

Il sistema delle REMS è sotto attacco?

Alessia de Stefano¹, Angelo Barbato², Barbara D'Avanzo²

1. Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 2
2. Dipartimento di Politiche per la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche IRCCS, Milano

Il percorso di costituzione delle REMS

Il passaggio delle competenze gestionali degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta una tappa fondamentale nella riforma della salute mentale e della salute mentale penitenziaria in Italia. Gli OPG furono istituiti nel 1930 per accogliere le persone che, pur avendo commesso un reato, non venivano sottoposte al processo penale in quanto non imputabili a causa della infermità mentale, ma erano giudicate socialmente pericolose. In questo modo, invece che ad una pena detentiva, il "folle reo" veniva sottoposto ad una misura di sicurezza da scontare in OPG^a.

Gli OPG erano istituzioni ibride tra sanità e giustizia, più simili a carceri che a ospedali psichiatrici, dove i pazienti erano sottoposti a un regime di custodia e controllo, spesso con gravi carenze nelle condizioni di trattamento e cura. E, in effetti, nel corso dei decenni, queste strutture sono diventate simbolo di un sistema obsoleto e inadeguato, caratterizzato da condizioni di vita degradanti, scarsa attenzione alla salute mentale dei pazienti e da una gestione orientata alla custodia piuttosto che alla cura. La crescente consapevolezza della inadeguatezza di queste istituzioni ha motivato nel luglio 2008 la creazione della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale la cui "Relazione sulle condizioni di

^a Queste le categorie giuridiche a cui appartenevano le persone internate in OPG, così come sintetizzate da StopOPG (<https://www.stopopg.it/node/3>):

- internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.), internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (CCC) (art. 212 c.p.);
- internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.);
- internati con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art.219 c.p.);
- detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
- detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.).

vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" (www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf), poi approvata nel luglio 2011, ha messo in evidenza le gravi carenze di trattamento sia dal punto di vista clinico che umano dei sei OPG esistenti in Italia, e il ricorso comune alla contenzione e ad altri interventi degradanti che vi si praticavano. La relazione ha rappresentato un atto formale la cui rilevanza non poteva essere trascurata e ha sottolineato l'ormai inaccettabile discrepanza tra i progressi attuati grazie alla riforma dei servizi di salute mentale ordinari, con la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici avvenuta al 31 dicembre 2000, e la permanenza di strutture fortemente istituzionalizzate e poco controllabili.

Il passaggio delle competenze gestionali degli OPG al SSN è stato stabilito formalmente dal DPCM del 1 agosto 2008. Il percorso di superamento reale degli OPG, complesso e sofferto, è stato avviato nel 2011 con il Decreto Legge (DL) 211/2011, convertito nella Legge 9/2012 ("Disposizioni rilevanti per il Settore Penale"), supportato da aggiornamenti legislativi progressivi (Decreto Interministeriale del 1° ottobre 2012, DL 24 del 25/3/2013 convertito nella Legge 57/2013) per giungere alla definizione e all'effettiva attuazione dei criteri strutturali, tecnologici e organizzativi delle nuove strutture sanitarie in cui applicare le misure di sicurezza per tutti i soggetti affetti da disturbi mentali autori di reato.

Il DL 52/2014, convertito nella Legge 81/2014 ("Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"), ha rappresentato l'ultimo passaggio giuridico per la deistituzionalizzazione e la trasformazione in senso sanitario degli istituti di cura delle persone con malattia mentale autrici di reato.

Le leggi 9/2012 e 81/2014 hanno conferito ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) la responsabilità della gestione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), i "nuovi" luoghi per l'applicazione delle misure di sicurezza caratterizzati da un mandato sanitario e da progetti terapeutici riabilitativi personalizzati, e ha definito le REMS stesse come strumenti temporanei e di *extrema ratio* (da applicare "solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulta che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente").

Si realizzava così un importante cambiamento di paradigma rispetto alle persone con un disturbo mentale autrici di reato, in cui la priorità viene attribuita al percorso terapeutico, con i DSM al centro del sistema. La normativa affermava anche i principi di territorialità (per cui le persone non venivano più spostate nelle aree dove esistevano gli OPG, spesso a centinaia di chilometri dal luogo di residenza), di numero chiuso (ovvero le persone ricoverate non potevano eccedere il numero di posti letto), e di eliminazione della coercizione.

La chiusura definitiva degli OPG fu fissata per il 31 marzo 2015. Secondo i dati della Polizia Penitenziaria, in quel momento le persone nei sei OPG erano in totale 1371 (<https://www.poliziapenitenziaria.it/chiusura-opg-fallimento-rem-s-detabilizzazione-carceri-per-malattie-mentali/>). Nello stesso anno entrarono in funzione le prime REMS. La legge stabiliva che in esse le attività di sicurezza e di vigilanza esterna e l'accompagnamento dei pazienti in ospedali o ad altre sedi fossero svolti, tramite specifico accordo, d'intesa con le prefetture. Con l'autorità prefettizia dovevano essere concordati anche gli interventi delle forze dell'ordine competenti per territorio, nelle situazioni di emergenza e di sicurezza, mentre la magistratura di sorveglianza aveva il compito di vigilare sull'esecuzione della pena e di tutelare i diritti.

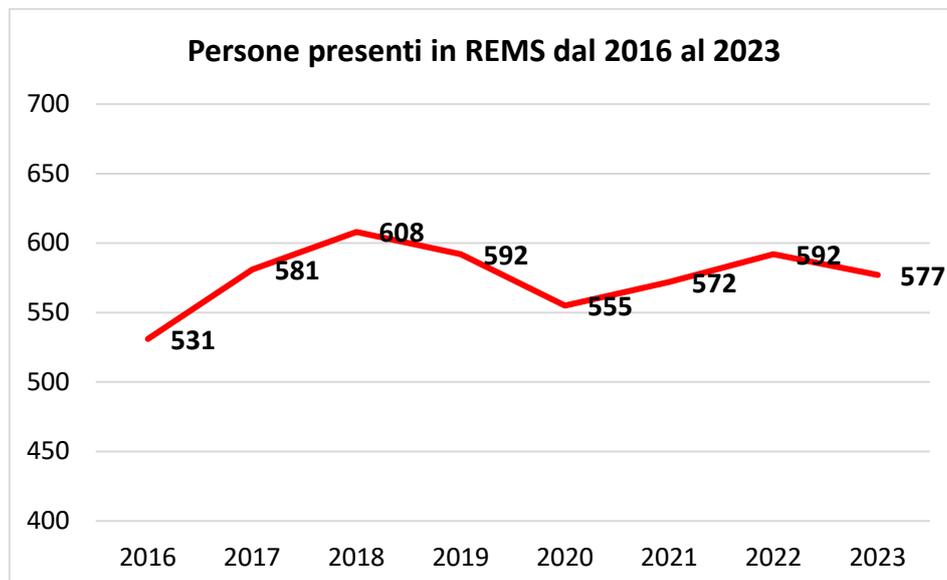
La legge 9/2012 prevedeva due tipologie di REMS:

1. di valutazione e stabilizzazione per la diagnosi e il programma di cura con l'obiettivo di una rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale,
2. di mantenimento a vocazione riabilitativa e psicosociale.

Veniva stabilito che i posti letto in ciascuna struttura non potessero essere più di 20.

Stato dell'arte e problemi aperti

I primi dati raccolti sulle REMS e le persone in esse ricoverate vengono dal Rapporto Antigone.¹ Al 31 dicembre 2016 le persone nelle REMS erano 531 e alla stessa data del 2023 erano 577 in 31 strutture sul territorio nazionale (Figura 1). Tra questi, il 25% erano stranieri (144 persone), l'11% donne (63 persone) e il 10% persone senza fissa dimora. Le misure giudiziarie definitive riguardavano poco più della metà dei pazienti, mentre oltre il 35% era in attesa di giudizio o sottoposto a misure provvisorie. Questo dato evidenzia che le REMS, concepite per misure definitive, vengono spesso utilizzate anche per situazioni provvisorie, con la conseguenza della creazione di liste di attesa.²



Secondo il Rapporto Antigone “La questione delle posizioni giuridiche dei pazienti autori di reato che si trovano in REMS è uno degli aspetti più rilevanti e controversi della riforma. L’analisi si concentra sulla distinzione tra ricoveri provvisori (articolo 206 c.p.) e definitivi (articolo 222 c.p.). Nel primo gruppo sono inclusi coloro che sono ancora soggetti a procedimento penale, mentre nel secondo gruppo vi sono coloro che sono stati prosciolti perché non imputabili, ma sono sottoposti a misure di sicurezza in ragione della pericolosità sociale”.³

Si osserva infatti una tendenza diffusa sul territorio italiano a destinare alle REMS persone soggette a misure di sicurezza provvisorie, nonostante il DL 52/2014 circoscriva la loro applicabilità ai casi in cui non siano disponibili altre soluzioni.⁴

L'entità delle liste d'attesa è stimata tra le 670 e le 750 persone (di cui circa 61 detenute *sine titulo*) e sono concentrate in Sicilia, Campania, Lazio e Lombardia. Si tratta quindi di un numero addirittura maggiore di quello delle persone presenti in REMS e che motiva da parte di alcuni la richiesta di aumentare il numero di REMS e di posti letto. In questo quadro si inserisce il ricorso alla Corte Costituzionale contro la Legge 81 da parte del Tribunale di Tivoli e infine la pronuncia della Sentenza n. 22 del 2022 della Consulta, di cui più oltre si fornisce un'analisi. A questo proposito è importante osservare che la necessità reale di strutture detentive è un problema la cui complessità richiede di essere considerata tenendo conto di altri aspetti del sistema, quali il numero di misure di sicurezza provvisorie e l'assenza nel sistema penitenziario di strumenti adeguati a fornire le cure necessarie a detenuti con disturbi mentali gravi. Ci riferiamo qui in particolare alle poco diffuse Articolazioni Tutela Salute Mentale da istituire nelle carceri, che ospitavano 298 persone nel 2020 e 262 nel 2021 (https://www.societadellaragione.it/dibattiti/rem-s-dopo-la-corte-costituzionale/il-tempo-di-prendersi-cura-della-salute-mentale-insieme/#_ftn8).

Infine, ma non in ordine di importanza, va osservato che, come alternative al ricorso alle REMS, vi sono diverse strade da percorrere, quali, in ambito penale, la libertà vigilata o l'affidamento ai servizi sociali. Nonostante non vi siano dati ufficiali, si stima che vi siano circa 6.000 persone con disturbi mentali e provvedimenti giudiziari seguiti sul territorio dai DSM. Il 70% di questi pazienti è ospite di strutture residenziali, in cui occupano circa il 15% dei posti disponibili.⁵ La cura della salute mentale, in particolare delle persone con malattia mentale autrici di reato, va vista in un quadro unitario con i necessari servizi territoriali in cui realizzare misure alternative adeguate.⁶ In effetti, va segnalato che i DSM si sono nel frattempo impegnati, specie in alcune realtà, a garantire la realizzazione di progetti alternativi alle REMS, avviando anche la costruzione di una interazione sempre più efficace con la Magistratura.

Va ricordato anche che in Lombardia i 160 posti letto in REMS sono concentrati in un'unica struttura modulare, quella di Castiglione delle Stiviere, in cui sono raccolti otto moduli da 20 persone. Pur rispondendo ai criteri delle REMS, il principio della territorialità è messo in seria discussione in una regione ampia e popolosa come la Lombardia e viene ostacolata la necessaria creazione di progetti individualizzati che coinvolgano, oltre alle agenzie sul territorio utili agli interventi riabilitativi, anche il contesto di vita delle persone, che non solo è strumento e ambiente di cura, ma che anche necessita di essere supportato in questa funzione. Questo limite compromette la realizzazione del mandato stesso delle REMS.

La sentenza della Corte Costituzionale del 2022 e la delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 2024

Il 27 gennaio 2022 la Corte Costituzionale ha depositato la sentenza 22/2022 relativa alla costituzionalità della Legge 81/2014, sollevata dal Tribunale di Tivoli.

La Corte ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale sulla base della necessità di non determinare “L’integrale caducazione del sistema delle REMS, che costituisce il risultato di un faticoso ma ineludibile processo di superamento dei vecchi OPG” affermando che la caduta del sistema “produrrebbe non solo un intollerabile vuoto di tutela di interessi costituzionalmente rilevanti ma anche un risultato diametralmente opposto a quello auspicato dal rimettente, che mira invece a rendere più efficiente il sistema esistente, mediante il superamento delle difficoltà che impediscono la tempestiva collocazione degli interessati in una struttura idonea”.

La sentenza ha inoltre sostenuto quanto auspicato da molti, cioè la necessità di aumentare gli investimenti nei servizi di salute mentale, di cui le REMS sono parte, in modo tale da assicurare i percorsi di dimissione e di inclusione sociale. La Corte Costituzionale sembra inoltre sostenere che il sistema vada migliorato al fine di operare un’immediata collocazione della persona, senza far venire meno il principio della territorialità e forzare il numero chiuso delle REMS.

Recentemente, il Consiglio Superiore della Magistratura, a seguito della sentenza della Consulta e, verosimilmente, della crescita dell’attenzione sul tema delle liste d’attesa, ha emesso una nuova delibera (R.E.M.S. - Documento Finale del 12 novembre 2024), che prende una via diversa da quelle del 19 aprile 2017 e del 24 settembre 2018, che prevedevano l’istituzione di protocolli di collaborazione tra sanità e giustizia. Riassumiamo qui sotto i punti salienti delle proposte contenute nel documento del CSM:

- aumento di circa 700 unità nelle REMS per ridurre le liste di attesa mantenendo il principio di territorialità;
- costituzione di un osservatorio per il monitoraggio dei dati;
- creazione di un albo specializzato di periti del Giudice con formazione specifica per valutare la capacità di intendere e di volere e la pericolosità sociale del soggetto;
- definizione di meccanismi operativi per consentire lo scambio di informazioni tra servizi sanitari e magistratura e consentire all’autorità giudiziaria di intervenire rapidamente per rivalutare le misure di sicurezza applicate;
- potenziamento delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale all’interno degli istituti penitenziari con sezioni specialistiche psichiatriche per soggetti tossicodipendenti con comorbilità psichiatrica;
- doppio circuito per pazienti stabilizzati e soggetti con un profilo di pericolosità, e gestione dei pazienti pericolosi in strutture di alta sicurezza;
- ricognizione delle strutture psichiatriche e differenziazione dei setting assistenziali per pazienti ordinari e autori di reato;
- richiesta dell’intervento del legislatore per il riconoscimento al Ministero della Giustizia della gestione delle REMS e cooperazione con le altre figure istituzionali secondo le indicazioni della Corte Costituzionale;
- creazione di REMS ad alta sicurezza e nazionali o macroregionali.

In accordo con le critiche già sollevate da altri,⁷⁻⁹ sintetizziamo i punti della delibera che appaiono più preoccupanti: essa pare basata su un numero di audizioni limitato, che non ha incluso enti locali, associazioni e utenti, e in assenza di visite presso le strutture e i DSM. Vi è inoltre la tendenza a generalizzare il funzionamento di alcune realtà, trascurando del tutto il fatto che i modelli di REMS, spesso molto diversi tra loro, dipendono largamente dalla regione e dal DSM in cui sono collocate. La stima delle liste d’attesa è condotta su una base discutibile (che la

sentenza non ha verificato e ha preso per buona senza ulteriori analisi) e non ci si è interrogati sul fatto che esse sono più lunghe nelle regioni con più posti in REMS, indicando che vi è un problema di gestione e non solo di disponibilità di posti. Inoltre, non si dispone di una raccolta completa e sistematica di dati da parte del Ministero e delle altre agenzie competenti, che avrebbe consentito di affrontare il problema con maggior solidità e chiarezza (ma va osservato che la sentenza ha comunque preso in considerazione tale mancanza).

La creazione e la gestione di 700 nuovi posti in REMS comporterebbe una spesa molto elevata. Il punto è che la creazione di nuovi posti non si tradurrebbe di per sé in un miglioramento dei percorsi terapeutici e riabilitativi e della cura delle persone, e quindi in una facilitazione della dimissione. Ma è solo l'approccio alla cura che può, in ultima analisi, ridurre il numero di persone per cui le REMS sono necessarie, e senza tale svolta generalizzata nella qualità dei percorsi e delle cure il problema dei numeri insufficienti potrebbe riprodursi all'infinito.

Infine, viene ritenuta del tutto discutibile la creazione di REMS ad alta sicurezza nazionali o macroregionali, che restituirebbe la gestione e la responsabilità della REMS alla giustizia - con i DSM ad essa subordinati e quindi limitati nelle possibilità di cura in favore, invece, di un mandato custodiale - e creerebbe una frattura con i servizi territoriali che potrebbe tradursi in ulteriori difficoltà nella definizione di programmi di dimissione e di reinserimento sociale. Non va trascurato che una situazione di questo tipo potrebbe rendere il lavoro in REMS decisamente meno attrattivo per gli operatori della salute mentale.

Notiamo inoltre che nelle audizioni riportate nel documento del CSM si afferma la incurabilità di persone con diagnosi di disturbo di personalità antisociale. Anche se la sfida che queste persone pongono ai servizi di salute mentale è nota, ci sembra tuttavia discutibile la definizione a priori di incurabilità di persone con questa diagnosi e pericoloso introdurre decisioni sulla base di verdetti generalizzati. Studi scientifici mettono in discussione il dogma di incurabilità delle persone con disturbo di personalità antisociale. Ad esempio, uno studio clinico controllato di recente uscita¹⁰ ha mostrato su una popolazione con questa diagnosi e autrice di reato che un intervento basato sulla mentalizzazione e relativamente facile da offrire era associato ad una diminuzione dei valori sulla scala dell'aggressività alla fine dei dodici mesi di trattamento e, in minor misura, nei mesi successivi.

Provvedimenti come quelli prefigurati dalla delibera del CSM potrebbero avere un impatto negativo sul principale strumento di cura dei servizi di salute mentale, rappresentato dai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) personalizzati e per intensità di cura, in cui la responsabilità di decidere la dimissione spetta allo psichiatra. Il PDTA rappresenta uno strumento utile di pianificazione, che risponde alla logica dell'integrazione delle risorse e della contestualizzazione dell'intervento e che vede come punti necessari da affrontare la definizione di priorità, la costituzione del gruppo di lavoro, la mappatura del percorso e l'elaborazione e la stesura del Percorso Assistenziale.^{6,11}

Concludendo, riteniamo che i principi alla base della creazione delle REMS vadano ribaditi e sostenuti: il superamento degli OPG e la creazione delle REMS rappresentano un progresso significativo nel processo di deistituzionalizzazione, sebbene questo percorso non sia ancora del tutto completato. Si tratta di un'esperienza specificamente italiana, che realizza un paradigma innovativo e democratico di cura e rispetto dei diritti delle persone più fragili. Nonostante i limiti, offre grandi spazi di miglioramento che vanno difesi e occupati con strategie e interventi riabilitativi che, ancor più che in altri casi, richiedono l'integrazione e la cura del contesto e delle persone. Per questo, la subordinazione della salute mentale alla giustizia e la sua inclusione nell'ambito dell'esecuzione penale rappresenterebbero un grave regresso sul piano terapeutico e dei diritti civili. Ne deriverebbe un modello di REMS chiusa e coercitiva, non di residenza psichiatrica aperta in grado di interagire con la comunità della quale fa parte e dove la persona dovrà rientrare.¹²

Le ambiguità che abbiamo cercato di mettere in evidenza rispetto al coinvolgimento e alla preminenza del ruolo dei servizi di salute mentale rischiano di rendere impraticabile una strategia integrata di trattamento, necessaria per tutti, ma in particolare per le persone con disturbi mentali e quelle con disturbi mentali autrici di reato. Anche per questo dovrebbero venire valorizzati i modelli di intervento e le esperienze virtuose di molte REMS, dandone maggiore informazione al pubblico, ai medici e ai magistrati.

A differenza degli OPG, le REMS sono integrate nel sistema di welfare comunitario e promuovono percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati, focalizzati non solo sulla cura psicologica, ma anche sulla risoluzione dei problemi sociali, familiari e di vita delle persone. Per realizzare appieno questo spirito, è necessario un cambiamento culturale e operativo nell'intero sistema della salute mentale e della giustizia stessa. Ciò richiede maggiori investimenti nei servizi territoriali, nelle carceri, nelle REMS e nei programmi di reinserimento che possano ridurre il ricorso a misure custodiali solo quando strettamente necessario. Il trattamento integrato delle persone con disturbi mentali autrici di reato nel contesto delle attività dei servizi di salute mentale, tutt'altro che essere pensato come da esse separato, può rappresentarne una crescita e un affinamento delle funzioni e delle competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Associazione Antigone. XVIII rapporto sulle condizioni di detenzione. Salute mentale; 2022.
2. Corleone F. Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 2022. Roma: Ministero di Giustizia; 2017.
3. Associazione Antigone. Ventesimo rapporto sulle condizioni di detenzione. Salute mentale e REMS. 2024.
4. Pelissero M, Torrente G, Scomparin L (a cura di). Dieci anni di Rems: un'analisi interdisciplinare. Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino - 21/2022. Edizioni Scientifiche Italiane E.S.I. Spa, Napoli.
5. Mezzina R. La pena e la cura. Servizi di salute mentale in Italia dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. SOSSanità. 2024.
6. Rivellini G, Pessina R, Pagano AM, et al. Il sistema nella realtà italiana REMS: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. Riv Psichiatr. 2019;54(6 Suppl 3): S83-S134
7. Corleone F. Folle è il potere di chi vuole riaprire i manicomi. L'Espresso 14 febbraio 2025
8. Pellegrini P. Sulla recente delibera del Consiglio Superiore della Magistratura sulle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). SOSSanità 25/01/2025. <https://www.sossanita.org/archives/25816>.
9. Starace F, Ducci G, Durbano F. Il Consiglio Superiore della Magistratura sulle REMS: il commento del Collegio DSM. Quotidiano Sanità, 6 marzo 2025.
10. Fonagy P, Simes E, Yirmiya K, et al. Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): a multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2025;12(3):208-219.
11. Cartabellotta A (a cura di). Fondazione GIMBE. Linee guida,61. Percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine! GIMBE news;2008(1): 4-5.
12. Pellegrini P, Paulillo G, Paraggio C, Pellegrini C, Pelizza L, Leuci E. Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare! L'Altro. 2021;XXIV(2):25-30.