



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Uno sguardo oltre le sbarre:  
l'infermiere case manager in ambito  
penitenziario**

Relatore:  
**Dott.ssa Silvia Giacomelli**

Tesi di Laurea di:  
**Michela Gallo**

Correlatore:  
**Dott.ssa Mara Marchetti**

A.A. 2019/2020

A Matteo,

abbi cura di splendere,  
sempre.

# **Indice**

## **ABSTRACT**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

<b>CAPITOLO 1: LA LEGISLAZIONE .....</b>	<b>3</b>
--	----------

1.1 Il sistema penitenziario italiano: un percorso normativo .....	3
--	---

1.2 La salute in carcere.....	10
-------------------------------	----

1.3 Il Garante dei diritti delle persone detenute .....	14
---	----

<b>CAPITOLO 2: L'INFERMIERE CASE MANAGER IN AMBITO PENITENZIARIO ..</b>	<b>16</b>
---	-----------

2.1 Case management: storia e principi .....	16
--	----

2.2 L'Infermiere case manager: ruolo e competenze .....	19
---	----

2.3 Strumenti assistenziali: PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) .....	30
---	----

<b>CAPITOLO 3: LE CRITICITÀ ASSISTENZIALI IN AMBITO PENITENZIARIO .....</b>	<b>36</b>
---	-----------

3.1 Il bisogno formativo dell'infermiere penitenziario .....	36
--	----

3.2 Il Nursing Transculturale .....	39
-------------------------------------	----

3.3 Il burn out.....	42
----------------------	----

<b>CAPITOLO 4: LO STUDIO .....</b>	<b>46</b>
------------------------------------	-----------

4.1 Obiettivi .....	46
---------------------	----

4.2 Materiali e metodi .....	46
------------------------------	----

4.3 Analisi dei risultati .....	46
---------------------------------	----

4.4 Discussione e limiti dello studio .....	54
---	----

<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI.....</b>	<b>56</b>
-------------------------------------	-----------

## **ALLEGATI**

## **ACRONIMI**

## **BIBLIOGRAFIA**

## **SITOGRAFIA**

## **RINGRAZIAMENTI**

## **ABSTRACT**

### **Background**

La riforma della sanità penitenziaria del 2008 ha permesso di garantire la tutela della salute quale diritto fondamentale della persona, riconoscendone la prevalenza su ogni altro interesse pubblico, anche nell'ambito penitenziario.

Con questo decreto la salute delle persone detenute è divenuta formalmente una competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

In un istituto penitenziario l'infermiere è colui che entra più frequentemente nelle sezioni ed incontra i detenuti per la somministrazione della terapia.

All'interno di questo contesto vi è una difficoltà nel trattare un particolare tipo di paziente, molto diverso da quello che normalmente si vede e si tratta presso gli ospedali. Possiamo parlare di una popolazione problematica (tossicodipendenti, criminali, persone affette da patologie psichiatriche) che vive la sua condizione di malato da detenuto con tutte le difficoltà legate alla mancanza di libertà.

L'infermiere penitenziario è in prima linea nel tutelare l'equità di diritti dei detenuti astenendosi da ogni forma di discriminazione, garantendo un rapporto di fiducia tale da superare gli atteggiamenti manipolatori e aggressivi che caratterizzano coloro che vengono privati della propria libertà.

Un punto fondamentale del piano di assistenza è la presa in carico del paziente e il lavoro in équipe: svolto tra il personale di Polizia Penitenziaria e il personale sanitario (medici ed infermieri) nel trattare le esigenze della popolazione detenuta.

### **Obiettivi**

Attraverso questo studio si vogliono analizzare tutte le criticità assistenziali presenti in ambito penitenziario e trovare delle soluzioni che portino allo sviluppo di un modello organizzativo adeguato che permette ai professionisti infermieri di agire utilizzando al meglio le proprie risorse.

### **Metodi**

Per condurre l'obiettivo dello studio è stato compilato un questionario anonimo.

Il questionario è stato costruito attraverso la creazione di un link con il programma

Google Moduli ([docs.google.com](https://docs.google.com)) così da poter essere somministrato online. Quest'ultimo è stato compilato da infermieri che hanno lavorato o lavorano in ambito penitenziario escludendo coloro che hanno lavorato solamente in ambito ospedaliero.

## **Risultati**

Attraverso questo studio è risultato che le maggiori problematiche assistenziali che troviamo all'interno di un istituto carcerario sono: una percezione soggettiva negativa della propria condizione lavorativa, l'assenza di corsi di formazione, l'esposizione ai rischi e problemi della sicurezza.

Queste criticità unite al contesto lavorativo "particolare" portano gli infermieri ad un accumulo di stress che troppo spesso può portare alla sindrome di burn out.

## **Conclusioni**

Di fronte alle criticità assistenziali emerse in questo studio è importante mettere in atto soluzioni che possano portare ad un miglioramento della condizione lavorativa degli infermieri.

Per far fronte alla forte necessità di bisogno formativo degli infermieri penitenziari è importante pianificare corsi di formazione specifici prima di iniziare il proprio lavoro in un ambiente penitenziario.

In relazione agli aspetti assistenziali, si prospettano alcune azioni ritenute funzionali al loro superamento. Come può essere l'inserimento della figura dell'infermiere case manager che permette di programmare un piano d'assistenza individualizzato, garantendo un'appropriatezza del percorso di cura andando a ridurre interventi inadeguati e pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie.

## **INTRODUZIONE**

Negli anni abbiamo assistito ad un ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera a fronte di un'espansione dell'assistenza primaria e di quella territoriale, con una forte integrazione tra strutture residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare.

Siamo sempre stati abituati a collocare l'infermiere esclusivamente all'interno di un ospedale ma da diversi anni quest'ultimo ha la possibilità di esercitare la propria professione in molti altri ambiti e contesti differenti, non solo quello ospedaliero.

Tutto questo è possibile se sono presenti reti integrate di servizi che si fanno carico dell'intervento sociosanitario ed assistenziale.

Queste reti si rivolgono non solo alla popolazione per guarire la malattia, ma quanto per recuperare le funzioni residue e migliorare la qualità della vita.

Un ambito infermieristico di cui si parla poco, è la realtà nelle carceri.

Nei contesti di reclusione la figura infermieristica è sempre stata presente, come ad esempio in ambito manicomiale.

Con il passare del tempo si è assistito ad un'evoluzione delle strutture e dello stesso ruolo dell'infermiere, fino ad arrivare ad un cambiamento fondamentale nel 1978.

In questa data riconosciamo due avvenimenti molto importanti: la Legge Basaglia 180/1978 (Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori") la quale portò ad un superamento degli ospedali psichiatrici e la Legge 833/1978 (Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale") che corrisponde alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Queste due riforme importanti si ponevano come obiettivo la centralità della salute del cittadino cambiando un paradigma: all'aspetto curativo e terapeutico, considerato come unico obiettivo fondamentale, assunsero rilevanza la prevenzione e la riabilitazione.

Fin da queste riforme la figura dell'infermiere si è sviluppata negli anni passando da esecutore ad un professionista intellettuale; con il DM 739/94 (D.M. 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere") l'infermiere viene identificato quale operatore sanitario, vedendo finalmente scomparire il carattere di ausiliarità accostato fino al 1994 alla professione infermieristica.

Con il Profilo Professionale viene dato particolare risalto all'aspetto relazionale della

professione infermieristica rispetto al passato; quest'ultimo si esplica attraverso il rapporto infermiere/paziente, e risulta essere il "valore aggiunto" che il DM 739/94 evidenzia, anche attraverso la funzione educativa, intesa non solo come educazione alla salute, ma anche come formazione in ambito lavorativo.

In un contesto come quello delle carceri il modello di riferimento infermieristico è il "Case Management". Si utilizza come strumento nella realizzazione di percorsi di cura, con l'obiettivo di favorire l'efficacia ed il controllo dei costi, attraverso l'individualizzazione delle risposte ai bisogni di salute.

L'infermiere case manager guida il paziente all'empowerment, cioè nel processo di crescita basato sulla stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione per portarlo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

L'infermiere considera l'individualità e l'unicità della persona assistita garantendo un'appropriatezza del percorso di cura e andando a ridurre interventi inadeguati e sprechi in termini temporali ed economici.

L'infermiere case manager gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, e permette di garantire il diritto alla salute che spetta a ciascun individuo.

La salute è un diritto fondamentale dell'individuo, pertanto, anche nella condizione di limitazione delle libertà, a seguito di una condanna penale, non può venire a mancare.

In una condizione carceraria è essenziale trovare il giusto equilibrio tra salute e sicurezza, ponendosi sempre come obiettivo il rispetto della dignità umana.

In questa dimensione l'infermiere, insieme a tutta l'équipe, deve provvedere alla tutela della salute tramite interventi di promozione, prevenzione, assistenza delle cure ed attività di riabilitazione. All'interno di ogni istituto penitenziario si respira un clima di sofferenza, di aggressioni vissute direttamente o indirettamente, di violenza, di minacce gravemente lesive della persona, nonché causa principale di stress psicologico e fisico. A questo si aggiunge il carico di lavoro molto spesso intollerabile ed un ambiente strutturato in modo non sempre troppo favorevole.

Gli operatori, in questo specifico contesto, potrebbero diventare maggiormente suscettibili a disturbi da stress lavorativo, fino ad arrivare a quello che in psicologia viene identificato con il termine sindrome di "burn out".

## **CAPITOLO 1: LA LEGISLAZIONE**

### **1.1 Il sistema penitenziario italiano: un percorso normativo**

In seguito all'Unità d'Italia si sentì la necessità di uniformare tutta la legislazione vigente in ogni settore del diritto.

Prendendo in esame il diritto penitenziario, successivamente all'estensione del Codice Penale Sardo in tutte le province italiane, il governo emanò cinque nuovi regolamenti riguardanti tipologie di stabilimenti carcerari:

- bagni penali (Regio Decreto 19 Settembre 1860),
- carceri giudiziarie (Regio Decreto 27 Gennaio 1861, n. 4681),
- case di pena (Regio Decreto 13 Gennaio 1862, n. 413),
- case di relegazione (Regio Decreto 28 Agosto 1862, n. 813),
- case di custodia (Regio Decreto 27 Novembre 1862, n. 1018).

I bagni penali dipendevano dal Ministero della Marina, mentre gli altri quattro stabilimenti erano sotto la custodia del Ministero dell'Interno.

In seguito al Regio Decreto del 29 Novembre 1866 n. 3411 anche i bagni penali passarono sotto la dipendenza del Ministero dell'Interno.

Ogni regolamento disciplinava il funzionamento dell'istituto, i criteri per il reclutamento del personale di custodia e il sistema adottato, che in questa fase fu quello dell'isolamento notturno e del lavoro obbligatorio in comune con l'obbligo del silenzio. Nel 1861 con il Regio Decreto 9 Ottobre 1861, n. 255 fu istituita la Direzione generale delle carceri dipendente dal Ministero dell'Interno, in sostituzione dell'Ispettorato generale delle carceri, vecchia divisione del ministero.

Nel 1889 venne emanato il Codice Penale Zanardelli, entrato in vigore nell'anno seguente. Allo stesso anno risale anche la prima legge relativa all'edilizia penitenziaria e agli stanziamenti di bilancio per farvi fronte.

Questa riforma gettò le basi per l'emanazione del Regolamento Generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori giudiziari con il Regio Decreto 1 Febbraio 1891 n. 260. Nonostante venne abolita la pena di morte, sostituita con l'ergastolo, la sua riforma rimase praticamente sulla carta.

In Italia continuano a mancare gli spazi fisici per applicare le novità introdotte dal



codice Zanardelli e dal Regolamento carcerario.

Una delle poche parti ad aver ricevuto scrupolosa attuazione fu quella sugli spazi dedicati al sistema delle punizioni e delle ricompense.

Il Regio Decreto 14 novembre 1903 n. 484 portò a delle modifiche importanti del Regolamento: si abolì l'uso delle catene per i condannati ai lavori forzati e si sopprime la punizione della camicia di forza, dei ferri e della cella oscurata.

Le strutture legislative e la prassi nella gestione delle istituzioni penitenziarie non subirono sensibili mutamenti nel periodo che intercorre tra le prime riforme giolittiane e la conclusione della guerra mondiale.

Si susseguirono modeste innovazioni legislative, progetti di riforma non andati a compimento, scandali e proteste per le deprecabili condizioni degli stabilimenti di pena, interrogazioni parlamentari e risposte governative che non produssero importanti cambiamenti.

Nel 1907 con il Regio Decreto 14 Luglio n. 606 venne attuato un completo riordinamento dei riformatori governativi per minorenni e istituito per i minori un corpo di educatori in luogo delle guardie carcerarie.

Con il dopoguerra l'amministrazione carceraria passò dalla direzione sotto il Ministero degli Interni al Ministero di Giustizia con il Regio Decreto 31 Dicembre 1922 n. 1718.

Ma l'avvento del fascismo ribaltò tutte quelle piccole conquiste ottenute nel corso di due secoli in quanto si ebbe una netta involuzione sul piano del trattamento carcerario.

Con il Regio Decreto 5 Aprile 1928, n. 828, la Direzione generale delle carceri e dei riformatori assunse la nuova denominazione di Direzione generale per gli istituti di prevenzione e di pena.

Qualche anno dopo venne approvato dal Guardasigilli Alfredo Rocco il nuovo "Regolamento per gli Istituti di prevenzione e di pena" (Regio Decreto 18 Giugno 1931 n. 787) che rimarrà in vigore fino al 1975.

Il Regolamento Rocco prevedeva diversi punti fondamentali: rigida separazione tra il mondo carcerario e la realtà esterna, limitazione delle attività consentite in carcere alle tre leggi fondamentali del trattamento (lavoro, istruzione civile e pratiche religiose), isolamento dei detenuti, esclusione dal carcere di qualsiasi persona estranea cioè non inserita nella gerarchia e non sottoposta alla disciplina penitenziaria, obbligo di chiamare i detenuti con il numero di matricola (al posto del cognome) volto alla

soppressione della personalità del detenuto, carcere come istituzione chiusa.

Come tutti i regolamenti carcerari era basato sulla dualità punizione-premi ed elencava dettagliatamente tutto ciò che era vietato prevedendone la relativa punizione.

Ad esempio, erano vietati e puniti: i reclami collettivi, il contegno irrispettoso, l'uso di parole blasfeme, i giochi, il possesso delle carte da gioco, i canti, il riposo in branda durante il giorno non giustificato da malattie o altro, il rifiuto di presenziare alle funzioni religiose, il possesso di un ago, di un mozzicone di matita, la lettura o il possesso di testi o periodici di contenuto politico oppure con immagini di nudi o seminudi.

Era consentito scrivere non più di due lettere alla settimana ai familiari stretti ma non alla stessa persona. Era obbligatorio: indossare divise del carcere, farsi trovare in piedi vicino alla branda ben ordinata tutte le volte che le guardie entravano in cella per la conta o altro.

Non era permesso leggere giornali politici e i quotidiani e settimanali consentiti venivano abbondantemente censurati tagliando gli articoli ritenuti non idonei.

Durante i colloqui con i parenti, che avvenivano tra reti metalliche distanziate, era previsto l'ascolto da parte delle guardie.

Le punizioni andavano dalla semplice ammonizione del direttore alla cella d'isolamento, ed erano previste sanzioni come il divieto di fumare, di scrivere, di lavarsi, di radersi per alcuni giorni, l'interruzione dei colloqui, la sottrazione del pagliericcio, fino al letto di contenzione, la camicia di forza e la cella "imbottita".

Al regolamento del 1931 fece seguito la legge 9 Maggio 1932, n. 527 "Disposizioni sulla riforma penitenziaria" composta di solo cinque articoli concernenti il lavoro dei detenuti, la ristrutturazione dell'edilizia carceraria, la contabilità carceraria e le istituzioni di assistenza ai carcerati.

Questa seconda riforma penitenziaria non prevedeva uno specifico programma di finanziamento per l'edilizia. Essa, pertanto, iniziò a dipendere dai programmi e dai fondi del ministero dei lavori pubblici i quali si rivelarono del tutto insufficienti ad affrontare i complessi problemi dei manufatti penitenziari.

Questo condusse ad un graduale decadimento del modello architettonico e alla realizzazione di edifici carcerari meno imponenti dei precedenti.

La conduzione del carcere, negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, fu la

stessa di quella in vigore in epoca fascista, governata dal regolamento penitenziario del 1931.

Questo periodo, infatti, è caratterizzato da alcune tra le più drammatiche rivolte della storia carceraria italiana: le carceri giudiziarie di Regina Coeli a Roma, le carceri Nuove a Torino e San Vittore a Milano furono al centro di sanguinose sommosse.

La popolazione carceraria intanto era aumentata a dismisura sino a raggiungere valori doppi rispetto a quelli normali.

La più grave rivolta del dopoguerra fu quella di San Vittore in coincidenza con la Pasqua del 1946. Nel 1948 venne istituita la prima Commissione Parlamentare d'Inchiesta sullo stato delle carceri della storia italiana che documenta, dopo gli anni di immobilismo del dopoguerra, un rinnovato interesse per i problemi penitenziari.

Questa riforma propose l'abolizione dell'isolamento diurno, l'introduzione della musica tra i mezzi rieducativi, il potenziamento del lavoro agricolo, l'abolizione del taglio dei capelli, la facoltà di chiedere ed acquistare libri, l'abolizione del sistema di chiamare i detenuti con il numero di matricola.

Queste ed altre innovazioni umanizzanti, benché volte ad un miglioramento delle condizioni dei detenuti, lasciavano tuttavia intatte le strutture portanti del sistema carcerario e continuavano ad isolare il carcere dalla società civile.

In aggiunta il Ministero introdusse sperimentalmente, mediante circolari, anche modifiche al Regolamento Rocco.

Queste modifiche costituirono la prima svolta innovativa del dopoguerra, ma già tre anni dopo si registrò un pesante richiamo all'ordine e una nuova svolta di carattere conservatore con una circolare del guardasigilli De Pietro nel 1954.

Dopo gli esiti infruttuosi del progetto preparato dalla commissione ministeriale del 1948, nel 1960 venne presentato dal guardasigilli Gonella un primo disegno di legge sull'ordinamento penitenziario che cercava di adeguare il sistema penitenziario italiano ai principi stabiliti dalle Regole minime dell'ONU (1955) e introduceva il criterio dell'individualizzazione del trattamento rieducativo basato sulla osservazione della personalità.

Vennero progettate figure nuove quali gli educatori e i Centri del servizio sociale, e si introdusse il regime di "semilibertà".

Questo disegno di legge costituirà la base di tutte le successive elaborazioni.

Decaduto nel 1963 per fine legislatura, più volte ripreso, rielaborato e aggiornato, venne ripresentato da Gonella all'inizio della sesta legislatura, il 31 ottobre 1972, e posto all'esame della commissione giustizia della Camera.

Furono istituite diverse commissioni ministeriali impegnate nell'approntare lo schema di un nuovo regolamento penitenziario ma i loro lavori rimasero spesso senza esito perché il termine della legislatura o la caduta del governo non consentì di portare il progetto di riforma all'esame o approvazione del Parlamento.

Numerosi progetti di legge vennero presentati, ma tutti decadde ad ogni fine legislatura. Questa situazione portò nel 1975 alla Legge n. 354 del 26 Luglio "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure preventive e limitative della libertà".

Questa riforma introdusse una serie di principi fondamentali di estrema importanza nel sistema penitenziario italiano.

Uno dei pilastri portanti della normativa è stata l'introduzione del trattamento penitenziario ispirato ai principi di umanità e dignità della persona, proprio in attuazione della funzione rieducativa enunciata all'articolo 27 comma 3 della Costituzione.

Questo trattamento deve essere individualizzato, cioè rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto.

I parametri di comportamento del personale che lavora negli istituti di pena, si devono ispirare ai principi di dignità e umanità della persona e rispondere alla finalità del reinserimento sociale dei soggetti sottoposti a trattamento rieducativo.

Successivamente la Legge Gozzini (Legge 10 Ottobre 1986 n. 663) portò ad un cambiamento dell'Ordinamento Penitenziario dando maggiore attuazione ai principi che avevano ispirato la riforma del 1975.

La legge Gozzini ha introdotto la detenzione domiciliare: con tale beneficio si è voluto ampliare l'opportunità delle misure alternative consentendo la prosecuzione, per quanto possibile, delle attività di cura, di assistenza familiare, di istruzione professionale, già in corso nella fase della custodia cautelare nella propria abitazione (arresti domiciliari) anche successivamente al passaggio in giudicato della sentenza, evitando così la carcerazione e le relative conseguenze negative.

Sono stati introdotti, poi, i permessi premio, concessi a quei detenuti che non risultano di particolare pericolosità sociale.

Inoltre la liberazione anticipata applicabile a ciascun condannato, la quale consiste nello sconto di quarantacinque giorni per ogni semestre scontato con regolare condotta.

Infine la Legge prevedeva corsi d'istruzione, di formazione professionale ed attività culturali e ricreative; assicurava il lavoro e la carcerazione vicini al luogo di residenza della famiglia.

Nel 1999 ci fu il Decreto Legislativo del 22 Giugno n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria" formato da 9 articoli.

L'articolo 1 sancisce "il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed 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 ed in quelli locali."

Questo decreto tratta anche le competenze in materia sanitaria e di sicurezza, la tutela della salute, il personale e le strutture; e il trasferimento di risorse.

L'anno successivo ci fu il Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà" che stabilisce principi, diritti e competenze in materia di sanità penitenziaria.

I detenuti e gli internati hanno diritto, in base a tale legge, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Alle detenute madri è poi rivolta la Legge 8 Marzo 2001, n. 40, "Legge Finocchiaro" che introduce la detenzione domiciliare speciale e l'assistenza all'esterno dei figli minori, nel tentativo di superare definitivamente la logica custodialistica del carcere.

Il cambiamento sostanziale dell'organizzazione sanitaria penitenziaria si raggiunse con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Con questo decreto "vengono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da

disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti" [...] "Le regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite con il presente decreto attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento."

Con questo decreto l'operatore sanitario dipende da una un'istituzione differente da quella penitenziaria, che è la medesima di tutti i cittadini italiani.

Questa riforma in aggiunta al Codice Deontologico del 2009 porta l'infermiere, che per formazione e attitudine valuta in maniera olistica la persona, a prendersi cura di quest'ultima nel rispetto dei diritti umani (vita, salute, dignità e libertà).

L'infermiere si è conseguentemente dotato di modalità e strumenti di pianificazione, già da tempo consolidati in altri setting sanitari, concretizzando un format del Piano Assistenziale Individuale, integrato con le altre figure professionali, che risponde alle esigenze del contesto particolare.

Possiamo affermare che il D.P.C.M 1 Aprile 2008 è la riforma più recente che ha portato ad un importante cambiamento nella sanità penitenziaria.

Dal 2008 ad oggi troviamo solo decreti (D.L. 16 Dicembre 2011, D.L. 1 Luglio 2013, D.L. 21 Febbraio 2014 n.10) riguardanti il pericoloso problema di sovraffollamento delle carceri.

## 1.2 La salute in carcere

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la salute è “uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia”.

Da questa definizione si delinea come compito dello Stato, la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non benessere, che possono impedire alla persona una vita dignitosa.

Il diritto alla salute e all'integrità fisica e psichica sono diritti fondamentali che devono essere assicurati ad ogni persona indipendentemente dalla condizione di libertà o detenzione.

Per raggiungere tale obiettivo, lo Stato deve riconoscere ai detenuti il rispetto dei diritti fondamentali riconosciuti ad ogni essere umano.

Tale tema viene sottolineato dall'art. 1 della Legge del 26 luglio 1975 n° 354, il quale dispone che: “Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. [...] I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva. Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti”.

La salute nelle carceri è un argomento che genera un grande paradosso: garantire il diritto alla salute a chi è privato della libertà.

Nonostante secondo la legge il trattamento sanitario penitenziario deve essere uguale a quello che appartiene ai cittadini liberi, ci sono molteplici problematiche che rallentano l'applicazione di tale diritto.

Si parte proprio dall'ambiente, che è ovviamente un luogo deprimente e di alienazione fatto di spazi chiusi e carenti di luce, che generano una inevitabile difficoltà all'adattamento e un senso di insicurezza.

Dunque, il contesto, spesso deprimente, e la scarsità di attività volte al miglioramento si

riversa anche sulla salute psichica.

Grazie ad uno studio (Agenzia regionale di sanità della Toscana, 2015, “Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”) svolto nel 2014 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana si è tentato di vedere quanto l'ambiente detentivo incidesse sullo stato di salute della popolazione detenuta.

Questo studio comprende un'indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno.

L'indagine è stata finanziata dal Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

Da questo studio è risultato che la popolazione detenuta, circa 16.000 soggetti è giovane (età media: 39,6 anni), con basso livello di istruzione, composta per la metà da stranieri (i nordafricani sono il gruppo etnico più rappresentato seguito dagli est europei) e per la quasi totalità (96,5%) maschile.

Nonostante l'età media sia così bassa, oltre il 70% dei detenuti è comunque affetto da almeno una patologia: soprattutto disturbi psichici, malattie infettive e disturbi dell'apparato digerente.

Sempre il 70% fuma sigarette (contro il 23% della media della popolazione generale).

La prima patologia, che coinvolge il 24% dei detenuti dell'indagine, è la dipendenza da sostanze e la cocaina è la sostanza più utilizzata.

Oltre il 40% dei detenuti arruolati è affetto da almeno una patologia psichiatrica: i detenuti che presentano un disturbo d'ansia sono il 7,7% rispetto al 2,4% della popolazione libera di età 18-65, il 17% è colpito da un disturbo nevrotico o reazioni di adattamento e il 4,3% soffre di depressione.

Ai disturbi di salute mentale seguono per frequenza le malattie dell'apparato gastrointestinale, che si collocano al secondo posto per numero di diagnosi riscontrate, affliggendo il 14,5% degli arruolati.

Si sottolinea come circa il 40% dei disturbi di questo grande gruppo di malattie sia costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale, storicamente estremamente diffuse all'interno delle strutture penitenziarie e il 37,5% sia rappresentato da esofagiti, gastriti e ulcere gastroduodenali, spesso legate allo stress anche all'utilizzo eccessivo di alcuni farmaci, come i FANS.



Fra le malattie infettive e parassitarie, che colpiscono l'11,5% di tutti i detenuti sottoposti a visita, l'epatite C costituisce la malattia infettiva più diffusa all'interno delle strutture penitenziarie prese in questione, con una prevalenza del 7,4%, seguita da epatite B e AIDS che colpiscono entrambe il 2% degli arruolati.

Alla luce di questo studio possiamo riconoscere di quanto sia rilevante l'assistenza infermieristica, e di tutta l'equipe multidisciplinare, di questa tipologia di detenuti.

Ad esempio i tossicodipendenti comportano diverse problematiche: gestionali, in quanto il soggetto è organizzato intorno all'opzione tossicomane, preventivi poiché portatori il più delle volte di patologie di tipo infettivo (AIDS, epatiti); inoltre il tossicodipendente necessita anche di supporto psicologico, se non talvolta psichiatrico.

Per quanto riguarda l'area psichiatrica i disturbi psicopatologici sono soprattutto disturbi di personalità presenti con manifestazioni di impulsività ed aggressività.

Questa situazione rende problematica la possibilità di instaurare rapporti interpersonali.

Per questo motivo è essenziale mettere in atto un piano di assistenza tale da permettere agli operatori sanitari di poter educare e riabilitare il detenuto.

Secondo l'European Prison Rules (Council of Europe Publishing, 2006), regole, che contengono gli standard legali chiave ed i principi relativi alla gestione delle carceri, al personale e al trattamento dei detenuti, il fine della detenzione è la rieducazione e la risocializzazione del recluso.

Non si deve aggravare la pena della detenzione attraverso disposizioni irragionevoli, sottolineando l'imprescindibilità della tutela e del rispetto dei diritti fondamentali degli individui e della dignità umana.

In un ambiente come quello penitenziario il compito degli infermieri e di tutta l'equipe multidisciplinare è quello della presa in carico di una comunità.

Un altro argomento che rappresenta una vera e propria emergenza nel sistema carcerario italiano, ad oggi, è il tentato suicidio e l'autolesionismo.

A tal proposito il DPCM 1 Aprile 2008 prevede tra gli obiettivi di salute "La prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio" in quanto è compito degli istituti penitenziari ridurre il più possibile gli effetti traumatici della privazione della libertà mettendo in atto tutti gli interventi necessari.

Il programma di prevenzione comprende la formazione del personale penitenziario

mediante corsi di aggiornamento, la presenza di un servizio accoglienza per i nuovi giunti con una valutazione medico psicologica condotta secondo protocolli e con una procedura di trasmissione delle informazioni acquisite da tutto il personale al fine di assicurare la valutazione del rischio e sollecitare, se necessario, un ulteriore intervento. Il programma prevede infine un'attività di osservazione protratta nel tempo con particolare attenzione ai segnali di disagio psichico e/o volontà suicidaria. È importante una comunicazione efficace tra le varie professionalità e la creazione di forme stabili e formalizzate di raccordo con i servizi psichiatrici del territorio. Durante il servizio di accoglienza per avere una valutazione complessiva del detenuto vengono utilizzati test di screening per andare a determinare i possibili fattori di rischio all'arrivo del detenuto. Numerose sono le scale di valutazione che possono essere utilizzate: SAD PERSONS Scale (vedi tabella n. 1), Suicide Assessment Scale (SAS), Checklist Arboleda-Florez, Suicide Risk Assessment Scale (SRAS), Blaauw Scale. Nel caso di positività al test viene applicato un protocollo specifico di prevenzione, con il coinvolgimento di una équipe multidisciplinare integrata tra personale sanitario, del sociale e della giustizia.

**Table 5. Modified SAD PERSONS Scale.**

Factor	Points
S = Sex (male)	1
A = Age (<19 or >45 years)	1
D = Depression or hopelessness	2
P = Previous suicide attempts or psychiatric care	1
E = Excessive alcohol or drug use	1
R = Rational thinking loss	2
S = Separated, divorced or widowed	1
O = Organized or serious attempt	2
N = No social supports	1
S = Stated future intent	2

Score of 6-8:  
full emergency psychiatric evaluation/treatment

Score of 9 or greater:  
immediate psychiatric hospitalization

Source: Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med* 1988 Mar-Apr;6(2):99-107.

**Tabella n. 1 SAD PERSONS Scale.**

### **1.3 Il Garante dei diritti delle persone detenute**

Del Garante si cominciò a parlare nel 1997 in occasione di un Convegno organizzato dall'Associazione Antigone, nel quale è stata affrontata la questione dei diritti dei detenuti e del loro significato nell'esecuzione penale nonché della necessità di una più efficace tutela al fine di evitare possibili involuzioni del sistema penale, riaprendo il dibattito sulla concezione dell'umanizzazione della pena.

Questo principio, di cui all'art. 27 comma 3 della Costituzione, si completa il riferimento ad un altro principio di portata più ampia, ovvero il rispetto dei diritti fondamentali del cittadino riconosciuti dalla Costituzione, il cui esercizio sia compatibile con lo stato di detenzione e con le esigenze di ordine e sicurezza negli istituti.

Tutto ciò ha reso necessario che accanto al magistrato di sorveglianza e all'amministrazione penitenziaria si istituisse una figura esterna all'apparato carcerario: il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale.

In Italia è stato un percorso avviato fin dal 1997, ma la nomina del Collegio e la costituzione dell'Ufficio, che hanno consentito l'effettiva operatività, sono avvenuti solo nei primi mesi del 2016.

Si tratta di un organismo statale indipendente in grado di monitorare, visitandoli, i luoghi di privazione della libertà.

Il garante visita, senza autorizzazione, gli istituti penitenziari, gli ospedali psichiatrici giudiziari e le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza detentive, le comunità terapeutiche e di accoglienza o comunque le strutture pubbliche e private dove si trovano persone sottoposte a misure alternative o alla misura cautelare degli arresti domiciliari, gli istituti penali per minori e le comunità di accoglienza per minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, nonché, previo avviso e senza che da ciò possa derivare danno per le attività investigative in corso, le camere di sicurezza delle Forze di polizia, accedendo, senza restrizioni, a qualunque locale adibito o comunque funzionale alle esigenze restrittive.

Scopo delle visite è quello di individuare eventuali criticità e, in un rapporto di collaborazione con le autorità responsabili, trovare soluzioni per risolverle.

Inoltre, presso le istituzioni sulle quali esercita il proprio controllo, il Garante nazionale ha il compito di risolvere quelle situazioni che generano occasioni di ostilità o che

originano reclami proposti dalle persone ristrette, riservando all'autorità giudiziaria i reclami giurisdizionali che richiedono l'intervento del magistrato di sorveglianza.

In via principale il Garante apre un dialogo con l'amministrazione interessata sollecitando o proponendo interventi di carattere amministrativo o politico che consentano di risolvere i problemi riscontrati.

Se accerta violazioni alle norme dell'ordinamento ovvero la fondatezza delle istanze e dei reclami proposti ai sensi dell'articolo 35 dell'ordinamento penitenziario (Legge 26 luglio 1975, n. 354), invia specifiche raccomandazioni per risolvere criticità o irregolarità.

Se l'amministrazione non provvede, deve comunicare il dissenso motivato entro trenta giorni, termine oltre il quale il rapporto sulla visita viene reso pubblico con le risposte avute dall'Amministrazione o con l'indicazione che l'Amministrazione non ha fornito risposte.

Lo Stato italiano ha conferito al Garante nazionale altri tre compiti:

1. Il primo riguarda un obbligo derivante dalla ratifica del protocollo opzionale delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura: l'adesione a tale protocollo prevede che lo Stato debba predisporre un meccanismo nazionale indipendente (NPM) per monitorare, con visite e accesso a documenti, i luoghi di privazione della libertà al fine di prevenire qualsiasi situazione di possibile trattamento contrario alla dignità delle persone. Per tale compito il Garante nazionale, coordina i Garanti regionali, dando ad essi "forme" e procedure comuni.
2. Il secondo riguarda il monitoraggio dei rimpatri degli stranieri extra-comunitari irregolarmente presenti sul territorio italiano e che devono essere accompagnati nei paesi di provenienza.
3. Il terzo è quello di monitorare le strutture per persone anziane o con disabilità, in base alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Si tratta di un organo atto a promuovere l'esercizio dei diritti e delle opportunità di partecipazione alla vita civile; agevolando la fruizione di servizi comunali, provinciali, regionali in merito alle questioni inerenti ai detenuti nonché garantendo il diritto al lavoro, alla formazione alla crescita culturale, alla tutela alla salute, alla cura della persona e promuovendo diverse attività formative, culturali e sportive; e in ultimo, avvicinando la società civile al carcere.

## **CAPITOLO 2: L'INFERMIERE CASE MANAGER IN AMBITO PENITENZIARIO**

### **2.1 Case management: storia e principi**

Alla fine degli anni '80, il case management si afferma negli Stati Uniti come il più recente modello di assistenza infermieristica.

Nel 1863, durante la Guerra di Secessione, nel Massachusetts nell'area dei servizi sociali le associazioni di volontariato introdussero il principio di coordinamento dei volontari e dei servizi destinati alle persone malate e bisognose per garantire a queste continuità nell'assistenza.

Perciò in questo periodo si sviluppa la necessità di coordinamento e allocazione dei servizi delle fasce deboli.

Nel 1900 Annie Goodrich, direttrice della scuola di Nursing dell'Università di Yale, descriveva la figura di un operatore che coordina gli interventi sanitari e sociali in base alla rilevazione dei bisogni delle persone e della famiglia, garantendo un'appropriata allocazione delle risorse, un contenimento dei costi, una diretta responsabilità per le cure prestate. Questi principi anticipano con straordinaria precisione la figura di quell'operatore che oggi viene chiamato "case manager".

Negli stessi anni Mary Richmond, una sociologa statunitense considerata una delle pioniere nella storia dell'assistenza sociale a livello professionale, pubblicò un modello di funzionamento dei servizi sanitari che poneva il cliente al centro come valore fondamentale.

Successivamente a seguito della Seconda Guerra Mondiale si instaurò un approccio globale e integrato per la presa in carico dei veterani e dei loro disturbi.

Nel 1962 l'attenzione fu rivolta ai malati mentali, anche se, solo nei primi anni Settanta, si attivò un'iniziativa legislativa: l'Allied Services Act volta a facilitare l'integrazione dei servizi sanitari in favore dei portatori di handicap psichico.

Intorno agli anni '80 il modello assistenziale del case management viene introdotto formalmente nel vocabolario del nursing e si afferma come modello di erogazione dell'assistenza negli USA.

L'ottimizzazione della durata della degenza e delle prestazioni effettuate nell'ambito di un ricovero, è divenuto cruciale per il bilancio degli ospedali, da qui l'introduzione del

case manager, che segue l'utente durante tutto il ricovero, attraverso un percorso clinico standard dove tutti gli interventi vengono pianificati in modo da evitare duplicazioni, ridondanze, attese, con l'obiettivo di ridurre la durata del ricovero al minimo indispensabile.

L'ossessivo controllo dei costi dei servizi sanitari, la ricerca d'integrazione sulla base della centralità dei bisogni del cittadino, hanno fatto sì che il case management è uscito dalla sfera unica dei servizi sociosanitari destinati a clienti con bisogni molteplici e con percorsi assistenziali molto lunghi, per approdare con successo anche negli ospedali americani per acuti.

Un rapporto ufficiale dell'American Association of Colleges of Nursing (AACN, 2002) ha identificato un aumento della domanda di infermiere con competenze in case management sia per i pazienti ospedalizzati che per i pazienti ambulatoriali.

Per gestire efficacemente pazienti che fanno parte dei vari setting è essenziale che il Case manager abbia conoscenze specifiche sul processo delle malattie, sulle modalità di trattamento acuto e riabilitativo, sui trattamenti farmacologici.

La conoscenza delle strutture e delle risorse interne ed esterne all'ospedale come pure delle dinamiche psicosociali, ambientali, familiari, economiche e religiose che riguardano i pazienti e le loro famiglie sono importanti per pianificare e creare un continuum dei servizi.

Il Case management process può essere il mezzo per riuscire a volgere lo sguardo verso un futuro fatto di innovazione, ma ponendo sempre al centro il paziente e la sua famiglia, incentrando su di essa un'assistenza di equità, appropriata e sicura.

Secondo la Case Management Society of America (CMSA) la definizione di case management è: "un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia".

Per Case Management si intende una strategia di lavoro che, coordinando i servizi presenti sul territorio, è in grado di massimizzare le risorse esistenti esprimendo un servizio a misura della persona che ne fruirà.

Questa strategia si muove lungo due direttive:

1. Il coordinamento, che prevede la creazione di nuovi servizi nati dalla collaborazione delle risorse esistenti;
2. La prevenzione, che si esprime attraverso la piena partecipazione del cittadino alla creazione del servizio del quale lui stesso fruirà.

Questa modalità permette di superare uno schema tradizionale asimmetrico dove da una parte troviamo l'operatore con le sue conoscenze e dall'altra un paziente che subisce passivamente l'intervento curativo prescritto.

Il case management consente di mettere al centro del servizio il cittadino che coordina attivamente e che recupera preventivamente le sue potenzialità.

L'utilizzo del Case Management presuppone una cultura organizzativa che ha il cliente come soggetto del processo assistenziale e una cultura professionale che possieda una conoscenza sistemica degli aspetti clinici e dei costi economici del percorso assistenziale.

Alla base del percorso ci devono essere evidenze scientifiche su cui sviluppare linee guida di intervento per tutte le fasi del percorso e una struttura organizzativa basata sulla continuità assistenziale e non sulle divisioni settoriali e/o di specialità.

Infine è necessario un sistema di misurazione di risultati.

## **2.2 L’Infermiere case manager: ruolo e competenze**

Per attuare la strategia di Case Management è necessaria la figura professionale del case manager.

Quest’ultimo è definito come un professionista che gestisce uno o più casi a lui affidati con un percorso prestabilito, in un contesto spazio-temporale definito.

Il ruolo richiesto al Case Manager è di interfaccia fra i diversi servizi e le diverse sezioni (rete interna) e l’interfaccia tra i servizi e il cittadino (rete esterna).

Il Case Manager deve avere, oltre ad un’adeguata preparazione tecnica, una formazione personale, e quindi, il lavoro che l’operatore fa su se stesso.

Deve avere una capacità personale di:

- **Comprensione:** “prendere insieme”, sta nella capacità di costruire insieme all’altro una realtà. Per ottenere una corretta comprensione dell’altro è fondamentale chiedersi come viene creata e strutturata la realtà, cioè capire secondo quale modalità l’altra persona mette insieme i dati che possiede. Nel lavoro di Case Management si deve costruire una visione unica e globale dell’assistito.
- **Empatia:** “sentire insieme”, consiste nel riconoscere le sensazioni che arrivano dall’altro e ascoltarle, senza distorcele sulla base di chi ascolta. Non equivale ad una generica sensibilità o bontà di spirito ma è la capacità di cogliere le sensazioni che circolano nello scambio relazionale. L’empatia è un’importante competenza emotiva grazie alla quale è possibile entrare più facilmente in sintonia con la persona con la quale si interagisce. È uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante.

Le competenze e la capacità necessarie del Case Manager sono relative non solo al proprio ambito disciplinare (competenze relazionali e tecnico scientifico) ma appartengono anche all’ambito gestionale e manageriale, necessitano di conoscenze di economia sanitaria e del sistema di programmazione e controllo e sono individuate e definite, in un profilo generale di orientamento al cambiamento come: capacità gestionali, capacità decisionali e capacità di risoluzione di problemi.



Tali capacità e competenze si esplicano nelle attività necessarie per l'erogazione dell'assistenza seguendo lo schema di pianificazione assistenziale:

1. identificazione dei problemi di salute reali e potenziali della persona, della famiglia, della comunità;
2. progettazione e pianificazione dell'assistenza attraverso l'elaborazione e la definizione di piani di lavoro, di direttive specifiche, di indirizzo per le varie attività, di definizione degli standard delle prestazioni erogate;
3. delega dell'attuazione ai collaboratori;
4. attivazione di interventi mediante il coordinamento e la collaborazione con il gruppo interdisciplinare;
5. continua integrazione del proprio servizio con gli altri servizi e le differenti figure sanitarie;
6. valutazione dei risultati.

La figura del Case Manager, contribuendo alla qualità dei servizi erogati, costituisce una delle risposte possibili alla crescita incontrollata dei bisogni e delle richieste di prestazioni diagnostiche e terapeutiche; altresì potrebbe essere utilizzato come struttura di supporto alla decisione dei clinici finalizzato all'ottimizzazione dei percorsi dei ricoveri ospedalieri per acuti.

Il Case Management è dunque un processo che implica il coordinamento dei servizi ed il controllo dei costi attraverso un professionista chiave responsabilizzato direttamente sul caso. Non è una professione, nell'accezione più comune del termine, ma un insieme di competenze e di pratiche specializzate che attingono dal bagaglio formativo e di esperienza di differenti aree professionali.

Non avendo quindi una stretta specificità professionale, il ruolo di Case Manager può essere associato a diverse figure professionali.

Certamente, gli infermieri, opportunamente formati, sono i candidati migliori a questa funzione in quanto sono: sempre presenti nell'unità operativa (24 ore su 24), di riferimento per il paziente e per gli altri professionisti, ed hanno un ambito di autonomia e precisa responsabilità.

Inoltre l'infermiere è in grado di valutare lo stato di malattia e di rappresentare, secondo un ordine di priorità, i bisogni sanitari conoscendo i costi e la disponibilità dei servizi, deputati ad essere indirizzati verso un percorso clinico del paziente ottimale.

In altri termini, è la figura preparata a comprendere il quadro totale dell'assistenza, i problemi attuali e quelli potenziali del paziente ed è quindi in grado di assumere, nella gestione dei casi, un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'attività assistenziale, a completamento del ruolo del medico al quale è affidata l'attività di cura e la gestione della malattia.

L'infermiere Case Manager può assumere diversi ruoli in base all'attività da mettere in atto: ruolo clinico, manageriale, finanziario, e di educatore. Per ruolo clinico si intende la responsabilità di accertare i problemi dei pazienti e delle loro famiglie ogniqualvolta questi si presentano.

Identifica i problemi esistenti o i problemi potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente.

Successivamente, in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare, sviluppa un piano assistenziale per rispondere alle necessità del paziente.

Il piano assistenziale di solito è l'adattamento di un percorso clinico assistenziale preesistente al singolo paziente.

Il percorso elenca le attività assistenziali fondamentali e gli eventi che devono essere completati per gestire i problemi del paziente e raggiungere gli obiettivi, le attività d'insegnamento al paziente e alla famiglia basate sui problemi di salute identificati; ed infine il piano di dimissione per assicurare al paziente un'appropriata e rapida dimissione.

La dimensione del ruolo manageriale assegna all'ICM la responsabilità di facilitare e coordinare l'assistenza di pazienti durante la loro presa in carico.

L'ICM gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

Determina, in collaborazione con il team interdisciplinare, gli obiettivi del trattamento e la durata del soggiorno e inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico.

Questo è fondamentale perché fornisce un quadro chiaro e preciso del tempo a disposizione per completare le attività assistenziali necessarie.

Valuta continuamente la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un cattivo uso di risorse.

Svolge anche valutazioni retrospettive per valutare l'efficacia e l'efficienza

dell'assistenza ed identifica qualsiasi opportunità di miglioramento della qualità.

Invece il ruolo finanziario comprende una collaborazione con i medici e gli altri membri del team e assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate e mantiene l'allocazione delle risorse più adatte per la lunghezza della degenza.

Esercita una forte influenza sulla qualità e sul costo dell'assistenza determinando, in modo opportuno, il trattamento più importante per il paziente.

Assicura continuità, facilità di realizzazione e coordinamento fra le attività assistenziali per evitare qualsiasi duplicazione inutile o frammentazione dell'assistenza programmata, producendo in tal modo la migliore allocazione e il migliore consumo di risorse.

Infine l'Infermiere Case Manager deve assumere anche il ruolo di educatore sia per l'equipe assistenziale che per il paziente e la sua famiglia.

Infatti l'educazione del paziente, l'istruzione della famiglia e lo sviluppo del personale sono tre fondamentali aspetti del ruolo.

Al momento dell'ammissione egli stima il fabbisogno educativo del paziente e le necessità di istruzione della famiglia ed assicura che un piano di insegnamento sia realizzato per rispondere a queste necessità.

La meta della relazione è di massimizzare le conseguenze dell'assistenza fornita, minimizzare il costo e sostenere la maggiore autonomia possibile in termini di salute.

Una comprensione chiara dell'entità della malattia è quindi un obiettivo fondamentale del processo assistenziale.

La necessità di utilizzare una modalità comunicativa e una sensibilità culturale che siano ben comprese dal paziente è un'attività critica.

È fondamentale fornire al paziente e alla famiglia informazioni complete e comprensibili. Possono essere utilizzati materiali video, oltre a inevitabili materiali scritti, ma rimangono fondamentali il dialogo e la discussione con il paziente per avere continui feedback al fine di orientare la prosecuzione del processo educativo.

Anche l'educazione del personale è essenziale, in quanto il processo di gestione dei casi è dinamico e suscettibile di continuo miglioramento.

Il percorso clinico definito a livello interdisciplinare deve essere giornalmente integrato nel processo organizzativo.

Ciascun operatore dovrebbe essere responsabilizzato per sostenere e partecipare al

processo di assistenza. L'ICM aiuta il personale di assistenza e di supporto ad acquisire sempre maggiori competenze cliniche disseminando nuove conoscenze e favorendo lo sviluppo di nuove e migliori abilità.

Riassumendo l'Infermiere Case Manager contribuisce a migliorare la qualità della vita del paziente, rilevando e sviluppando le capacità residue per aumentarne l'autonomia (vedi tabella n. 2).



**Tabella n. 2** Infermiere Case Manager: ruoli.

All'interno di un contesto come quello delle carceri (deprimente, oscuro e fatto di spazi chiusi e carenti di luce) si genera una difficoltà all'adattamento e un senso di insicurezza. Questo ambiente si riversa inevitabilmente sulla salute psichica.

D'altronde secondo numerosi studi all'interno di tutte le carceri oltre il 70% dei detenuti è comunque affetto da almeno una patologia.

Per questo motivo la continuità assistenziale è di fondamentale importanza per garantire il mantenimento dello stato di salute del detenuto e la presenza dell'ICM permette di arrivare a questo obiettivo.

Questa figura deve essere vista come un punto di riferimento stabile per il detenuto e gli operatori sanitari coinvolti, finalizzata a fornire loro una maggior consapevolezza della situazione e delle possibilità di rendere realizzabile la personalizzazione delle cure.

Il fulcro del percorso assistenziale è rivestito dall'educazione sanitaria che verrà rivolta

al paziente e per questo motivo possiamo parlare di assistenza infermieristica correttiva. Il contesto correzionale implica uno spazio di comunicazione, azione e regolamentazione che determinano i rapporti che si instaurano tra le persone che vivono (detenuti) e convivono (personale) all'interno della struttura.

L'assistenza infermieristica correttiva è una specialità che comprende un'ampia diffusione di aspetti riguardanti non solo la dimensione della salute ma anche quella riguardante il contesto correzionale, ponendo i professionisti tra affidamento e cura. Gli infermieri penitenziari sviluppano i loro compiti con pazienti in uno stato di totale impotenza, problemi di salute complessi e situazioni borderline, il tutto avviene in un contesto ostile sotto influenze legali o normative e altre circostanze che hanno un impatto sul benessere dei detenuti: contesto correttivo e privazione della libertà. La complessità della salute tra i detenuti richiede cure infermieristiche altamente specializzate.

Una caratteristica specifica della popolazione detenuta è l'uso di sostanze psicoattive (droghe e/o sostanze psicotrope).

L'abuso di droghe è uno dei problemi principali di chi viene ricoverato in carcere, sia per il numero di detenuti che soffrono di questo problema sia per la gravità delle complicazioni derivate da tale abuso: salute psicofisica, disgregazione della personalità e disgregazione familiare e sociale.

La conoscenza dell'offerta di programmi di riduzione del danno sia all'interno che all'esterno del carcere consente un follow-up continuo del trattamento e un supporto psicosociale per i detenuti con un problema di tossicodipendenza.

Gli infermieri correttivi devono avere le capacità per pianificare, supervisionare e incoraggiare l'adesione dei pazienti al trattamento secondo gli obiettivi stabiliti dal programma e le caratteristiche individuali di ciascun utente, nonché abilità pratiche per identificare rapidamente e in sicurezza situazioni urgenti in caso di intossicazione sovradosaggio.

D'altra parte, l'elevata prevalenza di disturbi mentali e la complessa organizzazione delle attività quotidiane all'interno di strutture correzionali, restrizioni di ogni tipo, convivenza forzata, orari rigidi, monotonia, isolamento emotivo e frustrazione rendono la costruzione di spazi terapeutici appropriati molto difficile da determinare.

Le carceri hanno bisogno di professionisti in grado di fornire cure adeguate e di qualità

ai malati mentali.

È semplicemente inefficace implementare le linee guida per l'azione se i professionisti non dispongono della formazione adeguata in una serie di aree. Inoltre, è necessario garantire la formazione di professionisti in merito ai segnali di allarme e alla gestione dei fattori di rischio per ridurre i tassi di suicidio.

Vale anche la pena notare l'importanza degli operatori sanitari che preparano e supervisionano la somministrazione di psicofarmaci poiché consente l'adesione al trattamento, la diagnosi precoce dell'interruzione del trattamento ed evita la manipolazione da parte dei detenuti.

Un'altra caratteristica specifica della salute correzionale implica azioni sanitarie volte a prevenire, promuovere e curare i pazienti con malattie infettive (HIV, epatite B e C, tubercolosi, malattie a trasmissione sessuale, ecc.).

La prevalenza di queste malattie è alla base delle linee guida che i programmi sanitari dovrebbero tener conto del contesto correzionale.

La prestazione dell'assistenza sanitaria in carcere è svolta da professionisti della sanità pubblica.

Questi professionisti contano su un alto livello di specializzazione in una serie di patologie che sono più diffuse all'interno delle carceri e che devono essere trattate in un contesto specifico.

Questi problemi di salute portano a programmi di riabilitazione per i tossicodipendenti, alla loro integrazione nella società o alla prevenzione di malattie trasmissibili come l'HIV.

Esistono diverse strategie per migliorare l'aderenza al trattamento antiretrovirale, comprese azioni basate su tecniche di richiamo, consulenza, supporto psicologico e / o terapie cognitivo-comportamentali.

Nella realtà carceraria l'aggressività è un fenomeno sempre presente.

Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, hanno un rischio maggiore di subire episodi di violenza e ciò può danneggiare l'intero processo di cura oltre che incrementare lo stress da lavoro. Per questo motivo è importante conoscere le tecniche di de-escalation che consistono in una serie di interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo

dell'aggressività.

Il ciclo dell'aggressività (vedi tabella n. 3) si compone di 5 fasi:

1. La prima fase viene chiamata fase del trigger (del fattore scatenante): il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria. Comportamenti verbali e espressivi (mimici e comportamentali) rendono percepibile l'avvio del processo. L'intervento da mettere in atto è quello di riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in ambiente neutro, con più bassi stimoli.
2. La seconda fase è la fase della escalation: schemi di intervento in questa fase prevedono l'utilizzo del cosiddetto talk down. L'intervento consiste in un approccio verbale che utilizza una comunicazione diretta (diretta espressivamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (basata sulle rivendicazioni, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, tramite il riconoscimento delle richieste).
3. La terza fase (fase critica-acting out) corrisponde al punto culmine dell'eccitamento: l'aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla sicurezza e gestione in acuto dell'aggressione.
4. La quarta fase del recupero-recover è un graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. È una fase delicata, poiché il soggetto è recettivo per eventuali nuovi trigger. È necessario non attuare interventi intempestivi, volti a elaborare l'evento che potrebbero innescare una nuova crisi. Si raccomanda un monitoraggio attivo ma distante, senza nuovi stimoli, inopportuni.
5. L'ultima fase (fase della depressione post-critica) consiste in emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. L'intervento comprende l'elaborazione dell'evento, volto a ridurre i sentimenti più gravi e un confronto con la vittima.



**Tabella n. 3** Fasi dell'aggressività.

Secondo uno studio qualitativo (Price O., Baker J., Bee P., Lovell K., 2018, “International Journal of Nursing studies”) le tecniche di de-escalation usate in risposta ad un'aggressione sono 14 e vengono suddivise in: supporto, controllo non fisico e controllo fisico:

- Le tecniche di “Supporto” sono 6: intervento passivo, rassicurazione, distrazione, problema identificazione, risoluzione, riformulazione. Hanno lo scopo di consentire al paziente di utilizzare le proprie risorse per autoregolare l'aggressività.
- Le tecniche di “Controllo non fisico” sono 4: manipolazione ambientale, rimprovero, deterrenti, istruzione. Hanno interventi più autorevoli che hanno esplicitamente affermato il controllo del personale nel contenere comportamenti dannosi.
- Le tecniche di “Controllo fisico” sono 4: medicinali psicotropi, isolamento, contenimento, psicotropi intramuscolari forzati. Lo scopo è quello di eliminare ulteriori aggressioni attraverso l'applicazione di pratiche restrittive.

Tra le tecniche di “controllo fisico” troviamo la contenzione e possiamo distinguere diversi tipi.

La contenzione manuale consiste nell'uso della forza fisica, senza utilizzo di strumenti di sorta, da parte del personale sanitario, al fine di bloccare il paziente o vincerne la



resistenza.

La contenzione meccanica consiste nell'utilizzo di presidi per ridurre o controllare il movimento del paziente. Tra questi, ad esempio, mezzi applicati al paziente a letto (fasce, cinture) o in carrozzina (corpetto); mezzi di contenzione per segmenti corporei (cinghie per caviglie e polsi); presidi inseriti come barriera nell'ambiente (spondine di protezione a letto); presidi posizionati sulla persona che la obbligano ad una determinata postura (cuscini anatomici, cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino, carrozzine basculanti, poltrone basse).

Poi vi è la contenzione chimica o farmacologica, ossia attuata mediante somministrazione di farmaci, quali sedativi.

Un'altra tipologia è la contenzione ambientale, consistente nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti.

Si va dal tenere le porte del reparto chiuse a chiave, alla limitazione delle uscite dal reparto di degenza in determinate fasce orarie, al divieto di uscire dallo stesso soli o accompagnati, alla limitazione delle visite e dei contatti con l'esterno, sino all'isolamento in apposita camera di degenza. Trattasi della pratica contenitiva più diffusa.

Infine, la contenzione relazionale, vale a dire l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente.

Si tratta di interventi di desensibilizzazione, praticati mediante tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di taluni pazienti, argomento trattato precedentemente.

I mezzi di contenzione non devono in alcun modo, avere una finalità punitiva, custodialistica o assumere caratteri inumani, ma essere proporzionati rispetto al fine terapeutico e soprattutto dovrebbero avvenire nel rispetto della dignità umana.

Alcuni articoli della Costituzione Italiana (G.U. n. 298 del 27 dicembre 1947, ed. straord.) sono dei fondamentali punti di riferimento sull'illegittimità della contenzione: articolo 13 (diritto alla libertà), articolo 32 (diritto alla salute) e articolo 2 (il riconoscimento dei diritti fondamentali dei cittadini).

Bisogna sempre avere molto chiaro il concetto che la contenzione rappresenta una "ultima ratio" e non una semplice e quotidiana scelta assistenziale.

L'infermiere inizialmente mette in atto le tecniche di de-escalation, e quando non più

sufficienti, passa alla fase della contenzione rivalutando le condizioni generali ed i parametri vitali del paziente ogni 30 minuti.

Le responsabilità dell'infermiere penitenziario includono elementi di assistenza ambulatoriale, assistenza infermieristica di emergenza, salute psichiatrico-mentale, salute sul lavoro e salute della comunità.

Pertanto, una solida conoscenza ed esperienza nel processo decisionale clinico è necessaria per ottimizzare la pratica infermieristica e l'ambito della pratica all'interno di questi contesti.

Tuttavia, carichi di lavoro pesanti, mancanza di tempo e personale insufficiente hanno portato gli infermieri non sempre in grado di ottenere la formazione o l'istruzione continua necessaria per fornire un'assistenza basata sull'evidenza nei loro ampi ambiti di pratica. L'ambiente fortemente protetto, regolamentato e punitivo che esiste nelle carceri presenta sfide contestuali uniche per gli infermieri nel fornire cure basate sull'evidenza.

### **2.3 Strumenti assistenziali: PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)**

Metodologie e strumenti riferiti alla definizione di percorsi clinico-assistenziali rappresentano una valida opportunità a disposizione della professione infermieristica in termini di autonomia organizzativa e professionale.

In conformità a questi elementi chiave, un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) può dunque essere inteso come un metodo di management del percorso di cura e/o assistenza, elaborato a livello locale, per un gruppo di pazienti ben definito e con specifiche condizioni cliniche, durante un altrettanto ben definito periodo di tempo, costruito sulla base di elementi di cura e/o assistenza basati su evidenze scientifiche riconosciute, best practice ed aspettative del paziente.

Il percorso clinico assistenziale, deve nascere da un confronto multiprofessionale e multidisciplinare.

Consente lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinico assistenziale, garantendo comportamenti appropriati ed omogenei dei professionisti ed il miglior trattamento disponibile per il paziente, tendendo a ridurre la variabilità dei comportamenti e mantenendo quelli più appropriati e virtuosi.

Il percorso clinico-assistenziale rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo, con l'obiettivo di un progressivo passaggio da una gestione per specialità a una gestione per processi, attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni e del tempo ottimale degli interventi.

Il PDTA è uno strumento concettuale fondamentale per supportare i pazienti attraverso un impegno sinergico di tutte le componenti professionali, permette l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche consentendo così una presa in carico unica del paziente.

Esso permette il confronto e la misurazione delle attività e degli esiti con indicatori specifici, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni assistenziali. Per attuare il percorso è indicato l'utilizzo di diagnosi infermieristiche elaborate dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), i Risultati della Nursing Outcomes Classification (NOC) e gli Interventi della Nursing Interventions Classification (NIC).

I PDTA cercano di uniformare e standardizzare gli approcci di cura a determinate

categorie di pazienti andando ad incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, migliorando gli outcomes e promuovendo la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie. In alcuni contesti però, è necessario erogare una tipologia di assistenza individuale e quindi unica per ciascun ospite.

Per questo motivo gli infermieri case manager utilizzano come strumento assistenziale il PAI che, a differenza dei PDTA, mira ad individualizzare e quindi massimizzare la personalizzazione degli approcci di cura. Il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) è un documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite.

Questo documento viene condiviso, sottoscritto dall'ospite ed è il risultato del coordinamento di tutte le figure professionali coinvolte nel processo.

Ha lo scopo di avviare il progetto di assistenza e cura che porta al benessere dell'ospite.

La programmazione del PAI inizia con l'ingresso dell'ospite: viene compilato dall'equipe di lavoro subito dopo l'ingresso in struttura e successivamente con cadenza periodica, secondo le esigenze dell'assistito, ma almeno una volta all'anno.

La valutazione del PAI comprende:

- la valutazione di aspetti clinico-sanitari riportata dai medici di medicina generale (MMG);
- la valutazione dell'assistenza effettuata dagli infermieri, con l'ausilio degli operatori sociosanitari, che quotidianamente si prendono cura dell'ospite;
- la valutazione delle esigenze di riabilitazione e riattivazione motoria messa a punto dal fisioterapista;
- la valutazione di aspetti più personali, di relazione e socializzazione, effettuata da assistente sociale, educatori e psicologo;
- la valutazione di problematiche di disfagia a cura della logopedista;
- una fase sintetica di integrazione e condivisione con i familiari.

Nel PAI sono individuati obiettivi misurabili e quantificabili inerenti la cura e l'assistenza dell'ospite, che vengono perseguiti dall'equipe multidisciplinare e sottoposti a verifica periodica.

Il PAI viene applicato per un periodo di durata prestabilita, che tuttavia può subire delle

variazioni nel caso si riscontrino sostanziali modifiche nello stato di salute dell'ospite.  
Le fasi della gestione del PAI sono:

1. anamnesi:
  - raccolta dei dati;
  - intervista ai familiari;
  - valutazione dell'assistito in base alle singole discipline (area medica, area infermieristica, area assistenziale, area sociale, area educativa, area fisioterapica, area logopedica, area psicologica);
  - esame obiettivo;
2. valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali: valutazione multidimensionale che avviene attraverso la somministrazione di scale oggettive validate a livello nazionale o internazionale;
3. determinazione degli obiettivi: scelta di indicatori e dichiarazione dei tempi attesi per il raggiungimento degli obiettivi;
4. definizione degli interventi:
  - in base ai dati raccolti l'equipe multidimensionale definisce un piano con cui iniziare la presa in carico dell'assistito e definire le corrette modalità di assistenza sotto ogni profilo sia sanitario sia psicologico e sociale;
  - si nomina un tutor interno che funge da collegamento tra l'equipe e l'assistito (case manager);
5. attuazione, esecuzione degli interventi previsti;
6. verifica e revisione: in modo routinario e definito a seconda della complessità assistenziale. Lo scopo è riunire nuovamente l'equipe e misurare i risultati raggiunti per modificare e variare le attività e le azioni pianificate.

È molto importante definire con chiarezza gli obiettivi del PAI, non solo dal punto di vista dell'assistenza medica, ma anche sotto il profilo del benessere globale della persona coinvolta. Si devono individuare i metodi giusti per applicarlo e fare in modo che gli operatori e familiari condividano obiettivi e metodi.

Infine nell'ultima fase si misura e valuta i risultati confrontandoli con le scadenze stabilite. Si analizzano le cause degli insuccessi e si pianificano le azioni correttive.

Per definire con chiarezza gli obiettivi del PAI si segue la metodologia SMART (vedi tabella n. 4):

- Specifico: l'obiettivo fissato deve essere specifico, quindi deve essere chiaro, e non vago, il fine che ci proponiamo;
- Misurabile: l'obiettivo deve essere misurabile, ciò permette di capire se il risultato atteso è stato raggiunto o meno ed eventualmente, quanto si è lontani dalla meta. Quando si pensa ad un obiettivo specifico bisogna sempre pensare a come misurarlo, utilizzando delle scale di valutazione;
- Attraente: è un obiettivo che stimola l'organizzazione a lavorare in un'ottica di miglioramento e non di mantenimento;
- Raggiungibile: un obiettivo deve essere sì stimolante, ma anche realisticamente raggiungibile date le risorse e i mezzi a disposizione. Obiettivi troppo lontani dalla realtà finiscono con il non essere presi troppo in considerazione poiché scoraggianti;
- Temporizzato: L'obiettivo deve essere basato sul tempo, cioè occorre determinare il periodo di tempo entro il quale l'obiettivo deve essere raggiunto.

 <b>Specific</b>	 <b>Measurable</b>	 <b>Attainable</b>	 <b>Realistic</b>	 <b>Time-bound</b>
<p>Do: Set real numbers with real deadlines.</p> <p>Don't: Say, "I want more visitors."</p>	<p>Do: Make sure your goal is trackable.</p> <p>Don't: Hide behind buzzwords like, "brand engagement," or, "social influence."</p>	<p>Do: Work towards a goal that is challenging, but possible.</p> <p>Don't: Try to take over the world in one night.</p>	<p>Do: Be honest with yourself- you know what you and your team are capable of.</p> <p>Don't: Forget any hurdles you may have to overcome.</p>	<p>Do: Give yourself a deadline.</p> <p>Don't: Keep pushing towards a goal you might hit, "some day."</p>

**Tabella n. 4** Metodologia SMART.

In un istituto penitenziario mettere in atto questo strumento assistenziale può facilitare il percorso di salute, sia per il detenuto che per l'operatore. La privazione della libertà implica un cambiamento sostanziale nella vita di qualcuno.

Dal momento della reclusione si perdono valori importanti come la privacy, poiché i detenuti convivono, la libertà, che è limitata nel processo decisionale e nell'agire,

l'adempimento dei regolamenti interni e la presenza di pubblici ufficiali nelle attività quotidiane.

L'autostima dei detenuti può essere messa in discussione a causa della stigmatizzazione criminale e dell'auto-stigmatizzazione.

Inoltre, scontare una pena comporta la dissociazione dalla propria famiglia, dagli amici e dal contesto sociale con cui l'individuo si identifica.

Questa rottura implica una serie di cambiamenti nel loro stato emotivo che possono portare a disturbi come ansia, depressione, mancanza di fiducia nei professionisti e nei loro compagni.

Questi cambiamenti possono ostacolare seriamente la loro fluidità d'azione e quindi anche la loro salute.

Il compito dell'infermiere è quello di astenersi da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

L'infermiere è in prima linea nel garantire l'equità di diritti, in particolare quello alla salute, lo stesso art. 4 del Codice deontologico dell'Infermiere cita: "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona."

L'infermiere case manager, attraverso il PAI, guida il paziente all'empowerment, permettendogli di appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale.

E permette di creare un rapporto di fiducia tale da superare gli atteggiamenti manipolatori e aggressivi che caratterizzano coloro che vengono privati della propria libertà.

Un punto fondamentale del piano di assistenza è il lavoro in équipe: se non vi fosse un interscambio tra gli agenti di Polizia Penitenziaria ed il personale sanitario sarebbe altresì ancora più complessa l'assistenza.

L'osservazione da parte della Polizia Penitenziaria dei comportamenti del detenuto durante la giornata, ma soprattutto durante la notte è utile al personale sanitario sia per capire meglio le condizioni del soggetto, che per poter meglio intervenire da un punto di vista sanitario.

Il primo contatto del detenuto che chiede assistenza sanitaria è con la Polizia Penitenziaria, quindi fornire giuste informazioni al personale infermieristico, o il saper collaborare in maniera produttiva, diventa importante nel trattamento delle emergenze

da parte del personale infermieristico e medico.

Il lavoro in équipe tra il personale sanitario e la Polizia Penitenziaria non è solo limitato alla realtà circoscritta del carcere, ma spesso è portata anche all'esterno del carcere.

Quando ci si trova a dover ricoverare presso una struttura esterna un detenuto "eccellente" (eccellente perché con una particolare situazione giudiziaria), prima del trasferimento si effettua come anche disposto, con specifiche direttive, un sopralluogo per la trattazione della parte sanitaria, ciò per meglio garantire la giusta simbiosi tra sicurezza ed interventi sanitari.

Collaborazione che dura per tutto il ricovero con un costante contatto tra direzione sanitaria dell'istituto, Polizia Penitenziaria e Direzione Sanitaria della struttura esterna. Questo tipo di collaborazione si ha anche quando si accompagnano detenuti all'esterno per visite specialistiche che non possono essere effettuate all'interno dell'istituto penitenziario. È in questo momento che diventa importante il lavoro in équipe. Per gli operatori sanitari diventa importante il lavoro della Polizia Penitenziaria perché diventa un serbatoio di informazioni vitali per la conoscenza delle problematiche soggettive.

Nel trattamento sanitario l'osservazione svolta dalla polizia penitenziaria, che se da un primo approccio potrebbe essere solo come qualcosa a livello di sicurezza, diventa importante perché dà la possibilità all'operatore sanitario di capire quelle che sono le problematiche anche al fine di una prevenzione sanitaria.



## **CAPITOLO 3: LE CRITICITÀ ASSISTENZIALI IN AMBITO PENITENZIARIO**

### **3.1 Il bisogno formativo dell'infermiere penitenziario**

Le complesse esigenze di salute dei detenuti richiedono che gli infermieri abbiano conoscenze specialistiche con una forte valutazione e capacità decisionali cliniche per prendersi cura di una comunità che può avere un disperato bisogno di assistenza sanitaria, ma può essere manipolatrice e aggressiva.

Pertanto, gli infermieri che prestano assistenza nelle strutture penitenziarie necessitano di una formazione specifica in conoscenze, abilità e consapevolezza inerenti al contesto. Questa necessità nasce dalla peculiarità dell'ambiente lavorativo nonché la necessità di sviluppare competenze di tipo relazionali prioritarie in questo contesto.

Una considerazione particolare in merito alle competenze dell'infermiere in medicina penitenziaria riguarda la prevalenza di persone recluse affette da dipendenza patologica e patologie psichiatriche per cui l'infermiere deve possedere competenze specifiche nell'assistenza a questi bisogni sanitari.

Rispetto alle patologie psichiatriche in carcere, la presa in carico multiprofessionale è ancora più complessa rispetto alla realtà esterna, perché i percorsi di cura devono considerare il contesto.

L'infermiere all'interno dell'équipe collabora con i vari professionisti della salute mentale, ognuno dei quali con le sue competenze professionali specifiche contribuisce nella progettazione di un piano terapeutico e riabilitativo.

È quindi necessario che all'interno del servizio infermieristico penitenziario vi siano infermieri che abbiano una formazione specifica, e che mantengano le competenze aggiornate.

La figura dell'infermiere case manager svolge funzioni di accompagnamento dell'utente nel percorso di cura, intermediazione con la rete territoriale, coordinamento dell'équipe (organizzazione degli interventi specialistici), monitoraggio e valutazione del progetto terapeutico in équipe, educazione e promozione della salute.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche l'infermiere deve avere competenze specifiche: deve essere orientato alla valutazione dei segni e sintomi da astinenza da sostanze, funge da ponte con l'area delle dipendenze patologiche.

Di particolare complessità è la gestione dei farmaci stupefacenti che necessita di un addestramento specifico per la gestione e tenuta degli stessi.

L'infermiere deve essere un operatore fortemente orientato alla gestione della relazione complessa con la persona tossicodipendente e alla promozione della salute.

La realizzazione di competenze professionali specifiche può avvenire attraverso percorsi di formazione complementare, privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in team.

I livelli di indirizzo verso l'espansione delle competenze corrispondono ad un approfondimento delle competenze: sull'asse della clinica, consolidamento delle capacità assistenziali e l'agire dall'infermiere in relazione alla identificazione e pianificazione dei bisogni assistenziali.

La formazione e l'addestramento dell'infermiere vuole sottolineare non solo gli aspetti tecnici ma la funzione di facilitatore, mediatore e sostenitore della salute.

Va incrementata negli operatori una cultura che consideri il contesto e la rete informale di solidarietà.

Il percorso formativo ha l'obiettivo di far acquisire competenze avanzate e specifiche, relative ai bisogni di salute delle persone reclusi con particolare riferimento all'educazione terapeutica della persona, interventi di counselling e capacità di gestione della salute della comunità reclusa.

Inoltre in un ambiente penitenziario gli infermieri si possono trovare a gestire sia culture differenti dalla nostra che persone socialmente svantaggiate per cui, a prescindere dal reato commesso, è fondamentale la presa in carico del paziente.

L'infermiere penitenziario deve muoversi in un ambiente lavorativo regolato da misure di sicurezza e, come visto precedentemente, collabora con altre figure professionali, non presenti in un ospedale, come la Polizia Penitenziaria; risente, quindi, della mancanza di conoscenza sul complesso sistema che lo sovrasta e dei regolamenti penitenziari scritti e non scritti che tutti gli operatori sono tenuti ad osservare.

Purtroppo attualmente non troviamo corsi di formazione specifici per gli infermieri penitenziari e coloro che lavorano in questi istituti non hanno partecipato a dei corsi specifici.

Questa condizione può portare ad una mancata soddisfazione nei confronti del proprio lavoro per l'infermiere, che è consapevole della necessità di competenze avanzate, ma che allo stesso tempo percepisce una mancanza di riconoscimento di tali competenze;

tutto ciò può diventare una delle cause di abbandono della professione nell'Istituto penitenziario.(Bagnasco A., Delogu B., Sasso L. “Gli Istituti penitenziari in Liguria” Focus sull'assistenza infermieristica, 2013, i dati riportano: Cause di abbandono relazionale: assenza di formazione 29,7%).

L'unico luogo in cui troviamo dei primi passi verso questa realtà è la Toscana. Un'ATI (Associazione temporanea di imprese), che fa capo allo studio Auxilium Infermieri Professionisti sanitari Associati di Borgo San Lorenzo, composta da infermieri e gestita interamente da infermieri, ha vinto la Gara Europea da 11 miliardi di euro per la “Gestione del servizio di assistenza infermieristica a favore della popolazione detenuta negli Istituti penitenziari della regione Toscana” per il periodo 2017/2021. L'ATI è stata premiata grazie ad un progetto innovativo.

L'innovazione riguarda l'aver previsto una nuova figura infermieristica, con formazione specifica in Transcultura, che si occupi solo di relazioni con i detenuti, con l'obiettivo di andare ad individuare ed intercettare i vari aspetti problematici nella gestione di una persona detenuta: problemi con matrici culturali diverse, il rischio di suicidio, l'aderenza alle terapie, la sperimentazione di scale di valutazione del dolore attuabili in ambito penitenziario che, qualora validate dopo apposita sperimentazione porterebbero innumerevoli miglioramenti sia nella riduzione di terapie antidolorifiche che nella forte diminuzione della spesa sanitaria per tali farmaci.

### 3.2 Il Nursing Transculturale

Il nursing transculturale è stato declinato da Madeline Leininger nel 1977, rappresenta una specialità infermieristica che consiste nell'erogazione dell'assistenza in un contesto nel quale interagiscono culture differenti.

I principi che guidano il Nursing Transculturale sono:

- accoglienza e rispetto di ciascun individuo come essere unico e irripetibile;
- conoscenza dei problemi prioritari di salute che colpiscono determinati gruppi culturali;
- accertamento del substrato culturale e delle credenze relative alle pratiche sanitarie;
- elaborazione di un piano di assistenza compatibile con il sistema di credenze sulla salute di ogni individuo.

È un insieme di concetti e di ipotesi infermieristici in relazione tra di loro che trattano diverse civiltà, prendono in esame comportamenti assistenziali di gruppo e individuali, valori e teorie basati sui loro bisogni culturali, per poter offrire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e soddisfacente.

Rispecchia una visione olistica in quanto al fine di elaborare una conoscenza infermieristica efficace tiene conto di molti parametri: la struttura sociale, la visione del mondo, i valori, l'ambiente, il linguaggio.

La teoria è orientata verso la qualità ed è ampia, esaustiva e di portata mondiale, infatti si rivolge all'assistenza infermieristica a una prospettiva mondiale e multiculturale.

La competenza professionale del professionista sanitario deve essere, allora adattata al bisogno relazionale dell'utente; perciò l'acquisizione da parte dell'infermiere di conoscenze mutate dall'antropologia culturale, dal nursing transculturale, dalla psicologia sociale, dalla psichiatria transculturale, dalla psicologia relazionale, associate alle conoscenze di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione e di migrazione internazionale, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri.

L'adozione di uno strumento utile per rilevare il livello di competenza su base transculturale ed interculturale del personale infermieristico, può consentire di individuare i contenuti necessari per colmare le lacune individuate attraverso la

progettazione di un programma educativo.

Si potrebbe mirare alla creazione un intervento fondato su un approccio multidisciplinare, nonché la costituzione di un Comitato Scientifico rappresentato dal gruppo dei formatori più adatto ad attuare un eventuale percorso formativo, costituito da:

- L'Infermiere responsabile dell'Ufficio Formazione, in possesso di conoscenze relative ai modelli teorico-assistenziali collegati ai concetti di intercultura e di transcultura ed in grado di spiegare al meglio il significato delle norme etiche e morali, relative al rispetto per la dimensione spirituale dell'utente straniero, contenute nel Codice Deontologico Infermieristico;
- Un Sociologo in grado di abbinare alla preparazione sugli aspetti socio-antropologici anche conoscenze relative alla storia delle migrazioni che hanno coinvolto gli italiani nel passato;
- Uno Psicologo relazionale ed un Pedagogista, per trattare e presentare in maniera adeguata anche gli argomenti più complessi creando un'atmosfera informale che permetta agli infermieri di apprendere, esprimendosi liberamente, senza temere di critiche o ironie altrui.

E' probabile che l'attuazione di un intervento formativo, basato sui contenuti legati ai concetti di Transcultura e Intercultura, influisca favorevolmente sulla programmazione e sui futuri obiettivi Aziendali tramite l'assunzione di linee guida e protocolli specifici. Il problema della differenziazione linguistica, che senza la presenza di intermediari linguistici-culturali, rappresenta un ostacolo insormontabile verso la piena integrazione socioculturale dell'immigrato.

Conoscere la lingua del paese ospite, consentirebbe una certa autonomia decisionale dell'utente straniero, in un contesto che non gli permette di valutare bene le situazioni relative alla propria salute.

Per l'infermiere l'incapacità di comprendere la lingua dell'assistito, limita sia la capacità di accogliere al meglio l'utente, che quella di erogare prestazioni in grado di soddisfarne le reali esigenze.

Per rimediare a certe mancanze sono stati integrati i cosiddetti mediatori linguistici culturali, stranieri adeguatamente formati, in grado di tradurre la lingua degli utenti

immigrati, fungendo da tramite fra operatori sanitari ed utente.

La riflessione etica, dunque, ha senso nella misura in cui non insegna soltanto i principi cui attenere il proprio comportamento, cui ispirarlo astrattamente, bensì ha senso perché aiuta il singolo a diventare un agente morale in grado di rispondere a tale appello morale, alla domanda che proviene da colui che chiede che ci si prenda cura di lui. La medicina, la sanità, la salute devono essere normalmente transculturali.

### 3.3 Il burn out

Secondo la definizione fornita da Maslach (Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001). "Job Burn out. Annual review of Psychology"), e che viene comunemente accettata e condivisa, il Burn out può essere descritto come una sindrome psicosomatica in cui coesistono tre dimensioni fondamentali (vedi tabella n. 5) : "esaurimento emotivo" (EE), ovvero la sensazione di essere emotivamente inaridito e di sentirsi esaurito dal proprio lavoro, "depersonalizzazione" (D), intesa come distacco e indifferenza nei confronti sia del lavoro che dell'utente a cui viene rivolto il proprio servizio e (mancata) "realizzazione personale" (PA) che comporta sfiducia nelle proprie competenze ed inibizione del desiderio di successo.



**Tabella n. 5** Le tre dimensioni del burn out.

Questa definizione è stata applicata specificamente ai lavori che richiedono contatto ed interazione con l'utente ed è stata quindi prevalentemente studiata nei lavoratori che operano nell'ambito socioassistenziale.

Le tre componenti sintomatiche configurano il burn out come una sindrome multi-dimensionale e si susseguono in una evoluzione dinamica che vede come fattore chiave, per l'avvio del processo, l'esaurimento emotivo.

Tale esaurimento iniziale pone anche le basi per l'instaurarsi delle altre due condizioni. Infatti la depersonalizzazione rappresenta una risposta allo stress tipica del burnout e si configura come una reazione all'esaurimento emotivo quando quest'ultimo non viene

fronteggiato con adeguate strategie di coping.

Per quanto riguarda la diminuzione della soddisfazione lavorativa, essa risulterebbe solo in parte conseguente ad elevati livelli di depersonalizzazione, essendo influenzata anche da numerosi altri quali: capacità di interagire con gli altri, autostima, livello di conoscenza e/o esperienza, salario, premi lavorativi, ecc.

L'instaurarsi della sintomatologia del burn out, che ha caratteristiche sia fisiche che psichiche, comporta per quanto riguarda l'aspetto psichico la strutturazione di vari tipi di atteggiamenti e comportamenti come ad esempio intenzione di lasciare il lavoro, sfiducia, demoralizzazione e strategie di coping che possono facilitare o rendere più difficoltosi il trattamento e la risoluzione della sintomatologia stessa.

Le conseguenze dell'esaurimento emotivo diventano evidenti quando si percepisce una sensazione di vuoto per cui si sviluppa l'impressione di non avere più nulla da offrire agli altri.

I segni dell'esaurimento emotivo possono manifestarsi sia da soli che in associazione.

Essi sono costituiti da: impotenza psichica, disperazione, depressione, rabbia, impazienza, irritabilità, incremento delle tensioni e conflitti, scontroosità, fatica cronica, frequenti cefalee, nausea, tensioni muscolari, disturbi del sonno. (Tomei et al, 2008, "L'evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta-analitico sulla sindrome del burnout").

In una realtà come quella delle carceri attraverso il contatto quotidiano con soggetti con situazioni problematiche (autolesionismo, presenza di abuso di droghe, furti e risse tra detenuti, malattie contagiose) questa sindrome è molto frequente.

Tutto questo è regolarmente accompagnato da sovraccarico di lavoro, richieste interpersonali e mancanza di risorse che determinano una situazione di stress difficile da controllare tra i professionisti.

Possiamo identificare tre fasi in questa situazione: iniziale o entusiasta, periodo di stagnazione, frustrazione e apatia e infine burnout.

I dipendenti delle strutture penitenziarie sono potenzialmente esposti a un maggior numero di fattori di rischio sul lavoro perché ospitano una popolazione contro la loro volontà.

Gli spazi limitati e i tempi ristretti concessi dai ritmi di lavoro intenso e dall'organizzazione sanitaria e penitenziaria per il contatto con il detenuto impongono



agli infermieri la necessità di ridefinire i modi e i metodi per l'uso dei processi deduttivi dell'atto assistenziale.

Il problema della sicurezza non è mai da sottovalutare all'interno di un carcere, ma piuttosto diventa di urgente importanza, basti pensare ai problemi di sovraffollamento. Risulta prioritario trovare una sinergia operativa che stabilisca una giusta relazione tra regolamenti penitenziari e processi assistenziali adeguati e di comprovata efficacia. Lo strumento ad oggi più utilizzato per valutare la presenza del burn out è il Maslach Burnout Inventory (MBI) (vedi tabella n. 6) messo a punto da Maslach e Jackson nel 1981 e revisionato nella sua forma definitiva qualche anno più tardi.

### **Maslach Burnout Inventory**

<b>Emotional Exhaustion (EE)</b>	1. Emotionally drained 2. Used up 3. Fatigued in the morning 6. Working with people 8. Burned out 13. Frustrated 14. Working too hard 16. Stress 20. End of my rope
<b>Depersonalization (D)</b>	5. Impersonal objects 10. Callous toward people 11. Hardening me emotionally 15. I don't really care 22. Recipients blame me
<b>Personal Accomplishment (PA)</b>	4. I can understand 7. I deal effectively 9. I'm positively influencing 12. Energetic 17. Relaxed atmosphere 18. I feel exhilarated 19. Accomplished 21. Deal with emotional problems

**Tabella n. 6** Scala Maslach Burnout Inventory (MBI).

Della scala MBI sono state proposte diverse versioni di cui una è l'MBI-General Survey (MBI-GS) che è generale e quindi utilizzabile per tutte le categorie lavorative, ed altre sono specifiche da utilizzarsi per alcuni settori occupazionali quali l'MBI-Educators Survey (MBIES) formulato per gli insegnanti e l'MBI- Human Services Survey (MBI-HSS) formulato per gli operatori sociosanitari. Il MBI è composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala.

Ciascuna scala rappresenta una delle tre dimensioni fondamentali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale.

La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è valutata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da “mai” ed “ogni giorno”.

## **CAPITOLO 4: LO STUDIO**

### **4.1 Obiettivi**

Attraverso questo studio si vogliono analizzare tutte le criticità assistenziali presenti in ambito penitenziario e trovare delle soluzioni che portano allo sviluppo di un modello organizzativo adeguato che permette ai professionisti infermieri di agire utilizzando al meglio le proprie risorse.

### **4.2 Materiali e metodi**

Per condurre l'obiettivo dello studio è stato compilato un questionario anonimo.

Il questionario è stato costruito attraverso la creazione di un link con il programma Google Moduli ([docs.google.com](https://docs.google.com)) così da poter essere somministrato online.

L'emergenza covid non permette come in passato la somministrazione di questionari in modalità cartacea. Il questionario è suddiviso in due parti: la prima comprende i dati sociodemografici. La seconda parte è composta da 13 items, la tipologia di domande è chiusa: a scelta multipla, in cui gli intervistati possono scegliere tra più di due alternative possibili, ad alternativa semplice, offrendo loro la possibilità di esprimere la propria opinione in merito ad alcuni argomenti, seguendo una scala di Likert.

Per creare il questionario sono stati altresì utilizzati strumenti quali: il MBI (Maslach Burnout Inventory) e la scala dei bisogni di Maslow (Maslach C. et al., 2001).

### **4.3 Analisi dei risultati**

Le risposte ricevute dagli infermieri sono state 23 da diverse regioni: Marche, Sardegna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte. Il 60,9% sono donne e il 39,1% sono uomini. L'età varia dai 23 ai 55 anni. Il 95,7% hanno il ruolo di infermiere mentre il 4,3% quello di coordinatore infermieristico.

Per quanto riguarda gli anni di esperienza lavorativa in carcere: il 60,9% ha un'esperienza da 1 a 5 anni, il 13% da 6 a 10, il 13% da 11 a 15 e il restante 13% ha un'esperienza superiore a 21 anni.

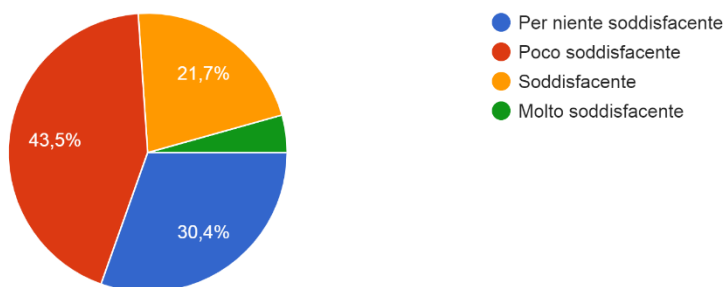
La maggior parte degli infermieri ha conseguito la laurea triennale (73,9%), una piccola percentuale ha conseguito la laurea magistrale (4,3%) ed il restante 21,7% possiede il

diploma regionale.

Per analizzare i risultati possiamo andare ad esaminare i grafici di ciascuna domanda.

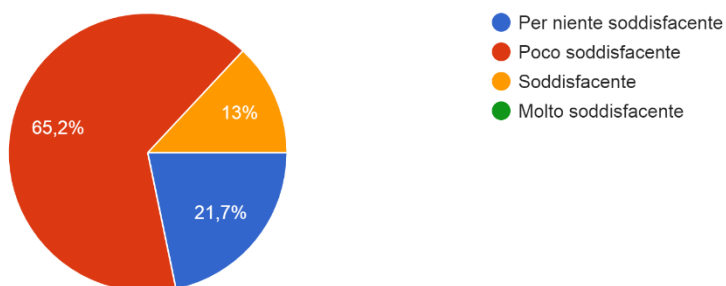
1. Come definirebbe la percezione soggettiva della propria condizione lavorativa, come professionista infermiere in carcere, dal punto di vista organizzativo?

23 risposte



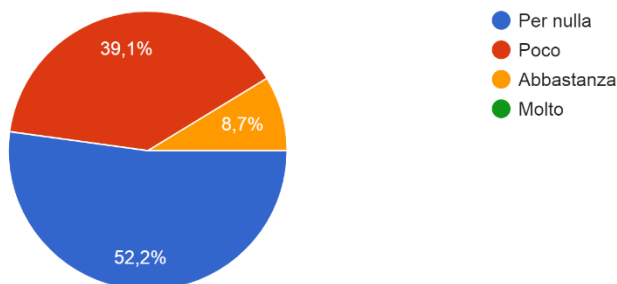
2. Come definirebbe la percezione soggettiva della propria condizione lavorativa, come professionista infermiere in carcere, dal punto di vista socio-economico?

23 risposte



3. Sente che il proprio operato come professionista infermiere in carcere sia riconosciuto e valorizzato?

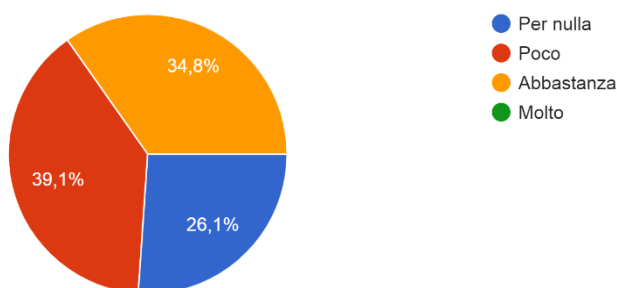
23 risposte



Le prime tre domande prendono in considerazione la condizione lavorativa dal punto di vista organizzativo e socio-economico. Come possiamo osservare dai grafici la maggioranza degli infermieri non si ritiene soddisfatta e crede che il proprio operato come professionista infermiere non sia apprezzato, riconosciuto e valorizzato.

4. Crede che il personale sanitario sia sufficiente paragonato al numero dei detenuti?

23 risposte

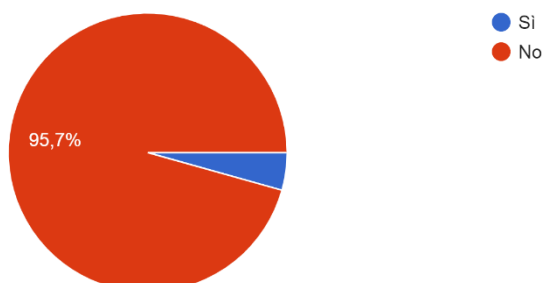


La domanda n. 4 riguarda una delle criticità più note all'interno di un carcere: il sovraffollamento. È una problematica attuale, grave e strutturale in quanto la popolazione detenuta è in costante aumento.

Circa il 65,2% ritiene che il personale sanitario sia per nulla o poco sufficiente paragonato al numero dei detenuti.

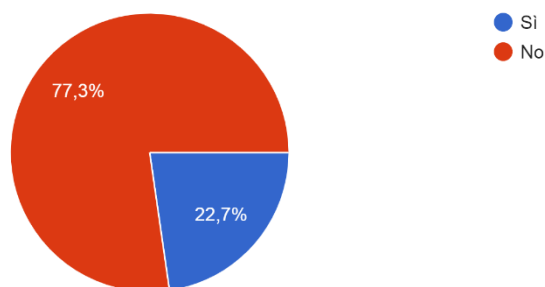
5. Ha seguito un corso di formazione specifico prima di iniziare a lavorare in quest'ambiente?

23 risposte



Se no, ha seguito corsi di formazione in seguito al lavoro in un istituto penitenziario?

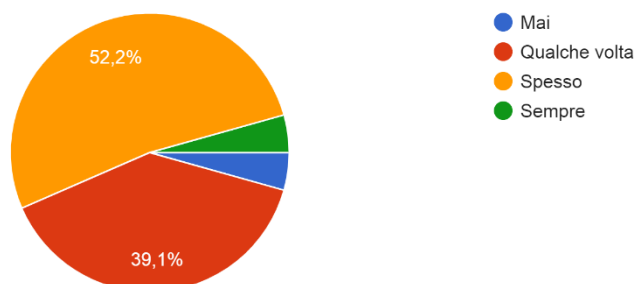
22 risposte



Da queste due domande possiamo notare l'assenza di corsi di formazione specifici per infermieri penitenziari e la necessità e l'importanza di quest'ultimi per poter lavorare in un contesto tale.

6. Durante il turno di lavoro quanto spesso si sente esposto a rischi?

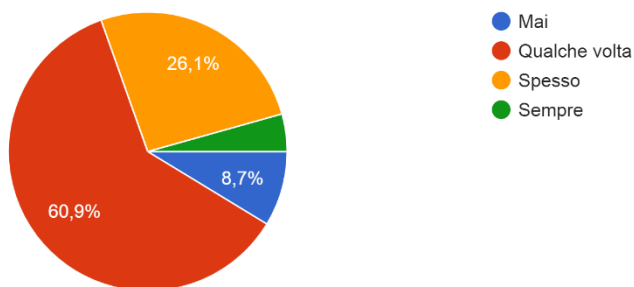
23 risposte



In relazione all'esposizione ai rischi e al problema della sicurezza possiamo constatare che solo una piccolissima parte di infermieri non si sente esposto a rischi a confronto del 95,9%.

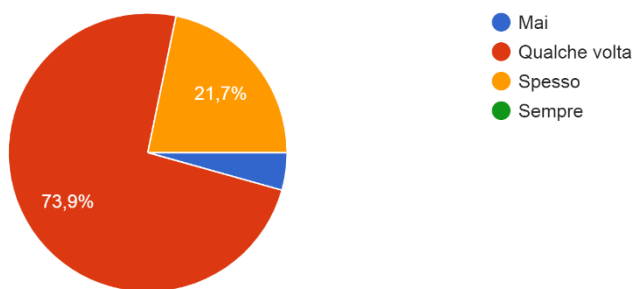
7. Si sente emotivamente frustrato dal proprio lavoro?

23 risposte



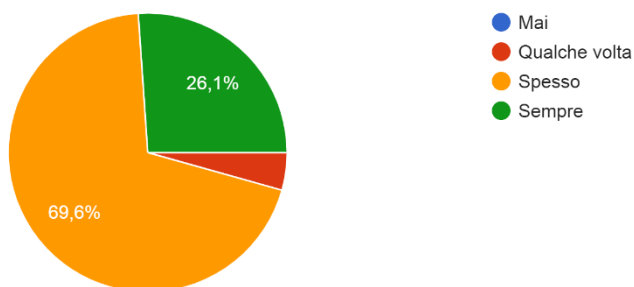
8. Crede che il carico di lavoro sia eccessivo?

23 risposte



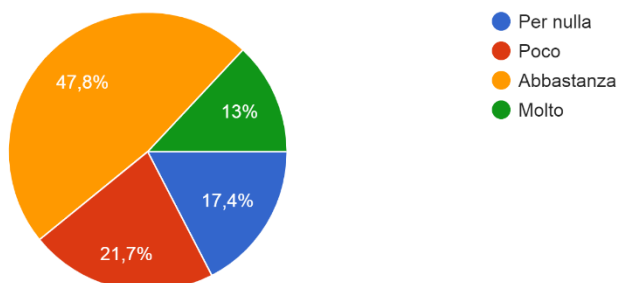
9. Ha mai sentito parlare di "burn out" in ambito lavorativo?

23 risposte



10. Crede che il proprio lavoro possa portare delle ripercussioni nella propria vita privata (famiglia, amici, relazioni sentimentali)?

23 risposte

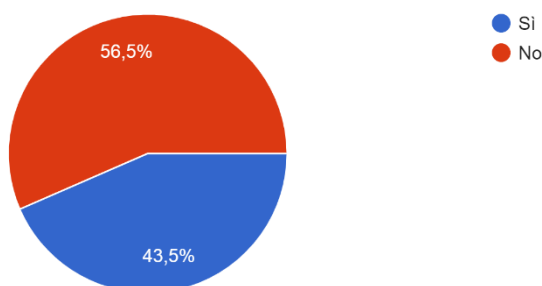


Dalla domanda n. 7 alla domanda n. 10 si è voluto analizzare lo stress lavorativo che troppo spesso può portare a burn out.

Possiamo notare che tutti hanno sentito parlare di burn out in ambito lavorativo e che la maggior parte degli infermieri si sente emotivamente frustata dal proprio lavoro e crede che a volte il carico di lavoro sia eccessivo. In aggiunta l'82,5% ritiene che il proprio lavoro possa portare delle ripercussioni nella propria vita privata.

11. Se potesse tornare indietro, sceglierebbe ancora il carcere come ambiente di lavoro?

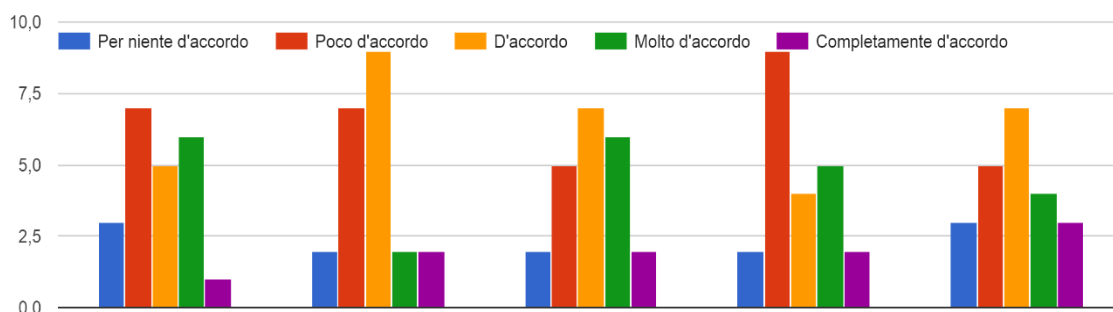
23 risposte



Questo dato è sorprendente in quanto nonostante tutte le criticità riscontrate precedentemente all'interno di un carcere, la differenza tra coloro che sceglierebbero ancora il carcere come ambiente di lavoro e quelli che non lo sceglierebbero ancora è molto sottile: il 56,5% ha risposto in maniera negativa e il 43,5% ha risposto in maniera positiva.



12. Indica la propria opinione riguardo l'infermiere case manager in ambito penitenziario.

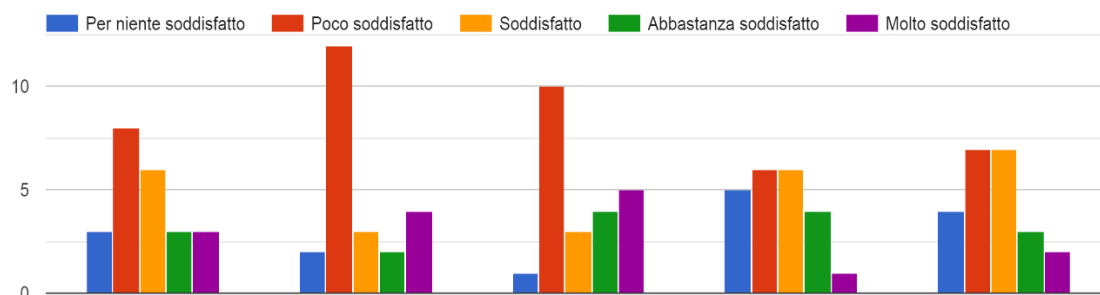


Ciascun grafico rispettivamente corrisponde alle opinioni sulle seguenti frasi:

1. L'infermiere case manager è essenziale in ambito penitenziario.
2. L'infermiere case manager permette di programmare un piano d'assistenza individuale (PAI) che è importante in ambito penitenziario.
3. L'infermiere case manager garantisce un'appropriatezza del percorso di cura andando a ridurre interventi inadeguati.
4. L'infermiere case manager guida il paziente all'empowerment, permettendogli di appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale.
5. L'infermiere case manager gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

La maggioranza degli infermieri crede che la figura dell'infermiere case manager possa essere essenziale in ambito penitenziario. Credono che pianificando l'assistenza possa garantire un'appropriatezza del percorso di cura andando a ridurre interventi inadeguati, guidando il paziente all'empowerment.

13. Indica per ogni parametro della scala di Maslow riportata successivamente il livello di soddisfazione personale.



Ciascun grafico corrisponde rispettivamente a:

1. Bisogni fisiologici (respiro, alimentazione, sesso, sonno, omeostasi).
2. Bisogni di sicurezza (fisica, di occupazione, morale, familiare, di salute, di proprietà).
3. Bisogni di appartenenza (amicizia, affetto familiare, intimità sessuale).
4. Bisogni di stima (autostima, autocontrollo, realizzazione, rispetto reciproco).
5. Bisogni di autorealizzazione (moralità, creatività, spontaneità, problem solving, accettazione, assenza di pregiudizi).

È curiosa la risposta data ai bisogni di sicurezza: 2 persone non si sentono per niente soddisfatte e ben 12 persone si ritengono poco soddisfatte.

Le risposte ai bisogni fisiologici, di appartenenza, di stima e di autorealizzazione corrispondono ad una soddisfazione parziale.

#### 4.4 Discussione e limiti dello studio

Per questo studio è stato identificato come limite una scarsa numerosità del campione dovuta ad una scarsa presenza di infermieri penitenziari.

Alla luce dei risultati ottenuti si nota una negativa percezione soggettiva della condizione lavorativa in carcere in quanto il 73,9% ritiene per nulla o poco soddisfacente la propria condizione dal punto di vista organizzativo, e l'86,9% ritiene per nulla o poco soddisfacente la propria condizione dal punto di vista socio-economico. È emerso dal questionario che gli infermieri si sentano poco valorizzati all'interno della struttura e che ritengano che il numero del personale sanitario non sia sufficiente paragonato a quello dei detenuti.

Invece per quanto riguarda la formazione il 95,7% afferma di non aver partecipato a nessun corso prima di iniziare a lavorare in un ambito penitenziario; questo va a confermare tutti gli articoli trovati in letteratura che parlano di un'insufficiente presenza di corsi di formazione specifici.

Il 22,7% ha seguito poi dei corsi di formazione in seguito all'assunzione lavorativa in carcere. Si ribadisce l'importanza e la necessità per un operatore sanitario di essere adeguatamente formato.

In un ambiente "particolare" come quello delle carceri possiamo riconoscere una maggior esposizione a rischi e ad eventuali problemi di sicurezza.

Questo argomento è presente nel questionario in quanto il 52,2% si sente spesso esposto a rischi. Un accumulo di stress provocato dal contesto di lavoro e dall'insieme dei rischi ai quali l'infermiere può andare incontro possono portare alla sindrome di burn out, come spiegato precedentemente.

Un parametro che ci indica lo stress vissuto all'interno di un istituto penitenziario è sottolineato nella domanda numero 7 in quanto solo l'8,7% ha affermato di non sentirsi frustrato dal proprio lavoro a confronto del 91,3%.

D'altronde questa frustrazione la ritroviamo nella Maslach Burnout Inventory (MBI) nella parte che comprende l'esaurimento emotivo.

La maggioranza del campione crede che a volte il carico di lavoro può essere considerato eccessivo, e tutti, hanno sentito parlare di burn out in ambito lavorativo.

Un'altra risposta da sottolineare è la numero 10: si può constatare che il 60,8% crede che il proprio lavoro possa portare delle ripercussioni nella vita privata (famiglia, amici,

relazioni sentimentali).

Molto interessante è che nonostante tutte le criticità assistenziali che troviamo all'interno di un carcere la differenza tra chi sceglierebbe ancora il carcere come ambiente di lavoro e chi non lo farebbe è molto sottile: il 56,3% ha risposto no mentre il 43,5% ha risposto sì.

Parlando dell'inserimento della figura dell'infermiere case manager nell'ambito penitenziario 12 persone su 23 credono che questa figura possa essere essenziale e che il piano individuale assistenziale che può programmare possa essere importante per i detenuti.

Sempre la maggioranza crede che questa figura possa garantire un'appropriatezza del percorso di cura andando a ridurre interventi inadeguati, guidando il paziente all'empowerment, e che possa soddisfare i bisogni del paziente e della famiglia.

L'ultima domanda comprende la scala dei bisogni di Maslow che ci può aiutare ad identificare la percezione della mancanza totale o parziale di uno o più elementi che costituiscono il benessere della propria persona.

Relativamente ai bisogni fisiologici la maggioranza si ritiene soddisfatta.

Ma è rilevante il risultato che riguarda i bisogni di sicurezza: 2 persone non si sentono per niente soddisfatte e ben 12 persone si ritengono poco soddisfatte.

Le risposte ai bisogni di appartenenza, di stima e di autorealizzazione corrispondono ad una soddisfazione parziale.

## **CAPITOLO 5: CONCLUSIONI**

La Riforma della Medicina Penitenziaria è ancora in corso ed ulteriori energie dovranno essere messe in campo affinché giunga alla sua completa realizzazione.

Nel suo progetto è possibile cogliere le novità fondamentali che apporta e, insieme, gli spazi di problematicità che apre.

L'innovazione principale della Riforma è rappresentata dal fatto che il personale sanitario viene svincolato per la prima volta da un ruolo storicamente ausiliario all'Amministrazione Penitenziaria, attraverso l'appartenenza ad un ente, che esplica la maggior parte delle proprie attività al di fuori delle mura.

Ciò permette di rispondere alle esigenze di salute e di tutela della persona detenuta che ora hanno una voce indipendente, che può far valere le proprie richieste con tutta l'autorevolezza che la Costituzione le riconosce.

Accanto a questa novità importante abbiamo diverse criticità assistenziali.

Vi è una forte necessità di bisogno formativo degli infermieri penitenziari.

Questa formazione, ad oggi, è assente e non permette di aiutare il professionista sanitario a gestire pazienti in un ambiente particolare come quello delle carceri.

Emerge perciò una richiesta di strumenti formativi mirati al miglioramento delle capacità e delle conoscenze, che possano contribuire all'erogazione di prestazioni altamente professionali, mirate alla gestione di quelle classi di pazienti di management difficile in assenza di validi strumenti.

Un'altra problematica importante riguarda l'esposizione ai rischi e il problema della sicurezza.

Quest'ultimo non è mai da sottovalutare all'interno di un carcere, ma piuttosto diventa di urgente importanza dati i noti indici di sovraffollamento.

Gli aspetti tipici strutturali e organizzativi di un carcere non facilitano, anzi ostacolano l'esercizio della professione: la distanza interpersonale imposta tra chi assiste e chi è assistito, la spersonalizzazione dei rapporti, la repressione dei sentimenti e delle loro manifestazioni, la frustrazione, le possibili minacce, negano e contrastano fortemente la comunicazione terapeutica e non solo.

La difficoltà quotidiana per un infermiere che lavora in un ambito professionale tale è, sia la costruzione di un legame terapeutico con gli assistiti, sia far riconoscere e rispettare tale legame quale elemento fondamentale della cura.

Il legame terapeutico inizia ancor prima che gli infermieri vengano a contatto con l'assistito: è una fase importante, in cui raccogliendo i dati anamnestici, già si progetta l'assistenza.

In questa fase, l'elaborazione dei dati raccolti potrebbe essere influenzata dal vissuto di ogni singolo operatore, dalla formazione culturale e anche da quella professionale; potrebbero intervenire pregiudizi e atteggiamenti non neutrali verso elementi che vengono valutati negativamente (la tossicodipendenza, l'etilismo, il crimine e le malattie mentali).

Infatti una caratteristica di primaria importanza richiesta all'infermiere penitenziario è l'assenza di pregiudizi nei confronti del detenuto, la capacità di intervenire nei suoi confronti come uomo malato e, solo successivamente, come detenuto da aiutare nel processo di guarigione con un rapporto improntato sulla fiducia, empatia, rispetto, autenticità, specificità, confronto, immediatezza al fine di garantire una relazione di aiuto efficace.

L'assenza di una formazione specifica per gli infermieri penitenziari insieme all'esposizione ai rischi ed a eventuali problemi di sicurezza può portare l'operatore ad un accumulo di stress lavorativo.

In aggiunta lavorare in un ambiente tale può comportare uno stato di malessere ed un disagio che possono determinare la sindrome di burn out.

L'inserimento della figura dell'infermiere case manager e lo sviluppo di un modello organizzativo adeguato può portare a sviluppare e migliorare condizioni organizzative, operative, strutturali e sociali che permettono ai professionisti di agire utilizzando al meglio le risorse, strumenti, tecnologie, personale, necessarie e disponibili per il raggiungimento degli obiettivi.

Il criterio determinante che fa la differenza è l'orientamento dell'intero modello alla centralità della persona utente con i suoi problemi e bisogni.

Oggi a tutti gli operatori sanitari nelle attuali organizzazioni ad alta complessità, sono richieste non solo le specifiche competenze tecnico-scientifiche, ma anche capacità manageriali.

Infatti la gestione, l'organizzazione del proprio lavoro da parte dei professionisti permette di rispondere in modo adeguato ai bisogni della persona attraverso la produzione e l'erogazione di servizi e di prestazioni di qualità e con un'efficiente

utilizzo delle risorse disponibili.

La multidisciplinarietà è la chiave di un sistema sanitario che voglia considerarsi moderno e nel modello di Case Management, in particolare, l'interazione tra gli operatori è fondamentale secondo la logica del lavoro d'équipe e della progettazione assistenziale.

L'infermiere negli istituti di detenzione è la figura che è maggiormente a contatto con i detenuti ed è in prima linea nel garantire l'equità dei diritti, in particolare quello della salute, lo stesso art. 4 del Codice Deontologico dell'Infermiere (01/2009) cita:

“L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona”.

In un periodo storico come quello che stiamo vivendo, con una pandemia in corso, è ancora più rilevante l'importanza di avere in tutti gli ambiti, sia ospedalieri che territoriali, professionisti sanitari adeguatamente formati.

L'emergenza legata al diffondersi della pandemia del nuovo coronavirus (Covid-19) anche in Italia ha portato inevitabili conseguenze anche sul sistema penitenziario. Conseguenze che hanno gravato su problematiche già presenti ed hanno portato a proteste, tensione ed inevitabili timori.

Le persone rinchiusi nelle carceri costituiscono soggetti particolarmente vulnerabili: il Covid-19 ha evidenziato una crescita di depressione, ansia e disturbi del sonno.

Ragione per cui, di fronte ad una situazione come questa, vi è una forte necessità di bisogno formativo e di professionisti pronti a gestire una popolazione problematica.

## ALLEGATI

Questionario “Uno sguardo oltre le sbarre: assistenza infermieristica in carcere”

Salve, mi chiamo Michela Gallo, sono una studentessa del Corso di Laurea di Infermieristica dell’Università Politecnica delle Marche, polo di Ancona, del terzo anno. Sto scrivendo la mia tesi dal titolo “Uno sguardo oltre le sbarre: l’infermiere case manager in ambito penitenziario”. Ho realizzato questo questionario per andare a valutare gli aspetti riguardanti la formazione dell’infermiere penitenziario e i livelli di stress che ne possono derivare. Vi ringrazio per la vostra collaborazione per la realizzazione della mia tesi.

### DATI SOCIODEMOGRAFICI

Regione

Provincia

Genere

Età

Ruolo lavorativo:

- Infermiere
- Coordinatore infermieristico
- Dirigente infermieristico

Anni di esperienza lavorativa:

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >21

Anni di esperienza lavorativa in carcere:

- 1-5



- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >21

Titolo di studio (indica il livello più alto raggiunto):

- Diploma regionale
- Diploma universitario
- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Dottorato di ricerca

## QUESTIONARIO

1. Come definirebbe la percezione soggettiva della propria condizione lavorativa, come professionista infermiere in carcere, dal punto di vista organizzativo?
  - a. Per niente soddisfacente
  - b. Poco soddisfacente
  - c. Soddisfacente
  - d. Molto soddisfacente
  
2. Come definirebbe la percezione soggettiva della propria condizione lavorativa, come professionista infermiere in carcere, dal punto di vista socio-economico?
  - a. Per niente soddisfacente
  - b. Poco soddisfacente
  - c. Soddisfacente
  - d. Molto soddisfacente
  
3. Sente che il proprio operato come professionista infermiere in carcere sia riconosciuto e valorizzato?
  - a. Per nulla
  - b. Poco
  - c. Abbastanza
  - d. Molto
  
4. Crede che il personale sanitario sia sufficiente paragonato al numero dei detenuti?
  - a. Per nulla
  - b. Poco
  - c. Abbastanza

d. Molto

5. Ha seguito un corso di formazione specifico prima di iniziare a lavorare in quest'ambiente?

- a. Sì
- b. No

Se no, ha seguito corsi di formazione in seguito al lavoro in un istituto penitenziario?

- a. Sì
- b. No

6. Durante il turno di lavoro quanto spesso si sente esposto a rischi?

- a. Mai
- b. Qualche volta
- c. Molto spesso
- d. Sempre

7. Si sente emotivamente frustrato dal proprio lavoro?

- a. Mai
- b. Qualche volta
- c. Molto spesso
- d. Sempre

8. Crede che il carico di lavoro sia eccessivo?

- a. Mai
- b. Qualche volta
- c. Molto spesso
- d. Sempre

9. Ha mai sentito parlare di "burn out" in ambito lavorativo?

- a. Mai
- b. Qualche volta
- c. Molto spesso
- d. Sempre

10. Crede che il proprio lavoro possa portare delle ripercussioni nella propria vita privata (famiglia, amici, relazioni sentimentali)?

- a. Per nulla
- b. Poco
- c. Abbastanza
- d. Molto

11. Se potesse tornare indietro, sceglierebbe ancora il carcere come ambiente di lavoro?

- a. Sì
- b. No

12. Indica la propria opinione riguardo l'infermiere case manager in ambito penitenziario. 0=per niente d'accordo 5=pienamente d'accordo

	0	1	2	3	4	5
L'infermiere case manager è essenziale in ambito penitenziario.						
L'infermiere case manager permette di programmare un piano d'assistenza individuale (PAI) che è importante in ambito penitenziario.						
L'infermiere case manager garantisce un'appropriatezza del percorso di cura andando a ridurre interventi inadeguati.						
L'infermiere case manager guida il paziente all'empowerment, permettendogli di appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale.						
L'infermiere case manager gestisce l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari per soddisfare le necessità dei pazienti e delle loro famiglie.						

13. Indica per ogni parametro della scala di Maslow riportata successivamente il livello di soddisfazione personale. 0=per niente soddisfatto 5=pienamente soddisfatto.

	0	1	2	3	4	5
Bisogni fisiologici (respiro, alimentazione, sesso, sonno, omeostasi).						
Bisogni di sicurezza (fisica, di occupazione, morale, familiare, di salute, di proprietà).						
Bisogni di appartenenza (amicizia, affetto familiare, intimità sessuale).						
Bisogni di stima (autostima, autocontrollo, realizzazione, rispetto reciproco).						
Bisogni di autorealizzazione (moralità, creatività, spontaneità, problem solving, accettazione, assenza di pregiudizi).						

## **ACRONIMI**

SSN Servizio Sanitario Nazionale

DM Decreto Ministeriale

DPCM Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

DL Decreto legislativo

OMS Organizzazione Mondiale della Sanità

CCM Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

FANS Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei

AIDS Acquired immune deficiency syndrome

SAS Suicide Assessment Scale

SRAS Suicide Risk Assessment Scale

NPM National Preventive Mechanism

ONU Organizzazione delle Nazioni Unite

AACN American Association of Colleges of Nursing

CMSA Case Management Society of America

ICM Infermiere Case Manager

GU Gazzetta Ufficiale

PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

NANDA North America Nursing Diagnosis Association

NOC Nursing Outcomes Classification

NIC Nursing Interventions Classification

PAI Piano Assistenziale Individualizzato

MMG Medici di Medicina Generale

ATI Associazione Temporanea di Imprese

EE Esaurimento Emotivo

D Depersonalizzazione

PA Realizzazione personale

MBI Maschal Burnout Inventory

MBI-GS Maschal Burnout Inventory-General Survey

MBIES Maschal Burnout Inventory Educators Survey

MBI-HSS Maschal Burnout Inventory-Human Services Survey

## **BIBLIOGRAFIA**

- Destrebecq, A., Terzoni, S., & Ferrara P. (2012). *Management Infermieristico*.
- Yoost, B. L., & Crawford, L. R. (2018). *Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica*.
- Spagnolli, E., & Barelli, P. (2004). *Nursing di salute mentale*.
- Vitale, E., & Casolaro, S. (2013). *Infermieristica in psichiatria e salute mentale: principi di base*.
- Pellegrino, F. (2009). *La sindrome del burn-out*.
- Kathol, G. R., Perez R., & Cohen J. S. (2014). *Manuale di case management integrato*.
- Lazzarini, G., Bollani, L., & Rota, F. S. (2017). *Aggressività e violenza. Fenomeni e dinamiche di un'epoca spaventata*.
- Bernhardt, K. (2020). *Liberati dal burnout e dalla depressione*.
- Watson, L. (2013). *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*.
- Luciano, M., & Salvi, V. (2013). *Aggressività eterodiretta in psichiatria*.
- Paladino, M., & Tosoni, T.C. (2001). *Guida al counseling nel case management. Riconoscimento e gestione*.
- Salvati, M. (2018). *L'attività infermieristica negli istituti penitenziari*.
- Sanza, M. (1999). *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria. Valutazione e intervento*.
- Zanolla, M. (2009). *La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie. Dalla valutazione multi dimensionale al PAI (Piano Assistenziale Individuale)*.
- Chiari, P., & Santullo, A. (2010). *L'infermiere case manager*.
- Craven, R., Hirnle, C., & Henshaw, C. M. (1998). *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*.
- D'ercole, R. (2020). *Nursing Management. Metodologia e progettualità per la gestione e la valorizzazione del personale infermieristico*.

Fasullo, S. (2019). *Relazione di cura e cura di relazione.*

Delfino, V. (2001). *La comunicazione paziente infermiere.*

## SITOGRAFIA

L'accesso ai dati è avvenuto nel periodo dal 10 Luglio 2020 al 4 Novembre 2020.

[www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202007000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202018000300095&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202018000300095&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202016000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202014000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202020000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202020000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202016000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202016000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)



www.ars.toscana.it

URL: <https://www.ars.toscana.it/aree-dintervento/la-salute-di/detenuti/news/2980-salute-e-malattia-nei-detenuti-in-carceri-di-italia-al-convegno-ars-i-risultati-della-prima-indagine-epidemiologica-su-oltre-15mila-detenuti.htm>

URL: [https://www.ars.toscana.it/files/aree\\_intervento/salute\\_di\\_stranieri/dati\\_e\\_statistiche/dpcm\\_01\\_04\\_08.pdf?fbclid=IwAR2ipzHjjDqMNBDv4JvD3SWDsvfb5cqQLmzkDniLSIujv51VdIghz\\_67S8](https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/salute_di_stranieri/dati_e_statistiche/dpcm_01_04_08.pdf?fbclid=IwAR2ipzHjjDqMNBDv4JvD3SWDsvfb5cqQLmzkDniLSIujv51VdIghz_67S8)

URL: [https://www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi\\_2015/salute\\_carcere/presentazioni/8\\_CaterinaSilvestri.pdf](https://www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi_2015/salute_carcere/presentazioni/8_CaterinaSilvestri.pdf)

www.ncbi.nlm.nih.gov

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691633/>

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319118/>

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279192/>

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279186/>

www.salute.regione.emilia-romagna.it

URL: [https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/sanita-enitenziaria-bo-30-maggio-2013/002\\_cilento.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/sanita-enitenziaria-bo-30-maggio-2013/002_cilento.pdf)

URL: [http://159.213.95.28/portale\\_atc/attachments/article/146/Cellesi%20Rischio%20su%20icidario%20Regione%20Emilia%20Romagna.pdf](http://159.213.95.28/portale_atc/attachments/article/146/Cellesi%20Rischio%20su%20icidario%20Regione%20Emilia%20Romagna.pdf)

www.core.ac.uk

URL: [https://core.ac.uk/download/pdf/132518357.pdf?fbclid=IwAR3YctIwtDYR8vZGJhMYMx-j7CiIH\\_GqLebIL3TOtc6mb\\_EYB2AbJk51Jms](https://core.ac.uk/download/pdf/132518357.pdf?fbclid=IwAR3YctIwtDYR8vZGJhMYMx-j7CiIH_GqLebIL3TOtc6mb_EYB2AbJk51Jms)

www.consiglio.puglia.it

URL: [http://www5.consiglio.puglia.it/LDocs/LDocsArchivio.nsf/\(InLinea\)/9524\\_5/\\$File/all%204.pdf?OpenElement](http://www5.consiglio.puglia.it/LDocs/LDocsArchivio.nsf/(InLinea)/9524_5/$File/all%204.pdf?OpenElement)

www.garantenazionaleprivatiliberta.it

URL: <http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/chiamo.page>

www.unifi.it

URL: <https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/966995/77244/Testo%20per%20atti%20convegno%20Siped%20di%20Maria%20Rita%20Mancaniello.pdf>

www.sigg.it

URL: <https://www.sigg.it/assets/congressi/52-congresso-nazionale-sigg/slide/nursing/03Sangiorgi.pdf>

www.journals.lww.com

URL: [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2019/09000/Case\\_management\\_\\_An\\_overview\\_for\\_nurses.11.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2019/09000/Case_management__An_overview_for_nurses.11.aspx)

www.books.google.it

URL: [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=q-HE9ps3mDEC&oi=fnd&pg=PA11&dq=storia+case+management&ots=swuHpdlIb\\_&sig=nAPGsaJrThWQZtV0VIfhbY-WyJg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=storia%20case%20management&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=q-HE9ps3mDEC&oi=fnd&pg=PA11&dq=storia+case+management&ots=swuHpdlIb_&sig=nAPGsaJrThWQZtV0VIfhbY-WyJg&redir_esc=y#v=onepage&q=storia%20case%20management&f=false)

URL: [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=5TRdx-cRwrEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=PAI+piano+assistenziale+individuale&ots=hZuvdS5hkk&sig=t\\_OGWrHgmV7MWItzTDSwRd0px98&redir\\_esc=y#v=onepage&q=PAI%20piano%20assistenziale%20individuale&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=5TRdx-cRwrEC&oi=fnd&pg=PA7&dq=PAI+piano+assistenziale+individuale&ots=hZuvdS5hkk&sig=t_OGWrHgmV7MWItzTDSwRd0px98&redir_esc=y#v=onepage&q=PAI%20piano%20assistenziale%20individuale&f=false)

[www.associazioneitalianacasemanager.it](http://www.associazioneitalianacasemanager.it)

URL: <https://associazioneitalianacasemanager.it/chi-siamo/>

[www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it)

URL: [https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2016/09/05\\_FALASCA.pdf](https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2016/09/05_FALASCA.pdf)

[www.opivicenza.it](http://www.opivicenza.it)

URL: <https://www.opivicenza.it/il-case-management/>

[www.area-c54.it](http://www.area-c54.it)

URL: <http://www.area-c54.it/public/il%20case%20management.pdf>

[www.grusol.it](http://www.grusol.it)

URL: [http://www.grusol.it/informazioni/18-01-20\\_1.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/18-01-20_1.PDF)

[www.opinapoli.it](http://www.opinapoli.it)

URL: <https://www.opinapoli.it/lefficacia-di-utilizzo-delle-tecniche-di-de-escalation-nel-paziente-psichiatrico-revisione-narrativa/>

www.opiroma.it

URL: [https://opi.roma.it/archivio\\_news/pagine/41/vol\\_13.pdf](https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/41/vol_13.pdf)

www.associazione-animo.it

URL: [https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2018/liguria/slide/26102018\\_3.pdf](https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2018/liguria/slide/26102018_3.pdf)

www.integralavoro.com

URL: [http://www.integralavoro.com/main/wp-content/uploads/2016/02/PRSM\\_volume.pdf#page=87](http://www.integralavoro.com/main/wp-content/uploads/2016/02/PRSM_volume.pdf#page=87)

www.dors.it

URL: <https://www.dors.it/public/ar28/Articolo%20Profili.pdf>

www.infermieristicamente.it

URL: <https://www.infermieristicamente.it/articolo/7469/nelle-carceri-toscane-arriva-il-nuovo--infermiere-con-formazione-in-transcultura/>

www.annualreviews.org

URL: [https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397#\\_i2](https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397#_i2)

www.reteagenziesicurezza.it

URL: [http://www.reteagenziesicurezza.it/rischi\\_psicosociali/burnout/aspetti\\_medico\\_legali\\_sindrome\\_burnout.pdf](http://www.reteagenziesicurezza.it/rischi_psicosociali/burnout/aspetti_medico_legali_sindrome_burnout.pdf)

[www.agi.it](http://www.agi.it)

URL: [https://www.agi.it/cronaca/carcere\\_recidivi\\_gherardo\\_colombo-4566364/news/2018-11-04/](https://www.agi.it/cronaca/carcere_recidivi_gherardo_colombo-4566364/news/2018-11-04/)

[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

URL: [https://www.quotidianosanita.it/m/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=76938](https://www.quotidianosanita.it/m/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=76938)

## **RINGRAZIAMENTI**

In primis vorrei ringraziare il Direttore del corso di laurea, la mia relattrice e la mia correlatrice, rispettivamente: il Dott. Mercuri, la Dott.ssa Giacomelli e la Dott.ssa Marchetti. Grazie per la vostra disponibilità e pazienza. Grazie per i vostri consigli e le vostre conoscenze trasmesse durante il mio percorso.

Ringrazio infinitamente i miei genitori che mi hanno permesso di seguire questo percorso ed hanno appoggiato sempre ogni mia decisione, consigliandomi la strada più giusta, senza mai invadere la mia indipendenza.

Un grazie di cuore a mio fratello e mia sorella, Alessio e Monica, sempre presenti e pronti a supportarmi ogni singolo momento. Siete il mio punto di riferimento e non mi basterà un'intera vita per ringraziarvi.

Grazie al piccolo di casa, Matteo. Da quando ci sei tu la mia vita è più luminosa. Hai portato il sole, il calore e l'amore nella nostra famiglia.

Ringrazio la mia migliore amica, nonna Anna, nonostante i chilometri che ci separano sei presente ogni giorno nella mia vita. Le nostre risate sono speciali.

Grazie alla mia seconda famiglia Laura, Luis e i vostri tre splendidi figli: Alicia, Jaime e Luis. Siete sempre nei miei pensieri ed è grazie a te, Laura, che ho intrapreso questa carriera. Come ho sempre detto "Casa è dove ognuno lascia il cuore". E voi siete la mia seconda casa.

Un ringraziamento speciale alle mie amiche di sempre: Maria, Alessia e Alessandra. Mari, grazie per essere sempre al mio fianco, pronta a rimettermi in riga anche se sai che alla fine faccio sempre di testa mia, grazie per le parole giuste al momento giusto. Sandra, grazie per le risate che alleggeriscono ogni situazione, grazie per le tue simpatiche vicende e grazie per essermi stata vicina in uno dei periodi più brutti della mia vita. Aless, grazie per le chiacchierate improvvisate sulle panchine, per gli abbracci soffocanti e gli sguardi silenziosi, e per tutte le volte che sei lì pronta ad ascoltarmi in qualsiasi momento della giornata. Vi ringrazio di farmi sentire così speciale per avervi con me.

Grazie a te Sofia, la mia persona. Sei entrata nella mia vita e ora non posso più farne a meno. Grazie di sconvolgere sempre le mie giornate.

Grazie a te Leonardo, so di poter contare su di te in ogni momento. Grazie per i viaggi in macchina e per le nostre giornate intense insieme.

Ringrazio le mie compagne dell'università: Gloria, Michela e Martina. Con voi ho condiviso l'intero percorso universitario e questi tre anni non sarebbero stati gli stessi senza di voi. Grazie per le giornate di studio, per un sorriso in più durante le lezioni, per i pranzi. Sarà splendido avervi in futuro come colleghe.

Un grazie speciale a te Mirella, per il forte sostegno durante questo mio cammino.

Grazie per la tua premurosità e dolcezza, grazie per essere presente nella mia vita.

Ed infine, grazie a te, Andrea. Grazie per avermi supportato e sopportato in questi anni.

Grazie per aver sempre creduto in me e per essere sempre dalla mia parte. Anche in un momento delicato come quello che stiamo vivendo sai sempre come farmi spuntare il sorriso. Sei il mio punto felice.