

## **Indice**

### **Abstract**

### **Introduzione.....1**

### **Capitolo 1: Il carcere: dalle origini ai giorni nostri**

**1.1** Storia del carcere..... 2

**1.2** Normativa nazionale..... 4

**1.3** Normativa regionale..... 6

**1.4** Infermiere di Comunità penitenziaria..... 8

### **Capitolo 2: La prevenzione in ambito penitenziario**

**2.1** Prevenzione del suicidio..... 11

**2.2** Malattie croniche e detenzione ..... 15

- Malattie cardiovascolari..... 15

- Infezioni e malattie trasmissibili..... 16

- Disturbi psichiatrici..... 17

- Il problema della tossicodipendenza..... 20

### **Capitolo 3: Proposta di miglioramento: attivazione di un ambulatorio di telemedicina**

**3.1** La telemedicina nell'assistenza sanitaria .....23

**3.2** Ambulatorio infermieristico di telemedicina in carcere..... 26

**Conclusione.....32**

**Ringraziamenti..... 33**

**Bibliografia..... 35**

## **Abstract**

All'interno della comunità penitenziaria è di fondamentale importanza integrare figure professionali per garantire l'assistenza ai detenuti. A tal proposito, l'infermiere di sanità penitenziaria è il professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici negli istituti penitenziari; è colui l'infermiere di sanità penitenziaria è il professionista sanitario responsabile della gestione dei processi infermieristici negli istituti penitenziari; è colui che lavora in una realtà totalmente differente rispetto a quella ospedaliera, trovandosi a stretto contatto con i detenuti, con la polizia penitenziaria e con le figure professionali sia mediche che non mediche .

Lo scopo di questa tesi è proporre un'innovativa metodica di assistenza a questa tipologia particolare di soggetti; in particolare si propone di incentivare l'utilizzo della telemedicina all'interno del penitenziario per agevolare l'assistenza infermieristica ai detenuti e consentire la continuità della cura.

La proposta di un ambulatorio di telemedicina consentirebbe un monitoraggio in tempo reale della salute e un miglioramento del processo assistenziale evitando i continui spostamenti dell'internato dal carcere all'ospedale, e consentendo anche una diminuzione dei costi del personale adibito ai trasporti.

Nell'analisi di fattibilità è emersa una criticità legata alla presa in carico globale del paziente con problematiche a carattere d'urgenza e/o con patologia psichiatrica.

Ci sono, tuttavia, ostacoli alla realizzazione di tale progetto dovuti ad un ritardo dell'organizzazione sanitaria nello stabilire adeguati processi organizzativi; per questo è stato necessario intraprendere un percorso innovativo di telemedicina.

## **Introduzione**

Il carcere è la sede in cui sono detenuti i condannati a pene detentive imposte dal magistrato o da altre autorità. Include sia la reclusione per reati minori sia per reati più gravi.

I carcerati, come tutti, hanno diritto a ricevere assistenza e cure per questo nasce la figura dell'infermiere penitenziario. Fa il suo primo ingresso nel mondo carcerario nel 1970, come preannuncia la normativa 740/70. Con la legge n.419 del 1998, la sanità penitenziaria entra a far parte del SSN.

In questo elaborato si approfondisce la realtà infermieristica all'interno del carcere centrando temi come il diritto alla salute e alla sicurezza, in un setting difficile dove a secondo del reato commesso è fondamentale la presa in carico del paziente che può richiedere anche un'elevata complessità assistenziale. L'infermiere svolge le proprie attività in *ambiente non favorevole alla costruzione di una relazione terapeutica<sup>1</sup>* per via di una serie di problematiche che costituiscono degli ostacoli alla pratica infermieristica, tra cui un elevato stress emotivo, tensione, sovraccarico di lavoro e limitata autonomia sul proprio esercizio.

L'esercizio viene svolto in piccoli spazi come le celle e in tempi ristretti.

È importante ricordare la carta dei diritti e doveri dei detenuti e degli internati, un documento stilato nel 2012 in merito al diritto di salute.

L'obiettivo che si prepone questa tesi è quello di divulgare informazioni riguardanti lo stato di salute dei detenuti e la possibilità di poter effettuare controlli all'interno di un ambulatorio situato nell'istituto stesso.

---

<sup>1</sup> Partel Crotti M. *il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità*. Tempo di Nursing Collegio IPASVI di Brescia, 2011, 58 -59.

# CAPITOLO 1

## IL CARCERE: DALLE ORIGINI AI GIORNI NOSTRI



2

### 1.1 Storia del carcere

Il carcere nasce nel momento in cui si sente la necessità di allontanare dalla

comunità individui che non rispettano l'ordine della società. In passato, però, aveva come obiettivo la custodia del reo in attesa della pena prevista per il crimine commesso.

Nel 320, Costantino imperatore cristiano emanò la prima ordinanza carceraria nella quale veniva annunciato che uomini e donne avevano l'obbligo di essere divisi e le catene dovevano essere più leggere e meno strette dando maggiore movimento. Egli, inoltre, fece costruire cortili specifici per permettere l'ora d'aria. Nel tempo furono fatte modifiche: con Papa Sisto V le carceri divennero pubbliche e furono, inoltre, separati i condannati a pena definitiva da quelli in attesa di giudizio.

Nel 1200 la custodia dei reclusi fu affidata ai monaci che insegnarono ai detenuti l'igiene della persona e dell'ambiente in cui vivevano.

Nel 1929 lo Stato italiano e la Santa Sede fanno un accordo che sancisce che le confraternite vengano riconosciute come Enti Pubblici. Seguì un periodo buio sia per i detenuti che per gli operatori carcerari che si concluse negli anni 50 con l'elaborazione, da parte dell'amministrazione penitenziaria, di una riforma sanitaria riguardante i medici penitenziari. Gli infermieri, invece, venivano considerati operai specializzati.

---

<sup>2</sup> Fig. 1 : ParmAteneo :<https://www.parmateneo.it/?p=83048>

L'assistenza infermieristica fu affidata agli agenti di custodia che venivano scelti in base ad una selezione o per attitudine. Dopo un aggiornamento teorico-pratico, gli agenti potevano assistere i detenuti senza però essere tutelati dai rischi dovuti all'assistenza. Negli anni 60 e 70 l'amministrazione penitenziaria ammise a lavorare in carcere gli infermieri civili in possesso di Diploma di Infermiere e appartenenti a struttura ospedaliera per affiancare gli agenti infermieri. Gli infermieri civili erano esenti da ogni forma contrattuale e avevano per questo un libero rapporto professionale. Nonostante ciò si formò una piccola équipe tra il personale di custodia, psicologi, medico responsabile e infermieri civili che organizzò piani di lavoro più specifici e idonei.

Nel 1997 fu emanata una legge che non autorizzava gli infermieri che lavoravano in carcere come secondo lavoro a continuare la mansione. Gli infermieri che non avevano una seconda attività rimasero a svolgere le loro competenze senza nessun vantaggio.

Solo nel XIX secolo la reclusione diventa il principale strumento sanzionatorio consentendo la correzione del carcerato e il suo reinserimento in società. Nonostante questo, però, il carcere rimane un'istituzione inefficiente, sovraffollata e scenario di violenze.

Nel XX secolo si assiste ad un miglioramento della situazione: l'istituto penitenziario diviene flessibile e più umano.

Nascono le Regole Penitenziarie Europee nel 1987 in cui viene sancito che la privazione della libertà non deve implicare la privazione della dignità umana. Questo implica che tutti i detenuti devono essere trattati con rispetto e devono inoltre essere garantite le stesse condizioni di vita della società.

In Italia il carcere è inizialmente un luogo chiuso in cui i detenuti non hanno contatto con l'esterno e vengono identificati con il numero di matricola.

Il cambiamento si ha dopo la seconda guerra mondiale con l'introduzione delle regole minime imposte dall'ONU nel 1955 e con la nascita della riforma penitenziaria nel 1975.

## 1.2 Normativa Nazionale

Il carcere in Italia subisce un sostanziale cambiamento con l'introduzione della riforma penitenziaria del 1975 in sostituzione al regolamento del 1931.

Esso prevedeva che negli Istituti penitenziari vi fosse un medico e affidava l'assistenza sanitaria al Ministero di Grazia e di Giustizia. La legge è entrata in vigore il 24 agosto 1975 e stabiliva i principi e le finalità del trattamento penitenziario, le condizioni di vita dei detenuti, i diritti e i doveri degli stessi, le modalità di concessione dei benefici e delle misure alternative alla detenzione, il regime disciplinare, il controllo giudiziario e amministrativo sull'esecuzione delle pene.

Secondo tale legge *“il trattamento penitenziario deve essere conforme a umanità e deve assicurare rispetto della dignità della persona, esso è improntato ad assoluta imparzialità senza discriminazione di sesso, identità di genere, orientamento sessuale, razza, condizioni economiche e sociali nazionalità, credenze religiose e opinioni politiche<sup>3</sup>”*.

Prevede la distinzione degli istituti per adulti in

- Istituti di custodia preventiva: si distinguono in case mandamentali e circondariali
- Istituti per l'esecuzione delle pene
- Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza
- Centri di osservazione

Viene, inoltre, introdotto in ogni istituto penitenziario il servizio medico e farmaceutico per rispondere alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati. L'Amministrazione Penitenziaria è

---

<sup>3</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1975-07-26;354>

dunque affiancata dai servizi sanitari locali ospedalieri ed extraospedalieri lasciando di fatto la tutela della salute nelle mani del Ministro della Giustizia.

Solo più tardi, nel 1993, con la legge 296 “*nuove misure in materia di trattamento penitenziario*”<sup>4</sup> ed in particolare con l’articolo 7, viene descritto che per ogni capoluogo di provincia si ha la necessità di realizzare specifici reparti per il ricovero dei detenuti e degli internati nelle strutture ospedaliere del SSN.

Nel 1999 si ha il riordino della medicina penitenziaria e l’assegnazione al Servizio Sanitario Nazionale dell’assistenza ai detenuti e agli internati, i quali hanno diritto di ricevere prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Ogni ASL adotta, in seguito, una Carta dei servizi sanitari per detenuti ed internati.

Dal 2008 le funzioni, i rapporti di lavoro, i beni strumentali e le risorse finanziarie della sanità penitenziaria vengono trasferite al SSN.

I compiti che esso assolverà vengono sanciti con DLgs del 2018 “*riforma dell’ordinamento penitenziario*”<sup>5</sup> “nella quale vengono identificati anche le funzioni del medico negli Istituti di Pena. Viene stabilito che il Direttore generale dell’Asl faccia visita due volte all’anno agli istituti penitenziari per accertarsi che le procedure di profilassi contro le malattie infettive siano adeguate e che siano altresì garantite le giuste condizioni igieniche. Queste visite vengono poi riferite al Ministero della Salute e della Giustizia con i relativi provvedimenti da adottare.

Ai detenuti all’atto di ingresso, deve essere eseguita una visita medica generale in cui vengono raccolte informazioni sullo stato di salute del soggetto recluso. I detenuti hanno il diritto di sapere informazioni sul loro completo stato di salute.

---

<sup>4</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1993-08-12&atto.codiceRedazionale=093A4595&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1993-08-12&atto.codiceRedazionale=093A4595&elenco30giorni=false)

<sup>5</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/10/26/18G00149/sg>

Quando vengono trasferiti, è importante garantire loro una continuità del PAI.

In definitiva, le modifiche apportate all'ordinamento penitenziario possono essere così riassunte:

- la tutela della salute degli internati e dei detenuti è assegnata alle ASL;
- garantire la sicurezza è compito del Ministero della Giustizia;
- per i detenuti particolari come i tossicodipendenti, sono previste ulteriori forme di protezione rispetto alla normativa vigente.

### **1.3 Normativa regionale**

Nel 2008, con la legge n° 28 “*sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed a favore degli ex detenuti*”<sup>6</sup>, la Regione Marche promuove interventi destinati alle persone detenute negli istituti penitenziari, ai minori che vengono sottoposti a procedimento penale per non ricorrere alle misure private di libertà. La regione si occupa, anche, di interventi atti al recupero e al reintegro sociale dei soggetti detenuti.

In particolare l'art. 6 (accoglienza e dimissione dei detenuti), descrive la collaborazione con l'AST e l'impegno della regione a promuovere l'avvio di procedure e la fornitura di materiale per favorire l'inserimento dei nuovi arrivati in struttura. Prevede, inoltre, l'agevolazione della dimissione del carcerato fornendo informazioni sui servizi disponibili attraverso l'ausilio di apposite carte dei servizi.

La regione deve garantire, all'interno della struttura penitenziaria, la promozione della salute attraverso interventi di profilassi delle malattie infettive e HIV (articolo 7, tutela della salute). Questo con l'obiettivo di sensibilizzare sia la popolazione detenuta che gli operatori penitenziari. Opera, altresì, nel campo della salute mentale attuando interventi

---

<sup>6</sup> <https://www.federalismi.it/sistema-regionale-integrato-degli-interventi-a-favore-dei-soggetti-adulti-e-minorenni-sottoposti-a-provvedimenti-dell-autorita-giudiziaria-ed-a-favore-degli-ex-detenuti>



psicologici soprattutto ai detenuti nuovi al fine di ridurre il rischio di suicidio e di autolesionismo. Per quanto riguarda il lavoro, la regione Marche adotta una serie di provvedimenti:

- garantisce diritto al lavoro ai detenuti;
- si fa carico del reinserimento sociale eliminando qualsiasi forma di discriminazione nei confronti dei detenuti;
- ideare percorsi di formazione professionale all'interno e all'esterno dell'istituto;
- proporre stage, tirocini, percorsi individuali per reintegrare nel lavoro i carcerati;
- dare la possibilità, ai soggetti detenuti, di compiere attività lavorative all'interno della struttura penitenziaria.

Importante è consentire, ai soggetti in detenzione, lo svolgimento di attività motoria e sportiva.

In collaborazione con altri enti, quali AST, il centro di giustizia minorile e l'Autorità giudiziaria, la regione promuove attività di mediazione penale tramite il Centro regionale per la mediazione di conflitti.

Nel 2019 viene stilato il piano regionale per prevenire condotte suicidarie nella struttura detentiva per adulti nelle Marche. Segue nel 2020, sempre in tema di prevenzione, il piano regionale ridurre l'autolesionismo e i suicidi nei servizi residenziali minorili.

Nelle Marche ci sono otto istituti di pena: due case circondariali a Camerino e Pesaro, tre case di reclusione presenti ad Ancona, Fermo e Fossombrone, tre che sono sia circondariali che di reclusione ad Ancona, Ascoli Piceno e Macerata Feltria.

Al 30 novembre 2022, secondo i dati del Ministero, negli istituti di pena si contavano 864 persone detenute su una capienza di 828 posti. L'unica sezione femminile della regione era nell'istituto di Pesaro e ospitava 23 donne. In totale, i detenuti stranieri erano 302, le persone in semilibertà 25 di cui 7 straniere.

## **1.4 Infermiere di Comunità Penitenziaria**

Il personale infermieristico entra per la prima volta all'interno della sanità penitenziaria negli anni 70 con la legge 740.

L'infermiere, in questo contesto, si trova costantemente in relazione con la polizia penitenziaria con cui si confronta per ottimizzare i processi assistenziali dei detenuti. Il ruolo che egli svolge rappresenta una vera e propria attività specialistica polifunzionale non limitandosi, di fatto, alla sola esecuzione di procedure standard. Le competenze infermieristiche sono di natura tecnico specialistica, organizzativo-gestionale e relazionale-comunicative. Le aree di sua pertinenza sono:

1. Il rispetto dei diritti dei soggetti detenuti, gestione del counselling;
2. Valutazione profilo epidemiologico, analisi delle situazioni prevalenti che richiedono intervento infermieristico;
3. Gestione dell'assistenza infermieristica in relazione alla legislazione penitenziaria e alla normativa vigente;
4. Integrazione interprofessionale
5. Definizione delle opportunità di cura e di percorsi assistenziali ad opera del SSN;
6. Gestione delle terapie farmacologiche
7. Presa in carico del paziente e valutazione, pianificazione e attuazione degli interventi nel processo di cura e nella rilevazione di aspetti che possono risultare compromessi dalla detenzione quali l'insorgenza di conseguenze psico-fisiche.

L'infermiere ha, inoltre, ruolo di educatore terapeutico. L'OMS definisce l'educazione terapeutica come “permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia”.

Il ruolo del professionista sanitario in questo campo è, quindi, quello di prevenire le malattie infettive (HIV, HCV e tubercolosi) e l'abuso di

sostanze, occuparsi di programmi sanitari di prevenzione e gestire i farmaci, stupefacenti e i registri.

Per quanto concerne il reinserimento nella comunità, egli identifica le esigenze ed i rischi ai quali i detenuti possono essere soggetti e si occupa di ciò che è legato all'aspetto sanitario come la sorveglianza sanitaria e terapeutica. Importante in questo campo è l'ascolto attivo e un'accoglienza che non guardano il giudizio e i reati commessi dai detenuti per poter garantire relazioni efficaci ed un supporto adeguato.

Tra le mansioni dell'infermiere in ambito penitenziario c'è la gestione della dimissione, durante la quale si valuta l'intero percorso assistenziale e la pianificazione assistenziale individualizzata (PAI). Il PAI rappresenta la presa in carico del paziente in un ambiente multidisciplinare e multiprofessionale da parte di un'equipe di professionisti sanitari.

La lettera di dimissione viene rilasciata a:

- ✓ Chi ritorna in libertà
- ✓ Arresti domiciliari
- ✓ Andare in comunità
- ✓ Viene inviato al centro di identificazione ed espulsione
- ✓ Trasferito in un altro istituto

La lettera di dimissione è composta da:

- ✓ Storia clinica e patologie
- ✓ Terapia
- ✓ Analisi del sangue
- ✓ Referti diagnostici
- ✓ Vaccinazioni
- ✓ Esiti screening eseguiti in carcere

Il PAI si conclude con la consegna della lettera di dimissione che rappresenta la chiusura della cartella clinica.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche, l'infermiere, ha il compito di valutare i segni e sintomi da astinenza da sostanze, gestire la complessità

dei farmaci stupefacenti e mantenere una relazione complessa con la persona tossico-dipendente. Favorisce, inoltre, la promozione della salute.

In definitiva, l'infermiere che lavora all'interno di una struttura penitenziaria deve:

- Svolgere attività di educazione terapeutica e sanitaria promuovendo la correzione degli stili di vita, programmi di prevenzione, screening, promuovere tutela della salute mentale
- Presa in carico del paziente identificando i bisogni sanitari e assistenziali e pianificandoli
- Possedere competenze specifiche relative alla tossicodipendenza
- Identificare le cronicità avvalendosi del supporto di sistemi che stratifichino il rischio, siano in grado di programmare gli interventi e valutarne i risultati
- promuovere la tutela della salute mentale

Lavorare all'interno della struttura penitenziaria è di per sé una forma di detenzione per via delle rigide regole alle quali gli operatori sanitari devono sottostare. come l'obbligo di lasciare gli apparecchi elettronici durante l'orario di servizio. A questo si affiancano alti livelli di stress dovuti allo scenario in cui gli infermieri operano, caratterizzato da ambienti chiusi, sbarre e cancelli e alla carente conoscenza di normative e prescrizioni degli Istituti di detenzione.

I rischi ai quali gli infermieri penitenziari sono sottoposti non si discostano molto da quelli in cui possono incorrere gli infermieri in altri reparti. All'interno delle carceri, gli operatori sanitari vengono affiancati dalla polizia penitenziaria che fornisce loro sicurezza e protezione.

## CAPITOLO 2

### PREVENZIONE IN AMBITO PENITENZIARIO

#### 2.1 Prevenzione del suicidio

La World Health Organization (WHO) ha lanciato, nel 1999, SUPRE. Si tratta di un programma su scala mondiale finalizzato alla prevenzione del suicidio.

In generale, viene commesso un tentativo di suicidio all'incirca ogni 3 secondi e un suicidio completo ogni minuto.

I detenuti, rispetto alla popolazione generale, sviluppano maggiormente comportamenti suicidari che porteranno con sé per il resto della loro vita.

L'incarcerazione rappresenta perdita di libertà, paura di ciò che non si conosce e preoccupazione per il proprio futuro. Durante questo periodo, la persona è sottoposta a stress e ciò può portare quest'ultima a togliersi la vita.

I detenuti più a rischio sono quelli in attesa di giudizio, in genere maschi di età compresa tra 20-25 anni che sono alle prese con la prima carcerazione. Il suicidio, in questo caso, viene commesso nelle prime ore di detenzione e chi lo commette è sotto effetto di sostanze stupefacenti.

Risultano a rischio anche i condannati di 30-35 anni che decidono di mettere fine alle loro sofferenze dopo anni passati in prigione. Non sono da escludere le donne in quanto hanno maggiore prevalenza a sviluppare malattie mentali gravi.

Il metodo più comune di suicidio è l'impiccamento (87,6 %) con lenzuola, lacci o vestiti e avviene soprattutto di notte o nel fine settimana, momenti in cui il personale è scarso. A seguire abbiamo taglio dei polsi, soffocamento con vari oggetti e in alcuni casi overdose da farmaci psichiatrici.

Il programma di prevenzione prevede l'addestramento del personale di custodia che avverrà non solo all'inizio ma costantemente in modo tale

da rimanere aggiornato. Il personale deve essere in grado di identificare i pazienti a rischio, eseguire una valutazione e riconoscere i “falsi allarmi”. Ogni qualvolta venga identificato un rischio elevato di suicidio, esso deve essere inserito nel registro del detenuto in modo che possa sempre essere a disposizione.

I momenti in cui è possibile raccogliere maggiori informazioni sono:

- durante i controlli di routine in cui è possibile individuare degli indicatori: crisi di pianto, estrema irrequietezza, insonnia, sbalzi di umore improvvisi, gesti di spoliamento;
- durante i periodi che precedono le udienze in tribunale;
- durante i colloqui con i familiari e amici

In aggiunta è utile eseguire un esame di status mentale per poter verificare la salute psichica del detenuto.

Talvolta il suicidio in carcere è visto come gesto manipolatorio, fatto dai carcerati con disturbi di personalità o sociopatici per cercare di essere trasferiti in ospedale o in un’istituzione meno restrittiva. Altri ricorrono all’autolesionismo o, per le donne, all’automutilazione per ridurre la tensione. Non è facile, tuttavia, differenziare il tentato suicidio dall’automutilazione.

In caso di suicidio sia gli operatori sanitari che gli agenti di custodia, devono analizzare l’accaduto per poter ricostruire l’evento e identificare i fattori scatenanti. Inoltre, è opportuno valutare il sistema di risposta all’emergenza e delineare nuove regole per prevenire il più possibile il suicidio.

Ricapitolando, una buona prevenzione prevede:

- addestramento del personale sanitario e di custodia
- valutazione dell’ambiente carcerario con particolare attenzione alla qualità del clima sociale
- procedure di screening dei detenuti all’ingresso in struttura e durante la detenzione
- comunicazione tra il personale carcerario

- procedure scritte in cui siano riportati i requisiti minimi per poter ospitare i detenuti a rischio elevato. Consentire, inoltre, adeguata
- osservazione e ricorrere ai mezzi di contenzione se non vi è altra scelta
- comunicazione con i servizi di igiene mentale
- strategie di debriefing

Per la valutazione del rischio suicidario in un centro penitenziario, giudiziario o comunitario, si fa riferimento alla scala SAMI. Essa permette al personale sanitario di avere un quadro delle variabili rilevanti e determinare il rischio entro le 24 ore successive all'ingresso in struttura. Ha 20 items ciascuno valutato su una scala a 3 punti (0,1,2). Per registrare i risultati viene utilizzato un modulo di valutazione.

Il suo utilizzo non è riservato esclusivamente all'ambito penitenziario, ma si estende alla comunità residenziali, istituti e comunità per minorenni e più generalmente in ambito forense.

La scala Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) viene utilizzata dagli infermieri per valutare la tendenza al suicidio in pazienti con disturbi psichici. Essa è composta da 15 items che vanno ad indagare la sfera psicosociale e quella patologica di una persona (tabella 1)

Table 1. Nurses' Global Assessment of Suicide Risk: English and Italian version.

| English version   |           |
|---|-----------|
| Item  | Score     |
| Presence/influence of hopelessness  | 3         |
| Recent stressful life event (e.g. job loss, financial worries, pending court action)                        | 1         |
| Evidence of persecutory voices/beliefs  | 1         |
| Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure   | 3         |
| Evidence of withdrawal  | 1         |
| Warning of suicidal intent  | 1         |
| Evidence of a plan to commit suicide  | 3         |
| Family history of serious psychiatric problems or suicide   | 1         |
| Recent bereavement or relationship breakdown  | 3         |
| History of psychosis  | 1         |
| Widow/widower   | 1         |
| Prior suicide attempt   | 3         |
| History of socio-economic deprivation   | 1         |
| History of alcohol and/or substance misuse  | 1         |
| Presence of terminal illness  | 1         |
| Italian version   |           |
| Item  | Punteggio |
| Presenza/impatto della mancanza di speranza   | 3         |
| Evento stressante recente, per esempio perdita del lavoro, preoccupazioni finanziarie, pendenze giudiziarie | 1         |
| Allucinazioni uditive/convinzioni persecutorie  | 1         |
| Evidenza di depressione/perdita d'interesse o perdita di piacere  | 3         |
| Ritiro sociale  | 1         |
| Verbalizzazione di intenzionalità suicidaria  | 1         |
| Evidenza di una progettualità suicidaria  | 3         |
| Storia familiare di disturbi psichiatrici gravi o di suicidio   | 1         |
| Lutto recente o interruzione di relazioni affettive   | 3         |
| Anamnesi positiva per disturbi psicotici  | 1         |
| Vedova/vedovo   | 1         |
| Pregresso tentativo di suicidio   | 3         |
| Storia di privazioni socio-economiche   | 1         |
| Storia di alcolismo e/o abuso di alcol  | 1         |
| Presenza di malattia terminale  | 1         |

7

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) *Tabella 1*

<sup>7</sup> Tabella 1:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https://www.rivistadipsichiatria.it>



## **2.2 Malattie croniche e detenzione**

Tra le patologie che colpiscono i detenuti, si trovano al primo posto le malattie infettive tra cui le epatopatie croniche, HIV, HBV ed HCV. In seguito sono presenti le malattie psichiatriche come i disturbi della sfera comportamentale e caratteriale che sono quelli maggiormente diffusi. I carcerati possono sviluppare anche patologie dell'apparato osteo muscolare, cardiovascolare come ipertensione essenziale e cardiopatie reumatiche e ischemico-coronariche. È possibile riscontrare anche patologie endocrine e metaboliche, diabete ed infine malattie dermatologiche con una frequenza maggiore di parassitosi dermiche.

I problemi che, per lo più, impegnano la polizia penitenziaria e il personale assistenziale e medico sono quelli legati alla tossicodipendenza come le crisi di astinenza.

### **Malattie cardiovascolari**

L'infarto del miocardio rappresenta la principale causa di morte nella popolazione detenuta. La medicina penitenziaria ha qui un ruolo importante sia nell'ambito della prevenzione primaria che in quella secondaria. Il medico penitenziario è colui che si occupa della patologia cardiovascolare. I soggetti maggiormente colpiti da infarto del miocardio sono solitamente quelli che superano i 50 di età.

Nel contesto penitenziario il dolore toracico viene, il più delle volte, sottovalutato o difficilmente interpretato in quanto il detenuto può simularlo. Per questo è importante dapprima capire se il dolore che avverte sia reale o frutto della finzione. Nell'infarto del miocardio, il dolore che si avverte è di tipo oppressivo che si irradia al collo, alla mandibola, agli arti superiori e al dorso. Tuttavia può essere localizzato anche a livello epigastrico accompagnato da nausea e vomito

## **Infezioni e malattie trasmissibili**

Nell'ambiente carcerario si ha maggiore diffusione di malattie infettive per il sovraffollamento dei detenuti, per le scarse condizioni igieniche e l'accesso limitato alle cure. Le infezioni maggiormente presenti sono elencate di seguito:

- HIV: si trasmette attraverso rapporti non protetti, condivisione di aghi tra detenuti che utilizzano droghe in forma iniettabile;
- HBV e HCV: trasmesse principalmente attraverso la condivisione di aghi utilizzati per i tatuaggi o per iniettare droghe;
- Tubercolosi: la trasmissione avviene per inalazione di particelle di tosse e il rischio aumenta in particolare nei penitenziari sovraffollati;
- Staphylococcus aureus resistente alla meticillina: si trasmette attraverso contatto e può causare infezioni cutanee e sistemiche;
- Scabbia: causa prurito intenso e diffonde maggiormente in situazioni di sovraffollamento.

Tra le infezioni elencate, di maggiore rilievo è l'HIV. In primo luogo, è fondamentale informare i detenuti all'arrivo in struttura sulle prevenzioni da adottare. I reclusi devono poter eseguire i test HIV in modo gratuito e riservato ed essere supportati da terapia psicologica anche nel caso in cui il test risulti negativo. Il personale sanitario esperto si occuperà della consegna dei risultati del test in via anonima nel rispetto della privacy del detenuto. Per poter informare le autorità amministrative è necessario il consenso scritto.

Potrebbe risultare utile l'adozione di stanze per le visite coniugali o dove poter consumare rapporti in modo sicuro. Questo potrebbe rafforzare i legami dei detenuti sia con i loro partner che con le loro famiglie. Inoltre, si deve rendere favorevole la distribuzione di preservativi e lubrificanti in maniera gratuita e anonima.

Fondamentale è, quindi, adottare misure preventive tra cui screening e test medici per individuare chi è sospetto di infezione. Una volta individuata, la persona infetta va posta in isolamento. Promuovere

l'igiene personale compreso il lavaggio accurato delle mani. Rendere possibile la vaccinazione per le malattie che possono essere prevenute.

Nei penitenziari europei si deve provvedere all'attivazione di sistemi di sorveglianza epidemiologica, come i test anonimi dell'European Network, per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite. Essi consistono nel prelievo di saliva e nella compilazione di un questionario.

In relazione all'epatite, è importante garantire l'immunizzazione contro l'epatite B al momento dell'ingresso in carcere. Per l'epatite C eseguire lo screening a tutti i detenuti.

Il personale carcerario deve essere opportunamente addestrato e aggiornato su ogni aspetto dell'HIV, dell'epatite e della tossicodipendenza da punto di vista medico, psicologico e sociale. Anche al personale deve essere garantita la vaccinazione contro l'epatite B per via dell'elevato rischio di contrazione.

Dal punto di vista strutturale, invece, è necessario diminuire l'eccessivo affollamento e migliorare le condizioni igieniche per ridurre i rischi di contagio.

### **Disturbi psichiatrici**

L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati dai propri familiari e amici, la crisi di astinenza che affrontano i tossicodipendenti, la consapevolezza di dover passare molto tempo in detenzione, lo stress quotidiano della vita in carcere, rendono difficoltosa la permanenza in struttura mettendo a dura prova la resistenza di una persona. Per molti, di fatti, l'ingresso in carcere è uno dei momenti più critici dell'esistenza. Ciò può tuttavia essere agevolato dal Servizio Nuovi Giunti ad opera degli psicologi del carcere, i quali effettuano un colloquio con ogni detenuto che fa ingresso in struttura per poter valutare lo stato psicologico del soggetto e prevenire gesti autolesivi.

Il detenuto con disagio mentale ha più difficoltà ad integrarsi in una comunità carceraria. Secondo il Progetto Medics, per intercettare qualsiasi forma di disagio psichico, è utile la collaborazione tra la struttura penitenziaria e i servizi del territorio. La presenza di Dipartimenti di Salute mentale negli istituti di pena permette l'immediata attivazione del percorso diagnostico e terapeutico, assicurare costante aiuto psichiatrico e l'applicazione di programmi di riabilitazione.

I disturbi mentali in carcere hanno natura duplice: da un lato bisogna intervenire sulle reazioni depressivo-ansiose dovute all'arresto; dall'altro lato è opportuno trattare le forme psicopatologiche gravi che si manifestano in struttura. Il primo segnale di un problema di salute mentale è la perdita della cura di sé e a questo va posta particolare attenzione.

I disturbi che si possono osservare sono:

- ❖ Psicotico
- ❖ Parapsicotico
- ❖ Tossicomaniaco
- ❖ Psicosomatico-somatopsichico
- ❖ Nevrotico
- ❖ Reattivo

Insonnia, inappetenza, incapacità a gestire la propria emotività contribuiscono a creare nel detenuto una situazione di allarme ansioso ed è proprio su questo che bisogna agire, non solo farmacologicamente, per impedire che avvengano episodi autolesivi. A questa segue una fase di distacco ed indifferenza in cui subentra la depressione. Determinante, in questo caso, è il rapporto con la famiglia.

Tra le patologie riscontrabili in carcere troviamo la psicosi in cui il soggetto perde, in maniera temporanea o definitiva, la capacità di comprendere il significato della realtà in cui si trova a vivere. Anche i tossicodipendenti presentano sofferenze e disagi che, a lungo andare, possono trasformarsi in disturbi psichici.

Il problema nel trattamento di questi disturbi riguarda la gestione del paziente in un contesto particolarmente difficile quale quello penitenziario. L'intervento psichiatrico deve avere come obiettivo quello di far comprendere al paziente che esiste interesse per la sua condizione ed attuare strategie orientate a ripristinare l'autostima.

Alcuni problemi di personalità, come il disturbo borderline o narcisista grave, causano diversi problemi all'equipe medica del carcere. Questi soggetti risultano, in apparenza, adeguati sul piano del comportamento e adattati al contesto in cui si trovano ma in realtà hanno diverse problematiche e comportamenti ambivalenti e contraddittori. Possono essere ricattatori, aggressivi o manipolatori, polemici e pretendere assistenza dal medico o dallo psichiatra. In caso di risposta negativa sfociano in atteggiamenti aggressivi sia verso il personale che verso loro stessi. Complessa è, altresì, la gestione delle forme depressive maggiori sia per l'elevato rischio di suicidio di chi ne soffre, che per l'impossibilità a poter proseguire la terapia farmacologica in carcere. Talvolta i rapporti che lo psichiatra intraprende con il paziente sono discontinui, gli interventi frammentati e si ha la mancanza di coordinamento con altre figure sanitarie.

Mentre per alcuni problemi psicopatologici è possibile la gestione nel contesto penitenziario, per altre si delinea l'obbligo a rivolgersi a servizi esterni.

L'afflizione della detenzione porta ad una sofferenza che non può essere eliminata ma accettata. Il fine del trattamento, di fatto, è quello di fornire sostegno psicologico per ridurre o quantomeno non aggravare la sintomatologia.

Con la legge 8 agosto del 1995, le *“condizioni di salute particolarmente gravi incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non*

*consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere*”<sup>8</sup> sono condizioni ostative alla custodia del detenuto nel contesto penitenziario.

Verificare:

- Se le cure all'imputato possono essere praticate all'interno del carcere;
- Se il detenuto possa essere trattato in luoghi esterni di cura o in ospedali;
- Se lo stato di detenzione è incompatibile con il trattamento terapeutico;
- Se lo stato di privazione della libertà interferisce in maniera negativa sull'efficacia del trattamento terapeutico e ne compromette l'esito nuocendo alla persona assistita.

### **Il problema della tossicodipendenza**

Il problema della tossicodipendenza è passato da un modello esclusivamente medico ad uno conoscitivo di tipo socio-psicologico. Nel 1975, con la legge 685 “*disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*”, si vede la necessità di intervenire sul fenomeno tramite programmi di prevenzione sia in ambito preventivo e sociale che terapeutico.

Nel 1986 il trattamento è volto al recupero del detenuto, in particolare: per i tossicodipendenti che sono in terapia in luogo pubblico o privato sono previsti gli arresti domiciliari in alternativa alla reclusione, principalmente l'affido in prova al servizio sociale in casi speciali.

Circa l'89% dei detenuti assumeva l'eroina come droga primaria, a cui associava altri tipi di droghe. Rilevante fu l'aumento dell'uso della cocaina.

---

<sup>8</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1995-08-08;332~art21>

I problemi posti dal detenuto tossicodipendente sono catalogabili in due categorie rappresentate da ricerca di “surrogati” della droga e da disturbi depressivi.

- Del primo caso fanno parte le richieste continue di farmaci sia al personale sanitario che all’infermiere, l’inalazione del gas contenuto nelle bombole da cucina, ricorso all’alcool, i tentativi di introdurre droga nell’istituto di detenzione;
- Le reazioni depressive possono sfociare in gesti autolesionistici fino al suicidio vero e proprio.

Particolare attenzione si pone al piano sanitario per quanto riguarda la gestione di questi soggetti, in quanto è richiesta un’assistenza diversa rispetto agli altri detenuti. Ciò è dovuto alle scarse condizioni dell’organismo, alla condizione dovuta all’astinenza, alla presenza di malattie collaterali e all’HIV che colpisce maggiormente questa categoria di detenuti. Per il trattamento, l’Amministrazione penitenziaria si avvale dell’uso dei propri servizi sanitari che si prendono carico dei detenuti tossicodipendenti favorevoli ai programmi di cura individualizzati.

Importante risulta l’ingresso del detenuto in struttura, momento in cui è fondamentale accertare il tipo di tossicodipendenza e lo stato del soggetto in questione, in merito a problemi dovuti alla sindrome da astinenza, patologie concomitanti e infezioni al fine di garantire adeguata assistenza. In questa fase il soggetto viene preso in carico dal servizio “nuovi giunti”, un presidio sanitario e psicologico che si occupa di pronto intervento e sostegno nelle prime ore di detenzione. Inizialmente gli interventi farmacologici prevedevano la disintossicazione con l’ausilio di farmaci sostitutivi, quali il metadone, cosa che nel tempo si è ridotta a favore di soluzioni che prevedono trattamenti di natura prettamente psicologica e sociale.

Successivamente all’accertamento all’ingresso, il trattamento penitenziario prevede l’osservazione della personalità così da poter mettere in atto interventi mirati per quella specifica persona.

Una volta superata la crisi di astinenza e svolto il programma di disintossicazione, il detenuto dovrebbe svolgere attività lavorative e sociali all'interno del carcere.

Vi sono, tuttavia, diverse problematiche nella gestione di questi particolari detenuti tra le quali l'eccessivo affollamento del penitenziario che non permette di svolgere attività e di avere posti di lavoro sufficienti per il trattamento dei soggetti in questione. Per arginare questi ostacoli, l'Amministrazione penitenziaria ha creato sezioni o piccoli istituti penitenziari con regime di custodia per i detenuti più inclini ad un intervento terapeutico. Esse dovrebbero rendere più agevole l'applicazione delle misure alternative, permettendo il contatto tra tossicodipendenti e servizi pubblici o privati. Queste sezioni sono gestite un'equipe composta da personale dell'Amministrazione penitenziaria e da quello delle UU.SS.LL. con specifica formazione.

Oltre alle attività di trattamento del detenuto, vengono intensificate le iniziative per rendere più agevole il reinserimento all'esterno nel momento in cui viene dimesso.



## CAPITOLO 3

### PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO: ATTIVAZIONE DI UN AMBULATORIO DI TELEMEDICINA

#### 3.1 La telemedicina nell'assistenza sanitaria

Secondo il Ministero della Salute, con il termine telemedicina si intende una *“modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni i cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località<sup>9</sup>”*. I servizi che offre la Telemedicina vanno assimilati a qualsiasi servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Essa, però, non va a sostituire le prestazioni tradizionali, che prevedono il rapporto personale medico-paziente, ma va ad integrarle rendendole maggiormente efficaci, efficienti e appropriate.

Per l'OMS, con Telemedicina si va ad indicare *“l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità<sup>10</sup>”*.

La prima applicazione della telemedicina in Italia risale al 1976, quando, con l'ausilio della linea telefonica, furono trasmessi elettrocardiogrammi a distanza.

Con questa innovazione si rende possibile il miglioramento dell'erogazione dei servizi sanitari attraverso una più consistente

---

<sup>9</sup>[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_all-egato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_all-egato.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.digital4.biz/executive/digital-transformation/telemedicina-che-cosa-e-definizione-tecnologie-adozione-in-italia/>

collaborazione tra i professionisti della sanità. I benefici che essa di cui essa si fa garante sono:

- ❖ Equità di accesso: permette il raggiungimento di pazienti situati in aree difficilmente raggiungibili;
- ❖ Garantire assistenza sanitaria in sicurezza evitando lo spostamento dei pazienti verso gli studi medici, in particolar modo per coloro che sono affetti da patologie croniche;
- ❖ Migliorare l'interazione tra il medico ed il paziente e velocizzare i tempi di risposta sulle azioni da intraprendere, andando a ridurre i rischi legati ai tempi di attesa;
- ❖ Contenimento della spesa

I servizi di telemedicina possono essere classificati in 3 aree rappresentate dalla Telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza.

### **Telemedicina specialistica**

- Televisita: interazione tra paziente e medico/specialista con l'ausilio di un supporto video;
- Teleconsulto: interazione tra medici e specialisti con l'intento di definire una diagnosi o scegliere la terapia appropriata;
- Telecooperazione: prevede che il medico o l'operatore sanitario siano assistiti da un altro medico o da un'altra figura sanitaria durante la prestazione.

### **Telesalute**

Si avvale di un servizio di assistenza personalizzato per i pazienti cronici o anziani, i quali vengono messi a diretto contatto con il loro medico che si occupa della diagnosi, monitoraggio dei parametri vitali a distanza e della gestione del percorso di cura.

## **Teleassistenza**

La teleassistenza fa riferimento a tutti i servizi di socio-assistenza a persone fragili o diversamente abili, svolti a domicilio degli stessi, per mezzo della gestione di allarmi, dell'attivazione di servizi di emergenza o di chiamate da parte di un centro servizi con scopo di assistenza.

## **3.2 Ambulatorio infermieristico di telemedicina in carcere**

### **1- Premessa**

Il cambiamento socio- economico con le restrizioni, ha determinato modificazioni nei sistemi sanitari e nella visione della salute, lanciando nuove sfide alle professioni sanitarie, specialmente quelle infermieristiche, tanto da rendere necessario rivedere le pratiche assistenziali e assumere nuove responsabilità nell'ottica della sicurezza ed integrazione delle cure. In particolare, si vede la necessità di offrire una migliore assistenza ai pazienti negli Istituti di pena offrendo loro servizi di telemedicina.

In alcuni paesi sono state adottate chiave direttive politiche, secondo cui le innovazioni nell'assistenza sanitaria devono prevedere una elevata qualità delle prestazioni infermieristiche attraverso il raggiungimento ed il mantenimento di elevati standard professionali nelle pratiche, nonché il contenimento e controllo sui loro costi e risultati.

Uno dei maggiori problemi dell'organizzazione dei sistemi penitenziari contemporanei è il poter garantire a pieno il rispetto dei diritti fondamentali dei detenuti. Fra questi, spicca in primo luogo il diritto alla salute, in quanto le persone detenute presentano spesso condizioni particolari e la telemedicina si rivela, a tal fine, un prezioso supporto all'assistenza in particolare garantendo continuità assistenziale, monitorando i pazienti affetti da patologie croniche e semplificando l'invio dei referti.

Un fattore da tenere in considerazione è l'innalzamento dell'età dei detenuti il quale comporta un bisogno crescente di assistenza sanitaria.

## **2- Indagine di contesto**

Il Servizio Sanitario Nazionale sta spostando sempre di più l'attenzione dell'ospedale al territorio al fine di poter razionalizzare i processi decisionali ed intervenire con strategie efficaci nelle situazioni di potenziale criticità.

## **3- Obiettivi del progetto**

Il progetto “ambulatorio infermieristico di telemedicina in carcere” ha come obiettivo quello di migliorare e incrementare l'assistenza sanitaria degli internati negli Istituti di pena, ottimizzando le risorse disponibili garantendo televisite, teleconsulti, telemonitoraggio e telerefertazione. Il fine ultimo è offrire sicurezza e minimizzare i rischi relativi agli spostamenti per l'esecuzione di esami quali ad esempio elettrocardiogramma, holter pressorio, holter cardiaco, con la telemedicina.

Il progetto si compone di 4 step ognuno con relativi obiettivi specifici, che vanno ad individuare efficaci strategie per ogni dimensione presa in considerazione:

1. Primo step-obiettivo specifico: uniformare le competenze e le conoscenze per l'infermiere dell'ambulatorio di telemedicina;
2. Secondo step-obiettivo specifico: assicurare prestazioni programmate o di controllo ;
3. Terzo step- obiettivo specifico: condividere i referti degli esami con il cardiologo a distanza permettendo la formulazione di una diagnosi e la tempestiva definizione di una strategia terapeutica;
4. Quarto step-obiettivo specifico: ottimizzare l'assistenza ai soggetti detenuti e promuovere la centralità della persona all'interno dei percorsi di cura.

#### **4- Strategie ed azioni**

Di seguito vengono riportate le strategie e le azioni da intraprendere per ognuno degli obiettivi specifici presi in considerazione.

1. **Il primo obiettivo specifico: uniformare le competenze e le conoscenze per l'infermiere dell'ambulatorio di telemedicina**

- Presentare il progetto all'equipe medica e infermieristica
- Valutare le competenze necessarie allo svolgimento delle attività richieste in ambulatorio
- Elaborare istruzioni operative per il personale coinvolto

2. **Il secondo obiettivo specifico: assicurare sia prestazioni programmate o di controllo che quelle in urgenza**

- Definire le funzioni dell'infermiere di ambulatorio di telemedicina
- definire le attività che si svolgeranno all'interno dell'ambulatorio
- identificare i soggetti da sottoporre alle prestazioni
- supporto nella gestione e fornitura di presidi ed apparecchiature

3. **Il terzo obiettivo specifico: condividere i referti degli esami con il cardiologo a distanza permettendo la formulazione di una diagnosi e la tempestiva definizione di una strategia terapeutica**

- Presentare il progetto al Dirigente dell'istituto penitenziario
- Presentare il progetto alla Direzione medica e infermieristica

- Elaborare una brochure informativa ed un questionario di gradimento
4. Il quarto obiettivo specifico: ottimizzare l'assistenza ai soggetti detenuti e promuovere la centralità della persona all'interno dei percorsi di cura
- Raccolta di questionari di gradimento sulle attività svolte
  - Monitorare l'andamento della nuova metodologia di lavoro

## **5- Team**

Il team è composto dagli infermieri che svolgono le attività previste in ambulatorio seguendo la turnazione in concomitanza con il medico con quale collaborano

Criteria per individuare il personale

- ❖ Conoscenza e utilizzo della normativa specifica e dei protocolli
- ❖ Conoscenza e utilizzo dei sistemi informatizzati
- ❖ Capacità di relazionarsi con il detenuto
- ❖ Disponibilità a frequentare corsi specialistici
- ❖ Capacità organizzativa

## **6- Interventi clinico- assistenziali**

Al fine di rendere disponibile il servizio di telemedicina si devono avere a disposizione risorse materiali per il tipo di prestazioni che verranno erogate.

Le risorse materiali per rendere operativo il servizio devono essere suddivise in:

- ❑ Ambiente di lavoro: identificare uno spazio apposito in cui possano essere erogate le prestazioni nel rispetto della sicurezza e del detenuto e che disponga di postazioni informatizzate;
- ❑ Forniture di materiale: garantire la fornitura di tecnologie per le per la telemedicina e per gli eventuali esami di laboratorio ove richiesti.

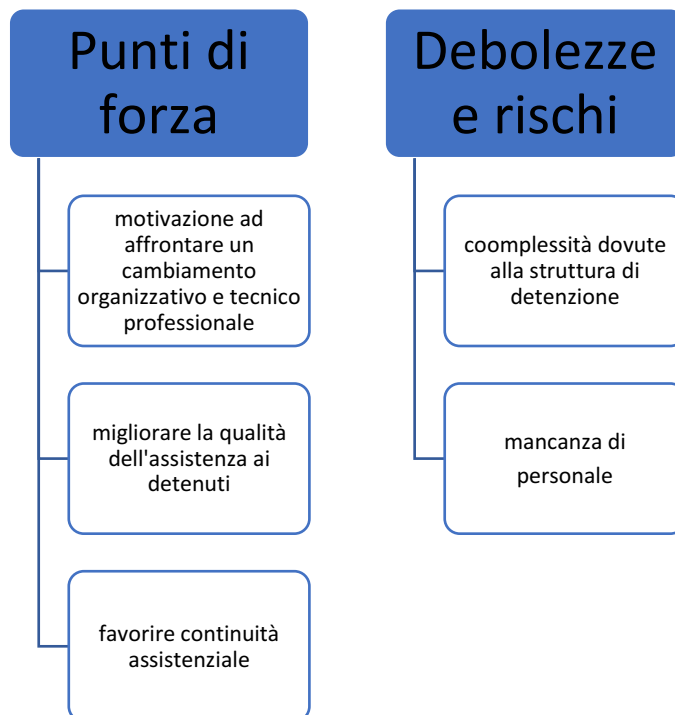
## **7. Strumenti operativi**

- Utilizzo della cartella ambulatorio infermieristica informatizzata
- Software o apparato di videoconferenza per poter condividere la visita a distanza del detenuto

## **7- Prestazioni infermieristiche**

- Utilizzo della piattaforma di telemedicina
- Esecuzione e telerefertazione dell'ECG
- Valutazione parametri e valori vitali quali frequenza cardiaca, pressione arteriosa, gittata cardiaca, cardiogramma
- Uso di holter cardiaco e pressorio
- Emogasanalisi
- Telerefertazione diagnostica di laboratorio





**Matrice SWOT**

## **Conclusione**

Le persone detenute all'interno degli istituti di pena hanno spesso la necessità di ricevere cure rilevanti e urgenti che, tutt'ora, sono ostacolate dalla complessità della struttura, dalla mancanza di personale e di risorse sufficientemente adeguate a garantire i servizi necessari. A questo si affianca la disomogeneità delle attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione e la lentezza nell'erogare tali prestazioni.

La telemedicina e il miglioramento dei servizi digitali rappresenterebbe una valida risposta a queste problematiche ma ancora la realtà carceraria è arretrata in questo campo. La telemedicina potrebbe apportare un sostanziale cambiamento nel penitenziario, andando a migliorare la qualità della cura e della salute dei detenuti, garantendo l'assistenza a malati cronici o anziani ed eliminando, di fatto, i tempi di attesa lunghi e risparmiando di gran lunga sui costi.

Tra le altre barriere a questa realtà si denota l'insicurezza dei sanitari nell'utilizzo di tali tecnologie e il ritardo dell'organizzazione sanitaria nello stabilire i processi organizzativi dovuto alla scarsa dinamicità nella formulazione di specifiche norme del settore.

Con il supporto del PNRR sono in corso numerosi cambiamenti e verranno garantiti numerosi benefici allo sviluppo di reti di prossimità, telemedicina e strutture per un'adeguata e completa assistenza sanitaria nel territorio.

Le innovazioni nell'assistenza sanitaria devono prevedere una elevata qualità delle prestazioni infermieristiche attraverso il raggiungimento e mantenimento di elevati standard professionali nelle pratiche, nonché il contenimento e controllo sui loro costi e risultati.

In conclusione, si è visto come nel privato siano stati fatti progressi nel campo della digitalizzazione ragion per cui necessita di essere estesa anche al sistema di medicina territoriale arrivando all'omologare l'assistenza a tutti i sistemi sanitari compresi gli istituti penitenziari.

## **Ringraziamenti**

A fine di questo elaborato vorrei ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla riuscita di quest'ultimo e che mi hanno affiancato durante questi anni scolastici.

Un sentito grazie alla mia relatrice, la Dott.ssa Annamaria Frascati per avermi seguito nella realizzazione di ogni capitolo della mia tesi.

Ringrazio quelli che non hanno creduto in me per avermi dato la spinta a continuare il mio percorso e a migliorarmi sempre di più.

Ringrazio soprattutto chi in me ha creduto fin dall'inizio, per avermi incoraggiato e spronato a continuare fino alla fine.

In particolare ringrazio la mia famiglia per essermi stata vicina e per il supporto morale datomi.

Grazie mamma per avermi fatto conoscere il mondo dell'infermieristica e per aver avuto la pazienza di starmi vicino nei miei momenti di crisi. Ti ringrazio per essere stata la mia guida durante questo percorso scolastico.

Grazie a mia sorella, Natascia, per avermi sopportato e supportato in tutto questo tempo. Grazie per avermi sempre incoraggiato e ascoltato quando mi sentivo persa.

Grazie ai miei nonni per aver creduto in me sempre e avermi spronato ad andare avanti. Grazie per avermi dato conforto e sostegno nel mio lungo periodo scolastico.

Grazie alla mia migliore amica, Sara, per avermi sostenuto e incoraggiato. Grazie per l'aiuto che mi hai offerto e per l'ascolto che mi hai dato, per essermi rimasta vicina e per aver reso possibile tutto questo.

Ringrazio la mia seconda famiglia che mi ha permesso di arrivare fino qui, standomi vicino anche quando pensavo di non farcela.

Grazie alle mie amiche Noemi, Rosaria e Vittoria per aver condiviso con me parte del mio percorso. Grazie a voi mi sono sentita parte di qualcosa, di un gruppo e ho compreso come studiare insieme faccia differenza rispetto a studiare da soli. Grazie per avermi saputo ascoltare e

incoraggiare a provarci e riprovarci sempre perché se non ti butti non sai come può andare.

Ringrazio chi più di tutti mi ha permesso di ultimare il mio percorso, me stessa. Grazie a me per non essermi arresa alle prime difficoltà, per aver continuato a lottare anche quando avrebbe voluto gettare la spugna. Grazie per aver compreso ciò che davvero desiderava e per aver portato avanti il suo sogno.

Infine, non per importanza, ringrazio gli infermieri che ho incontrato durante il mio percorso per avermi trasmesso l'amore per questa professione e soprattutto ringrazio i pazienti che mi hanno regalato sorrisi e mi hanno reso orgogliosa del lavoro che svolgevo. Grazie per avermi fatto capire che la teoria da sola non basta ma serve anche l'empatia e l'ascolto.

## Bibliografia

(s.d.). Tratto da [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.rivistadi-psichiatria.it%2Farchivio%2F3104%2Farticoli%2F30938%2F&psig=AOvVaw2-0SP6O2xOhw1cNTyrKx4l&ust=1729525113520000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhxqFwoTCPiw\\_aOlnYkDFQAAAAdAAAAABAE](https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.rivistadi-psichiatria.it%2Farchivio%2F3104%2Farticoli%2F30938%2F&psig=AOvVaw2-0SP6O2xOhw1cNTyrKx4l&ust=1729525113520000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBcQjhxqFwoTCPiw_aOlnYkDFQAAAAdAAAAABAE).

Bernardini, F. E. (2018, novembre-dicembre ). Bollettino SIFO. Tratto da <https://www.bollettinosifo.it/archivio/3086/articoli/30787/>

Capoferro, P. (2021, ottobre 7). Digital4. Tratto da NetworkDigital 360: <https://www.digital4.biz/executive/digital-transformation/telemedicina-che-cosa-e-definizione-tecnologie-adozione-in-italia/>

Cerauto, F. (s.d.). Il cuore in pena. Le malattie cardiovascolari in carcere. Tratto da <http://www.medicinapenitenziaria.com/wp-content/uploads/2017/03/Il-cuore-in-pena0001.pdf>

Grosso, F. (2022, maggio 18). Salute Internazionale. Tratto da <https://www.saluteinternazionale.info/2022/05/la-salute-in-carcere/>

Imma Cacciapuoti (Servizio Assistenza Territoriale, R. E.-R. (2017, 10 13). Almae Matris Studiorum Campus. Tratto da <file:///C:/Users/Utente/Desktop/3%20anno/Tesi/infermiere%20in%20carcere.pdf>

Italiano, G. (s.d.). Ministero della Giustizia . Tratto da [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_2\\_3\\_0.page](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0.page)

Lavorare in carcere: un ripiego o una opportunità “La medicina penitenziaria a un anno dal D.Lg. 230/99”. (2000). Tratto da <file:///C:/Users/Utente/Desktop/3%20anno/Tesi/la%20medicina%20penitenziaria.pdf>

Linee Guida sull’AIDS . (s.d.). Tratto da [ristretti.it: http://www.ristretti.it/areestudio/salute/norme/guidaids.htm](http://www.ristretti.it/areestudio/salute/norme/guidaids.htm)

Management of Mental and Brain Disorders Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. (2007). Tratto da [file:///C://prevenzione\\_suicidio.pdf.crdownload.pdf](file:///C://prevenzione_suicidio.pdf.crdownload.pdf)

Mattone, M. (2024, febbraio 12). HealthTech 360. Tratto da Network Digital 360: <https://www.healthtech360.it/telemedicina/telemedicina-in-carcere/>

Normattiva. (1995, agosto). Tratto da <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1995-08-08;332~art21>

Riboldi, G. M. (2023, gennaio 24). InfermieristicaMente . Tratto da <https://infermieristicamente.it/articolo/16459/infermiere-penitenziario%E2%80%A6l-assistenza-dietro-le-sbarre>

Starnini, G. (2009). Tratto da [file:///C:/Users/Utente/Desktop/3%20anno/Tesi/articolo\\_starnini.pdf](file:///C:/Users/Utente/Desktop/3%20anno/Tesi/articolo_starnini.pdf)