

La tutela del diritto alla salute delle persone detenute trova il suo fondamento nell'articolo 32 della Costituzione, la cui previsione è ulteriormente rafforzata dall'articolo 3 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (Cedu), nella parte in cui si stabilisce il divieto di "trattamento inumano e degradante".

È indiscutibile, tuttavia, che si verifichino frequentemente delle compressioni di tale diritto, non solo legate alle difficoltà di accesso alle cure, ma anche all'attuale situazione di sovraffollamento carcerario, che incide negativamente sulla dignità stessa della persona. Ne sono prova il crescente numero di suicidi, l'aumento di episodi di autolesionismo e di violenza, la diffusione di forme di depressione tra coloro che sono privati della libertà personale.

Gli Autori esaminano la mancata applicazione nelle carceri della Legge 38 del 15 marzo 2010, evidenziandone unitamente ai processi di digitalizzazione e nuovi processi di inclusione utili alla collettività nell'aspirazione di un "carcere senza dolore" che faccia parte del volto umano e civile della pena.

**Lorenzo Cristilli**, psicologo, criminologo, CTU e perito iscritto all'albo del Tribunale Ordinario di Potenza, ha dedicato nel corso di questi anni attenzione e studio alle tematiche relative alla legge 38 del 2010 sia attraverso produzioni monografiche che nei progetti applicativi della Fondazione Isal.

**Francesca Sassano**, Presidente Associazione Keep On, già Vice Presidente Camera Penale Distrettuale di Basilicata, Responsabile regionale Osservatorio Carceri Unione Camere Penali, docente accreditato presso vari istituti ed enti privati, già cultrice del diritto presso l'Università degli Studi di Bari. Ha pubblicato numerose monografie giuridiche.



€ 15,00



F. Sassano L. Cristilli La sanità negata. Processi di inclusione in carcere e digitalizzazione

**Lorenzo Cristilli**

**Francesca Sassano**

# La sanità negata. Processi di inclusione in carcere e digitalizzazione

*Le possibilità della legge 38/2010 e del fascicolo elettronico sanitario*

CACUCCI  EDITORE  
BARI

Lorenzo Cristilli

Francesca Sassano

# La sanità negata. Processi di inclusione in carcere e digitalizzazione

*Le possibilità della legge 38/2010 e del fascicolo elettronico sanitario*

CACUCCI  EDITORE  
BARI

---

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

---

© 2023 Cacucci Editore – Bari  
Via Nicolai, 39 – 70122 Bari – Tel. 080/5214220  
<http://www.cacuccieditore.it> e-mail: [info@cacucci.it](mailto:info@cacucci.it)

Ai sensi della legge sui diritti d'Autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms, registrazioni o altro, senza il consenso dell'autore e dell'editore.

# Indice

Prefazione del Dott. Carmelo Cantone	IX
Introduzione	XI

## CAPITOLO I

### **La legge 38 del 15 marzo 2010. La sua latitanza all'interno delle carceri italiane**

1. Premessa metodologica	1
2. La legge 38 del 15 marzo 2010	2
3. Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo	7
4. La Commissione Nazionale	9
5. Relazione al Parlamento	12
6. Il documento del Ministero della Salute dell'11 agosto 2020	18
7. L'esecuzione della pena detentiva	20
8. La funzione rieducativa della pena	21
8.1 Cenni storici	21
8.2. La riforma dell'ordinamento penitenziario del 2018	30
8.3. La situazione attuale carceraria	36

## CAPITOLO II

**La legislazione sanitaria dopo la riforma del 2018, anche alla luce della non corretta tenuta e gestione della documentazione sanitaria negli istituti penitenziari. Una nuova deriva normativa: la disapplicazione della L.38/2010 nelle carceri**

1. Premessa	39
2. Brevi cenni storici dell'assistenza sanitaria in carcere: dal decreto legislativo 230/99 alla Commissione Tenebra al d.p.c.m. 1 aprile 2008	42
3. Lo stato attuale della legislazione in relazione alla L. 38/2010 e alla gestione della cartella clinica nelle strutture carcerarie	46
3.1. Il Fascicolo Elettronico Sanitario	49
3.2. Le novità del FSE nel decreto Rilancio	50
3.3. Il Consenso informato nella legge 219/17	52
3.4. Le linee guida del FSE	55
3.5. L'aggiornamento del FSE	56
3.6. L'effettiva diffusione del FSE tra le regioni italiane	58

## CAPITOLO III

**Lo stato attuale della legislazione**

1. Lo stato attuale delle carceri. I numeri e le inadempienze	61
2. Gli accordi della Conferenza Unificata	73
3. L'accordo siglato nella seduta del 15 gennaio 2015	74
4. Esecutività degli Accordi	78
5. La malattia mentale in carcere	80

## CAPITOLO IV

**Il dolore da detenzione e il disagio psicologico**

1. Premessa	93
2. Sindrome da ingresso in carcere	95
3. Sindromi detentive	97

---

4. Entriamo nelle carceri: il punto sul dolore	99
5. Le prospettive ultime: l'informazione e la rilevazione a mezzo questionario	101

## CAPITOLO V

### **Le carceri, territorio senza dolore: obbligo di legge**

1. Le carceri, territorio senza dolore	103
2. Limiti e possibilità applicative. Il problema degli oppiacei	107
3. La Legge 38 e gli oppioidi: una criticità?	111
Conclusioni	115
Tavole Sinottiche	121
Bibliografia	125
Sitografia	128
Indice Analitico	129

## Prefazione

Il lettore finora poco confidente con le questioni che investono il sistema penitenziario rimarrà sorpreso dalla complessità e dalla ricchezza delle sollecitazioni che si ricavano da questo lavoro di Francesca Sassano e Lorenzo Cristilli.

Da alcuni anni gli autori stanno indagando con passione sul tema dell'efficace e puntuale applicazione della L. n. 38 del 2010 in ambito detentivo. Chi opera già, a diverso titolo, all'interno o intorno all'istituzione penitenziaria comprende già che nel momento stesso in cui si discute di cura e tutela della salute in carcere si aprono diversi "file": il rapporto tra sicurezza e tutela della salute, il rapporto tra disagio psichico e gestione di un istituto penitenziario, le relazioni tra operatori penitenziari e personale sanitario, le alleanze o le disconnessioni tra aziende sanitarie e amministrazione penitenziaria, ed altro ancora.

In questo panorama complesso è a maggior ragione onesto e coerente invitare a riflettere sulle cause della mancata applicazione in ambito detentivo della normativa che affronta la cura del dolore, soprattutto se si tratta di dolore cronico. In effetti non si può non parlare di cura del dolore in contesti che tendiamo a definire, quasi abitualmente, come territori della sofferenza; parlare di sofferenze porta a trattare di disagio, di mancanza di ambientamento, di rifiuto della detenzione, ma porta anche al concetto di dolore.

Più si entra nell'analisi offerta dagli autori e più ci si addentra su isole tematiche delicate, ma anche nuove per certi aspetti.

Mi riferisco, ad esempio, al ruolo del palliativista a cui, tra l'altro e a maggior ragione in ambito penitenziario dovrà essere richiesta un'ampia cultura medica di base. Non molti sanno che oggi la domanda di buona sanità in un istituto penitenziario richiede professionisti che devono avere la capacità di maneggiare con particolare competenza la medicina di base: non può bastare un buon medico di famiglia.

Il richiamo che gli autori fanno dei lavori della Commissione Ruotolo è estremamente utile, poiché in una prospettiva futura a breve e a medio termine se si vuole investire sulle reti della terapia del dolore bisogna prima di tutto com-

prendere che affrontando il tema della cura del dolore in ambiente detentivo si lavora contemporaneamente sulla qualità della vita nel carcere. Anche attraverso la descrizione della vita quotidiana si interpretano bisogni come quelli della salute. Chi lavora in carcere sa bene che un mal di denti o una colica renale alle nove di sera in una stanza di detenzione diventano “il mal di denti” o “la colica renale” per eccellenza, e non si fatica a comprendere perché.

È giusto che gli Autori parlino di una latitanza all’interno delle carceri della L. n. 38 del 2010 ed è giusto che nelle loro conclusioni (non anticipiamo altro) sottolineino che mantenere i reclusi ad un livello accettabile di salute rende la pena legittimabile agli occhi dell’opinione pubblica.

Un obiettivo alto, un obiettivo doveroso.

Dr. Carmelo Cantone  
già Vice Capo Dipartimento  
Amministrazione Penitenziaria Ministero Giustizia



## Introduzione

La necessità di riproporre attenzione sulle opportunità di applicazione della legge 38/2010 all'interno delle strutture carcerarie, nasce dalla crescente criticità che la pandemia Covid-19 ha in esse determinato, aggravando quelle già esistenti nelle strutture ed imponendo attenzioni verso le nuove risorse telematiche.

Il dolore è una componente che si verifica frequentemente nella maggior parte delle patologie, quindi il controllo del dolore assume un'importanza fondamentale nella gestione clinica degli assistiti. Il dolore può essere classificato come:

- dolore nocicettivo, comunemente acuto, mediato dall'attivazione di afferenze sensitive a seguito di stimoli esterni quali punture o bruciature, oppure causato da un danno tessutale o infiammazione locale;
- dolore neuropatico, tipicamente cronico, causato da un danno ai nervi periferici a seguito di una compressione di fibre nervose, come nella sindrome del tunnel carpale, o causato da chemioterapia. Spesso però nelle sindromi cliniche dolorose il dolore è determinato dalla combinazione di meccanismi sia infiammatori che neuropatici. Le manifestazioni dolorifiche possono avere importanti conseguenze negative su diverse funzioni fisiologiche, tra cui l'iperreattività autonoma (aumento della pressione sanguigna, frequenza cardiaca, soppressione della motilità gastrointestinale, riduzione delle secrezioni) e la ridotta mobilità, che porta ad atrofia muscolare, irrigidimento articolare e decalcificazione; tutto ciò può anche alterare lo stato psicologico del soggetto causando ansia e depressione. Dal momento che tutte queste condizioni possono avere un significativo impatto sulla qualità della vita del soggetto, è necessario attuare interventi terapeutici volti alla riduzione o alla rimozione del dolore; in molti Paesi, un'appropriata valutazione e un'adeguata gestione del dolore sono infatti considerate standard di cura. Il dolore causato da patologie oncologiche rimane tuttora un sintomo diffuso e ad elevato impatto sulla sfera emozionale e sulle attività di vita quotidiana dei pazienti. Secondo l'OMS il

dolore causato dai tumori, si manifesta nel 55% dei pazienti sottoposti a trattamento antitumorale, comparando, in particolare, nel 66% dei pazienti in uno stato avanzato, metastatico o terminale della malattia.

La gestione del dolore, che permetta un livello accettabile qualità della vita, diviene quindi un obiettivo principale in questi pazienti, soprattutto se la patologia è in fase avanzata. Dal punto di vista terapeutico le raccomandazioni dell'OMS prevedono che nella fase di inizio della gestione del dolore correlato ad una patologia oncologica, negli adulti, inclusi gli anziani, e negli adolescenti devono essere utilizzati FANS, paracetamolo o oppioidi, anche con la possibilità di combinazioni, in base ai risultati di un'attenta valutazione clinica e alla gravità della sintomatologia, al fine di ottenere un rapido, efficace e sicuro controllo del dolore. Nelle fasi più avanzate, invece vengono raccomandati oppioidi (anche in associazione a FANS e paracetamolo) a dosaggi variabili in base al quadro clinico dell'individuo in modo tale da essere tollerati ed efficaci nel garantire e mantenere un livello accettabile di dolore.

La terapia del dolore però non è sempre eseguita in modo adeguato o adatto alla condizione clinica del paziente, e si stima che circa il 50% dei pazienti oncologici non riceva adeguate terapie per la gestione del dolore.

Questo può essere dovuto, ad esempio, ad una valutazione clinica inadeguata dell'intensità del dolore, della frequenza delle manifestazioni dolorifiche e degli effetti del trattamento.

Ovviamente all'interno di una struttura carceraria il discorso della terapia adeguata si complica, ma ciò non può autorizzare la disapplicazione della normativa e soprattutto essere miopi rispetto alle ricadute sociali della sua corretta applicazione.

Oggi, oltre alla consueta attenzione verso la normativa e la necessità di una costante e uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale, in ogni struttura carceraria, possiamo offrire, agli operatori del settore e a beneficio dei fruitori ivi allocati ma soprattutto della collettività tutta, un percorso virtuoso: le opportunità del fascicolo sanitario elettronico per la sanità all'interno delle carceri italiane.

Alcune riflessioni sono preliminari, sulla normativa in senso sanitario ampio, in Italia: a che punto siamo con la 38/2010 in ambito sanitario?

Il ricorso ai farmaci per la terapia del dolore è aumentato progressivamente nel corso degli anni con una variazione media annuale (CAGR) pari all'1,7% passando dalle 6,9 DDD/1000 abitanti die del 2014 alle 7,6 DDD del 2020.

Il costo medio per giornata di terapia ha subito invece lievi diminuzioni negli anni fin quasi a stabilizzarsi tra il 2018 e il 2020 a 2,39 euro. Gli oppioidi maggiori da soli o in associazione sono la sottocategoria che rappresenta circa il 70% della spesa dell'intera categoria con 4,40 euro pro capite, in ragione prin-

principalmente dell'elevato costo per giornata di terapia (4,47 euro), circa il doppio rispetto al totale della categoria.

Gli oppioidi minori da soli o in associazione sono invece la sottocategoria che registra, rispetto al 2019, le contrazioni maggiori sia in termini di spesa che di consumo.

Analizzando nel dettaglio i singoli principi attivi si può notare che il fentanil, il tapentadolo e il pregabalin, rispettivamente con 1,39 e 1,24 euro pro capite, sono i farmaci a maggior impatto sulla spesa; ciò è dovuto, per il fentanil e il tapentadolo, agli alti costi per giornata di terapia (rispettivamente 4,79 e 6,23 euro), mentre per il pregabalin agli alti livelli di consumo (2,4 DDD/1000 abitanti die). A livello regionale i consumi variano tra Nord, Centro e Sud con quest'ultimo che registra i livelli di consumo minore (5,9 DDD), di oltre il 20% più bassi rispetto alla media nazionale.

Nel dettaglio, le Regioni in cui si osservano i maggiori livelli di consumo sono Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia (entrambe con 10 DDD) e con variazioni minime rispetto al 2019, mentre la Campania ne utilizza circa la metà registrando il valore più basso dell'intero territorio nazionale con 5,1 DDD (in diminuzione dell'1% rispetto all'anno precedente).

In linea generale non si osservano importanti variazioni nei consumi rispetto al 2019 ad eccezione del Piemonte che registra un calo del 3%. In linea con quanto osservato nell'anno 2019, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Sardegna tendono a consumare maggiori quantità di farmaci e con un costo maggiore rispetto alla media nazionale.

A livello di sottocategoria terapeutica risulta che gli oppioidi maggiori da soli o in associazione presentano le maggiori variazioni di consumo tra le Regioni.

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (Tabella 3.6.3c) riguarda il 53% dei consumi, con un ricorso a farmaci ex originator più che doppio rispetto agli equivalenti (2,7 vs 1,3 DDD), mentre la restante quota (47%) è relativa a farmaci coperti da brevetto che incidono sulla quasi totalità della spesa pro capite (4,80 euro su un totale di 6,65 euro), ciò è dovuto all'elevato costo medio per giornata di terapia (3,67 euro rispetto all'1,25 dei farmaci a brevetto scaduto).

E i dati di farmacovigilanza restano costanti e non destano nessun allarme.

In sostanza, per volumi di consumo e per controllo della filiera, non siamo fra le nazioni esposte ai rischi di abuso e di addiction.

A questo fin qui detto, è da aggiungere il capitolo obbligatorio: porre rimedio alla quasi "latitanza" della legge 38 del 2010 nelle carceri italiane.

La scoperta di questa mancanza fa riflettere. Il mondo delle carceri è troppo spesso considerato da tutti una realtà invisibile. La sua necessaria "chiusura", come luogo di detenzione è solo la conseguenza dell'applicazione delle leggi, non certamente la privazione del diritto alla salute.

L'Italia, nel trattare i detenuti, cade in continue violazioni dell'articolo 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo che vieta i trattamenti disumani e degradanti. E se non si tratta solo del sovraffollamento delle carceri, anche delle cure mediche da somministrare a detenuti malati, insufficienti rispetto allo standard predisposto da Strasburgo. Con la conseguenza che il detenuto, proprio a causa dell'assenza di cure adeguate, si trova a vivere in uno stato di angoscia e umiliazione non compatibile con le regole convenzionali (sentenza depositata il 22 aprile (G.C. contro Italia, ricorso n. 73869/10).

Al centro della questione l'inadeguatezza delle cure mediche somministrate durante la detenzione.

L'art. 3 risulta applicabile nei casi in cui un trattamento disumano supera un certo livello di gravità, è necessario considerare la durata del trattamento ritenuto disumano, gli effetti psichici e fisici anche in rapporto all'età, al sesso e allo stato di salute della vittima. La Corte Europea ormai riconosce che la privazione della libertà personale in una struttura carceraria ha in sé un elemento di sofferenza che è legittimo se le modalità di esecuzione «non eccedano il livello di sofferenza inevitabile nella detenzione».

È evidente che nel caso di un detenuto malato la mancata somministrazione di cure adeguate può comportare un trattamento disumano e degradante.

Proprio perché non esiste un obbligo positivo di scarcerare un detenuto malato o di trasferirlo in un ospedale civile, all'articolo 3 gli Stati devono «proteggere l'integrità fisica delle persone private della libertà», senza escludere, in casi particolarmente gravi, l'adozione di misure umanitarie valutando le condizioni del detenuto.

Quindi, la legge 38 del 2010 è effettivamente ancora latitante nelle carceri e questo studio, interdisciplinare e sintetico, apre un sipario, non piacevole ma sicuramente obbligatorio, sia per la natura del diritto, sia per i numeri coinvolti, sia per l'incrocio incredibile tra le norme, vigenti, che pongono il cittadino straniero detenuto immediatamente a carico del servizio sanitario italiano.

Temi che in termini di responsabilità dello Stato non possono essere disattesi.

E come può essere compatibile l'uso nelle carceri degli oppioidi. La risposta è semplice ed obbligatoria: nessuna legge può essere disapplicata in carcere, nessuna terapia può essere negata ad un soggetto che non può autodeterminarsi, nelle sue scelte di cura.

Ciò non solo per la persona detenuta, parimenti per tutti gli operatori del carcere e ancora di più per la collettività allargata.

Infatti, il corretto funzionamento della sanità in carcere ha nel sociale riduzione di costi, sicurezza di detenzione ed effettiva applicazione dei diritti.