

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	6
1. LA SANITA' PENITENZIARIA	8
1.1 Il diritto alla salute nel sistema penitenziario.	8
1.2 L'evoluzione della sanità all'interno dei penitenziari italiani	11
2. LA PECULIARITA' DEI PENITENZIARI.....	14
2.1 La questione della salute all'interno delle carceri.....	14
2.2 La popolazione carceraria	15
2.3 Gli ambienti.....	17
2.4 Il problema della sicurezza	18
3. L'INFERMIERE "DENTRO LE MURA"	25
3.1 Il ruolo dell'infermiere all'interno di un istituto penitenziario	25
3.2 Il contatto con il detenuto e la difficoltà nelle relazioni di cura	27
3.3 La "distribuzione" della terapia farmacologica	30
3.4 L'importanza dell'educazione e della prevenzione all'interno degli istituti ..	32
3.5 L'infermiere contro HIV e IST	33
3.6 Standardizzare le cure	36
3.7 La formazione specifica: sviluppare le competenze necessarie.....	37
CONCLUSIONI.....	40
BIBLIOGRAFIA	42

ABSTRACT

L'infermiere nel contesto penitenziario ha un ruolo poco conosciuto, lavora al di fuori del contesto ospedaliero e ha a che fare quotidianamente con detenuti, polizia penitenziaria e altre figure professionali mediche e non. Nonostante tutto, la sua figura non è conosciuta e messa in rilievo come dovrebbe essere, visto il luogo di particolare complessità in cui opera. Lo scopo di questa indagine è conoscere la normativa che disciplina il lavoro dell'infermiere negli istituti penitenziari; individuare il ruolo dell'infermiere all'interno del carcere, in particolare: conoscere la tipologia del lavoro assistenziale; esplorare e cercare di comprendere il vissuto percepito dell'infermiere; conoscere i rapporti con le altre figure professionali; individuare i requisiti per lavorare in carcere.

La ricerca è stata effettuata su banche dati quali PubMed e Google Scholar. Sono state utilizzate parole chiavi come: nurse, prison/prisoners, health promotion, health care, nursing care. Gli articoli sono stati selezionati in base alla loro pertinenza rispetto allo scopo della ricerca e al loro periodo di pubblicazione, con un parametro temporale di 10 anni. Dai materiali raccolti sono stati estratti 14 articoli che hanno identificato le sfide che contrastano il miglioramento della qualità di vita e della salute dei detenuti, nonché gli interventi e i programmi che potrebbero essere implementati e infine il ruolo specifico dell'infermiere in questo contesto. Secondo la letteratura analizzata, gli interventi che l'infermiere dovrebbe adottare mirano a rendere pratici i principi teorici che hanno guidato la transizione della Sanità penitenziaria dal Sistema Giudiziario al Sistema Sanitario Nazionale. Tali principi si basano sul diritto universale della salute, riconosciuto a livello internazionale e riflesso nelle politiche emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'infermiere affronta le sfide poste dal sistema penitenziario e le limitazioni connesse al proprio ruolo. Egli si impegna a garantire la salute e il benessere dei detenuti grazie alla sua presenza costante nel percorso detentivo, implementando una vasta gamma di interventi di assistenza primaria, preventiva ed educativa.

INTRODUZIONE

“Il termine carcere deriva dall’ebraico “carcar” uguale tumulare, luogo senza tempo, quindi che nega la vita, ed è un evento drammatico che produce sofferenza e sofferenti restando l’ultima frontiera della disperazione e di drammi umani. [...] Gli Istituti Penitenziari stanno vivendo situazioni drammatiche per le condizioni di sovraffollamento e di promiscuità. La quotidianità è allarmante, piena di desolazione, di angoscia, di vuoto esistenziale ed emozionale.

Ed ecco perché, le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti. [...] La nostra etica professionale ci insegna che tutti i cittadini devono ricevere la stessa assistenza sanitaria in qualsiasi luogo siano collocati, anche dentro il carcere; e qualunque sia il proprio status sociale di cittadino, libero o rinchiuso, qualunque sia la razza e fede di appartenenza. La mia scelta lavorativa mi spinge non solo ad assistere e curare ma anche ad ascoltare i disagi, il dolore, il pentimento, i sensi di colpa e la sofferenza di persone, che stanno faticosamente intraprendendo un cammino di riscatto e di espiatione della propria colpa. Tentare di alleviare questo è estremamente complicato e difficile.

Talvolta cerco di dare aiuto nella risoluzione di problemi non legati all’assistenza sanitaria ma che visti dall’esterno possano sembrare banali, ma in questo contesto assumono un peso diverso e questo aiuto può diventare uno spiraglio di luce per qualcuno. Lavorare all’interno degli Istituti Penitenziari mi ha portato a conoscere fragilità che altri non comprendono, a condividere limitazioni spaziali delle libertà individuali dei detenuti. Tutto ciò ha inoltre contribuito a far crescere in me una sensibilità diversa verso una realtà e problematiche sconosciute alla comunità esterna, che spesso ignora gli operatori della assistenza sanitaria che operano nel servizio della medicina penitenziaria.”¹

Questa lettera è stata scritta da un’infermiera che lavora in un istituto penitenziario da molti anni e vuole testimoniare come spesso, la realtà carceraria passi inosservata e in

¹ Lettera di Mariastella Anzoni, ASV pubblicata su “Tempo di Nursing 58-59/2011”, Collegio IP.AS.VI di Brescia, 2011

silenzio agli occhi della società. All'interno degli istituti penitenziari la mancanza di libertà non rappresenta l'unica pena da affrontare. Esiste una serie di altri problemi legati all'ambiente stesso: sovraffollamento, mancanza di privacy, scarsa igiene e, in alcuni casi, inattività forzata che influisce direttamente sulla salute dei detenuti. Tali situazioni comportano nuove condizioni quali: incremento di disturbi psichici dovuti all'isolamento e alla mancanza di contatto con l'esterno, delle malattie trasmissibili (come HCV, TBC, HBV, HIV) e il peggioramento delle patologie croniche preesistenti.

Al disagio mentale si sommano disturbi dovuti ad abuso di sostanze stupefacenti: in carcere il numero di tossicodipendenti è dodici volte quello presente nella popolazione generale. Il 48% della popolazione carceraria ha un problema di tossicodipendenza, quindi quasi una persona su due.

Tornando alle malattie mentali: se fuori dal carcere i disturbi psicotici riguardano l'1% della popolazione, dietro le sbarre la percentuale sale al 4%. Se parliamo di depressione, le cifre sono ancora diverse: ne soffre il 10% dei ristretti, contro il 2-4% della popolazione generale. Inoltre, più del 65% dei detenuti soffre di un disturbo di personalità: una percentuale dalle 6 alle 13 volte superiore rispetto a quella che si riscontra nel mondo, "là fuori"².

Questi sono solo alcuni esempi di quello che un infermiere, a fianco del detenuto, deve gestire ogni giorno nel suo lavoro. Quindi come può l'infermiere erogare l'assistenza necessaria a queste persone? Oltre alle competenze tecniche, il professionista deve essere in grado di sviluppare abilità diverse, come capire la situazione sociale, affettiva e culturale del detenuto e riuscire a instaurare una relazione di fiducia con esso. Solo in questo modo l'infermiere può fornire interventi educativi, preventivi e di prima necessità, dando l'opportunità agli internati di migliorare la propria qualità di vita sia durante che dopo la detenzione.

² Salute e carcere: contraddizione o possibilità?, Angelica Giambelluca, Persone Magazine, Ottobre 11, 2022.

1. LA SANITA' PENITENZIARIA

1.1 Il diritto alla salute nel sistema penitenziario.

In una delle sue opere più importanti, "Asylums", il sociologo canadese Erving Goffman annovera il carcere tra le cosiddette "istituzioni totali", in quanto istituzione che "serve a proteggere la società da ciò che si rivela come un pericolo intenzionale nei suoi confronti, nel qual caso il benessere delle persone segregate non risulta la finalità immediata dell'istituzione che li segrega".³

Eppure, garantire il diritto alla salute delle persone detenute significa riconoscere il loro valore di persone, da cui non può prescindere un vero programma di rieducazione e reinserimento nella società civile. La richiesta di applicare alla sanità penitenziaria gli stessi standard diagnostici e terapeutici del sistema sanitario nazionale, in termini di qualità e specificità, si fonda sul cosiddetto principio di "equivalenza delle cure".

Il principio di equivalenza delle prestazioni sanitarie è richiamato in diversi documenti e dichiarazioni, sia a livello nazionale che internazionale, che trattano dei diritti delle persone detenute.

Ad esempio, la risoluzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) datata 14 dicembre 1990, concernente i principi fondamentali per il trattamento dei detenuti, afferma che i reclusi dovrebbero beneficiare degli stessi standard di assistenza sanitaria garantiti alla comunità. Inoltre, essi dovrebbero avere accesso ai servizi sanitari necessari in modo gratuito, senza subire discriminazioni basate sul loro status giuridico.⁴

3 Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc. ; 1961. Cit. In: Goffman E. *Asylums: Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Traduzione di Franca Basaglia, Torino: Einaudi; 2003.

4 United Nations. *Basic principles for the treatment of prisoners*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. New York, United Nations; 1990 Disponibile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners#:~:text=Download%3A-,PDF,-All%20prisoners%20shall> Ultima consultazione: 6 Feb 2024.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha emesso direttive intitolate "Principio di equivalenza delle cure", stabilendo l'obbligo di garantire ai detenuti le stesse cure mediche e psico-sociali fornite agli altri membri della comunità.⁵ Da questo principio derivano due principi fondamentali che i servizi sanitari devono perseguire: la garanzia dell'"equità del diritto" alla salute senza discriminazioni basate sul censo, provenienza territoriale o condizione di detenzione, estesa a tutti i cittadini; la garanzia dell'"equità delle cure", ossia l'assicurare l'"accesso" a cure uguali per tutti.

La versione più recente delle European Prison Rules, adottate dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa nel gennaio 2006, dedica un ampio paragrafo all'assistenza sanitaria in ambito penitenziario. Questo testo raccomanda la presenza di almeno un medico di medicina generale qualificato in ogni carcere, insieme ad altro personale con formazione in ambito sanitario.

Inoltre, sottolinea la necessità di organizzare i servizi sanitari penitenziari in stretta relazione con i servizi sanitari pubblici locali, garantendo meccanismi di tutela della salute al momento dell'ingresso in carcere e per tutta la durata della permanenza della persona detenuta.⁶

La Dichiarazione di Mosca sulla Salute carceraria, integrata nella Sanità Pubblica dell'OMS, evidenzia le ragioni imperanti per il rafforzamento di questo legame cruciale⁷. La popolazione carceraria, prevalentemente composta da individui vulnerabili e emarginati, spesso presenta problematiche di salute e condizioni croniche trascurate, oltre a comportamenti a rischio come prostituzione e tossicodipendenza. La circolazione di persone infette o a elevato rischio di contrarre malattie infettive all'interno del carcere e al momento del rientro nella vita civile costituisce un potenziale veicolo di diffusione di malattie trasmissibili sia all'interno che all'esterno del sistema penitenziario. Inoltre, è comune riscontrare condizioni di vita insalubri in quasi tutte le carceri del mondo, caratterizzate da sovraffollamento, violenza, scarsa illuminazione, mancanza di aria

5 WHO Regional Office for Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization; 2007.

6 Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted 11 January 2006. Strasbourg: Council of Europe; 2006.

7 WHO Regional Office for Europe. Declaration on Prison Health as a Part of Public Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.

fresca, acqua non potabile, alimentazione di bassa qualità e pratiche a rischio per la diffusione di infezioni, come i tatuaggi. I tassi di infezione per malattie quali tubercolosi, HIV ed epatite risultano notevolmente superiori rispetto alla popolazione generale. La necessità di affrontare questi gravi problemi sanitari all'interno del contesto carcerario emerge come una priorità inderogabile, richiedendo interventi mirati e cooperazione sia a livello nazionale che internazionale.

Diversi Paesi hanno adottato strategie specifiche per facilitare la collaborazione tra i servizi sanitari penitenziari e quelli territoriali. In alcuni casi, si è optato per il trasferimento diretto delle responsabilità per la tutela della salute delle persone detenute ai servizi sanitari territoriali⁸.

In Norvegia, ad esempio, il processo di affidamento dell'assistenza sanitaria penitenziaria alle autorità sanitarie locali è stato completato negli anni '80. In Francia, la gestione della salute della popolazione carceraria è stata affidata alla Direzione Generale della Salute per le questioni di salute pubblica del Ministero della Salute, a partire dal 1994. In Inghilterra e Galles, l'assistenza sanitaria nelle carceri è stata formalmente trasferita al National Health Service (NHS) nell'aprile 2003, mentre il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha emesso linee guida specifiche per garantire la salute fisica⁹ e mentale¹⁰ dei detenuti. In Italia, il principio di equivalenza è implicitamente sancito nell'idea del diritto alla salute come diritto inalienabile di ogni individuo, indipendentemente dalla sua condizione di libertà o detenzione, come indicato nell'art. 32 della Costituzione:

"La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".¹¹

8 Tomasevski K. Prison health: international standards and national practices in Europe. Helsinki: The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI); 19; 1992.

9 National Institute for Health and Care Excellence. Physical health of people in prison. London: NICE; 2016. NICE guideline [NG57]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng57> ultima consultazione 6 Feb 2024.

10 National Institute for Health and Care Excellence. Mental health of adults in contact with the criminal justice system. London: NICE; 2017. NICE guideline [NG66]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66>; ultima consultazione 6 Feb 2024

11 Italia. Costituzione della Repubblica Italiana. Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27 dicembre 1947.

1.2 L'evoluzione della sanità all'interno dei penitenziari italiani

La nozione giuridica di "salute" non è definita e ha assunto nel tempo diversi significati. Si è verificato un passaggio da una concezione individuale, che enfatizzava la necessità del singolo di ricevere cure, a una prospettiva sociale, che sottolinea l'interesse della comunità nell'avere individui sani. Questo rappresenta un cambiamento significativo nell'approccio istituzionale alla questione sanitaria. Lo Stato è evoluto da un intervento assistenzialistico tipico della fine dell'Ottocento a una gestione completa della sanità, assumendo un preciso dovere di azione, il quale è diventato sempre più impegnativo anche dal punto di vista finanziario.

L'evoluzione del diritto alle cure dei detenuti in Italia ha attraversato diverse fasi significative nel corso del tempo, riflettendo un progresso sostanziale nel riconoscimento e nella tutela della salute delle persone in detenzione.

Nonostante l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) nel 1978, la tutela della salute delle persone detenute è rimasta per lungo tempo sotto la competenza del Ministero della Giustizia, ritenendosi che, a causa delle esigenze di sicurezza, costituisse una specialità legittima dell'assistenza sanitaria in carcere¹².

Un momento cruciale si è verificato nel 1998 con l'approvazione della Legge 419, che ha introdotto il principio di equivalenza all'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria), delegando al Governo l'emissione di decreti legislativi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, prevedendo il trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali relative alla sanità penitenziaria dall'ambito del Ministero della Giustizia al S.S.N. Il Decreto Legislativo 230 del 1999 ha ulteriormente riaffermato il principio di equivalenza, garantendo ai detenuti il diritto alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, conformemente agli standard di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

¹² Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978, Suppl. Ordinario.

In particolare l'art. 1 recita:

"I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci e appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari Regionali e in quelli locali"¹³

Questo cambiamento ha segnato un passo significativo verso l'allineamento del diritto alla salute dei detenuti con i principi fondamentali del diritto alla cura inalienabile di ogni individuo, come sancito dalla Costituzione italiana.

A partire dal 1° gennaio 2000, anche le funzioni relative alla tossicodipendenza sono state trasferite al S.S.N., mentre per le altre funzioni è iniziato un periodo di sperimentazione in alcune Regioni, con la costituzione di un Tavolo di consultazione permanente. Questo ha il compito di verificare l'attuazione del transito della medicina penitenziaria alle Regioni su tutto il territorio nazionale e garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie per detenuti, internati e minorenni sottoposti a provvedimento penale.¹⁴

L'evoluzione del diritto alle cure dei detenuti in Italia continua a essere plasmata da interventi normativi mirati, cercando di garantire uniformità e qualità nella fornitura di servizi sanitari, nel rispetto della dignità e dei diritti fondamentali di chi si trova in situazione di detenzione.

¹³ Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999, Suppl. Ordinario n. 132.

¹⁴ Ministero della Giustizia. Diritti dei detenuti. Disponibile all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page; ultima consultazione: 6 Feb 2024.

È importante sottolineare che il diritto alla salute comprende diverse situazioni, dalle questioni prettamente mediche (con il diritto alle informazioni, alla comunicazione con i congiunti, e all'accesso ai dati sulle cure) al diritto al mantenimento dell'identità psico-fisica, al diritto alla salubrità dell'ambiente, e al diritto degli indigenti (compresi tutti i detenuti, indipendentemente dal reato commesso) alle cure gratuite e al diritto di accesso alle strutture.

2. LA PECULIARITA' DEI PENITENZIARI

2.1 La questione della salute all'interno delle carceri

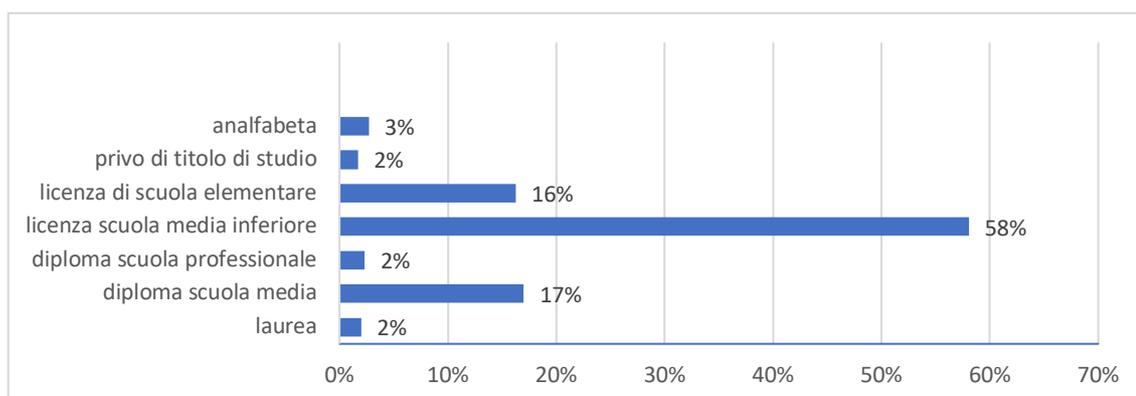
Come sottolineato precedentemente, l'uguaglianza nel diritto alla salute tra detenuti e individui liberi non si riduce semplicemente all'uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari. La presenza di una rete di servizi sanitari completa rappresenta un'importante risorsa, ma da sola non è sufficiente per garantire livelli di salute equi. È essenziale offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso alla salute, tenendo conto delle differenze iniziali nei livelli di salute e delle sfide uniche che affrontano nel contesto della privazione della libertà, la quale di per sé costituisce un ostacolo al raggiungimento del benessere fisico e mentale.¹⁵ È importante ricordare che la privazione della libertà rappresenta una grave lesione per il benessere complessivo, influenzando sia gli aspetti sociali che psicologici. Uno degli impatti più significativi dell'istituzionalizzazione è la perdita della sfera privata dell'individuo e del senso di controllo sul proprio ambiente quotidiano, con conseguente perdita di identità e aumento del senso di insicurezza. Le dinamiche peculiari dell'ambiente carcerario presentano una serie di sfide che rendono difficile l'uguaglianza nel trattamento sanitario e costituiscono ostacoli alla pratica infermieristica. Le condizioni ambientali e umane all'interno delle carceri pongono una serie di sfide uniche che devono essere affrontate dagli operatori sanitari. Quali sono queste condizioni che rappresentano una sfida significativa per chi lavora nel campo della sanità penitenziaria? Le principali problematiche si riscontrano nelle caratteristiche della popolazione carceraria, nei limiti ambientali delle strutture penitenziarie e nelle condizioni di vita dei detenuti al loro interno.¹⁶

15 Comitato Nazionale per la Bioetica, Op. Cit., p. 10-12

16 Carmelo Cantone, "La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorsi possibili", Istituto Superiore di Studi Penitenziari, 2012

2.2 La popolazione carceraria

Nel corso degli ultimi anni il numero totale delle persone reclusi in Italia è rimasto relativamente stabile. Ad oggi gli individui detenuti in Italia, distribuiti in 192 istituti, sono 54.134, di cui circa il 4,1% sono donne e il 31% sono stranieri. L'età media dei detenuti è di 37 anni, con la fascia più rappresentativa tra i 30 e i 39 anni (38% dei soggetti)¹⁷ anche se nel corso degli ultimi anni il trend ha visto un invecchiamento generale della popolazione detenuta.¹⁷ Nei penitenziari si trovano individui provenienti dai segmenti più marginalizzati della società, caratterizzati da bassi livelli di istruzione. Nel 2022 il 2,9% di detenuti risultava essere analfabeta, il 2,2% era privo di titolo di studio, il 17,5% possedeva solo la licenza elementare e solo il 2,1% dei reclusi risultava laureato.¹⁸ Questi dati mostrano una differenza sostanziale tra la popolazione reclusa e quella generale. Inoltre il basso livello d'istruzione va ad aumentare la probabilità che un detenuto possa commettere nuovi reati dopo il rilascio nella società andando ad influenzare così ogni opportunità di reinserimento. Nel 2023, come dimostra il seguente grafico risulta poco variata.



Detenuti per titolo di studio - Anno 2023¹⁹

Le precarie condizioni di salute e patologie croniche non trattate, nonché consumatori di droghe, individui estremamente vulnerabili e coloro che praticano comportamenti a rischio, come l'uso di droghe per via iniettiva e il sesso a pagamento. L'Organizzazione

¹⁷ Sandro Libianchi, "La tossicodipendenza all'interno delle strutture detentive", Convegno "Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", Roma, 2015.

¹⁸ Il carcere visto da dentro XVIII, Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, Associazione ANTIGONE Onlus, 2022

¹⁹ Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Mondiale della Sanità (OMS) da molti anni affronta la questione della salute dei detenuti attraverso la pubblicazione di report specifici. Questi report delineano un quadro caratterizzato da una popolazione prevalentemente giovane e affetta principalmente da disturbi mentali e infezioni. Uno studio condotto in diverse regioni italiane ha rivelato che circa il 24% dei detenuti è affetto da dipendenza da sostanze, con la cocaina come la sostanza più utilizzata. I nordafricani risultano essere il gruppo più colpito. L'isolamento e la mancanza con l'esterno, insieme al trauma della detenzione e la mancanza di privacy possono favorire l'insorgenza o il peggioramento di un disagio psichico, che può essere accertato o latente.

Oltre il 40% dei detenuti infatti, presenta almeno una patologia psichiatrica, con una percentuale significativa di disturbi d'ansia, nevrosi e depressione.

Il rischio suicidario è 7 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e 18 volte maggiore nei giovani reclusi e spesso questi eventi succedono in strutture particolarmente disastrate con poche attività educative o di volontariato. Si è visto che sono più gli italiani a togliersi la vita che gli stranieri (che rappresentano il 16%).²⁰ Le malattie infettive rappresentano le condizioni igieniche e di vita come cause fondamentali. Si stima infatti che tra tutti i carcerati nel mondo il 3.8% sia affetto da HIV, il 15.1% da epatite C, il 4.8% da epatite B e il 2.8% da tubercolosi attiva o anche scabbia e altre infezioni sessualmente trasmissibili (gonorrea, clamidia o sifilide). Anche se la popolazione è giovane, sono presenti anche patologie croniche come ipertensione, dislipidemia e diabete di tipo 2. Le malattie dell'apparato digerente, in particolare i disturbi dentali, rappresentano un'altra problematica diffusa.²¹ Infine, i tentativi di suicidio e gli atti di autolesionismo rappresentano un'emergenza nel sistema carcerario italiano.

20 Problematiche psichiche e compatibilità carceraria, <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/bartolini/capitolo6.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024

21 Franco Scarpa, "Il disturbo mentale in carcere diagnosi e trattamenti", Convegno "Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", Roma, 2015.

2.3 Gli ambienti

La detenzione, con la sua intrinseca limitazione delle libertà, costituisce di per sé un fattore di rischio per la salute. Uno dei fattori "strutturali" che incide sulla salute delle persone recluse è la promiscuità. Vivere a stretto contatto con altre persone, condividendo in pochi metri quadrati il bagno e lo spazio per mangiare, cucinare e dormire, rappresenta uno dei principali rischi. Questa promiscuità spesso incide negativamente anche sulle relazioni tra i detenuti, che si trovano a dover condividere uno spazio limitato e ad adattare il proprio concetto di vivibilità alle restrizioni del carcere.

Le strutture carcerarie, inoltre, spesso richiederebbero importanti lavori di ristrutturazione. Tuttavia, anche quando tali lavori vengono effettuati, non sono spesso sufficienti a risolvere i problemi strutturali causati sia dall'uso ripetuto dei servizi igienici e dal concentrarsi di un gran numero di persone in spazi ridotti, sia da una progettazione basata su un'idea passata di modello penitenziario.

Quasi il 40% degli istituti penitenziari italiani è stato costruito tra il 1980 e il 1999.²² L'architettura carceraria attualmente in uso è basata su principi di sicurezza, ignorando i principi di rieducazione. Ad esempio, i corridoi sono progettati in modo da limitare al massimo il rischio di fuga: ogni percorso, corridoio o scala è compartimentato, separato da quello confinante tramite un cancello. Anche i locali destinati ai servizi, comprese le infermerie, devono rispettare requisiti essenziali per la sicurezza. Gli spazi sono ristretti e ubicati in aree lontane dalle sezioni o disposti su più livelli. Le finestre, inoltre, sono piccole e regolarmente dotate di sbarre, non garantendo l'adeguato ricambio d'aria e un sufficiente apporto di luce naturale, la cui carenza genera ambienti malsani e condizioni psicologiche instabili.

Il sovraffollamento carcerario, con le sue conseguenze igieniche e psicologiche altamente nocive, insieme ai regimi di custodia cautelare che costringono i detenuti in cella per più

²² Alice Franchina, "Lo spazio del carcere e per il carcere", <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-architettura/>

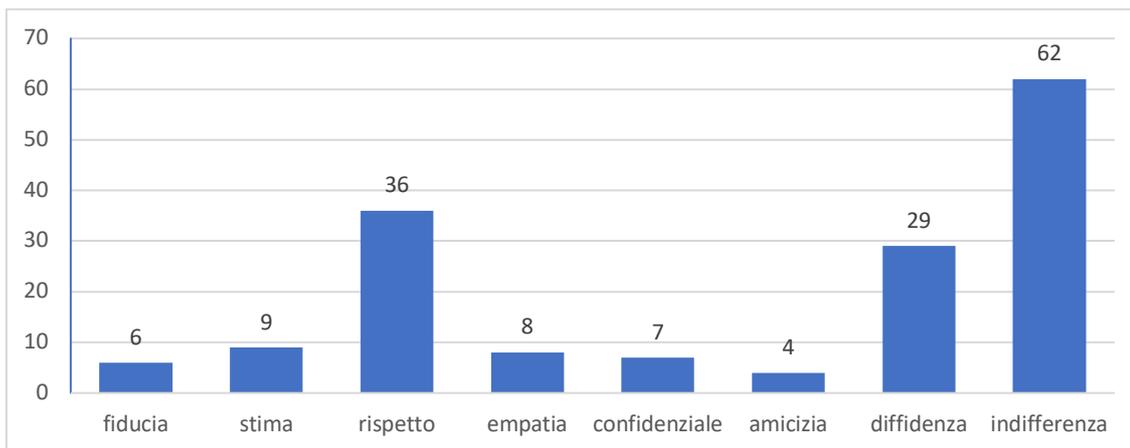
di venti ore al giorno, rappresentano un'emergenza drammaticamente stabile nel nostro paese.

Questi fattori, come è facilmente intuibile, non solo favoriscono la trasmissione di malattie, comprese quelle infettive, ma influenzano anche il decorso delle cure somministrate. La situazione richiede attenzione e interventi mirati per garantire la salute e il benessere dei detenuti.

2.4 Il problema della sicurezza

Nel contesto penitenziario, la sicurezza del personale infermieristico rappresenta una tematica di rilevante importanza. Gli infermieri che operano in carcere si trovano a fronteggiare sfide uniche, dovute alla natura stessa dell'ambiente carcerario e alla popolazione detenuta con cui interagiscono.

La sicurezza dell'infermiere in carcere è una questione complessa che coinvolge diversi aspetti, dalla gestione del rischio alla competenza professionale. L'infermiere è la figura che entra più frequentemente nelle sezioni e incontra i detenuti nelle loro celle per la somministrazione delle terapie. Nonostante ciò gli infermieri sono considerati come un "corpo estraneo" dentro un'organizzazione rigida che ha proprie regole e dinamiche, funzionanti perché da tutti riconosciute e accettate. Un'indagine qualitativa svolta all'interno del carcere di Rebibbia da Anna Massei attraverso interviste a detenuti ed infermieri sul ruolo degli infermieri in carcere, dimostra questo difficile rapporto tra infermiere e paziente recluso. Dallo studio, che prendeva in considerazione un campione di 137 detenuti reclusi nella Casa circondariale e 47 infermieri, risulta che la maggior parte di questi (68%) attribuiva all'infermiere un mero ruolo di "esecutore della terapia". I termini maggiormente utilizzati per definire il rapporto con l'infermiere è "indifferenza" a conferma della carenza della componente relazionale, segnalata come problema anche dai professionisti stessi.



*Termini che rispecchiano il tipo di rapporto che si instaura con l'infermiere.*²³

L'infermiere risente della mancanza di conoscenza sul complesso sistema che lo sovrasta e, talvolta dei regolamenti penitenziari scritti e non scritti che tutti gli operatori sono tenuti a osservare.²⁴

In un ambiente professionale in cui il rapporto con il paziente, per la maggior parte dei casi, oscilla tra l'indifferenza, la diffidenza o il rispetto viene spontanea una riflessione sulla sicurezza personale del personale sanitario ed in maggior evidenza dell'infermiere, essendo il professionista che ha il maggior numero di contatti quotidiani con il paziente detenuto.

Anche fuori dai carceri le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari sono un fenomeno preoccupante e in crescita. Secondo uno studio Inail, nel periodo 2016-2020, sono stati registrati oltre 12.000 casi di infortunio sul lavoro per il personale sanitario legati a violenze, aggressioni e minacce, con una media di circa 2.500 casi l'anno. La professionalità più colpita, è quella dei "tecnici della salute" (codifica Istat Cp2011) che concentra più di un terzo del totale dei casi: sono prevalentemente infermieri ma anche educatori professionali, normalmente impegnati nei servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o socio-educativi con minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani.

²³ Massei A, Marucci R, Tiraterra M.F, La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un'indagine descrittiva, 2007

²⁴ Ziliani P., Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?, Tempo di Nursing, Collegio IP.AS.VI di Brescia, 63/2013

Al questionario hanno risposto 1.144 operatori della sanità. Il 40% degli interpellati ha dichiarato di aver subito un'aggressione, con 459 episodi di violenza dichiarati, e il 27% di averne subita più di una. La molestia è stata la tipologia di aggressione maggiormente segnalata (42%), seguita dalla minaccia (35%) e dalle aggressioni verbali (10%).²⁵

Lo studio conclude con delle osservazioni nell'ottica della prevenzione di tali eventi avversi: l'obiettivo è promuovere la diffusione delle migliori pratiche per garantire la sicurezza degli operatori sanitari e socio-sanitari, anche nel contesto del lavoro di gruppo. Inoltre, si intende organizzare corsi di formazione per il personale medico e sanitario, in linea con le evidenze della letteratura internazionale, al fine di prevenire e gestire situazioni conflittuali e migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

In Lombardia, a seguito della Legge regionale della 8 luglio 2020 - n. 15 “Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario” relativa appunto al contrasto e alla prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, delle Agenzie di tutela della salute (ATS) e dell’Azienda regionale emergenza urgenza (AREU), l’Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo (ACSS) ha avviato una prima Survey nel 2021 raccogliendo i dati relativi agli episodi di violenza commessi ai danni del personale del SSR nel periodo 2019-2020, e una seconda survey relativa agli eventi del 2021.

Lo strumento è stato inviato alle Aziende Sanitarie pubbliche nel mese di gennaio 2021 e 2022 ed è stato chiesto loro di compilare i dati relativi all’anno precedente (2020 e 2021) e di trasmetterli al Centro per effettuare le opportune valutazioni sul grado di implementazione delle attività previste dal documento regionale e sulla necessità di ulteriori interventi sulla base delle evidenze emerse. I dati pervenuti sono stati elaborati in maniera aggregata in un format unico regionale.

²⁵ Rossi P., Mele A., Punziano A, Gli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie Inail, a cura di Sovrintendenza sanitaria centrale, Inail, 2022

		FLUSSO		Anno 2020		Anno 2021	
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE	SEGNALAZIONI	Nr segnalazioni volontarie aggressioni (Strutture Pubbliche)		79		47	
	VARIABILI			NR	% su totale	NR	% su totale
	ESITO	nessun danno		54	68%	19	40%
		danno lieve/moderato danno		25	32%	28	60%
		severo		0	0%	0	0%
	TOTALE			79	100%	47	100%
	TIPOLOGIA	Verbale		63	80%	30	64%
		Fisica		16	20%	17	36%
	TOTALE			79	100%	47	100%
	AMBITO (SETTING)	Area Psichiatrica-Dipendenze Servizi di		17	22%	9	19%
		Emergenza-Urgenza		17	22%	14	31%
		Area Materno-Infantile		1	1%	1	2%
		Area Medica		18	23%	9	19%
		Servizi di sanità penitenziaria		2	2%	10	21%
	Luoghi di attesa		20	25%	2	4%	
	Strutture Riabilitazione		3	4%	0	0%	
	Chirurgia		1	1%	0	0%	
	Area amministrativa		0	0%	1	2%	
	Spazi esterni		0	0%	1	2%	
TOTALE			79	100%	47	100%	

Griglia di monitoraggio flussi delle segnalazioni atti di violenza commessi ai danni dei singoli esercenti nell'esercizio delle loro funzioni (anni 2020-21)

Come si può notare dalla tabella nel 2021 i servizi di sanità penitenziaria sono gli ambiti con più aggressioni rilevate (21%), al secondo posto solo dopo gli ambiti di Emergenza-Urgenza (31%).²⁶

La legge 14 agosto 2020, n. 113, recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni” ha istituito la “Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari” che viene celebrata annualmente il 12 marzo. In occasione della prima Giornata nazionale che si è tenuta il 14 marzo del 2022, è un vademecum redatto da FP CGIL, chiamato “Stop alle aggressioni al personale sanitario”. Il vademecum raccoglie le informazioni necessarie per affrontare le possibili aggressioni e capire cosa le aziende possono e devono fare in termini di prevenzione e tutela. Per mitigare il rischio di aggressioni, è fondamentale implementare strategie di prevenzione e l'adozione di protocolli di sicurezza e la presenza di supporto da parte della polizia penitenziaria durante le attività assistenziali.

²⁶ A cura di: Dott.ssa Grazia Corbello, Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, Relazione attività anno 2022

Le strategie di prevenzione includono la formazione del personale sanitario su come affrontare e prevenire il rischio di aggressioni. Questo può includere la gestione della comunicazione con i pazienti e i loro familiari, nonché l'identificazione precoce dei segni di potenziale violenza: il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



Rappresentazione grafica della progressione di un comportamento violento.

Il vademecum fornisce una semplice guida per l'applicazione da parte del personale sanitario di tecniche di de-escalation e negoziazione:

- Presentarsi con nome e qualifica professionale;
- Adottare un'espressione tranquilla ferma con un tono di voce basso, rivolgendoti direttamente all'utente chiamandolo per nome se possibile mostrati interessato a capire quale sia il suo problema; guardare il paziente negli occhi ma senza fissarlo, ma alternando lo sguardo;
- Usare un linguaggio semplice e facilmente comprensibile;
- Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi;
- Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative;
- Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, sportivo, alimentare, ecc.);
- Cercare di far sedere il paziente sedendoti anche tu, così da avere un minor impatto della presenza fisica nella circostanza e quindi una probabile riduzione del comportamento aggressivo, se non vuole sedersi rimani in piedi anche tu;
- Posizionarsi al fianco del paziente con un asse di circa 30°: la superficie esposta a colpi è minore; inoltre si comunica più disponibilità al dialogo;

- Modulare la distanza dal paziente e mantenere sempre una distanza di sicurezza;
- Evitare atteggiamenti di postura chiusi che potrebbe essere interpretati come difensivi o aggressivi, (come stare a braccia conserte, muoversi rapidamente o avvicinarsi troppo, puntare l'indice...);
- Non sorridere, il paziente può interpretarlo come una presa in giro;
- Non toccare il paziente, nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso;
- Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi;
- Non rispondere alle minacce con altre minacce;
- Non dare ordini.

D'altra parte la struttura sanitaria deve esplicitare il proprio impegno per salvaguardare la sicurezza del proprio personale favorendo la collaborazione, il lavoro in equipe, il supporto del personale di polizia penitenziaria, ma anche sensibilizzare il personale per la segnalazione degli episodi di violenza subiti e per suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati (referente per la gestione del rischio, medicina legale, ecc.); fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili, definire programmi di formazione, in orario di lavoro, per tutto il personale per far sì e tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire in caso di episodi di violenza.²⁷

La sicurezza degli infermieri in carcere e non è un diritto fondamentale che deve essere garantito per assicurare un ambiente di lavoro sicuro e per fornire un'assistenza sanitaria di qualità ai pazienti. È necessario un impegno congiunto da parte delle istituzioni sanitarie e penitenziarie per affrontare efficacemente questa problematica. In sintesi, la chiave per ridurre le aggressioni al personale sanitario in carcere è una combinazione di

²⁷ Vademecum "Stop alle aggressioni al personale sanitario", redatto da FP CGIL sulla base della legge 14 agosto 2020, n. 113, recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"

formazione adeguata, protocolli di sicurezza chiari e strategie di prevenzione e gestione dei conflitti efficaci. Questi elementi contribuiscono a creare un ambiente di lavoro più sicuro e supportivo per il personale sanitario e migliorano la qualità dell'assistenza fornita ai detenuti.

3. L'INFERMIERE “DENTRO LE MURA”

3.1 Il ruolo dell'infermiere all'interno di un istituto penitenziario

Come detto sinora le condizioni di vita all'interno delle carceri sono spesso caratterizzate da sovraffollamento, violenza, isolamento, scarsa igiene, mancanza di servizi e di opportunità di reinserimento sociale. Questi fattori influenzano negativamente la salute fisica e mentale dei detenuti, che presentano una maggiore prevalenza di patologie croniche, infezioni, dipendenze, disturbi psichici e suicidi rispetto alla popolazione generale. Ad esempio il tasso di morbilità e la domanda di assistenza in carcere è significativamente più alta rispetto a quanto si rileva nella popolazione generale: questo è dovuto all'alto numero di detenuti provenienti da paesi extracomunitari che presentano patologie non rilevate nei paesi di origine.²⁸

In questo contesto, l'infermiere riveste un ruolo fondamentale nel garantire il diritto alla salute dei detenuti, in quanto è presente quotidianamente nel loro percorso “riabilitativo” e mette in pratica diversi interventi di assistenza primaria, preventiva ed educativa, affrontando le problematiche poste in essere dal sistema carcerario e i limiti alle proprie funzioni ad esso connessi. L'infermiere, infatti, opera tra la gestione della sicurezza e il diritto alla salute, spesso con elevata complessità assistenziale, in un setting difficile, dove a prescindere dal reato commesso, è fondamentale la presa in carico del paziente. Da un report del 2023 di Nursing Up (sindacato degli infermieri italiani) nei turni di notte un solo infermiere può arrivare ad avere in carico ben 600 detenuti.²⁹

Il ruolo dell'infermiere nelle carceri è definito dalla legge 354/1975, che stabilisce che il personale sanitario deve assicurare ai detenuti le prestazioni sanitarie necessarie, con le

²⁸ Mario Esposito, “Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute”, Franco Angeli Editore, 2007

²⁹ <https://nursingup.it/comunicati/550-de-palma-nostro-report-sulle-violenze-perpetrate-ai-danni-degli-infermieri-nelle-carceri-italiane-si-contano-ben-otto-aggressioni-dallo-scorso-luglio-a-oggi-3-casi-drammatici-sono-di-donne-di-nostre-professioniste-che-hanno-rischiato-di-subire-una-violenz.html> Ultima consultazione il 27 Febbraio 2024

stesse modalità e qualità previste per i cittadini liberi. Inoltre, la legge 94/1998 ha trasferito la competenza sanitaria nelle carceri dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, integrando i servizi sanitari penitenziari con quelli del Servizio Sanitario Nazionale.

L'infermiere, quindi, è un professionista sanitario che fa parte di una équipe multidisciplinare, composta da medici, psicologi, assistenti sociali, educatori e operatori penitenziari, che collabora per garantire la continuità assistenziale e la qualità delle cure ai detenuti. L'infermiere quindi è tenuto a svolgere le seguenti funzioni:

- Valutazione dello stato di salute dei detenuti all'ingresso in carcere e durante la detenzione, attraverso l'anamnesi, l'esame obiettivo, la raccolta di dati clinici e la somministrazione di test e questionari;
- Prevenzione e controllo delle malattie infettive, tramite la vaccinazione, lo screening, la profilassi e il trattamento dei detenuti a rischio o affetti da HIV, epatiti, tubercolosi, scabbia e altre infezioni;
- Gestione delle patologie croniche, come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, respiratorie, renali e altre, mediante la somministrazione dei farmaci, il monitoraggio dei parametri vitali, l'educazione sanitaria e il follow-up dei detenuti;
- Assistenza ai detenuti con problemi di dipendenza da sostanze, come alcol, droghe, tabacco e altre, offrendo supporto psicologico, terapeutico e riabilitativo, in collaborazione con i servizi specialistici esterni;
- Assistenza ai detenuti con disturbi psichici, come depressione, ansia, schizofrenia, disturbo bipolare e altri, fornendo sostegno emotivo, farmacologico e psicoterapeutico, in coordinamento con i servizi psichiatrici territoriali;
- Assistenza ai detenuti in situazioni di emergenza o urgenza, come traumi, ferite, intossicazioni, tentativi di suicidio e altri, effettuando le prime cure, stabilizzando il paziente e attivando i soccorsi;
- Promozione della salute e dell'educazione sanitaria, attraverso la diffusione di informazioni, consigli e materiali informativi sui temi della prevenzione,

dell'igiene, della nutrizione, della sessualità, della contraccezione, della riduzione del danno e della tutela dei diritti sanitari;

- Documentazione e registrazione delle attività assistenziali, compilando la cartella clinica, i registri, i protocolli e le schede di valutazione dei detenuti, secondo le norme vigenti e i criteri di qualità.

3.2 Il contatto con il detenuto e la difficoltà nelle relazioni di cura

Carl Rogers, fondatore del Counseling definisce la relazione d'aiuto come: "una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato"³⁰. L'instaurarsi di una relazione terapeutica è fondamentale sia per la qualità delle cure sanitarie, sia per l'infermiere che fornisce le cure e per l'utente che le riceve. Tuttavia la relazione d'aiuto è influenzata dalla conoscenza intima dell'utente utilizzata per sapere quanto e come coinvolgerlo nel processo decisionale e per valutarne gli esiti al trattamento, dalla capacità di promuovere la dignità, il comfort e il sostegno emotivo, dalla capacità di fornire informazioni, l'orientamento e il supporto e la capacità di conciliare le prospettive dell'utente, della famiglia e degli operatori.³¹

"L'infermiere si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare". Così recita giustamente e graniticamente il codice deontologico. In questa particolarissima cornice assistenziale, a prescindere dal reato commesso, è fondamentale la presa in carico del paziente. L'art. 4 del codice deontologico sottolinea come la presa in carico debba essere necessariamente empatica senza però scadere nel confidenziale, in un equilibrio sottile ma funzionale tra infermiere, detenuto e agente di polizia, utilizzando ascolto e dialogo come strumenti principali, sottolineando inoltre che il tempo dedicato alla relazione è tempo dedicato alla

30 Carl Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Giunti Editore, 2013

31 Bridges G, Nicholson C, Maben J, et al., *Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship*. *J adv Nurs*, 2013

cura del paziente. In questo contesto, l'infermiere si impegna affinché il paziente non si senta mai abbandonato, coinvolgendo, con il consenso del paziente stesso, le persone di riferimento e altre figure professionali e istituzionali.

L'art. 3 fa riferimento ai principi guida dell'azione infermieristica, sottolineando che l'infermiere cura e si prende cura del paziente nel rispetto della sua dignità, libertà, eguaglianza e delle sue scelte personali riguardo alla salute e al benessere. Non deve fare distinzioni basate su caratteristiche sociali, di genere, orientamento sessuale, etnia, religione o cultura.³²

L'infermiere che opera in ambito detentivo si trova ad affrontare situazioni in cui comportamenti dei detenuti entrano in netto contrasto con i propri valori personali e principi educativi ed etici. Questa discrepanza può creare una sfida nel mantenere un equilibrio tra l'empatia verso il paziente e l'adozione di un comportamento professionale. Spesso c'è una prevalenza di patologie attinenti alla sfera psichica ed espone l'infermiere a maggiori rischi nello svolgimento della propria attività quotidiana. Il detenuto tende spesso a simulare condizioni cliniche allo scopo precipuo di uscire dalla detenzione o ottenere permessi.

La relazione d'aiuto assume un ruolo di grande interesse nelle istituzioni penitenziarie, poiché la maggior parte dei detenuti presenta una sintomatologia influenzata sia da fattori socio-culturali che affettivo-relazionali³³. Ciò implica che l'infermiere debba gestire efficacemente culture diverse dalla propria e fornire assistenza a persone socialmente svantaggiate, indipendentemente dal reato commesso, del quale non deve essere a conoscenza né tenere in considerazione.³⁴

Il sistema carcerario, dove il contatto diretto con i detenuti è limitato dalla struttura stessa, presenta prove significative per lo sviluppo di una relazione terapeutica tra infermiere e

32 "Il Codice deontologico dell'infermiere", IPASVI, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024

33 Calamassi D., Giancotti T., Baldini C., Tamburini L., Borri B., I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo, Rivista L'Infermiere N° 2, 2021

34 "Il Codice deontologico dell'infermiere", IPASVI, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024

paziente. All'interno delle strutture detentive infatti, vi sono diverse barriere che richiedono un adattamento delle normali modalità di interazione con i pazienti. Ad esempio, le regole penitenziarie richiedono ai detenuti di rivolgersi agli agenti di polizia penitenziaria per l'assistenza e solo successivamente l'infermiere può intervenire.

Questo approccio implica che l'osservazione dei pazienti e l'identificazione dei loro bisogni di salute avvenga principalmente durante la somministrazione della terapia, direttamente nelle sezioni detentive.

Anche la diversità culturale e linguistica all'interno delle carceri è un'altra dimensione rilevante, infatti, con una percentuale significativa di detenuti stranieri, provenienti da diverse parti del mondo, gli infermieri devono essere in grado di comunicare efficacemente e comprendere le sfide specifiche legate alle diverse comunità culturali presenti nelle carceri.²⁶ L'infermiere inoltre, deve affrontare il difficile compito di distinguere tra veri problemi di salute e i tentativi di inganno da parte di detenuti spesso desiderosi di ottenere una temporanea liberazione o attenzione speciale, questi possono fingere sintomi o autoinfliggersi lesioni nella speranza di ottenere vantaggi o attenzione medica aggiuntiva. Pertanto il professionista si trova costretto a rifiutare richieste di dosaggi aggiuntivi di farmaci, soprattutto psichiatrici ed analgesici o altre sostanze per usi non terapeutici, così come possibili sottrazioni di materiale pericoloso se lasciato incustodito (siringhe, oggetti taglienti, stupefacenti).²⁶

Queste situazioni che esulano dal normale ambito di competenza dell'infermiere, per le quali non è stato specificamente formato, tende a soffocare l'autonomia e l'empowerment degli infermieri ed è per questo che in questi contesti sono spesso considerati semplici esecutori di ordini piuttosto che professionisti capaci di prendere decisioni autonome e di promuovere il benessere dei pazienti detenuti.

3.3 La “distribuzione” della terapia farmacologica

Quello dei farmaci è uno dei punti critici ricorrenti che comportano, spesso, ingestibili eventi critici negli istituti di reclusione. Spesso i detenuti fingono malessere, tentando di allontanarsi dal carcere anche solo per qualche giorno, ad esempio possono fingere precordialgia, sincopi, crisi epilettiche o dolore. Anche il fenomeno dell’uso improprio di farmaci è assai diffuso nelle strutture penitenziarie e chiaramente rappresenta una preoccupazione per la tutela della salute dei detenuti e per la sicurezza degli istituti. Per questo la distribuzione dei farmaci comporta criticità molto complesse, il rischio di abuso, traffico e anche accumulo generano così degli eventi critici e complessi da gestire per gli operatori sanitari.

Nel mese di dicembre del 2022, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha diramato una circolare che sollecita i Provveditorati a vigilare attentamente sull'utilizzo improprio del farmaco Lyrica. Questo farmaco, inizialmente destinato al trattamento di patologie neurologiche come l'epilessia, il dolore neuropatico e il disturbo d'ansia generalizzata (GAD), è stato oggetto di abuso da parte dei detenuti, che lo dividono in capsule e ne inalano il contenuto per ottenere effetti simili a quelli della cocaina.

L'abuso di Lyrica non è confinato ai soli destinatari della prescrizione, ma coinvolge anche altri detenuti che, tramite meccanismi di scambio spesso forzati, entrano in possesso del farmaco. Questo fenomeno è ampiamente diffuso nelle carceri, evidenziando la necessità di attenzione e procedure specifiche per la gestione dei farmaci al fine di garantire la sicurezza e l'efficacia delle terapie all’interno delle strutture carcerarie.³⁵

Un aspetto importante da evidenziare riguardo la somministrazione della terapia farmacologica è che nelle carceri italiane la prescrizione medica dei farmaci è prevista come:

- Libera: può essere data liberamente al paziente senza bisogno di nessun controllo;

³⁵ Il buco nero della gestione dei farmaci nelle carceri di Damiano aliprandi il Dubbio, 22 aprile 2023

- A vista: l'assunzione della terapia deve essere osservata direttamente da parte dell'infermiere;
- Al bisogno: il paziente richiede la terapia se necessaria (antidolorifici, antiacidi ecc..) e viene lasciata al detenuto.

La terapia poi viene indicata come luogo di somministrazione:

- In cella: può essere somministrata nelle sezioni;
- In ambulatorio: il paziente deve essere portato in ambulatorio per assumere la terapia, ad esempio per il metadone o per le iniezioni.³⁶

Ad esempio l'antibiotico, l'ipoglicemizzante orale o l'antipertensivo vengono distribuiti la sera anche per il mattino quindi non possono essere assunti a vista e l'unico infermiere addetto alla terapia per turno, non può essere presente in ogni sezione nelle diverse ore del giorno per controllare l'assunzione del farmaco, situazione valida per tutti quei farmaci il cui accumulo non è ad elevato rischio di overdose. Il discorso è ben diverso per gli psicofarmaci che, in questo caso, l'infermiere è tenuto vigilare l'effettiva assunzione del farmaco da parte del detenuto. Durante la distribuzione della terapia l'infermiere deve essere accompagnato dall'agente di sezione, il quale è tenuto a controllare l'assunzione del farmaco da parte del detenuto e fare ordine rispetto alle insistenti richieste dei detenuti nei confronti degli infermieri come farmaci non prescritti, creme, garze o cerotti. Durante le perquisizioni nelle celle dei detenuti da parte del Agenti di Polizia Penitenziaria, vengono trovati accumuli di terapie ad opera dei detenuti che utilizzerebbero i farmaci come merce di baratto e, nella peggiore delle ipotesi, per scopi autolesivi.

Le tecniche di educazione volte a favorire l'autogestione possono rappresentare un obiettivo all'interno di una strategia più ampia, avendo lo scopo di identificare e trattare i problemi correlati alla corretta somministrazione della terapia e nello stesso tempo garantire la pari dignità del detenuto come del cittadino al domicilio.

Questa responsabilizzazione e adesione al processo di empowerment da parte della persona detenuta, costituisce una parte necessaria del processo di educazione sanitaria e

³⁶ Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari di Modena, a seguito del DPCM 1° aprile 2008.

contribuendo al miglioramento dell'adesione del paziente al piano terapeutico prescrittogli in particolare per le persone detenute affette da patologie croniche e con pena detentiva di lungo periodo.³⁷

3.4 L'importanza dell'educazione e della prevenzione all'interno degli istituti

Il quadro assistenziale presente negli istituti di pena si differenzia notevolmente da quello delle strutture ospedaliere, basti considerare che gli utenti principali sono i detenuti, ma anche un'alta percentuale di emarginati sociali. Tale popolazione è prevalentemente composta da tossicodipendenti, extracomunitari, senza fissa dimora, prostitute e così via. In un contesto come questo, gli infermieri affrontano quotidianamente rischi infettivi rilevanti, legati all'esposizione diffusa di un gran numero di malattie infettive come epatiti virali, HIV, tubercolosi, sifilide e varie forme di parassitosi. La maggior parte delle patologie che frequentemente si riscontrano nei soggetti detenuti sono generalmente contratte nel territorio italiano o riemergono da una fase silente, a causa delle condizioni di vita scadenti sopportate nella marginalità sociale del nostro paese. L'incidenza di tali patologie diventa particolarmente preoccupante in ambienti come i penitenziari, pertanto diventa fondamentale il regolare monitoraggio attraverso controlli diagnostici periodici e in modo particolare già dall'ingresso dei detenuti nelle strutture.³⁸ È proprio per l'elevata percentuale di emarginati sociali che l'educazione sanitaria assume un ruolo di fondamentale importanza soprattutto all'interno delle strutture penitenziari che, per molti di questi utenti, può rappresentare l'occasione del primo incontro con un servizio sanitario, analisi cliniche ed accesso alle terapie. In alcuni casi invece, è proprio durante la detenzione che i detenuti tossicodipendenti vengono a conoscenza della propria sieropositività o della presenza di malattie come l'AIDS.

Per questo l'educazione sanitaria e la prevenzione possono presentarsi come un'opportunità significativa affinché i detenuti acquisiscano consapevolezza

³⁷ Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna

³⁸ Lavorare In Carcere: Un Ripiego o una Opportunità "La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99" TAVOLA ROTONDA I. P. Salvatore Ludovico Ariosto, IPASVI – ROMA, 2000

sull'importanza di pratiche preventive come: le vaccinazioni, l'importanza di modificare comportamenti dannosi per la salute come, ad esempio, il consumo di alcol, droghe e tabacco. A questo punto, il ruolo dell'infermiere va oltre la mera somministrazione di farmaci, poiché diventa un educatore per il paziente, fornendo informazioni basilari sull'igiene e sulla salute per affrontare la propria condizione clinica e convivere con gli altri detenuti.

La prevenzione e l'educazione sanitaria rappresentano uno dei compiti principali dell'infermiere in questo contesto, il quale è tenuto ad informare e formare sia la popolazione detenuta che il personale di custodia sui modi di trasmissione delle malattie e sui comportamenti a rischio da evitare, sull'importanza dell'igiene personale e ambientale, specialmente in un contesto carcerario dove il sovraffollamento e la convivenza in spazi ristretti con più individui soprattutto di etnie e culture differenti, favoriscono la comparsa e diffusione di patologie.³⁹

3.5 L'infermiere contro HIV e IST

Il contesto carcerario costituisce un setting particolarmente significativo in tema di prevenzione della diffusione di malattie infettive. La stessa OMS dichiara che nel mondo la prevalenza di HIV e IST, HBV e HCV, tra la popolazione detenuta è da 2 a 10 volte (e in alcuni paesi anche 50 volte) maggiore rispetto alla popolazione generale. Per questo da più parti è stata sollevata la richiesta di avviare, all'interno delle carceri, degli interventi volti a contrastare la diffusione dell'HIV e delle IST.

In un documento pubblicato nel 2013 e aggiornato nel 2020 dall' Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine (*United Nation Office on Drugs and Crime*) sono stati identificati 15 interventi chiave essenziali per un'efficace prevenzione, test, trattamento, cura e sostegno dell'HIV nelle carceri:

³⁹ Lavorare In Carcere: Un Ripiego o una Opportunità "La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99" TAVOLA ROTONDA I. P. Francesca Ferrara, IPASVI – ROMA, 2000

1. Informazione, educazione e comunicazione;
2. Programmi di distribuzione del preservativo;
3. Prevenzione della violenza sessuale;
4. Trattamento della dipendenza da droga, incluso il trattamento sostitutivo agli oppiacei;
5. Programmi di scambio di siringhe e aghi;
6. Prevenzione della trasmissione attraverso servizi medici o dentali;
7. Prevenzione della trasmissione attraverso tatuaggi, piercing e altre forme di penetrazione cutanea;
8. Profilassi post-esposizione;
9. Test e consulenza sull'HIV;
10. Trattamento, assistenza e supporto per l'HIV;
11. Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi;
12. Prevenzione della trasmissione madre-bambino dell'HIV;
13. Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili;
14. Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale;
15. Protezione del personale dai rischi occupazionali ⁴⁰.

Con questo documento le Nazioni Unite offrono delle linee guida teoriche ai Paesi Membri nell'implementare una risposta efficace all'HIV e all'AIDS nelle prigioni e in altri contesti chiusi. L'applicazione di questi interventi nel territorio italiano è ben lontana dal vedere il suo completo compimento nella pratica.

Infatti con il progetto "I.Ri.D.E 2"⁴¹, una ricerca intervento per definire, confrontare e valutare modelli di intervento efficaci di prevenzione e riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV nella popolazione carceraria, è stata svolta un'analisi su 9 istituti di pena in Italia attraverso la somministrazione di interviste e focus group a un campione

⁴⁰ HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, United Nation Office on Drugs and Crime, 2020

⁴¹ Progetto "I.Ri.D.E 2: Una ricerca intervento per definire, confrontare e valutare modelli di intervento efficaci e trasferibili di riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV nella popolazione carceraria" Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino, Torino, 2018

di operatori sanitari, operatori penitenziari e persone detenute. L'obiettivo del progetto è stato quello di misurare il livello di applicazione dei 15 interventi chiave raccomandati dal documento sopra citato.

Lo studio ha dimostrato come il tema della prevenzione dell'HIV e altre malattie infettive in carcere rappresenta una grande criticità per la tutela della salute negli istituti di pena, portando alla luce una serie di discrepanze tra la teoria e la pratica nell'applicazione dei principi. Il principio di uguaglianza delle cure è ostacolato dalla persistenza di stereotipi e pregiudizi nel contesto penitenziario, insieme alle condizioni strutturali precarie degli istituti che impediscono l'effettiva realizzazione, rendendolo più un'aspirazione che un obiettivo raggiungibile.

Durante la ricerca le criticità emerse sono state la mancanza di farmaci salvavita come il naloxone in oltre il 10% degli istituti analizzati e l'assenza di accesso alla terapia sostitutiva degli oppiacei in alcuni istituti situati in alcune regioni del paese. Inoltre, nel 30% dei casi non è possibile accedere alle cure palliative.

Si è anche osservata un'ingerenza delle questioni penitenziarie nella fornitura di cure sanitarie, con il fine pena che influenza il tipo di trattamento somministrato in un terzo degli istituti, interferendo con il diritto alla salute dei detenuti.

È stato evidenziato un mancato coordinamento tra i servizi medici all'interno e all'esterno delle carceri, soprattutto per quanto riguarda il trattamento delle dipendenze, compromettendo la continuità delle cure e influenzando negativamente il diritto alla salute dei detenuti, soprattutto durante il periodo di transizione dall'interno all'esterno del carcere.

Nonostante la sottostima dei comportamenti a rischio, come l'uso condiviso di aghi e siringhe e i casi di overdose segnalati, sono stati riscontrati evidenti segnali di necessità di interventi di riduzione del danno.

Tuttavia, le attività formative e informative in materia risultano disomogenee e carenti, con una limitata presenza di mediatori culturali contrariamente alle raccomandazioni dell'OMS.

Numerose criticità strutturali, come la mancanza di spazio vitale nelle celle, la disposizione inadeguata dei servizi igienici e la mancanza di accesso all'acqua potabile, contribuiscono ulteriormente a creare un ambiente patogeno all'interno delle carceri,

sottolineando la necessità di affrontare le sfide strutturali per garantire il pieno rispetto del diritto alla salute dei detenuti.

3.6 Standardizzare le cure

Il processo di Nursing rappresenta un fondamentale pilastro nell'erogazione dell'assistenza agli individui, alle famiglie, ai gruppi e alle comunità nel loro insieme. Questo processo, caratterizzato da una ciclica sequenza di cinque fasi, comprende la valutazione, la diagnosi, la pianificazione, l'implementazione e la valutazione. Durante la fase di valutazione, gli infermieri si avvalgono del loro giudizio clinico per interpretare i dati raccolti e offrire così un contributo cruciale ai servizi di assistenza, specialmente in ambienti penitenziari.

Un'indagine condotta nel 2011 presso il carcere di Soria, in Spagna, ha evidenziato che gli infermieri, mediante l'utilizzo dei modelli funzionali proposti da M. Gordon, hanno identificato numerose diagnosi infermieristiche comuni, quali il rischio di lesioni o avvelenamento, il rischio di infezione, squilibri nutrizionali, dinamiche familiari disfunzionali, deficit di attività, alterazioni del sonno e ansia. Questo studio ha suggerito la possibilità di standardizzare i processi di Nursing, sebbene abbia anche rilevato la presenza di diagnosi meno comuni, confermando così la necessità di un approccio personalizzato per ciascun paziente.

Tuttavia, l'implementazione di un'assistenza infermieristica personalizzata richiede spesso la collaborazione di un team multidisciplinare, un obiettivo non sempre facilmente realizzabile nelle strutture penitenziarie, dove spesso si registra un'effettiva mancanza di integrazione tra le diverse figure professionali. Questo sottolinea l'importanza di uniformare i processi infermieristici all'interno delle strutture carcerarie al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e agevolare la ricerca infermieristica. La standardizzazione dell'assistenza infermieristica potrebbe contribuire alla creazione di un corpus di conoscenze specifico per gli infermieri penitenziari, facilitando al contempo la

misurazione, l'ottimizzazione della comunicazione e la continuità dell'assistenza tra gli operatori sanitari.⁴²

3.7 La formazione specifica: sviluppare le competenze necessarie

I bisogni di salute della popolazione carceraria comportano importanti ripercussioni per l'assistenza infermieristica in quanto sono richiesti alti livelli di competenze e impegno. Ma cosa si intende per competenze per l'infermiere? Si intende una caratteristica intrinseca individuale, casualmente collegata ad una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito.

Il risultato delle competenze è una interazione tra tre componenti: capacità, conoscenze, esperienze con ascendenti determinati da attitudini, motivazioni e contesto. La federazione IPASVI nella rivista "L'-Infermiere" n. 4/2007, definisce le Competenze di base come capacità che tutti professionisti devono possedere all'ingresso del mondo del lavoro e le Competenze trasversali sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e le Competenze tecnico-professionali trasversali al settore sanitario: sono le capacità distintive della figura professionale contestualizzate identificando attività e funzioni.⁴³

Come riportato dalla letteratura, l'importanza di una specifica formazione e addestramento dell'infermiere non solo riguardo gli aspetti tecnici ma tutto quello che concerne la funzione di facilitatore, mediatore e sostenitore della salute è fondamentale per rispondere ai bisogni di salute della popolazione detenuta.

Si è visto, però, che nella maggior parte degli stati Europei la formazione universitaria fornisce solo le competenze di base che prevedono l'assistenza a individui sani o malati

⁴² Martínez-Delgado MM., Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario", Rev. esp. sanid. Penit., 2014

⁴³ W. Levati e M.V. Sarao, Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane, Franco Angeli Editore, 2014.

e la valutazione della risposta del loro stato di salute attuando quelle attività che favoriscano la guarigione o una morte dignitosa e, se possibile, il recupero della propria autonomia e indipendenza.

La realtà attuale della Laurea in Infermieristica è che copre solo la formazione degli infermieri generali. Pertanto mancano la formazione e le competenze necessarie per poter lavorare in ambiti specifici come quello del carcere, nonché le competenze sociali che consentono la socializzazione degli infermieri in tale ambito: la familiarità con il contesto, la popolazione servita, sapendo come interagire con i detenuti e con i diversi gruppi che lavorano all'interno di una struttura penitenziaria (squadre di sorveglianza e trattamento) e avendo familiarità con regolamenti e regole.

È preoccupante il fatto che non esista un paese che includa contenuti specifici per gli infermieri penitenziari nella formazione degli infermieri generali. Dalla letteratura è emerso che solo negli USA e in Spagna esiste solo una formazione specificamente regolamentata per gli infermieri penitenziari. L'NCCHC americano ha rilasciato dal 1991 la certificazione di infermieri professionali per la salute correzionale (Certified Correctional Health Professional Registered Nurse CCHP-RN) con lo scopo di ampliare ed esaminare le aree e le conoscenze necessarie affinché gli infermieri siano in grado di affrontare le sfide dell'assistenza sanitaria correzionale. In Spagna, la Facoltà di Scienze della Salute di Blanquerna - Università Ramon Llull offre invece una qualifica di "Esperto universitario in infermieristica penitenziaria" dal 2013.

Questo mira a preparare gli infermieri a fornire assistenza completa ai detenuti e ad acquisire le competenze per individuare, pianificare, intervenire e valutare i bisogni di salute dei detenuti nei seguenti ambiti: salute mentale, malattie trasmissibili, abuso di sostanze stupefacenti, situazione borderline, multiculturalismo, contesto penitenziario, normativa e legge. In altri paesi come il Regno Unito, la Francia o il Canada, gli infermieri

che vogliono svolgere i loro compiti nelle carceri devono essere specificatamente formati in Salute Mentale.⁴⁴

Un percorso di formazione mirato post-base sarebbe auspicabile unitamente all'inserimento, all'interno degli attuali corsi di laurea, di eventi informativi e formativi sull'assistenza infermieristica negli istituti penitenziari o una preparazione adeguata permetterebbe di prevenire lo sviluppo del disagio morale e, probabilmente, di ridurre anche la carenza di infermieri in quest'area. Risulta, pertanto, fondamentale possedere le competenze specifiche attraverso una formazione mirata per fornire assistenza ai detenuti, pazienti difficili e abili manipolatori.⁴⁵

⁴⁴ Salvati M., L'attività infermieristica negli istituti penitenziari, Edizioni Accademiche Italiane, 2018

⁴⁵ Calamassi D., Giancotti T., Baldini C., Tamburini L., Borri B., I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo, Rivista L'Infermiere N° 2, 2021

CONCLUSIONI

Questa ricerca è stata condotta con l'intenzione di valutare il ruolo degli infermieri che operano all'interno degli istituti di detenzione. Dalla documentazione consultata emerge chiaramente l'importanza del ruolo dell'infermiere nel contesto della salute all'interno delle strutture carcerarie, poiché rappresenta una figura di stretto contatto con la popolazione detenuta. Tuttavia, essere un infermiere in un carcere oggi costituisce una sfida significativa, sia dal punto di vista professionale che etico, poiché le abilità relazionali ed empatiche sono costantemente messe alla prova dalle situazioni quotidiane.

Gli studi analizzati sottolineano l'importante necessità, nell'ambiente penitenziario, di implementare azioni finalizzate all'educazione, alla promozione di stili di vita sani, al monitoraggio e al trattamento delle condizioni cliniche dei detenuti, nonché alla corretta gestione dei servizi sanitari per garantire il diritto alla salute per tutti. Tuttavia, la domanda su cosa l'infermiere possa effettivamente fare e quali strategie possano migliorare la qualità della vita dei detenuti non ha ancora trovato una risposta definitiva. Da alcuni studi è emerso che l'infermiere ha un ruolo importante nella prevenzione delle malattie infettive come HIV, epatite C, tubercolosi e abuso di sostanze. Nella gestione di queste condizioni, l'infermiere ha il compito di implementare e monitorizzare i vari programmi sanitari di prevenzione e gestire i farmaci e stupefacenti. Altri articoli invece, indicano che stabilire una relazione terapeutica efficace rappresenta il modo migliore per affrontare i molteplici problemi di salute riscontrati. Questo coinvolge pratiche come l'ascolto attivo, la comprensione delle esigenze del paziente, un approccio privo di giudizi e il sostegno dei legami affettivo-familiari al di fuori della prigione. Eppure, per attuare tali interventi, sono necessari maggiori spazi di privacy, ambienti più accoglienti e maggiori risorse e tempo a disposizione. È evidente che, nonostante gli sforzi, le lacune nel sistema sanitario penitenziario italiano sono ancora molte e richiedono interventi mirati. Ridefinire l'importanza della prevenzione e fornire informazioni e formazione sulla salute fisica e mentale ai detenuti sono passaggi cruciali. In conclusione, la scarsa ricerca sul tema della salute nelle carceri evidenzia la necessità di ulteriori studi, modelli standardizzati e maggiore impegno politico per garantire un'equa erogazione dei servizi sanitari e dei diritti ai detenuti. È essenziale anche una formazione specifica per gli

infermieri che operano in queste circostanze, per consentire loro di affrontare le sfide in modo efficace. Il cambiamento è lento e complesso, ma è essenziale per trasformare il carcere da un luogo di punizione a un ambiente di riabilitazione perché dare un'opportunità di salute a queste persone significa dare una possibilità alla società nel suo complesso. Nel sistema penitenziario si contraddistingue la forte necessità della figura dell'infermiere all'interno di tale ambiente tanto da rappresentare uno dei pilastri portati dell'assistenza sanitaria, in grado di fornire e assicurare la somministrazione equa dei trattamenti sanitari. Egli infatti, come cita il Codice Deontologico "...riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione".

BIBLIOGRAFIA

1. Lettera di Mariastella Anzoni, ASV pubblicata su “Tempo di Nursing 58-59/2011”, Collegio IP.AS.VI di Brescia, 2011
2. Salute e carcere: contraddizione o possibilità?, Angelica Giambelluca, Persone Magazine, Ottobre 11, 2022.
3. Goffman E. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc.; 1961. Cit. In: Goffman E. Asylums: Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Traduzione di Franca Basaglia, Torino: Einaudi; 2003
4. United Nations. Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. New York, United Nations; 1990 Disponibile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners#:~:text=Download%3A-,PDF,-All%20prisoners%20shall> Ultima consultazione: 6 Feb 2024
5. WHO Regional Office for Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization; 2007
6. Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted 11 January 2006. Strasbourg: Council of Europe; 2006.
7. WHO Regional Office for Europe. Declaration on Prison Health as a Part of Public Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
8. Tomasevski K. Prison health: international standards and national practices in Europe. Helsinki: The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI); 19; 1992.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Physical health of people in prison. London: NICE; 2016. NICE guideline [NG57]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng57> ultima consultazione 6 Feb 2024.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Mental health of adults in contact with the criminal justice system. London: NICE; 2017. NICE guideline [NG66]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66>; ultima consultazione 6 Feb 2024
11. Italia. Costituzione della Repubblica Italiana. Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27 dicembre 1947.

12. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978, Suppl. Ordinario
13. Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999, Suppl. Ordinario n. 132
14. Ministero della Giustizia. Diritti dei detenuti. Disponibile all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page; ultima consultazione: 6 Feb 2024.
15. Comitato Nazionale per la Bioetica, Op. Cit., p. 10-12
16. Carmelo Cantone, "La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorsi possibili", Istituto Superiore di Studi Penitenziari, 2012
17. Sandro Libianchi, "La tossicodipendenza all'interno delle strutture detentive", Convegno "Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", Roma, 2015.
18. Il carcere visto da dentro XVIII, Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, Associazione ANTIGONE Onlus, 2022
19. Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica
20. Problematiche psichiche e compatibilità carceraria, <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/bartolini/capitolo6.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024
21. Franco Scarpa, "Il disturbo mentale in carcere diagnosi e trattamenti", Convegno "Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", Roma, 2015.
22. Alice Franchina, Lo spazio del carcere e per il carcere", <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/02-architettura> ultima consultazione il 18 marzo 2024
23. Massei A, Marucci R, Tiraterra M.F, La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un'indagine descrittiva, 2007
24. Ziliani P., Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?, Tempo di Nursing, Collegio IP.AS.VI di Brescia, 63/2013
25. Rossi P., Mele A., Punziano A, Gli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie Inail, a cura di Sovrintendenza sanitaria centrale, Inail, 2022

26. A cura di: Dott.ssa Grazia Corbello, Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, Relazione attività anno 2022
27. Vademecum “Stop alle aggressioni al personale sanitario”, redatto da FP CGIL sulla base della legge 14 agosto 2020, n. 113, recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”
28. Mario Esposito, “Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute”, Franco Angeli Editore, 2007
29. <https://nursingup.it/comunicati/550-de-palma-nostro-report-sulle-violenze-perpetrate-ai-danni-degli-infermieri-nelle-carceri-italiane-si-contano-ben-otto-aggressioni-dallo-scorso-luglio-a-oggi-3-casi-drammatici-sono-di-donne-di-nostre-professioniste-che-hanno-rischiato-di-subire-una-violenz.html> Ultima consultazione il 27 Febbraio 2024
30. Carl Rogers, La terapia centrata sul cliente, Giunti Editore, 2013
31. Bridges G, Nicholson C, Maben J, et al., Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. J adv Nurs, 2013
32. “Il Codice deontologico dell'infermiere”, IPASVI, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024
33. Calamassi D., Giancotti T., Baldini C., Tamburini L., Borri B., I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo, Rivista L'Infermiere N° 2, 2021
34. “Il Codice deontologico dell'infermiere”, IPASVI, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> ultima consultazione il 18 marzo 2024
35. Il buco nero della gestione dei farmaci nelle carceri di Damiano aliprandi il Dubbio, 22 aprile 2023
36. Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari di Modena, a seguito del DPCM 1° aprile 2008.
37. Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna
38. Lavorare In Carcere: Un Ripiego o una Opportunità “La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99” TAVOLA ROTONDA I. P. Salvatore Ludovico Ariosto, IPASVI – ROMA, 2000

39. Lavorare In Carcere: Un Ripiego o una Opportunità “La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99” TAVOLA ROTONDA I. P. Francesca Ferrara, IPASVI – ROMA, 2000
40. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, United Nation Office on Drugs and Crime, 2020
41. Progetto "I.Ri.D.E 2: Una ricerca intervento per definire, confrontare e valutare modelli di intervento efficaci e trasferibili di riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV nella popolazione carceraria" Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino, Torino, 2018
42. Martínez-Delgado MM., Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario”, Rev. esp. sanid. Penit., 2014
43. W. Levati e M.V. Sarao, Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane, Franco Angeli Editore, 2014.
44. Salvati M., L'attività infermieristica negli istituti penitenziari, Edizioni Accademiche Italiane, 2018
45. Calamassi D., Giancotti T., Baldini C., Tamburini L., Borri B., I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo, Rivista L'Infermiere N° 2, 2021