neutralizzata.

Oggi centinaia di persone (circa 600–700 secondo stime recenti) si trovano in questa condizione: formalmente destinate a una misura detentiva, ma concretamente lasciate senza adeguato contenimento. Ne deriva uno slittamento del rischio: non una sua sospensione, ma una redistribuzione verso contesti non attrezzati, famiglie, reparti psichiatrici per acuti, istituti penitenziari e spazi della vita quotidiana.

In assenza di una sistematizzazione nazionale dei dati relativi agli eventi critici che coinvolgono soggetti in attesa di REMS, le evidenze disponibili restano in larga parte frammentarie e di natura osservazionale; tuttavia, la ricorrenza di episodi analoghi in contesti diversi consente di ipotizzare l'esistenza di un pattern meritevole di larga attenzione.

La cronaca recente documenta con una certa regolarità episodi anche gravi riconducibili a soggetti in tali condizioni: aggressioni e, in alcuni casi, omicidi maturati in contesti di prossimità familiare o istituzionale. Episodi violenti si verificano anche all'interno di strutture sanitarie, a conferma di come la semplice collocazione in ambiente ospedaliero non equivalga a una presa in carico adeguata sotto il profilo del contenimento e della sicurezza.

A titolo esemplificativo, si possono richiamare alcuni eventi recenti ampiamente riportati dalla stampa: a Caprarola (Viterbo) nel novembre 2024, un netturbino di 68 anni è stato accoltellato a morte nel centro storico da un 31enne con problemi psichiatrici, già noto alle forze dell'ordine e in lista d'attesa per un posto in una REMS che non era stato trovato. A Milano, ad ottobre 2023, un malato mentale 46 enne già autore di reato in attesa di REMS, ha ucciso brutalmente la vicina di casa. Nel carcere di Velletri, nel giugno 2023, un detenuto di 26 anni con gravi e accertati disturbi psichiatrici, ha ucciso il compagno di cella mentre attendeva il trasferimento in REMS. Nei reparti ospedalieri la distorsione è ormai evidente. I Servizi di Diagnosi e Cura (SPDC), concepiti per la gestione dell'acuzie psicopatologica, vengono frequentemente utilizzati come contenitori impropri di soggetti ad elevata pericolosità. Il risultato è un aumento degli eventi critici, inclusi episodi di violenza tra pazienti e verso operatori, in contesti strutturalmente non progettati per funzioni custodiali. A Roma, nel dicembre 2025, un paziente in attesa di REMS tenta di uccidere il compagno di stanza; poche settimane dopo, a Rieti, un giovane di 21 anni, anche lui in attesa di REMS, uccide un altro paziente colpendolo con una sponda del letto.

Nell'attuale sistema, si determina così un ampliamento, in larga parte implicito, della posizione di garanzia degli psichiatri, chiamati a gestire soggetti autori di reato in attesa di REMS senza disporre di adeguati strumenti giuridici e organizzativi. In tale contesto i clinici si trovano a dover garantire non solo la cura, come ogni medico, ma anche una funzione di custodia senza disporre di reali poteri coercitivi (se non nei ristretti limiti del TSO), né di strutture adeguate o di una chiara copertura normativa. Di fatto gli psichiatri sono oggi schiacciati tra l'incudine giudiziaria delle misure di sicurezza che impongono esigenze di controllo e il martello della normativa sanitaria che non contempla più il concetto di pericolosità sociale.

Questo assetto produce un corto circuito che assume rilevanza non solo tecnica, ma anche etica e giuridica: una misura di sicurezza che non può essere eseguita rischia di diventare una misura fittizia, con possibili implicazioni in termini di effettività della risposta giudiziaria e di tutela dei terzi.

La Corte Costituzionale (sentenza n. 22/2022) ha segnalato l'irragionevolezza di questo assetto. Tuttavia, gli interventi successivi non sembrano aver inciso in modo proporzionato alla gravità del problema.

Il rischio, nel frattempo, continua a essere gestito attraverso una forma di delega implicita verso soggetti e contesti non adeguatamente attrezzati: familiari, operatori sanitari, altri pazienti, cittadini. Si tratta di una esposizione a eventi critici che, più che imprevedibili, appaiono coerenti con le condizioni operative descritte. È evidente che ogni riflessione in materia deve confrontarsi anche con il rischio opposto, quello di una deriva securitaria che confonda la dimensione clinica con quella custodiale e che riproponga, sotto nuove forme, modelli istituzionali già superati. Tuttavia, il problema qui posto non riguarda una ridefinizione restrittiva delle misure, bensì la loro effettiva eseguibilità e coerenza con le finalità dichiarate.

Il superamento degli OPG ha rappresentato un passaggio importante, ma il modello successivo non sembra aver sviluppato in misura sufficiente strumenti alternativi per la gestione dei soggetti ad elevata pericolosità sociale. Ne deriva una frattura tra principi normativi e capacità operative. Non è in discussione il superamento degli OPG, è invece in discussione la credibilità di un modello che proclama la centralità della cura senza essere in grado di assicurarla e che, al contempo, rinuncia a garantire quella difesa sociale che resta necessaria e inderogabile, al pari del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione. Perseverare in questo equivoco significa accettare un principio implicito e difficilmente difendibile: che il rischio, quando non si riesce a gestirlo, può essere semplicemente lasciato circolare. Ignorare questa realtà significa esporsi al ripetersi di eventi critici che non possono più essere considerati occasionali, ma che si inscrivono in un quadro sistemico. E un sistema che riconosce il rischio ma fatica a gestirlo in modo coerente rischia di compromettere simultaneamente tutela della salute, sicurezza collettiva e credibilità della risposta istituzionale. Quali modelli organizzativi e strumenti intermedi possono contribuire a ridurre tale divario?

Preliminarmente dobbiamo evidenziare come, con il passare degli anni, la popolazione delle REMS è profondamente cambiata, fino a diventare molto più eterogenea rispetto a quella originariamente prevista dal legislatore, che contemplava soggetti autori di reato affetti da gravi patologie psichiatriche, prevalentemente disturbi psicotici maggiori, realmente non imputabili o gravemente semi-imputabili e bisognosi di cure ad alta intensità sanitaria.

Oggi una quota rilevante degli internati è costituita da soggetti portatori di disturbi di personalità, soprattutto antisociali e borderline, frequentemente associati a tossicodipendenza, impulsività, aggressività e marginalità sociale. In molti casi non si tratta di pazienti affetti da disturbi psicopatologici maggiori, ma di individui con problematiche personalologiche croniche, comportamenti devianti e abuso di sostanze. Le stime presenti nella letteratura scientifica suggeriscono che i soggetti privi di una classica psicopatologia maggiore possano rappresentare circa un terzo della popolazione REMS, con percentuali anche superiori in alcune realtà territoriali.

Questo fenomeno appare difficilmente conciliabile con l'orientamento giurisprudenziale consolidato. Già la celebre sentenza Raso (n. 9163/2025 Cassazione Penale, Sezioni Unite) aveva chiarito che, perché un disturbo di personalità possa assumere rilevanza ai fini degli artt. 88 e 89 c.p., non basta una personalità disfunzionale o antisociale, ma è necessario un *quid novi/quid pluris*, cioè un vero scompenso psicopatologico capace di rendere il soggetto incapace di controllare i propri atti, di percepirne il disvalore o di autodeterminarsi. Ancora più chiaramente, la recente Sentenza n. 21/2026 della Corte Costituzionale ha ribadito che la semplice dipendenza da sostanze o la mera "cronicità d'uso" non sono sufficienti a escludere o ridurre l'imputabilità. Per applicare gli artt. 88 e 89 c.p. è necessaria una vera cronica intossicazione con alterazioni psicopatologiche stabili e autonome rispetto agli effetti transitori della droga.

Alla luce di tali principi, non si comprende quindi perché le REMS risultino oggi così traboccanti di soggetti affetti da disturbi di personalità e da dipendenze patologiche, spesso privi di una stabile e autentica destrutturazione psicotica, al di là di episodi transitori di delirium o di scompenso acuto correlati all'abuso di sostanze. In realtà il sistema sta progressivamente assumendo anche una funzione di contenimento sociale di soggetti difficili, scarsamente trattabili e ad alta problematicità comportamentale, più che di cura di autentici

malati psichiatrici gravi. Il problema è che proprio questi pazienti risultano spesso i meno responsivi ai trattamenti, richiedono enormi risorse assistenziali, causano elevata conflittualità interna e sottraggono posti e personale ai pazienti con psicopatologia maggiore che potrebbero invece trarre reale beneficio terapeutico da un percorso REMS.

Per questo motivo appare necessario intervenire sia sul piano normativo sia su quello organizzativo.

In primo luogo sarebbe opportuno interpretare in modo più rigoroso e restrittivo l'area della non imputabilità, riservando l'applicazione dell'art. 88 c.p. prevalentemente ai disturbi psicotici persistenti e strutturati, alle gravi disabilità intellettive e alle patologie neurologiche o organiche cerebrali che determinano condizioni realmente e stabilmente disorganizzate sul piano psico-comportamentale. Andrebbe inoltre ridimensionato l'utilizzo dell'art. 89 c.p. sulla semi-infermità, concetto giuridico che, sebbene abbia la sua utilità, è spesso applicato in modo troppo ampio ed automatico nei disturbi di personalità associati ad abuso di sostanze.

Per evitare un'applicazione eccessivamente estensiva degli artt. 88 e 89 c.p., il problema non è introdurre categorie aprioristiche di esclusione, bensì pretendere dalla perizia che, lo si ricorda, è un parere tecnico motivato, oltre che un mezzo di prova, un elevato standard metodologico e motivazionale. Il vizio di mente non può infatti derivare automaticamente dalla mera presenza di una diagnosi psichiatrica.

In altri termini gli artt. 88 e 89 c.p. richiedono l'accertamento di quattro elementi distinti e progressivi:

- l'esistenza di una infermità clinicamente apprezzabile;
- la sua effettiva presenza al momento del fatto;
- il nesso eziologico tra infermità e condotta criminosa, la cui dimostrazione deve costituire il punto centrale dell'accertamento peritale;
- la concreta incidenza sulle capacità di intendere e di volere.

Ne consegue che il vero argine tecnico all'uso improprio delle categorie di non imputabilità consiste nel richiedere al perito una motivazione puntuale di ciascun passaggio inferenziale.

In tale prospettiva, assumono particolare rilievo quesiti peritali diretti a:

1. formulare la diagnosi secondo criteri nosografici scientificamente riconosciuti;
2. distinguere tra disturbo di personalità, disagio esistenziale, abuso di sostanze e autentica infermità mentale;
3. chiarire il rapporto causale tra quadro psicopatologico e specifica condotta delittuosa;
4. ricostruire retrospettivamente lo stato mentale dell'imputato prima, durante e dopo il fatto;
5. valutare gli indici comportamentali incompatibili con una grave destrutturazione psichica, quali pianificazione, strategie elusive, fuga, occultamento, capacità adattive e relazionali residue;
6. spiegare perché la capacità di intendere o di volere debba ritenersi abolita o grandemente scemata e non semplicemente alterata o emotivamente condizionata.

La giurisprudenza richiede infatti che il disturbo raggiunga un'intensità tale da compromettere concretamente i processi cognitivi o volitivi rilevanti ai fini dell'imputabilità, non essendo sufficiente una mera diagnosi categoriale. Per tale ragione, il perito dovrebbe sempre distinguere nettamente tra sintomi, diagnosi clinica e giudizio di imputabilità, specificando quali funzioni psichiche risultino compromesse e sulla base di quali elementi clinici, anamnestici e comportamentali osservabili.

In questo ambito un altro punto fondamentale riguarda il sistema peritale. Sarebbe necessario istituire albi regionali qualificati dei periti, privilegiando professionisti dotati di documentata esperienza clinica nella psichiatria pubblica territoriale e forense, adusi quindi agli strumenti che i Dipartimenti di salute mentale possono offrire. Si eviterebbero così valutazioni talvolta astratte o eccessivamente teoriche, rimesse alla libera interpretazione dei giudici. Parallelamente dovrebbero essere creati tavoli permanenti regionali tra magistratura, servizi di salute mentale e amministrazione penitenziaria, con l'obiettivo di definire percorsi realistici, sostenibili e coerenti con le effettive risorse sanitarie disponibili.

Sul versante della sicurezza, inoltre, il sistema necessita di strutture differenziate. Appare indispensabile ampliare le ATSM in carcere fino ad almeno 1500 posti complessivi sul territorio nazionale, così da gestire in

ambiente penitenziario sanitario i soggetti più problematici sotto il profilo antisociale e comportamentale, dando respiro alle REMS, spesso fortemente destabilizzate sul piano gestionale da parte di tali soggetti. Contestualmente sarebbe opportuno istituire REMS ad alta sicurezza, con un numero limitato ma adeguato di posti, destinate ai pazienti particolarmente violenti e ad elevata aggressività, prevedendo anche il supporto delle forze dell'ordine che oggi non è previsto dalla vigente normativa (L. 81/2014), con l'effetto che è spesso complesso rinvenire personale sanitario disposto a rischiare l'incolumità personale nelle REMS, senza il riconoscimento di un'adeguata indennità di rischio.

Il nodo centrale resta comunque uno: il sistema REMS non può continuare a sovrapporre indistintamente malattia mentale grave, tossicodipendenza, disagio sociale e disturbo di personalità. Finché queste categorie resteranno confuse, le REMS continueranno a essere strutture cronicamente saturate, con lunghe liste d'attesa, difficoltà gestionali crescenti e progressivo snaturamento della funzione terapeutico-riabilitativa.

Giuseppe Ducci

Medico psichiatra

Direttore DSM ASL Roma 1

Massimo Di Genio

Medico psichiatra ASL Roma 1

Perito dei Tribunali di Roma e Civitavecchia