



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA**

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
MASTER / PERFEZIONAMENTO IN
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO
INFERMIERISTICO E PER LE PROFESSIONI SANITARIE**

SEDE DI TIVOLI

**IL RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO
NEL SISTEMA SANITARIO PENITENZIARIO DOPO LA
RIFORMA ex D.P.C.M. 1 Aprile 2008.
QUALI COMPETENZE E QUALI PECULIARITÀ.**

RELATORE
Dott. Sandro LIBIANCHI

RELATORE
Dott.ssa Simona LOPPI

STUDENTE
INNOCENZI Valentina

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

RIASSUNTO

IL RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO NEL SISTEMA SANITARIO PENITENZIARIO DOPO LA RIFORMA EX D.P.C.M. del 1 APRILE 2008. QUALI COMPETENZE E PECULIARITÀ.

La Tutela della Salute in carcere (ex 'medicina penitenziaria') è il complesso delle funzioni sanitarie svolte all'interno degli istituti di detenzione. La grande sfida che ha posto la riforma della medicina penitenziaria, trasformando la "tutela della salute in carcere", è insita nella sua specifica natura ad alta complessità e particolarità.

L'assoluta mancanza di chiarezza e prospettiva nel settore ha creato una serie di malintesi e complicazioni tali da disallineare completamente questa parte della sanità rispetto al suo normale svolgimento e contesto nell'abito della sanità pubblica nazionale.

Con il D. Lgs. 230/99 viene dimostrato che le prestazioni di sanità erogati nelle carceri non dovevano essere configurate in un servizio sanitario penitenziario a se stante. Il decreto ha previsto il riordino della sanità penitenziaria ridefinendo le competenze delle regioni sulle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari ed il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

IL D.P.C.M. del 1/4/2008 ha dato attuazione a tale norma, indicando le modalità e i criteri per il trasferimento al Sistema Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie penitenziarie fino ad allora in capo all'amministrazione penitenziaria.

Per tale ragione, la riforma del 2008 pur non modificando il fondamento del diritto alla salute, avendolo riconosciuto come tale già con lo stesso Ordinamento Penitenziario, ha fatto una scelta dirompente rispetto all'organizzazione sanitaria precedente, posta alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria, con l'obiettivo di restituire piena autonomia all'esercizio della professione sanitaria troppo spesso chiamata a confrontarsi e ad agire in una dimensione organizzativa in cui entrano in gioco altri interessi pubblici.

Dunque, una scelta radicale che ribaltava il sistema precedente mettendo l'organizzazione penitenziaria al servizio funzionale delle finalità di tutela della salute della persona, curato dal Sistema sanitario pubblico.

L'assistenza sanitaria del detenuto, in tal senso, si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza. L'esecuzione della pena, vista nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari, passa in secondo piano rispetto la malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si deve muovere in tale direzione.

All'infermiere che opera in carcere viene richiesto un alto livello di decodifica del bisogno, di capacità di relazione con il detenuto sano o malato, nell'ambito del processo infermieristico.

Si configura così una branca della Medicina che è indirizzata all'esercizio in un ambito peculiare, con compiti normativi che prevedono funzioni non solo assistenziali, dedicata alla tutela della salute di una popolazione che si trova in una situazione contingente particolarmente limitativa e che presenta una elevata richiesta di bisogni di salute e stati patologici di diversa natura.

Le strutture penitenziarie racchiudono, una popolazione di persone detenute od internate che fin dall'ingresso in carcere portano con sé il loro vissuto personale di disagio che realizza il concentramento in un unico ambiente dove sono presenti malattie fisiche, psichiche e devianza comportamentale.

Il diritto alla salute, anche se sancito dalla Costituzione, può, comunque, incontrare limiti per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari e per le esigenze di tutela di altri interessi legati allo stato di detenzione.

L'organizzazione dell'assistenza infermieristica deve scontrarsi, infatti, con una realtà normativa alquanto frammentaria e disorganica, caratterizzata da leggi, decreti legislativi, decreti ministeriali, circolari, regolamenti interni e atti convenzionali nonché prassi comunemente accettata sebbene non formalmente prescritte che rendono difficile l'azione in difesa della salute.

Problemi non diversi si riscontrano nell'apparato centrale e periferico dell'amministrazione a causa dell'inesistenza di un vero decentramento funzionale, della mancanza, a livello operativo, di figure professionali specifiche ed, infine, della presenza di limiti burocratici.

La nuova organizzazione, ancorché non conclusa appieno, non può essere compresa se non calata nel complessivo quadro, normativo e strutturale, entro cui essa è nata, nella

convinzione che nessun rinnovamento è tale senza una profonda analisi dell'esistente e dei meccanismi che concorrono alla sua realizzazione.

Coniugare in ambito carcerario il diritto alla salute con la funzione del sistema detentivo appare in primo impatto difficile, soprattutto nel superamento dei pregiudizi connessi al principio di autorità espresso con la struttura penitenziaria.

Il ruolo del coordinatore infermieristico all'interno degli Istituti penitenziari nasce con la circolare del Ministero della Giustizia del 24 maggio 1999 Nr. 577276, con la quale si definiscono i compiti a lui affidati.

Il ruolo del coordinatore infermieristico assume, attraverso l'acquisizione di competenze ed esperienze, un ruolo sempre più autonomo e determinante nella gestione infermieristica all'interno degli Istituti di pena.

Possiamo indentificare tre grandi aree di competenza del coordinatore infermieristico: le competenze clinico-assistenziali, le competenze di management e le competenze relazionali o di leadership.

L'operatore coordinatore persegue, congiuntamente agli infermieri, gli obiettivi di qualità tecnico-professionale, nell'ambito di tutti i processi assistenziale e delle finalità del servizio infermieristico. Il coordinatore infermieristico penitenziario assume un ruolo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse a lui affidate, per il raggiungimento degli obiettivi/risultati stabiliti per il settore infermieristico.

L'analisi della normativa relativa alla sanità penitenziaria, evidenzia che l'attività rivolta alla tutela e al mantenimento del 'bene salute' sia presupposto imprescindibile per la corretta esplicazione dei fini istituzionali detentivi.

Il miglioramento delle prestazioni infermieristiche in ambito penitenziario è legato anche alle capacità del management di sviluppare metodi di gestione del personale.

La tesi cercherà di cogliere il "vissuto" normativo ed organizzativo della funzione sanitaria, in particolar modo l'evoluzione delle competenze del coordinatore infermieristico, mostrando le problematiche, le eventuali carenze e l'apporto "umano" alla realizzazione della tutela. Il tutto, avendo sempre presente la peculiarità del sistema penitenziario e quella relazione oppositiva tra salute e sicurezza che si riflette sull'opera di chi, come me, è chiamato quotidianamente a prendersi cura del detenuto.

INDICE

INTRODUZIONE.....pag.3

Capitolo I

LA MEDICINA PENITENZIARIA

- 1.1 La Medicina Penitenziaria.....pag. 6
- 1.2 La tutela della salute in carcere.....pag. 8
- 1.3 Organizzazione del servizio sanitario penitenziario.
Evoluzione normativa.....pag.12
- 1.4 La riforma DPCM 1 aprile 2008.....pag. 18

Capitolo II

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PENITENZIARIA

- 2.1 Principali patologie in carcere.....pag. 20
- 2.2 Evoluzione dell'assistenza infermieristica in
carcere.....pag. 31
- 2.3 L'assistenza infermieristica: specificità dell'intervento
(contesto confinato)pag. 33
- 2.4 Il Rapporto fiduciario con i sanitari in carcere....pag. 39

Capitolo III

SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA AL DETENUTO

- 3.1 Peculiarità e rischi della somministrazione di farmaci a
pazienti detenuti.....pag. 42
- 3.2 Somministrazione terapia antiretrovirale in carcere.....pag. 46
- 3.3 Continuità assistenziale.....pag. 48
- 3.4 L'importanza della Cartella Clinica Penitenziaria.....pag. 50

Capitolo IV

RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

4.1	Evoluzione della competenze attraverso la normativa.....	pag. 54
4.2	Il coordinatore infermieristico oggi. Il manager.....	pag. 58
4.3	Gestione dell'equipe infermieristica.....	pag. 62
4.4	Approvvigionamento dei farmaci nell'istituto penitenziario.....	pag. 63

Capitolo V

TESTIMONIANZE PRIVILEGIATE: I COORDINATORI INFERMIERISTICI DELLE STRUTTURE PENITENZIARE DELLA REGIONE LAZIO

La ricerca.....	pag. 68
-----------------	---------

DISCUSSIONE / CONCLUSIONE.....	pag. 74
---------------------------------------	----------------

Bibliografia essenziale.....	pag. 77
------------------------------	---------

Sitografia / fonti normative.....	pag. 79
-----------------------------------	---------

ALLEGATO "A": Il questionario.....	pag. 80
------------------------------------	---------

ALLEGATO "B": DPCM 1 aprile 2008.....	pag. 82
---------------------------------------	---------

INTRODUZIONE

La situazione delle carceri in Italia vive da tempo in uno stato oggettivo di significativa e drammatica precarietà.

Il numero dei detenuti è più del doppio di quelli ospitabili, inoltre esiste una grande presenza di soggetti in attesa di giudizio. La diversificazione della popolazione all'interno del carcere è caratterizzata da numeri crescenti di popolazione di stranieri, di soggetti tossicodipendenti, elementi che sul versante del trattamento, peggiorano le dinamiche relazionali interne inducendo un irrigidimento delle misure di controllo.

Lo stato di bisogno aumenta il relazione al deterioramento delle condizioni di vita. Quando le suddette condizioni di vita in carcere continuano a deteriorarsi lasciano spazio a logiche e pratiche mafiose, crescono i rischi per la salute, si diffondono episodi di autolesionismo, di violenza e di suicidi.

Il lavoro, l'istruzione e le attività culturali diminuiscono, facendo perdere ulteriormente di legittimità sociale alla funzione del carcere, in quanto all'interno del carcere circolano inoltre diverse sostanze psicoattive che contribuiscono alla manifestazione di comportamenti devianti tipici del detenuto.

Tutto questo contribuisce a dare forma alla detenzione che vive un contrasto particolarmente profondo e peculiare soprattutto con i principi stessi dello "stato di diritto di salute", laddove si determina un impedimento totale e una drastica limitazione dell'esistenza individuale.

Il recluso tende ad esternare la sofferenza con una catena di sintomi peculiari, comunicandola attraverso la strumentalizzazione degli stessi, la malattia diventa infatti nello stesso tempo “una cura estenuante, come una

danza senza fine che il farmaco aumenta anziché lenire. Mai, come in questo caso, è più vero il paradosso secondo cui: la malattia è la cura".

La salute in carcere non si costruisce. La salute come costruzione sociale è la capacità del soggetto di perseguire la propria concezione di salute e di mantenere la propria capacità progettuale nelle scelte esistenziali. Il carcere diventa un ambiente che si contrappone al raggiungimento di questo obiettivo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, sancisce il principio di equivalenza delle cure come inderogabile necessità di garantire al detenuto le stesse cure mediche e psico-sociali, assicurate a tutti gli altri membri della comunità, considerando il principio per cui "mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita".

Alla luce di quanto detto è opportuno fare distinzione tra "equità della salute" ed "equità della cura", in quanto, la prima non si riferisce alla semplice disponibilità di servizi sanitari, ma alla possibilità che, anche grazie agli stessi, possa essere raggiunto, un effettivo stato di salute rispondente ai bisogni reali dell'utente/detenuto.

La pena deve prevedere quindi una risposta adeguata ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale, e fra i bisogni primari deve essere necessariamente contemplata la tutela del diritto alla salute. Il "trattamento" potrà essere positivo solo se s'inserisce in uno stato di benessere psico-fisico.

L'assistenza sanitaria del detenuto, in tal senso, si pone come attività strumentale e si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si deve muovere in una direzione tale in cui l'esecuzione della pena, vista nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari, passa in secondo piano rispetto la malattia.

La Riforma del 2008 ha determinato un cambiamento fondamentale per la sanità penitenziaria rispetto all'organizzazione sanitaria precedente, posta alle dipendenze dell'Amministrazione penitenziaria, ponendosi come

obiettivo quello di restituire piena autonomia all'esercizio della professione sanitaria.

Questa scelta radicale, frutto di un lungo e controverso percorso iniziato con il d.lgs. 230/99, mette quindi l'organizzazione penitenziaria al servizio funzionale ribadendo la supremazia della tutela della salute della persona, liberando il campo da ogni possibile distorsione di quel diritto fondamentale. L'esistenza di un corpo di norme e di strutture non significa sempre garanzia di tutela.

La tesi cercherà di cogliere il "vissuto" normativo ed organizzativo della funzione sanitaria ,in particolar modo del ruolo del coordinatore infermieristico, mostrando le problematiche, le eventuali carenze e l'apporto "umano" alla realizzazione della tutela. Il tutto, avendo sempre presente la peculiarità del sistema penitenziario e quella relazione oppositiva tra salute e sicurezza che si riflette sull'opera di chi, come me, è chiamato quotidianamente a prendersi cura del detenuto.

Il presente lavoro nasce dalla mia esperienza come infermiera presso la "Casa di Reclusione" e "3° Casa Circondariale" Polo Penitenziario di Rebibbia.

Capitolo I

LA MEDICINA PENITENZIARIA

1.1 La Medicina Penitenziaria

La Medicina Penitenziaria è quella branca della medicina che si occupa della tutela della salute della persona detenuta, attraverso attività di prevenzione, diagnosi e cura del paziente, all'interno delle strutture carcerarie, in sinergia con il servizio sanitario territoriale e ospedaliero, oltre che con il servizio di sicurezza del Ministero della Giustizia.

La medicina penitenziaria è complessa, composta in quanto in essa devono convivere diverse dimensioni da quella prettamente sociale a quella clinica, umanistica e psicologica.

Possiamo affermare che come medicina è più di una disciplina. Date le sue innumerevoli caratteristiche e dimensioni non la si può improvvisare, in quanto l'assistenza sanitaria al detenuto coinvolge tutti gli operatori sanitari, quali infermieri, dirigenti e coordinatori ed è caratterizzata a livello organizzativo e gestionale da una particolare tipologia di lavoro, poiché trattasi di una dimensione di ricerca e cultura.

Alla Medicina Penitenziaria è affidato inoltre il compito di assicurare i necessari indici di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura ed il rispetto del paziente detenuto.

Compito di difficile attuazione, poiché se da una parte gli indirizzi specifici della Medicina Penitenziaria, come branca della Scienza Medica nel suo più ampio significato, contemplano principi, criteri e linee guida costantemente in evoluzione, dall'altra la gestione sanitaria del paziente detenuto assume significati particolari, tra l'inadeguatezza delle risorse ed una normativa non ancora definita.

Facendo distinzione, si parlerà di Medicina Penitenziaria trattando gli aspetti programmatici del settore, e di Sanità Penitenziaria trattando gli aspetti organizzativi e normativi. La Medicina Penitenziaria, infatti, come

scienza di studio si occupa dei problemi legati, non solo alla malattia ma anche alle dinamiche di salute in regime di detenzione, agli aspetti legati alla limitazione ambientale, ad un esclusivo ed obbligato “modus vivendi” della persona detenuta e delle possibili soluzioni. La Sanità Penitenziaria è costituita dall’organico degli operatori sanitari, dall’organizzazione dei servizi, dalle risorse dedicate e dalla formulazione di protocolli omogenei e di procedure.

Nell’erogazione dei servizi sanitari è fondamentale considerare che “il detenuto deve essere sottoposto soltanto alla pena privativa della libertà e non a pene supplementari quali, per esempio, una minore qualità dell’assistenza medica”.

E’ in questo specifico contesto che si inseriscono e si contraddistinguono le competenze di chi deve assicurare la salute delle persone detenute. Il profilo organizzativo della Sanità Penitenziaria, i suoi obiettivi assistenziali, la dipendenza amministrativa dei suoi operatori, sono stati oggetto in questi ultimi anni di discussione e confronto che hanno portato ad una revisione degli indirizzi e della normativa ancora in evoluzione.

Le attività sanitarie in carcere si collocano tra i fini istituzionali affidati all’Amministrazione Penitenziaria e si inseriscono, in un costante dialogo con l’ordine e la sicurezza, poichè per poter operare sul trattamento rieducativo, il mantenimento e la conservazione della salute rappresentano una condizione indispensabile.

La medicina penitenziaria diventa, per le caratteristiche del contesto in cui si inserisce, una branca della medicina generale che ha bisogno di un certo grado di “autonomia e versatilità” che le permettano inoltre di mettere a punto una riforma in grado di tutelare al meglio la salute del paziente-detenuto e la funzionalità del servizio sanitario.

La Specificità della Medicina Penitenziaria consiste nella capacità di operare secondo scienza e coscienza, in un ambiente esso stesso causa di patologia, ma dal quale non si può prescindere; cogliere i bisogni inespressi

del paziente-detenuto senza però prestarsi a strumentalizzazioni da qualsiasi parte provenienti.

Nelle strutture penitenziarie si racchiude, una popolazione di persone detenute o internate che fin dall'ingresso in carcere portano con sé il loro vissuto personale di disagio che realizza il concentramento in un unico ambiente di malattie fisiche, psichiche e di devianza comportamentale.

L'assistenza sanitaria deve scontrarsi quotidianamente con una realtà normativa frammentaria e disorganica, caratterizzata da leggi, decreti legislativi, decreti ministeriali, circolari, regolamenti interni e atti convenzionali nonché prassi comunemente accettata sebbene non formalmente prescritte che rendono difficile l'azione in difesa della salute. Problemi non diversi si riscontrano nell'apparato centrale e periferico dell'amministrazione a causa dell'inesistenza di un vero decentramento funzionale, della mancanza, a livello operativo, di figure professionali specifiche ed, infine, della presenza di limiti burocratici.

Il diritto alla salute infatti, anche se sancito dalla Costituzione, può, comunque, incontrare ostacoli per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi sanitari e per le esigenze di tutela di altri interessi legati allo stato di detenzione.

La nuova organizzazione sanitaria, seppur non ancora definita, non può essere compresa se non calata nel complessivo quadro, normativo e strutturale, entro cui essa è nata, nella convinzione che nessun rinnovamento è tale senza una profonda analisi dell'esistente e dei meccanismi che concorrono alla sua realizzazione.

1.2 La tutela della salute in carcere

Il tema della tutela della salute negli istituti penitenziari comporta una riflessione che, partendo dal dato normativo, si attesti sulle sue concrete declinazioni nella realtà.

Sembra ovvio considerare il diritto della salute come un diritto naturale dell'uomo, in quanto diritto dell'essere umano, ma la condizione

particolare dello stato di detenzione è tale che il detenuto si trasforma, a volte, in un uomo “diverso” con “diversi diritti”, talvolta contrastanti.

In ambito penitenziario il diritto alla salute passa attraverso uno snodo costituito dalla triade: cura-pena-diritti. Il detenuto è da intendersi come soggetto giuridico a tutti gli effetti che mantiene tutti i diritti compatibili allo stato di detenzione.

Parlare di diritti del recluso significa sostenere che la dignità è un bene che l’umanità conserva in qualunque condizione esistenziale e come tale, non è sacrificabile da prevalenti esigenze di sicurezza.

Per la popolazione carceraria la necessità di una pena adeguata al reato commesso non può comportare la perdita della facoltà di esercizio dei propri diritti o il semplice mantenimento della loro titolarità senza la salvaguardia delle necessarie capacità individuali a perseguirlo.

La tutela della salute in carcere non solo rimane diritto del soggetto, ma è anche finalizzata a stimolare la persona detenuta a considerarsi non esclusa dalla comunità sociale.

La necessità deriva dalla consapevolezza che in ambito penitenziario i principi, pur affermati, sono particolarmente esposti a una “rinneazione pratica” per effetto di prassi che ad essi non si conformino.

Il contenuto specifico del diritto alla salute dipende dall’accezione che al termine “salute” s’intende attribuire. Infatti, il diritto alla salute può assumere diversi significati in relazione alle varie situazioni soggettive che in esso trovano tutela ed in base al contesto in cui tale concetto si inserisce.

La definizione data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si riferisce alla salute intesa come uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia” che coinvolge anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza.

La tutela della salute costituisce un interesse per la collettività, in quanto strumento di elevazione della dignità individuale.

Nell'ambito di questa funzione la Costituzione Italiana sancisce:

Art 32 la Repubblica “tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo (straniero o cittadino italiano che sia, la Costituzione parla di individuo) e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, che non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della natura umana”.

L'art.27 si occupa delle pene che “non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

Nel corso dell'evoluzione normativa sono venuti così a delinearsi il diritto all'integrità psico-fisica, il diritto a vivere in un ambiente salubre, il diritto a ricevere cure mediche, il diritto alla scelta del medico e del luogo di cura, il diritto alle cure gratuite per gli indigenti, il diritto ad essere correttamente informati sul proprio stato di salute e sulle conseguenze di un dato progetto terapeutico, nonché il diritto a rifiutare le cure.

La legge di Ordinamento Penitenziario predispone un vero e proprio corpus normativo, in relazione a tali diritti, volto a garantire le condizioni ambientali, alimentari ed igienico-sanitarie essenziali per la salute di detenuti e internati, in chiave prettamente preventiva.

Nel contesto detentivo assume un ruolo fondamentale la medicina preventiva che privilegiando quegli interventi sanitari mirati ad evitare l'insorgenza stessa delle malattie, individuando ed attuando una serie di comportamenti che l'amministrazione e gli utenti del carcere sono invitati ad osservare al fine di favorire un contesto ambientale più salubre.

Da quanto detto emerge che il diritto alla salute, pur avendo un valore costituzionale unitario, sul piano attuativo si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l'ordinamento costituzionale assicura al bene dell'integrità e dell'equilibrio fisico e psichico della persona umana, in relazione ai rapporti giuridici in cui è inserito.

La necessità di armonizzare la tutela del diritto alla salute del soggetto ristretto con le finalità di sicurezza coesistenziali all'ordinamento penitenziario impone la scelta di disciplinare l'esercizio del diritto medesimo nelle forme compatibili con l'ordinamento speciale.

L'Amministrazione penitenziaria è chiamata a farsi carico per intero della salute psico-fisica del detenuto già dall'atto d'ingresso in istituto e la stessa Amministrazione ha l'obbligo di garantire la migliore assistenza sanitaria (intramuraria e non) a ciascuna persona privata della libertà personale. Tuttavia, non tutti i predicati del diritto alla salute possono essere goduti dalla persona detenuta, infatti, si può per esempio sottolineare che la facoltà di scegliere il medico curante o il luogo di cura, ovvero di proseguire cure iniziate in stato di libertà, subiscono una drastica limitazione.

In passato la responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni alle carceri era del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria in chiave di specialità legislativa.

Risulta inizialmente difficile coniugare in ambito carcerario il diritto alla salute con la funzione del sistema detentivo, soprattutto nel superamento dei pregiudizi connessi al principio di autorità espresso con la struttura penitenziaria. L'aver portato fuori della stessa, almeno come previsione normativa, la cura del detenuto è sicuramente un'apertura dialettica e politica del sistema legislativo.

Lo Stato, pur avendo il compito di gestire attraverso l'Amministrazione penitenziaria, l'esecuzione penale, ha il dovere di garantire il rispetto di quella dimensione personale soprattutto attraverso l'attività di tutela della salute della popolazione detenuta.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria in carcere deve essere efficace ed avvalersi di un modello organizzativo adeguato al fenomeno del sovraffollamento, della promiscuità, del mutamento etnico della popolazione, della tossicodipendenza, dell'infezione da HIV, del disagio mentale, delle differenze di genere, alla necessità di ricovero ospedaliero.

La consapevolezza delle condizioni tipiche della realtà carceraria deve condurre alla realizzazione di azioni positive che riempiano di contenuto un fabbisogno di salute “standard” di cui non si evidenzino le particolarità, perché può rivelarsi insufficiente ed equivalere ad una discriminazione.

Può bastare anche un’esperienza operativa di pochi mesi in istituto penitenziario, anche con diversi profili di responsabilità, per comprendere che trattando di salute si va dalla tutela dei diritti essenziali alla qualità della vita della persona, e da qui alla qualità della vita di tutta la comunità, se poi si lavora sull’analisi dei bisogni e sul contributo che il detenuto può dare al miglioramento dell’offerta assistenziale si arriva a toccare il grande tema della partecipazione attiva dell’utente alla valorizzazione dell’attività di tutti gli operatori e di tutte le professionalità.

Il diritto alla tutela della salute deve essere considerato come un diritto sociale del cittadino, che si fonda nel principio di solidarietà ed implica il rifiuto della separatezza fra le persone e il riconoscimento della necessaria interrelazione tra i diversi progetti di vita. Da questo presupposto discende l’affermazione sia dell’uguaglianza della persona nelle differenti forme della sua esistenza sia dell’ingiustizia nel trattare le persone in maniera diversa.

Per ristabilire l’uguaglianza negli interessi la giustizia esige il superamento di ogni forma di discriminazione. Ciò significa che l’assegnazione delle risorse pubbliche e degli strumenti di politica pubblica nel campo della salute deve attuarsi in modo equo, senza penalizzare ingiustamente singoli soggetti o diverse categorie sociali.

1.3 Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. **Evoluzione normativa**

L’assistenza sanitaria in carcere ha una lunga storia che prende le mosse dal 1931, anno in cui veniva emanato il Regolamento per gli Istituti di prevenzione e pena. Esso prevedeva un medico all’interno di ogni istituto penitenziario.

L'assistenza sanitaria non era ancora un "diritto" dell'individuo, ma divenne tale con la Costituzione italiana del 1948, e solo nel 1958 fu istituito il Ministero della Salute mentre con la legge 833 del 1978 si è istituito il Servizio sanitario nazionale e la salute d'ogni individuo (anche detenuto) deve essere assicurata, nel rispetto della dignità della persona umana.

Al regolamento del 1931 ha fatto seguito la legge 9.10.1970, n. 740, che ha disciplinato il rapporto di lavoro di tutte le categorie di personale sanitario che svolgono attività lavorativa negli istituti penitenziari e non sono inseriti nei ruoli organici dell'Amministrazione Penitenziaria.

Con la legge 26 luglio 1975 n. 354, "Ordinamento Penitenziario", sono state introdotte specifiche norme in tema di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Tale normativa era però carente della indicazione dei criteri applicativi. La salute dei reclusi era, però, sempre una competenza del Ministero della giustizia.

Fino agli anni 1990 e ad eccezione del Testo Unico sugli stupefacenti la materia sanitaria non è interessata da mutamenti normativi di profilo organizzativo.

La legge 30 novembre 1998 n. 419 (art 5), avente ad oggetto "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale", è volta al riordino della medicina penitenziaria.

Nella previsione della riforma tutte le strutture devono avere la presenza garantita di servizi sanitari adeguati alle esigenze della popolazione detenuta e di specialisti in psichiatria.

Il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 determina il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al SSN.

Il decreto si compone di 9 articoli: L'art. 1 titolato "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati" al 1° comma recita: "*I detenuti e gli internati*

hanno diritto, 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 ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

E' affermato il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, al fine di assicurare loro condizioni uniformi per tutti i livelli d'assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale (PSN) con l'esclusione, per la popolazione detenuta di partecipazione alle spese di prestazione sanitaria.

La norma specifica il principio di globalità delle prestazioni previsto dall'art. 1 della legge 833/78, prevedendo in funzione dell'eguaglianza, il collegamento al PSN per l'individuazione dei livelli di assistenza uniformi e degli obiettivi a livello locale.

Il SSN deve assicurare ai detenuti a norma del 2° comma:

- a. livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- b. azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- c. informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- d. interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- e. assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- f. l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione

sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Per i detenuti stranieri, il 5° comma recita che *"hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia"*.

La legge prevede, a tal fine, l'iscrizione obbligatoria al SSN limitatamente al periodo detentivo. L'iscrizione e l'identità del soggetto erogatore dell'assistenza consentono così di evitare quei fenomeni di mancanza d'assistenza che caratterizzava lo straniero, prima e dopo la dimissione dal carcere. Questi non sarà più sconosciuto alle istituzioni sanitarie pubbliche.

Per quanto concerne il ticket il 6° comma dispone l'esclusione di tutti i reclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni erogate dal SSN, favorendo un eguale accesso alle prestazioni sanitarie senza dover ricorrere all'attestazione dell'esenzione per patologia d'organo.

L'art. 2 al secondo comma specifica che: "L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo i principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica".

Il terzo comma dell'art. 2 del Decreto 230/99 stabilisce il principio della separazione delle competenze tra le AASSLL e l'amministrazione penitenziaria e all' art. 3 specifica le competenze degli organi del SSN:

- a. il Ministero della Sanità esercita le competenze in materia di programmazione, di indirizzo e coordinamento del SSN negli istituti, già desumibile dalla legge 833/78;
- b. le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento degli stessi;

c. alle AASSLL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti.

Questa legge ha stabilito anche il trasferimento del personale, delle strutture e delle risorse economiche proprie dell'Amministrazione penitenziaria al SSN.

Con decreto 16 maggio 2002 del Ministero della giustizia emanato di concerto con il Ministro della Salute venne istituita la “*Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario*” per “pervenire all’adozione di un nuovo modello legislativo” per “innovare i metodi organizzativi e la qualità del servizio sanitario penitenziario, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni effettuate”.

Si pensava, all’epoca, ad un modello “intermedio” rispetto al precedente, viste le difficoltà applicative, mantenendo in capo ai medici dell’amministrazione la medicina di base e riservando la medicina specialistica, l’assistenza farmaceutica e ospedaliera al Sistema sanitario nazionale.

Solo nel maggio 2007, veniva costituito, presso il Ministero della Salute, un gruppo tecnico coordinato dallo stesso sottosegretario Gaglione e composto dal sottosegretario alla Giustizia, dai Capi della segreteria e da Dirigenti dei due Dicasteri indicati, nonché da componenti delegati dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome, con l’obiettivo di redigere una proposta di Dpcm attuativo di quanto previsto dal precedente D.lgs 230/99.

Dal 14 giugno 2008, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, presso il Ministero della Giustizia, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale e quindi alle Regioni e alle Asl.

Il D.P.C.M. 30 maggio 2008 ha realizzato il trasferimento delle competenze sanitarie, iniziato con il D.Lgs. n. 230/1999, con la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio sanitario nazionale.

L’aver legislativamente ricondotto la sanità penitenziaria a una visione organica di sistema ha rappresentato non solo una maggiore tutela

della salute dei detenuti ma anche una migliore sinergia con tutte le componenti sanitarie e di volontariato, che necessariamente gravitano intorno al sistema “carceri”.

La parziale applicazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 è stata denunciata sino alla fine del dicembre 2009. Un ulteriore contributo a questa fase di transizione è arrivato dalla Conferenza Unificata con l'accordo sottoscritto il 26 novembre 2009. In esso si elencano le strutture sanitarie esistenti con indicazione dello stato funzionale, si fornisce la loro classificazione secondo il modello precedente al transito al SSN, si definiscono i criteri da seguire nella realizzazione dei modelli di sanità penitenziaria ed in particolare viene sottolineata la necessità della creazione di una rete sanitaria Regionale e Nazionale che vada dagli ambulatori per la cura, soprattutto di patologie croniche, all'interno di ciascun Istituto penitenziario, ai posti-letto negli ospedali esterni, ai reparti ospedalieri detentivi (già realizzati a Milano, Roma, Viterbo, Napoli) con autonomia organizzativa e gestionale, ai CDT (Centro Diagnostico e Terapeutico nella vecchia denominazione del Ministero della Giustizia) realizzati all'interno degli Istituti Penitenziari, ai reparti per detenuti HIV, a quelli per disabili, per minorati psichici, ai reparti di osservazione psichiatrica, agli Istituti o sezioni a custodia attenuata.

Per l'anno 2010 la situazione non appare ancora risolta e altri problemi urgono sul tavolo delle trattative: l'inserimento della sanità penitenziaria nel Patto per la salute, la redazione di un Piano nazionale per le carceri italiane da concordare fra ministero della Giustizia e Conferenza Stato-Regioni, l'attivazione di un Osservatorio nazionale sulla salute dei detenuti e degli internati negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari), la riserva del 50% dei fondi della Cassa delle ammende per programmi alternativi alla detenzione presentati dalle regioni.

Alle Regioni viene anche chiesta la definizione di moduli organizzativi della sanità penitenziaria suddivisi, per istituto presente nella regione, essendo il servizio sanitario penitenziario articolazione del sistema sanitario regionale e aziendale: ciò per garantire stabilmente un servizio di

cure primarie in ogni carcere, di modo che l'assistenza sanitaria sia garantita 24 ore su 24 in maniera continuativa.

1.4 La riforma D.P.C.M. 1° Aprile 2008

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° Aprile 2008, disciplinante “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”, mette fine alle controversie di quaranta anni di gestione sanitaria nelle carceri italiane, ed apre alle prospettive di una vera e propria riforma, ponendo la base per un percorso difficile e non breve, ma che è destinato a produrre il miglioramento della qualità della vita dei detenuti del nostro paese.

Per la realizzazione di quanto previsto dal D.Lgs. 230/99, il Decreto prevede l'identificazione di cinque principi fondamentali:

1. Piena parità di trattamento tra persone detenute e persone libere, adulti e minori.
2. Piena e leale collaborazione interistituzionale.
3. Complementarietà tra trattamenti sanitari e sociali con partecipazione diretta degli interessati alle attività di cura, prevenzione e riabilitazione.
4. Condizione ambientali di vita rispondenti al rispetto della dignità umana.
5. Garanzia di continuità terapeutica.

Gli strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi di salute identificati in accordo con il piano Sanitario Nazionale sono:

- Definizione di modalità organizzative del servizio sanitario di ogni istituto con modelli differenziati, ma integrati alla rete dei servizi regionali
- Conoscenze epidemiologiche sulle patologie prevalenti nello specifico settore
- Conoscenza degli specifici fattori di rischio

- Creazione di un sistema informativo con cartelle cliniche informatizzate
- Strumenti di gestione per le patologie gravi, di lunga durata e croniche
- Sistema di valutazione della qualità degli interventi
- Sistemi di formazione continua
- Coordinamento interregionale e con le articolazione del Ministro della Giustizia

Per quanto riguarda le specifiche aree di intervento sanitario nelle carceri, il legislatore pone l'accento su alcune di esse ritenute giustamente prioritario. La mediana di base con la valutazione dello stato di salute all'ingresso del carcere è probabilmente la branca della sanità penitenziaria che ha più peso, in termini di prestazioni, rispetto alle altre, ed in particolare ai fini della garanzia del rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.).

Programmi di diagnosi precoce delle principali malattie, valutazione dello stato vaccinale, promozione di una valida procedura di presa in carico del detenuto, costituiscono i fondamenti per una buona medicina penitenziaria.

Capitolo II
ASSISTENZA INFERMIERISTICA
PENITENZIARIA

2.1 Principali patologie in carcere

Il carcere produce sofferenza e malattie, è una fabbrica di handicap psicofisici, poiché il potere penale si esercita sul corpo e sulla sua immagine sociale .

Il corpo reale per il prigioniero è un territorio di resistenza: si apre l'abisso della fisicità e inizia la costruzione metaforica del proprio corpo.

Molti detenuti si muovono lungo le direttrici imposte dal sistema della sofferenza legale alimentando reazioni caratterizzate da una parte da un'implosione nervosa come esaurimento, insonnia, nevralgia, ipersensibilità, autolesionismo e dall'altra invece un'esplosione come aggressività, ribellione, contrapposizione, e raramente, idealizzazione del proprio ruolo di deviante.

La popolazione detenuta essendo un modello di comunità chiusa è caratterizzata da una particolare situazione restrittiva e presenta un'incidenza di patologie particolarmente elevata. Questa comunità a composizione multietnica ha modificato progressivamente le proprie caratteristiche risentendo di fenomeni più generali che si sono manifestati nella società e che precocemente si sono concentrati nel carcere.

Tra i sintomi più frequenti riscontrati nella popolazione detenuta troviamo:

- circa un quarto già dai primi giorni di detenzione soffre di vertigini;
- l'olfatto è inizialmente ottenebrato, poi annullato nel 31 % dei casi;
- entro i primi quattro mesi un terzo soffre di peggioramento della vista;

- il 60% soffre entro i primi mesi di disturbi all'udito, per stati morbosi di iperacusia;
- fin dai primi giorni il 60% lamenta "perdita d'energia";
- il 28% patisce sensazioni di freddo, anche nei mesi estivi.

Nello stato di detenzione le patologie più diffuse rientrano nelle aree della dentaria, dermatologica e digestiva. Al momento dell'ingresso la patologia digestiva segue immediatamente quella dermatologica, a pari grado con la otorinolaringoiatrica e polmonare, in quanto le turbe dell'apparato digerente si associano a disturbi delle vie respiratorie, ponendosi al secondo posto dopo le patologie dentarie.

Le patologie maggiormente diffuse sono quelle infettive, psichiatriche e gastroenterologiche.

Le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono soggetti di età relativamente più bassa rispetto alla società esterna (40-50 anni).

Sono frequenti anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive causate principalmente dal consumo eccessivo di sigarette.

Diffuse sono inoltre le malattie metaboliche, il diabete mellito di tipo I e II che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita e una particolare gestione sanitaria del detenuto.

Fra le patologie infettive più frequenti troviamo le epatiti virali e l'infezione da HIV in diversi stadi. Altre malattie sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite e la tubercolosi. Le sintomatologie associate di frequenza ad eziologia infettiva sono febbre e diarrea.

Gli psicofarmaci sono la categoria maggiormente somministrata, seguiti da antidolorifici, antinfiammatori, anti-ipertensivi e antibiotici.

È difficile comprendere quanto l'uso massiccio di psicofarmaci, sia la risposta ad un disagio psichico diffuso nel carcere oppure sia una strategia

di controllo e un modo per mantenere l'ordine interno, soprattutto nelle sezioni di tossicodipendenti.

Le patologie più frequentemente riscontrate sono:

- claustrofobia: l'isolamento in uno spazio chiuso e invariato provoca sensazioni di compressione spaziale, simili al panico claustrofobico. I ricercatori sono portati a pensare ad un "contagio psicotico" della popolazione detenuta in sezioni speciali, vista la sensibilità dei detenuti alle condizioni psicologiche dei compagni.
- irritabilità permanente: manifestazione di profondi sentimenti di rabbia, senza possibilità di scaricarla. Nel tempo questi disturbi evolveranno in patologie psicosomatiche.
- depressione: mancando un obiettivo esterno, la rabbia viene rivolta contro se stessi e vissuta come depressione, la quale, se non più sopportata, si trasformerà in un motore di autodistruzione, con il passaggio all'atto in auto mutilazione e suicidio.
- sintomi allucinatori: percezioni sensoriali immaginarie. Sono un sintomo tipico dei disturbi psichici
- abbandono difensivo: è un ritiro proiettivo di se da un ambiente ostile. Lo scopo sembra essere di desensibilizzarsi al fine di diminuire le sensazioni di sofferenza.
- ottundimento delle capacità intellettive ed apatia: molti riferiscono di essere incapaci di concentrarsi.
- disturbi psicosomatici: perdita di appetito, di peso, malessere generalizzato e aspecifico, esasperazione dei problemi medici preesistenti, disturbi visivi, tachicardia.

Si possono aggiungere come effetti della detenzione anche:

- disturbi della personalità: con danno delle capacità individuali di pensiero e di azione autonoma;
- disculturazione: perdita dei valori e degli stili di vita che il soggetto possedeva prima dell'ingresso in carcere;

- estraniamento: incapacità di adeguarsi ai mutamenti della vita sociale, una volta libero.

Area psichiatrica

L'area psichiatrica rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani, in quanto sono il principale contenitore del disagio mentale e della marginalità sociale costituita da tossicodipendenti, prostitute, nomadi, vagabondi alcolisti, barboni ed extracomunitari.

In carcere si ritrovano inoltre soggetti affetti da parafilie di vario genere come transessuali, travestiti, omosessuali, pedofili.

Il carcere è una comunità chiusa ed esprime la funzione di controllo sociale sulle condotte devianti di tipo sociale e di devianza psicopatologica, attraverso la segregazione. Ma nello stesso tempo diventa anche l'ambiente rivelatore del disagio, quindi, si trasforma in una struttura di raccolta delle persone con problemi psicopatologici, caratterizzata da una contraddizione tra assistenza e repressione.

I disturbi psicopatologici alla base dei comportamenti considerati abnormi e socialmente pericolosi sono soprattutto disturbi di personalità, presenti in carcere in modo significativo, con manifestazioni di impulsività ed aggressività. Questa condotta, di incontrollabile esplosione emotiva, è acuita dalla carcerazione, rendendo molto problematica la possibilità di instaurare rapporti interpersonali.

L'imprevedibilità delle reazioni emotive dei soggetti ha caratteristiche manipolative e distruttive, soprattutto quando usano l'aggressività per controllare l'ambiente circostante. Questi comportamenti possono essere associati a personalità asociali o psicopatiche, caratterizzate da incapacità di comprendere le emozioni che la loro distruttività provoca negli altri e di incuranza delle conseguenze delle loro azioni.

La droga e l'alcool possono essere dei fattori aggravanti dei disturbi di personalità mediante l'azione biochimica di disinibizione sui centri nervosi superiori.

I pazienti con disturbi di personalità non traggono benefici dai legami sociali e difficilmente trovano un ruolo sociale che sarebbe fondamentale per iniziare a costruirsi una propria identità.

Per quanto riguarda le tipologie di disagio mentale sono stati individuati sei campi che interagiscono e, spesso, si sovrappongono, pur mantenendo la loro autonomia:

- **psicotico:** è ampiamente rappresentato tra la popolazione detenuta. La capacità di intendere e di volere è in genere compromessa e la richiesta terapeutica è minore rispetto alle reali esigenze di cura.

- **parapsicotico:** è il campo numerosamente maggiore nell'ambiente carcerario, vi confluiscono tutte le forme psicopatologiche di tipo comportamentale e le diagnosi di confine. La capacità di intendere e di volere è compromessa e la richiesta di terapia è alta. Fanno parte di quella categoria dove i disturbi gravi della personalità raramente sono oggetto di osservazione e assistenza psichiatrica.

- **tossicomano:** in questi soggetti la tossicodipendenza è tale da prendere il sopravvento sulle capacità di volere della persona. La vita diventa una funzione della tossicomania.

- **psicosomatico:** in questo campo si incontrano soggetti con disagio precedente la detenzione; soggetti nei quali l'organizzazione patologica è conseguente la carcerazione; soggetti che manifestano crisi psichiche acute, passibili di sviluppo cronico, in seguito alla scoperta di una grave malattia somatica durante la reclusione.

La capacità di intendere di tali soggetti è in genere integra, mentre quella di volere risulta compromessa, come dimostra l'insorgere di desideri autosoppressivi e il potenziale autoaggressivo che sostiene il disturbo somatico. Rientrano in questo campo i disturbi somatoformi e i disturbi fittizi.

- **nevrotico:** è il campo numericamente meno presente in carcere, se si intendono solo i disturbi strutturati, mentre sono rappresentate le manifestazioni nevrotiche, soprattutto di carattere isterico, vi rientrano

inoltre i disturbi d'ansia, i disturbi dissociativi, la distimia, la ciclotimia. Disturbi che mantengono in parte integra la capacità d'intendere e di volere.

- reattivo: comprende quei soggetti caratterizzati da un quadro di disordine acuto delle capacità relazionali e di adattamento prodotto dal crollo di autostima determinato dall'evento-arresto. La capacità d'intendere e di volere è soggetta a rapido declino, il che richiede necessari interventi di supporto.

La propensione all'azione autolesionista, anche grave e irreversibile, ha una tale incidenza in ambiente carcerario, da indurre a considerare questo problema come specifico.

Si consideri che non raramente la patologia psichiatrica è causa del reato. La presenza di pazienti psichiatrici negli Istituti Penitenziari è fortemente correlata alla possibilità che tale situazione di patologia personale faciliti la realizzazione di reati, intesi come violazione, pur se non consapevole, delle regole imposte dalla società, ma, mentre la posizione di "reo" può essere consona al carcere, quella di "folle" non trova nello stesso ambiente adeguate possibilità di trattamento e di riabilitazione.

Da mettere in evidenza l'importante e contraddittorio, ruolo vicario della psichiatria rispetto la giustizia: è "guardiana su un versante della pulizia clinica, garante su un altro della filantropia dell'assistenza [...] deve garantire la definizione e dislocazione [...] di quel residuo istituzionale appunto, che è in quanto tale pericoloso". È una posizione pericolosa per la psichiatria ma soprattutto per coloro che devono ricorrere, da ristretti, alle cure degli specialisti. Perché il rischio che si può correre, ancora una volta, consiste nell'individuazione di una forma "morbosa e virulenta", denominata *psychopathia criminalis*, ovvero "...un'affezione della quale i democratici inveterati soffrono in maniera congenita e dalla quale i pensatori, gli ideologi e gli artisti in genere vengono, di volta in volta, aggrediti".

Simulazione e disturbi fittizi

La discriminazione fra malattia reale e simulata in una patologia organica si basa su accertamenti clinici e diagnostici "certi", questo è più difficile nella malattia psichica in quanto l'obiettività dei disturbi, per lo più comportamentali (confusione, disorientamento, alterazioni deliranti del pensiero, depressione dell'umore, autismo, alterazioni a carico degli istinti fondamentali), non è così clinicamente e facilmente distinguibile da una simulazione dei sintomi stessi.

Di difficile interpretazione da parte dei sanitari è la possibile situazione di un detenuto che presenta (o dichiara di avere) dei disturbi fittizi. In questo caso i sintomi vengono simulati deliberatamente e coscientemente dal soggetto. Si tratta di segni fisici o psichici allo scopo di assumere il ruolo di malato, in assenza di incentivi esterni come nella simulazione.

Il disturbo fittizio quando presenta, in modo predominante, sintomi fisici è noto anche come sindrome di Munchausen. I sintomi lamentati sono nausea, vomito, dolore, crisi comiziali, eritemi diffusi, ascessi, febbri inspiegabili.

Altre volte il soggetto può produrre intenzionalmente, in modo predominante, sintomi psichici quali allucinazioni, deliri, depressione, comportamento bizzarro.

Come fattori psicodinamici riconosciuti si segnala la repressione, l'identificazione con l'aggressore, la regressione, la simbolizzazione.

Solamente il bisogno psicologico di mantenere il ruolo di malato è quanto distingue il disturbo fittizio dal disturbo di simulazione e nella pratica clinica è difficile distinguerli. Importante specificare che nel disturbo fittizio i sintomi non sono causati da fattori inconsci o simbolici, ma il decorso è cronico in quanto anche, per definizione, una diagnosi di disturbo fittizio comporta sempre la presenza di una psicopatologia.

Area infettivologica - immunologica

Le malattie infettive sono un problema importante in tutte le comunità chiuse, soprattutto nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che ne facilitano la diffusione e l'acquisizione. Da sottolineare che l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali e comuni nel nostro Paese.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indicano che la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione; sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi anche durante la detenzione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.

Le malattie infettive sono acquisite anche in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

Possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

L'infezione da virus dell'epatite C è la forma infettiva più frequente. Colpisce con maggior frequenza i soggetti tossicodipendenti nei quali è spesso associata all'infezione da HIV.

All'ingresso in carcere attualmente tra gli esami di screening infettivologico, non è compresa la ricerca obbligatoria dei diversi agenti virali. La difficoltà di diagnosi risiede anche nelle caratteristiche subdole della patologia ed un sospetto di infezione sussiste solo per quelle categorie

di soggetti come i tossicodipendenti che costituiscono il maggior gruppo a rischio. Ma in definitiva i comportamenti tra i detenuti l'uso in comune di oggetti personale e il cronico sovraffollamento rendono difficile l'opera di prevenzione.

L'infezione da HIV è la malattia più allarmante. L'agente eziologico responsabile della patologia è un virus il cui decorso infettivo può avere diverse manifestazioni cliniche. Inoltre, in molti soggetti l'infezione da HIV può provocare la produzione di anticorpi senza alcuna manifestazione di sintomi clinicamente rilevanti.

In assenza di test, la presenza dell'AIDS può essere testimoniata dall'esistenza di patologie che generalmente accompagnano il decorso della malattia quali epatiti, TBC, dermatiti etc.

La quasi totalità dei casi di AIDS viene ricondotta ad una serie di gruppi cosiddetti a rischio: gli omosessuali, i tossicodipendenti per via endovenosa, gli emofilici o politrasfusi ed i soggetti aventi rapporti sessuali con gli appartenenti ad uno dei predette categorie e l'ambiente carcerario ne offre una significativa rappresentanza.

Indipendentemente dalla manifestazione clinica della patologia tutti i soggetti sieropositivi, possono trasmettere il virus: tale fattore rappresenta il motivo principale di allarme nell'attività di prevenzione del contagio che si può definire, per le caratteristiche ambientali, problema specifico del carcere, Il dilagare dell'infezione ha, in pratica, trovato l'istituzione poco preparata, a contrastare la diffusione per fattori propri ambientali e strutturali "predisponenti": sovraffollamento, mancanza di prevenzione, promiscuità, uso di droghe, comportamenti sessuali a rischio, tatuaggi, uso in comune di articoli personali.

Un detenuto affetto da AIDS, comporta numerosi problemi di gestione sia per il sistema sanitario che per l'Amministrazione penitenziaria, sia a livello di prevenzione che di cura. Il soggetto deve essere periodicamente sottoposto a complessi accertamenti: per monitorare l'evoluzione della patologia e gli specifici interventi sanitari e farmacologici; per evidenziare le frequenti infezioni (toxoplasmosi, candida,

etc.) e malattie (epatiti, TBC, sviluppo di neoplasie ecc) alle quali gli affetti di HIV, in quanto immunodeficienti, sono esposti.

L'opera di prevenzione è fondamentale come lotta a questa patologia ma si dovrebbe conoscere l'esatta dimensione del fenomeno. In base alla legge n. 135 del 5.6.1990, nessuno può essere sottoposto al test in questione senza il suo consenso, "se non per necessità cliniche nel suo interesse". Il risultato è che la maggior parte della popolazione detenuta si rifiuta di sottoporsi allo screening infettivologico e solo la sua condizione personale (tossicodipendente, prostituta, omosessuale) può indurre, nel personale medico, il sospetto della presenza della malattia.

Infezione da bacillo di Koch ricomparsa nella popolazione detenuta. La tubercolosi è una malattia infettiva, infiammatoria e cronica, in genere localizzata ai polmoni ma che può colpire qualsiasi organo.

L'agente patogeno responsabile è il bacillo tubercolare che si trasmette per inalazione di aria inquinata da micro - goccioline di secreti infetti, ma non è escluso che possa trasmettersi per contatto con urina infetta. La resistenza individuale alla tubercolosi dipende dallo stato di salute e dalle condizioni generali di vita: un cattivo stato fisico, un ambiente affollato ed insalubre, la malnutrizione ed altre condizioni sfavorevoli possono diminuire le difese corporee e favorire l'insorgenza della malattia.

Il problema principale nel carcere come per le altre patologie diffuse è costituito dalla condizione di promiscuità e dalla mancanza di interventi organici in via preventiva attraverso la programmazione di esami radiologici e clinici. Il malato dovrebbe rimanere in isolamento o comunque beneficiare di una condizione ambientale migliore. Esiste anche in questo caso la difficoltà di attuare uno screening infettivologico verso soggetti (ad es. extracomunitari) restii a sottoporsi ai relativi test.

L'area tossicologica

Negli istituti di pena la numerosa presenza di consumatori di sostanze stupefacenti crea problematiche sia gestionali, in quanto il soggetto

è prevalentemente organizzato intorno all'opzione tossicomane, sia preventivi poiché portatore delle più svariate patologie di tipo infettivo:

Aids, tubercolosi, epatiti ecc, inoltre il tossicodipendente è un soggetto che ha bisogno non solo di cure organiche ma anche di supporti psicologici se non talvolta psichiatrici. Nella quotidianità la tossicodipendenza richiede un'assistenza completa a partire da quella farmacologica per arrivare ad una presa in carico totale del soggetto, nella quale gli aspetti di tipo psicologico e sociale ne facciano parte in maniera determinante e qualificante.

È importante inoltre che il tossicodipendente non sconti la pena in carcere come un normale detenuto, ovvero necessita gli vengano concesse delle misure alternative per realizzare la possibilità di un vero recupero in una comunità terapeutiche. Nonostante le buone intenzioni, il problema tossicodipendenza in carcere rischia di prolungarsi fin tanto che non si attui una vera politica sanitaria che ottenga come primo risultato la scomparsa della droga negli stessi istituti.

Accanto alla tossicodipendenza è fortemente rappresentata la categoria dei "farmacodipendenti". Ad accentuare questo problema sono gli antidolorifici, gli ansiolitici e gli antidepressivi con conseguenze incalcolabili in quanto agiscono a livello cerebrale e modulano, così, la risposta comportamentale, specie se, come spesso succede, il detenuto, crea miscugli con farmaci, stupefacenti e alcool. Inoltre si assiste all'abuso di farmaci impiegati diversamente dall'indicazione terapeutica (o in assenza, quando si tratta ad es. di agire non sulla malattia ma su di una modificazione dell'umore).

I disturbi, simili a quelli correlati all'uso di stupefacenti, sono costituiti da:

- depressione, spesso di rilevante interesse clinico;
- disordini mentali;
- stati nutrizionali carenti;
- disturbi della sfera affettiva;
- difficoltà alla relazione interpersonale.

La soluzione alla farmacodipendenza è primaria nella battaglia contro le forme di dipendenza nel carcere. Difatti questi soggetti assumono spesso farmaci, in dosi e combinazioni tali da provocare una risposta chimica simile a quella prodotta da una sostanza stupefacente. In secondo luogo il problema farmacologico è legato alle varie sindromi di detenzione e alla mancanza di risposte adeguate ai bisogni effettivi dell'individuo.

2.2 Evoluzione dell'assistenza infermieristica in carcere

L'assistenza sanitaria nelle carceri ha subito nel tempo diverse trasformazioni, avvenute grazie anche alla presenza delle opere assistenziali religiose, all'interno delle stesse.

Inizialmente l'assistenza infermieristica era demandata per la maggior parte a gli agenti di custodia, che su sommaria selezione o particolari attitudini erano scelti a svolgere questo servizio.

Dopo un breve aggiornamento teorico –pratico, gli agenti seguivano le infermerie e assistevano i detenuti, senza che loro stessi fossero tutelati da eventuali rischi che l'assistenza comporta.

Solo negli anni cinquanta, l'amministrazione penitenziaria, rivolgerà attenzione ai problemi sanitari ed elaborerà una sostanziale riforma, riguardante i medici penitenziari.

Gli infermieri erano inquadrati come “operai specializzati”.

Negli anni sessanta-settanta, l'amministrazione penitenziaria, permette che nella struttura carceraria, entrino a lavorare infermieri civili in possesso di Diploma e appartenenti ad una struttura ospedaliera, per affiancare gli agenti che si occupavano di assistenza, in quanto, inadeguati alle emergenze.

Gli infermieri civili, avevano però un libero rapporto professionale, poiché era assente ogni forma contrattuale, infatti ,per l'assenza del contratto che questo tipo di lavoro, risultava accettato solo per arrotondare lo stipendio. Nonostante ciò molti infermieri riuscirono a formare all'interno delle sezioni, piccole equipe che coinvolgevano il personale di custodia, gli

psicologi, il medico responsabile, organizzando così con la loro esperienza e le nuove tecniche di assistenza, piani di lavoro più idonei e specifici.

La carenza cronica di personale rendeva difficoltosa una gestione già critica degli interventi: la programmazione dell'assistenza secondo il nursing è poco applicata.

Il numero elevato degli assistiti e la disponibilità ridotta di tempo e di infermieri, rendevano difficili interventi mirati e duraturi nel tempo.

E' possibile immaginare che l'impegno e la continuità del suddetto personale ad espletare l'attività sanitaria in carcere (come secondo lavoro, da svolgere durante la giornata di riposo e con la presenza incostante in istituto per un massimo di due turni a settimana), non potesse essere, come qualità e quantità, dei più adeguati.

Per ovviare a problemi di turnazione, spesso il personale infermieristico non di ruolo era assunto tra le schiere dei pensionati, dove dal punto di vista lavorativo non veniva fatta distinzione tra Infermieri Professionali (ante riforma del 2001) e Infermieri Generici, la differenza era solamente nell'aspetto economico: i Generici infatti erano preferibili perché venivano pagati meno rispetto ai Professionali.

Nel 1997, fu emanata la legge che regolamentava l'attività intramoenia, quindi gli infermieri che svolgevano il secondo lavoro in carcere, dovettero lasciare, in quanto non autorizzati dalle strutture da cui provenivano.

Nella formazione dell'infermiere non è mai esistita una preparazione professionale specifica in ambito penitenziario e dunque, coloro che sono approdati a lavorare in questo settore, hanno imparato sul campo .

La preparazione in questo ambito, sia strettamente professionale che di tipo giuridico, deve essere specifica, soprattutto tenendo conto che l'approssimazione e l'inesperienza possono portare a volte a gravi conseguenze personali, dato il luogo e la tipologia di servizio che si presta.

All'interno del settore infermieristico la Riforma ha rappresentato il presupposto per procedere ad una revisione del loro ruolo professionale e delle loro competenze, seppur all'interno di un contesto fortemente limitativo quale quello carcerario.

L'assistenza infermieristica è senza dubbio il caposaldo dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, l'attività professionale riguarda tutto ciò che rientra nella gestione della tutela e cura della salute esercitata entro le mura del SSN e sul territorio.

L'attività infermieristica negli Istituti di pena riguarda molti aspetti: dalla prevenzione delle malattie infettive e non, all'assistenza in campo chirurgico, patologico e oncologico, di malattie croniche, psichiatriche, di disagio mentale, di tossicodipendenza, di emergenza-urgenza.

2.3 L'assistenza infermieristica: specificità dell'intervento (contesto confinato)

L'utenza, alla quale il servizio sanitario penitenziario si rivolge, è diversa rispetto al "paziente" di una qualsiasi altra U.O. proprio in relazione allo stato di libertà controllata, al percorso burocratico alle difficoltà logistiche e cliniche che si possono presentare.

Fra l'équipe sanitaria e la persona detenuta è necessaria un relazione efficace per sviluppare un intervento clinico-assistenziale appropriato , rispettando della volontà del cittadino, rendendo più sicuro l'intervento stesso.

Diversi profili di interesse dell'infermiere in ambito penitenziario, in quanto, date le mansioni cui sono adibiti, partecipano con più frequenza alla quotidianità dei detenuti e hanno la possibilità di instaurare un dialogo che prescinde da aspetti prettamente medici.

Tra le molteplici attività che costituiscono l'assistenza infermieristica al detenuto prevalgono: la rilevazione dei parametri vitali quali pressione arteriosa e glicemia capillare; prelievi ematici programmati o in urgenza; medicazioni.

L' infermiere segue il paziente/detenuto dal primo momento in cui arriva in carcere.

La stragrande maggioranza delle urgenze viene gestita all'interno del carcere dal medico e dall'infermiere. Le persone detenute devono sottostare alle disposizioni del Magistrato di Sorveglianza per qualsiasi spostamento all'esterno della struttura carceraria pertanto solo in caso di imminente pericolo di vita del detenuto si procede all'ospedalizzazione dello stesso senza attendere il nulla osta del magistrato.

Se non si dispone di un qualche tipo di meccanismo, che impedisca lo stress emotivo, diventa un ambiente molto difficile in cui lavorare, poiché l'ambiente carcerario non è favorevole alla costruzione di una relazione terapeutica.

L'infermiere è una presenza indispensabile nel contesto penitenziario , è la figura sanitaria che quotidianamente sta più a contatto con il detenuto in quanto si occupa della somministrazione della terapia, dell'educazione alla salute e tutto ciò che riguarda la clinica e la professione infermieristica.

All'infermiere che opera in carcere viene richiesto un alto livello di decodifica del bisogno, di capacità di relazione con il detenuto sano o malato, nell'ambito del processo infermieristico.

I bisogni di salute dell'utenza carceraria sono critici, enormi e richiedono una vera e propria presa in carico dei pazienti , che oltre alle malattie comuni presentano spesso stati di salute aggravati dalle condizioni di vita legate alla reclusione o ad errati stili di vita che in passato hanno pregiudicato i loro organismi.

L'epidemiologia penitenziaria dimostra che i bisogni di salute dei detenuti sono più vicini ai modelli di assistenza territoriale che ospedaliera, proprio come avviene per la popolazione che vive al di fuori delle carceri e che ricorrono alla medicina generale molto più spesso di quanto ricorrono all'ospedale. E' chiaro quindi, che un'appropriata sanità penitenziaria non potrà che dipendere da un'organizzazione che sia in grado di garantire tutti i

livelli di assistenza esistenti, dalla medicina di base alla specialistica, senza dimenticare la prevenzione e l'educazione ai corretti stili di vita.

La salute viene strumentalizzata dal detenuto e prendendo in considerazione la piramide dei bisogni di Maaslow, il valore della salute viene distorto, non essendo più il fine ma il mezzo, cedendo il passo al desiderio di riacquistare la libertà.

Spesso i detenuti cercano di aggirare la sicurezza sostenendo di avere un problema di salute, al fine di lasciare la cella ed ottenere qualche giorno di ricovero in infermeria o in ospedale.

Questo rende difficile capire se si tratta di una sintomatologia reale o se il detenuto sta tentando di fuggire dal carcere, considerando anche il problema dello stress emotivo.

Il particolare rapporto con la malattia si manifesta con due fenomeni principali: la simulazione dei sintomi e l'autolesionismo.

Esempio di simulazione dei sintomi può essere evidente con precordialgia, sincopi, crisi epilettiche, dolore. Esempi di autolesionismo invece possono essere rappresentati da ferite da taglio, ingestione di corpi estranei, inalazione di gas, contaminazione delle ferite, tentativi di impiccagione, omissione volontaria di assunzione di farmaci salvavita, ingestione volontaria di farmaci in dosi tossiche, sciopero della fame e della sete.

La domanda assistenziale è sempre mediata dal personale di custodia e questo rientra tra le difficoltà assistenziali che complicano la relazione infermiere-assistito, per cui non è configurabile un rapporto che vada oltre al semplice supporto professionale e strettamente empatico.

Oltre alle difficoltà assistenziali vi sono anche le difficoltà dell'infermiere tra cui la scarsa soddisfazione derivata dall'impossibilità di valutazione dei risultati, la frequenza di episodi cruenti che generano ansia, contrasto con i propri valori morali e culturali. Si creano inoltre eventi di discriminazione dei casi simulati da quelli reali, sottovalutando il dolore in situazioni a rischio clinico e di disagio psicologico.

Ma le maggiori difficoltà si riscontrano nella somministrazione della terapia, infatti un paziente non compliant può mettere in atto strategie elusive al fine di convincere l'infermiere di aver assunto effettivamente il farmaco.

E' per tutti questi aspetti che il ruolo dell'infermiere assume particolare importanza nell'approccio al detenuto, poiché è fondamentale che venga a crearsi un delicato rapporto terapeutico basato sulla fiducia e compliance al trattamento: l'infermiere è responsabile, dal punto di vista deontologico ed etico, della corretta somministrazione e del controllo dell'effettiva assunzione del farmaco.

Ad ogni ingresso c'è l'apertura di una cartella clinica e la presa in carico in ambito sanitario della persona.

Da quanto sopra descritto emerge che all'infermiere che lavora presso un'unità operativa di sanità penitenziaria, viene richiesto di attivare processi ed interventi interni in grado di rispondere alle esigenze ed ai bisogni assistenziali della persona con limitazione della libertà personale, concilianti con il sistema di sicurezza previsto dal regime penitenziario.

Le competenze dell'infermiere penitenziario sono:

- Gestione del processo di valutazione dei bisogni di salute dei detenuti;
- Gestione organizzativa assistenziale;
- Gestione dell'assistenza infermieristica nell'ambito della medicina generale e specialistica;
- Gestione dell'assistenza infermieristica nell'ambito psichiatrico e delle dipendenze;
- Collaborazione nella gestione delle situazioni di emergenza-urgenza;
- Assistenza infermieristica transculturale.

Trovare il giusto equilibrio nell'erogazione dell'assistenza in questo regime non è una cosa facile, ma fa parte di un vasto progetto di interazione-integrazione e cooperazione che ha come unico scopo la cura del malato/detenuto.

L'infermiere deve possedere notevoli capacità comunicativo-relazionali ed essere ancorato ai principi giuridici e ai valori etico-deontologici che caratterizzano la professione infermieristica. È rilevante, a questo punto, per meglio esplicitare l'obiettivo perseguito, citare la normativa in materia sanitaria che regola la professione infermieristica.

Il Codice Deontologico dell'Infermiere nella più recente edizione del 2009 riporta:

- Capo 1 Art. 3: “La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”

- Capo 1 Art. 4: “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.”

- Capo 4 Art. 22: “L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito”.

- Capo 4 Art. 27: “L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.”

- Capo 5 Art. 41: “L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe”.

Il D.M n. 739/94: “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere” riporta:

- Art. 1. 3. d: “... l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”.

L'obiettivo perseguito è la tutela della salute del paziente in regime di detenzione, in riferimento a quanto detto e secondo la logica olistica della cura al malato, è di primaria importanza garantire un percorso diagnostico-terapeutico come nel caso di un qualsiasi cittadino libero, assicurando una continuità assistenziale tra carcere-ospedale e viceversa.

L'infermiere, più che mai in questo contesto deve saper rispettare i principi del segreto professionale così come declinato nel Codice deontologico al punto 4.6 "L'infermiere assicura la tutela e la riservatezza delle informazioni relative alla persona".

Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati si limita a ciò che è pertinente all'assistenza" e deve riconoscere in sé una forte motivazione e dimostrare il relativo impegno professionale.

Chiunque, entrando in carcere verrebbe turbato dalle condizioni di restrizione a cui sottopone la detenzione, in quanto, sono presenti molti tossicodipendenti che, in assenza di libero scambio delle sostanze stupefacenti, trasformano la visita ambulatoriale in un mercanteggio di richieste di psicofarmaci e analgesici che tendono a scambiarsi in sezione. Condizioni cliniche comuni, che nel paziente detenuto spesso assumono (ancora più spesso assurgono a) specificità talmente uniche da richiedere competenze non ancora scritte e responsabilità non ancora esplorate, ma che per l'infermieristica espressa in ambito penitenziario diventano automaticamente proprie.

Alcune funzioni generiche, le cui modalità e attribuzioni sono tramandate oralmente e diverse pratiche professionali espletate in alcuni istituti con modalità figlie di consuetudini fanno propendere fortemente verso un assunto: l'infermieristica è "basata sulle evidenze scientifiche", ma negli istituti penitenziari è basata sulle "evidenze funzionali interne", e non è detto, quindi, che siano ritrovabili uniformemente in tutte le realtà penitenziarie. Eppure, non si può dire che cambiamenti, anche molto importanti, non ci siano stati.

Con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, avvenuto con il D.P.C.M. del 01.04.2008, sia infermieri sia

coordinatori infermieristici, provenienti da strutture ospedaliere e servizi territoriali, hanno scelto di lavorare in questo ambito. Il loro bagaglio di esperienze e competenze, ha reso “visibile” tutto un mondo fatto di “forzature” delle sfere di competenze e responsabilità, fino ad allora “invisibili” a chi operava internamente. Allora si è cominciato ad agire: nuovi operatori, diversa mentalità organizzativa, chiara consapevolezza dell’ambito delle proprie competenze, diversa coscienza professionale. Certamente molte energie sono state spese, in maniera disomogenea rispetto al territorio nazionale, ed alcuni risultati sono stati ottenuti, anche se non si può ancora parlare di cambiamenti sostanziali dell’assistenza infermieristica in area penitenziaria..

Volendo escludere le criticità intese come variabili organizzative proprie dell’area sanitaria in questi luoghi, come le modalità di gestione del coordinatore infermieristico, gli stili di leadership, la presenza “fattiva” o meno della direzione dell’A.S.L. a cui afferisce il presidio sanitario interno, la grande problematica, inalterata negli anni, risiede nella condivisione con la polizia penitenziaria del soggetto da assistere.

Si è riscontrato che gli infermieri che lavorano nel settore sentono di avere uno scarso controllo sulla loro pratica professionale, a causa delle restrizioni dovute alle ragioni di sicurezza, hanno un minore accesso alle risorse e alle attrezzature necessarie, e un’esperienza più elevata di stress emotivo e di tensione nella relazione col paziente.

La soddisfazione sul lavoro in ambito penitenziario risulta leggermente inferiore a quella degli infermieri impiegati in altri settori, nonostante questo tipo di lavoro è alquanto diversificato e richiede agli infermieri di attingere ad una vasta gamma di competenze. La principale differenza tra carcere e altri settori è che negli istituti penitenziari è importante non solo l’assistenza sanitaria, ma anche la sicurezza, e dei servizi correzionali e questo è un equilibrio “unico” e peculiare.

2.4 Il Rapporto fiduciario con i sanitari in carcere

In carcere si vive sempre una patologia fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento, di perdita d’identità. Sono da considerare

problematiche legate a pregresse situazioni di disagio familiare e sociale, ove sono venuti meno modelli di identificazione strutturati, quali la famiglia, o dove all'interno di essa alcuni soggetti hanno subito delle esperienze a carattere traumatico dove la violenza è comune denominatore. Per tali individui il carcere sembra rappresentare la tappa obbligata di un percorso di marginalità destinato a consolidare la propria identità negativa.

I detenuti sono persone, per cui è importante scindere la parte umana dalla parte del detenuto ed è positivo per la relazione, ma soprattutto per loro.

Ci sono momenti di relazione con il detenuto durante la somministrazione della terapia e le medicazioni, ma ci sono alcune variabili che la rendono più complessa tra cui l'agente che segue l'infermiere e la sua disponibilità di tempo, e la presenza dell'agente stesso che può rendere più difficoltosa la relazione solamente con la sua presenza poiché il detenuto non riesce ad aprirsi al dialogo.

Il rapporto di fiducia infermiere-detenuto si può stabilire, nonostante sia complicato, ma sempre mantenendo e incentivando la distanza terapeutica e personale.

Tra le caratteristiche di relazione con il detenuto emerge il porsi con un atteggiamento di spontaneità ed elementi come la gentilezza ed il saluto, senza mai cedere alla provocazione.

“Dimenticare” il reato: importante è non vedere il reato che hanno commesso, in quanto esserne a conoscenza potrebbe portare a farsi condizionare.

I problemi di relazione riguardano inoltre la barriera linguistica e l'arrivo di nuovi detenuti. Il carcere è un luogo ed un tempo malato poiché non solo si caratterizza per la promiscuità, mancanza di condizioni igienico sanitarie accettabili, ma anche per la convivenza forzata tra esperienze e storie diverse dal punto di vista personale e collettivo.

Il ristretto, in quanto soggetto da tempo sospeso da ogni ruolo, se non quello negativo di detenuto esente da responsabilità sociali che vive la

propria detenzione in una condizione umana capace di generare apatia e di rafforzare comportamenti antisociali, deve avere una assistenza anche sul piano del reinserimento volta ad aiutare il recupero della sua capacità di essere sociale.

La medicina penitenziaria e le figure che la rappresentano devono entrare in carcere attuando una serie di comportamenti che, pur riconoscendo l'elemento peculiare che caratterizza l'intervento, non trascurino il considerare il paziente nelle sue molteplici sofferenze.

Importanti appaiono le opportunità terapeutiche – riabilitative a tale riguardo e un percorso di recupero e sostegno psicofisico, che da più direzioni vengono fornite alle persone detenute.

Nessuna commiserazione o atteggiamento pietistico né freddo distacco, ma la creazione di un clima favorevole ad una relazione più proficua. Tra gli obiettivi principali dell'operatore sanitario rientra quello di farsi accettare come tale e non associato al resto del regime a cui il paziente è sottoposto.

L'infermiere, deve saper operare in sospensione di giudizio e senza discriminazioni legate alle posizioni giuridiche del paziente, rispettando i principi cardine del Codice Deontologico e dell'etica professionale.

Capitolo III

SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA AL DETENUTO

3.1 Peculiarità e rischi della somministrazione di farmaci a pazienti detenuti

Il coinvolgimento diretto della persona detenuta o della persona che lo assiste deve essere ricercato sia nella fase prescrittiva sia nella fase di somministrazione o di consegna dei medicinali per la possibile autogestione della terapia.

Alla persona detenuta deve essere fornita completa informazione sul percorso di cura proposta, devono essere illustrati gli effetti ricercati con la terapia, la possibile tossicità, le relazioni con il cibo e la vita quotidiana.

La prescrizione della terapia farmacologica negli istituti penitenziari deve essere effettuata esclusivamente in forma scritta, mediante lo strumento informatico a disposizione dei servizi sanitari che operano nelle strutture carcerarie.

Una prescrizione inizialmente verbale all'interno della struttura può avvenire solo in situazioni di assenza del medico, per concomitanti impegni clinici non dilazionabili, dal luogo/sezione in cui si trova la persona detenuta e che necessita di trattamento farmacologico. Il somministratore avrà cura di annotare, nella documentazione di competenza, la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che reputi appropriato registrare.

La prescrizione verbale/telefonica, appena possibile, deve comunque essere convalidata in forma scritta dal medico, con annotazione, nella documentazione di competenza, della pregressa prescrizione verbale, affinché sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.

Dal punto di vista organizzativo è stato necessario adottare una modalità operativa, condivisa dall'equipe, che potesse determinare la

corretta gestione del paziente e della terapia negli istituti di pena, garantendo la continuità delle cure.

La prescrizione della terapia da parte del medico può essere:

- Libera: può essere data liberamente al paziente senza bisogno di nessun controllo
- A vista: l'assunzione della terapia deve essere osservata direttamente da parte dell'infermiere
- Al bisogno: il paziente richiede la terapia al bisogno (antidolorifici, antiacidi ecc..)che viene somministrata se ritenuto necessario.

La somministrazione può avvenire in diversi luoghi :

- In cella: ovvero nelle sezioni
- In ambulatorio: il paziente deve essere portato in ambulatorio per assumere la terapia, come per il metadone e iniezioni (sempre accompagnato da un agente di custodia)

Alcuni casi di distribuzione dei farmaci sono, l'antibiotico o l'ipoglicemizzante orale così come l'antipertensivo, distribuiti la sera anche per il mattino, non possono essere assunti a vista, in quanto l'unico infermiere addetto alla terapia per turno, non può essere presente in ogni sezione nelle diverse ore del giorno per controllare l'assunzione del farmaco. Questo è valido per tutti quei farmaci il cui accumulo non ad elevato rischio di overdose, è ben diverso per gli psicofarmaci, in questo caso è importante che l'infermiere vigili che vi sia l'effettiva assunzione del farmaco da parte del detenuto. Sebbene anche per questi è necessaria la somministrazione "a vista", perché i tempi di assunzione dei farmaci induttori del sonno sono diversi a seconda del giro della terapia.

La particolarità riguardo alla distribuzione dei farmaci è che quotidianamente ogni turno infermieristico prepara i farmaci che dovrà poi somministrare, è molto importante, perché la quantità di terapia è notevole.

Durante la somministrazione/distribuzione della terapia l'infermiere è sempre accompagnato dall'agente di sezione, il quale è tenuto a controllare l'assunzione del farmaco da parte del detenuto e fare ordine rispetto alle insistenti richieste dei detenuti nei confronti degli infermieri (es. farmaci non prescritti, creme, bicchieri, garze, cerotti).

Malgrado la premura da parte del personale infermieristico di osservare l'assunzione del farmaco "a vista", e la presenza dell'agente di sezione che ne garantisca il controllo, durante le perquisizioni nelle celle dei detenuti da parte del Agenti di Polizia Penitenziaria, vengono trovati accumuli di farmaci che i detenuti utilizzano come merce di baratto e, nella peggiore delle ipotesi, per scopi autolesivi.

Nell'Istituto Penitenziario la persona si trova obbligata a rivedere le proprie abitudini, comprese quelle relative alle terapie farmacologiche.

L'ASL fornisce agli assistiti medicinali e dispositivi medici quando siano utilizzati per trattamenti diagnostici o terapeutici da espletarsi durante la detenzione, tuttavia è necessario disciplinare la gestione dei farmaci che la persona detenuta stava assumendo prima della carcerazione e/o quelli eventualmente prescritti da un consulente privato durante la carcerazione stessa.

Tutta la terapia portata dal soggetto all'ingresso, può essere impiegata solo a seguito di valutazione del medico. Pertanto, quando un soggetto viene inserito in un Istituto Penitenziario, i farmaci eventualmente portati a seguito vengono ritirati.

Il medico verifica e conferma o modifica la terapia in atto, si parla in questo caso di riconciliazione della terapia farmacologica.

Parlando di somministrazione dei farmaci importante è il concetto di aderenza alle terapie che abbraccia una variegata serie di comportamenti, sicché la definizione generale proposta dall'OMS è stata: la misura in cui il paziente segue le istruzioni mediche.

Esiste il concetto di aderenza alla terapia farmacologica, che l'Agenzia italiana definisce come, il conformarsi del paziente alle

raccomandazioni del medico riguardo a tempi, dosi, frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Il concetto di aderenza pertanto non si presta a essere valutato secondo lo schema del “tutto o nulla”, essendo un fenomeno che può includere diverse situazioni quali, ad esempio:

- difformità di dosaggio;
- difformità di frequenza di assunzione;
- omissioni parziali o totali della terapia per diversi periodi di tempo;
- completa interruzione del trattamento (mancata persistenza).

La non aderenza è un fenomeno comune e frequente, quindi un serio ostacolo al successo di un trattamento. Nel contesto penitenziario può essere l'esplicitazione di un disagio o una forma di protesta, da qui l'importanza di valutarla abitualmente, quando si prescrive o si modifica un precedente regime terapeutico e si dispensa. Nel contesto penitenziario, a tal fine, l'infermiere nel momento della somministrazione, valuta l'aderenza alla terapia della persona detenuta. In riferimento alla componente soggettiva, e in particolare nel contesto penitenziario, è opportuno distinguere la mancata aderenza tra intenzionale e non intenzionale.

Il personale infermieristico può accertare l'atto della somministrazione della terapia orale, ma non l'effettiva assunzione, qualora la stessa sia interrotta volontariamente.

In caso di sospetto di non avvenuta assunzione, il personale infermieristico dovrà segnalarlo al medico, che sentita la persona detenuta sulle motivazioni e resa edotta sui rischi derivanti, potrà proporre gli opportuni provvedimenti.

In caso di non assunzione volontaria della terapia, l'infermiere annota quanto rilevato. Il medico acquisisce le motivazioni e la volontà del detenuto, lo informa sui rischi correlati e lo invita a sottoscrivere quanto rilevato rispetto all'intenzionalità.

In tal caso saranno valutati:

- la necessità di un adeguato controllo medico che, qualora rifiutato, deve essere annotato sulla cartella clinica, accertandone le motivazioni direttamente dalla persona detenuta;

- la scelta di idonee strategie di persuasione;

- la possibilità d'informare la Direzione del Penitenziario e l'Autorità Giudiziaria.

La somministrazione della terapia rientra in quei compiti peculiari dell'assistenza infermieristica penitenziaria, in relazione a tutte le dinamiche elencate.

Come visto sono diversi gli aspetti da considerare, per questo la strategia assistenziale scelta dal coordinatore e dall'equipe deve riuscire a soddisfare tali esigenze.

3.2 Somministrazione terapia antiretrovirale in carcere

La detenzione rappresenta un momento unico di cura per un cluster di persone altrimenti difficilmente raggiungibili, sia per problemi legati al possesso dei requisiti formali (permesso di soggiorno, residenza, anagrafica), sia per problemi legati a comportamenti censurati dal punto di vista legale e/o sociale (consumo di sostanze stupefacenti, prostituzione, assenza di dimora stabile).

Il numero di casi di pazienti HIV positivi è sottostimato soprattutto a causa dell'insufficiente tasso di esecuzione dello screening infettivologico (ricerca degli anticorpi anti HIV, HCV, HBV).

La presa in carico del paziente detenuto e la relativa offerta terapeutica da parte dei servizi di infettivologia penitenziaria, sono regolati dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri nella Riforma del 2008 e da linee guida nazionali ed internazionali che impongono la conformità di gestione tra di essi e quelli dei pazienti non ristretti.

In ottemperanza alle indicazioni legislative e scientifiche, la figura dello specialista infettivologo è presente in tutti gli istituti penitenziari italiani e negli istituti stessi viene garantita l'accessibilità alla Terapia Antiretrovirale di Combinazione (cART), pur con una certa difformità nella tempistica di prescrizione e di approvvigionamento dei farmaci.

La cooperazione tra più figure professionali, tra cui infermiere e coordinatore infermieristico, consentono: la verifica della tempistica degli approvvigionamenti di farmaco (refill), l'appropriatezza prescrittiva, il monitoraggio degli effetti collaterali e delle interazioni tra farmaci.

L'outcome della cART in ambito detentivo è influenzato da alcune condizioni peculiari presenti solo nel paziente ristretto, quali la mancata assunzione di terapia per rivendicazioni giudiziarie o al fine di ottenere un peggioramento clinico e immunovirologico che possa portarlo a beneficiare di misure alternative alla detenzione.

D'altra parte nel paziente ristretto è più facilmente implementabile l'aderenza alla cART mediante strategie quali la somministrazione assistita (DOT) o il frequente recounseling .

Le caratteristiche epidemiologiche del paziente ristretto (tossicodipendenza, trattamento metadonico, comorbilità psichiatriche e con virus epatitici, multietnicità, politrattamenti farmacologici) condizionano scelte della cART, che possono provocare il discostamento dalle linee guida più frequentemente rispetto al paziente non detenuto. Molto spesso, inoltre, i pazienti che assumono la terapia antiretrovirale come altri trattamenti "cronici" giungono all'osservazione dell'infettivologo penitenziario con uno schema già impostato che condiziona l'outcome terapeutico e le eventuali scelte terapeutiche successive.

In conclusione, la condizione di detenzione rappresenta spesso la prima e unica occasione per diagnosticare e curare l'infezione da HIV e l'accessibilità alla cART negli istituti penitenziari ha determinato la comparsa delle stesse criticità che complicano il percorso gestionale della malattia anche sul territorio.

Il primo elemento di criticità è rappresentato dall'aderenza alla terapia che, se da una parte viene implementata dalla possibilità di alcuni istituti penitenziari di offrire una DOT, dall'altra viene talvolta pregiudicata dalla mancata o irregolare assunzione della cART per motivazioni extrasanitarie quali rivendicazioni personali o giudiziarie.

La seconda peculiarità consiste nella più frequente tossicità della cART in pazienti spesso affetti da AIDS conclamata e da altre comorbilità quali le epatopatie croniche da virus e alcoliche.

Tale tossicità è la prima causa infatti di variazione della linea terapeutica.

L'elevata frequenza di anomalie comportamentali o psicopatologie, tossicodipendenze o trattamenti con analoghi oppiacei che condizionano la scelta del terzo farmaco e la concomitanza di trattamenti psichiatrici che impattano sull'aderenza o l'outcome immunovirologico della cART.

Una criticità conclusiva, che va presa in considerazione, data l'elevata percentuale e di ristretti stranieri e richiederebbe di per sé ulteriori approfondimenti, è quella relativa alla farmacogenomica ed all'origine etnica che presuppone possibili variazioni di efficacia e di tossicità della cART in pazienti con etnie e polimorfismi genetici diversi.

3.3 Continuità assistenziale

Al passaggio da un setting assistenziale all'altro (accoglienza; dimissione con ritorno in libertà, in comunità o agli arresti domiciliari; trasferimento in altro Istituto penitenziario) è di fondamentale importanza una sistematica e compiuta ricognizione dei trattamenti in corso e una trasmissione di informazioni adeguate a garantire continuità del trattamento terapeutico. Al fine di garantire questa continuità della terapia in sicurezza, si rende necessario che già in sede di prescrizione vengano considerati i fattori che incideranno sulla somministrazione dello specifico farmaco (condizioni del paziente, tipo di farmaco, contesto assistenziale, regime di fornitura, farmaci di esclusivo uso ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile, farmaci specialistici).

Nel caso in cui il soggetto nuovo giunto nell'Istituto penitenziario sia in trattamento terapeutico presso un servizio territoriale (SerT, Salute mentale, ambulatorio infettivologico, diabetologia...), oltre alla visita di primo ingresso, occorre prendere contatto con il servizio territoriale per un raccordo anamnestico atto al proseguimento del trattamento farmacologico in corso.

Nel caso di trasferimento da altro Istituto Penitenziario la ricognizione avviene attraverso la visualizzazione della terapia farmacologica in corso (farmaci consegnati dall'Istituto di provenienza) e della cartella clinica, per la definizione del nuovo piano di terapia.

Se la persona arriva da Istituto di altra regione, la ricognizione avviene attraverso la presa visione della cartella clinica cartacea, e durante la visita di primo ingresso.

Risulta importante un'accurata compilazione, da parte di chi dimette la persona detenuta, della lettera di dimissione, indicante tutti i farmaci, scelti fra quelli disponibili nel PT-AV, che il paziente deve assumere con le relative modalità di assunzione.

Nel caso il soggetto detenuto sia trasferito ad altro carcere, sia della stessa regione che fuori, esso sarà accompagnato dalla cartella clinica cartacea e foglio della terapia.

Al momento dell'uscita in libertà o in comunità della persona, a seguito di apposito colloquio, saranno consegnati:

- la terapia farmacologica in confezione integra per almeno sette giorni;
- la lettera di dimissione;
- il foglio della terapia contenente appropriate indicazioni sulla prosecuzione della stessa.

Il professionista sanitario che cura tale adempimento deve fornire al soggetto, oltre alla necessaria documentazione, adeguate informazioni sulle modalità di conservazione e di assunzione dei farmaci ed eventuali

interazioni farmacologiche. La documentazione consegnata al soggetto deve contenere la quantità e l'esatto nome del farmaco erogato.

Il personale sanitario, quale infermiere e coordinatore, deve essere adeguatamente formato e deve essere in possesso di tutte le informazioni utili ad una erogazione sicura e corretta dei farmaci.

Nel caso in cui un soggetto detenuto giunga nell'Istituto penitenziario in terapia con farmaci extra prontuari, andrà salvaguardata comunque la continuità dei trattamenti giudicati indispensabili dal medico che lo prende in carico in quel momento, in particolare se si tratta di farmaci la cui interruzione possa mettere a repentaglio l'efficiente gestione clinica o compromettere eventuali titolazioni di concentrazioni plasmatiche o stabilizzazioni della terapia, come nel caso delle terapie con farmaci antiaritmici, immunosoppressori, antiepilettici o farmaci per il trattamento del dolore.

3.4 L'importanza della Cartella Clinica Penitenziaria

L'O.M.S. ha emanato delle direttive intitolate Principio di equivalenza delle cure, con cui ha sancito l'esigenza di garantire al detenuto le stesse cure mediche e psico-sociali che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità. I servizi sanitari devono perseguire: la garanzia "dell'equità del diritto" alla salute senza discriminazione alcuna o condizione di detenzione, uguale per tutti i cittadini; la garanzia "dell'equità delle cure", cioè la "garanzia dell'accesso" a cure uguali per tutti. Il diritto alla salute comprende anche l'aspetto prettamente medico quale il diritto alle informazioni sulle stesse, alla comunicazione con i congiunti, all'accesso ai dati riguardanti le cure praticate, al diritto al mantenimento della propria identità psico-fisica, al diritto alla salubrità dell'ambiente, al diritto degli indigenti, alle cure gratuite e al diritto di accesso alle strutture.

Una corretta tenuta della cartella clinica non è solo un diritto del detenuto, ma anche garanzia per l'operatore.

La visita deve essere effettuata con la massima sollecitudine ed in modo approfondito al fine di evitare che forme patologiche, sia fisiche che

psichiche, sfuggano al tempestivo controllo sanitario e manchino di adeguate attenzioni e cure nel corso della detenzione o dell'internamento.

La cartella clinica può essere aperta in qualsiasi momento che può presentarsi nell'arco di tutte le 24 ore giornaliere, anche le meno comode del servizio. L'apertura della cartella è comunque e sempre atto a cui è indispensabile dedicare il tempo necessario. Si tratta, infatti, di strumento fondamentale sia per la raccolta della documentazione sanitaria, che per il suo ruolo storico documentale e per la testimonianza delle decisioni assunte per la tutela della salute del paziente detenuto, indispensabili in un ambito come quello penitenziario.

Questo documento dovrà sempre essere adeguato sia alle necessità strettamente sanitarie che a quelle della Magistrature .

La Cartella Clinica Penitenziaria deve essere:

Veritiera: Tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi.

I dati e gli eventi riportati in Cartella Clinica debbono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi relativi al paziente rilevati in scienza e coscienza dal personale medico e infermieristico e agli effettivi accadimenti e come si sono verificati. Non va mai usato il correttore e non sono consentite cancellazioni con gomma. Per errori commessi all'atto della stesura, si deve provvedere a tracciare una riga con inchiostro indelebile, in modo tale che lo stesso risulti comunque leggibile.

Per errori od omissioni rilevati in epoca successiva, è necessario porre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata da ora, data di stesura della correzione e firma dell'estensore.

Accurata: Ogni istituto penitenziario deve definire, con apposito regolamento, procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni (esempi: corrispondenza tra terapie prescritte e terapie somministrate, rilevazione e trascrizione dei parametri vitali, corrispondenza tra esami strumentali prescritti ed esami eseguiti e refertati).

Completa: La cartella viene aperta al momento di accettazione della persona assistita e chiusa, cioè completata in ogni sua parte, alla sua data di dimissione. Ogni struttura penitenziaria dovrebbe mantenere procedure atte a controllare la completezza della cartella clinica sia durante il periodo di detenzione fino alla scarcerazione, con riferimento agli elementi che la compongono.

In Cartella clinica va allegato, quale parte integrante, un elenco di tutti i moduli ed allegati presenti.

Pertinente: Le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

Chiara: La chiarezza riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da chiunque sia chiamato a consultare la cartella clinica: medici, infermieri, altri professionisti sanitari, ma anche magistrati o appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria. L'esposizione deve essere diretta e non dare adito a diverse interpretazioni.

Rintracciabile: Per rintracciabilità s'intende la possibilità di poter risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali nella documentazione sanitaria, per ogni singolo atto, devono essere identificabili:

- il momento dell'accaduto con data e ora;
- gli autori con firma leggibile (nome e cognome riconoscibili)

E' necessario inoltre documentare nella cartella clinica ogni dettaglio sia per ottenere una corretta trasmissione delle informazioni, sia per avere la possibilità di comparare le diverse rilevazioni effettuate in luoghi, tempi e da persone diverse che, in ultima analisi, per documentare il nostro operato.

Non raccogliendo e non segnalando, il medico può essere esposto a procedimenti giudiziari se dovesse nascere qualche contenzioso. Ogni volta che in carcere accadono eventi gravi, l'attenzione nelle conseguenti

immancabili inchieste giudiziarie ed amministrative si indirizza alla ricerca di eventuali colpe od omissioni da parte degli operatori sanitari penitenziari.

In caso di eventuale procedimento giudiziario, la precisione della documentazione sarà fondamentale per la ricostruzione accurata degli eventi, in particolar modo in caso di procedimenti relativi a reati di violenza.

Nell'intervallo di tempo, solitamente molto lungo, che intercorre tra l'episodio documentato ed un eventuale inchiesta e procedimento giudiziario, l'esattezza della documentazione scritta è fondamentale. L'inadeguato livello di raccolta dati, infatti, con il passare del tempo aumenta esponenzialmente i rischi giudiziari dei compilatori.

Riportare in cartella una documentazione clinica approssimativa, carente di dati e lacunosa, vanifica le sue finalità ed è fonte di responsabilità professionale penale e civile.

Capitolo IV

RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

4.1 Evoluzione delle competenze attraverso la normativa

Il ruolo del coordinatore infermieristico all'interno degli Istituti penitenziari nasce con la circolare del 24 maggio 1999 Nr. 577276, con la quale si definiscono i compiti a lui affidati e si specifica che in ogni istituto deve essere presente una sola unità di coordinamento, inserita nello staff della Direzione sanitaria.

Questo incarico, all'interno di quell'ufficio comportava che la figura assorbisse di conseguenza anche funzioni di dirigente infermieristico, al punto di non riuscire a svolgere il tutto in maniera completa si delegava altro personale per alcune procedure.

E' così che venivano a crearsi sovrapposizioni di competenze.

Il compito di delega era quasi impossibile poiché non tutti gli infermieri erano formati per eseguire determinate procedure.

Tutte le necessità di formazione, di modifica della pianta organica o di approvvigionamento di materiali era soggetta alla supervisione e successiva approvazione del Direttore d'Istituto e tutto era relativo al budget assegnato a livello distrettuale.

Con la Riforma del 2008, quindi con il passaggio delle competenze al SSN, il ruolo del coordinatore infermieristico acquista un assetto definitivo della sua professione.

Viene riconfermato l'incarico al precedente coordinatore in relazione alle competenze acquisite sul "campo" e viene richiesta una rivalutazione della pianta organica dal Dirigente Infermieristico Territoriale ma non più in funzione dei fondi economici, ma fondi relativi al bisogno assistenziale del paziente/detenuto con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza.

Con questo nuovo aspetto delle figure professionali dislocate nei centri di collegamento fra i reparti detentivi e Direzione Sanitaria, in questo

momento storico, si ottiene uno studio innovativo sugli strumenti da utilizzare per la gestione del paziente/detenuto. Tutto questo al fine di garantire una continuità assistenziale ed avvalersi di una documentazione appropriata e di uno scambio di informazioni verbali cercando, così, di eliminare vecchie abitudini non più idonee per la crescita professionale.

Nel progetto di reingneering si sente la necessità di collocare un coordinatore infermieristico ogni tre sezioni detentive con il compito di organizzare e studiare insieme al personale le strategie lavorative al fine di garantire un'assistenza adeguata e di qualità al paziente ristretto evidenziando anche le problematiche relative all'aggiornamento e alla formazione del personale componente l'equipe.

Il coordinatore infermieristico dovrà, quindi, impostare una strategia assistenziale univoca a seconda del contesto in cui si inserisce l'assistenza. Nell'ambito penitenziario il coordinatore deve sempre tener presente che si trova di fronte a soggetti che giungono da fasce emarginate della società, le quali non conoscono il concetto di prevenzione e cura della salute, per cui si dovrà puntare sulla comunicazione e fiducia con lo scopo di introdurre il concetto di educazione sanitaria.

Per quanto riguarda l'organizzazione infermieristica i coordinatori delle singole unità operative si confronteranno con i coordinatori di unità complessa, che avrà sede nella Direzione Sanitaria.

Questa relazione viene gestita con degli incontri mensili, con lo scopo che rapportarsi possa aiutare a tenere sotto controllo la gestione infermieristica e la strategia assistenziale. Si potranno così studiare nuovi progetti lavorativi che gli stessi avranno già preparato con la propria equipe.

Il ruolo del coordinatore infermieristico assume, attraverso l'acquisizione di competenze ed esperienze, un ruolo sempre più autonomo e determinante nella gestione infermieristica all'interno degli Istituti di pena. Riuscire ad adattare la propria professionalità alla normativa relativa alla sanità penitenziaria e a ciò che tale servizio richiede, rientra tra le capacità professionali del coordinatore.

La normativa: Art. 53 legge 09 Ottobre 1970 nr. 740

“Per le esigenze del servizio di guardia negli istituti di prevenzione e pena. Il direttore di istituto si avvale dell’opera di almeno due infermieri muniti del certificato di abilitazione, in modo da garantire nelle 24 ore un servizio continuativo. L’infermiere addetto al servizio di guardia deve prestare la propria opera secondo il turno predisposto dal direttore dell’istituto e non può essere utilizzato per due turni di guardia consecutivi.

Egli è tenuto dall’osservanza delle vigenti disposizioni in materia sanitaria, a disimpegnare le mansioni previste dalle vigenti disposizioni relative al servizio infermieristico negli istituti di prevenzione e di pena, ad osservare le prescrizioni impartite dall’autorità amministrativa dirigente l’istituto concernente l’organizzazione del servizio infermieristico stesso, nonché le relative modalità di svolgimento non riflettenti questioni di carattere tecnico.

Per le questioni di carattere tecnico è tenuto ad osservare le prescrizioni impartite dal personale medico.

Agli infermieri di cui al presente articolo spetta un compenso orario, con esclusione di ogni altra indennità o gratificazione, e di ogni trattamento previdenziale o assicurativo, da determinarsi entro il mese di Gennaio di ogni biennio, con decreto del Ministero della grazia e giustizia, di concerto con i Ministri per la sanità e per il tesoro, tenute presenti le indicazioni delle organizzazioni sindacali”

Il servizio infermieristico all’interno degli istituti di pena del territorio nazionale, è disciplinato in primis dalla legge 740/70 e da norme successive.

Il Ministero della Giustizia nel corso degli anni ha emanato numerosissime circolari applicative in base alle normative vigenti afferenti al servizio infermieristico tenendo conto anche dell’evoluzione della figura professionale.

La circolare emanata il 24 Maggio 1999 nr. 577276 individua la figura dell’infermiere coordinatore tecnico del servizio.

Questa circolare trae origine dalla Legge 26 Febbraio 1999 nr. 42, la quale aboliva il mansionario dell'infermiere professionale fino ad allora previsto dal Regolamento approvato con il D.P.R. 14 Marzo 1975 nr. 225, da cui erano stati tratti i compiti dell'operatore in rapporto di convenzione libero professionale con l'Amministrazione penitenziaria.

La stessa Legge indicava, che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, veniva determinato dai contenuti e dai decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base nonché degli specifici codici deontologici, fatta eccezione per le competenze previste per le professioni mediche, di conseguenza si è ritenuto opportuno individuare un responsabile del servizio infermieristico denominandolo "*coordinatore tecnico del servizio*".

Vengono definiti nella circolare i compiti affidati al coordinatore:

1. partecipazione alla definizione degli obiettivi dell'unità operativa o sezione funzionale, loro diffusione e valutazione dei risultati;
2. verifica del fabbisogno delle risorse infermieristiche e tecniche in relazione ai bisogni di assistenza;
3. definizione in equipe dei piani di lavoro e relativa supervisione ;
4. implementazione di modelli organizzativi assistenziali per obiettivi e relativi strumenti informativi;
5. promozione e valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica ed alberghiera;
6. gestione e coordinamento dei turni e del servizio infermieristico ripartendo in modo equo il monte ore mensili, i turni notturni, pomeridiani e festivi, suddivisi anche tra il personale dipendente, nonché i turni di ferie tenendo conto dell'esigenze del servizio secondo le disposizioni impartite dal Dirigente sanitario o responsabile dell'area sanitaria e dell'esigenze degli operatori;

7. controllo dell'igiene e funzionalità delle attrezzature e degli ambulatori, provvedendo al rifornimento dell'occorrente per garantire l'operatività;
8. controllo delle scorte farmaceutiche, dello smaltimento dei rifiuti speciali e degli armadi dell'emergenze;
9. organizzazione dell'attività infermieristica secondo delle disposizioni impartite dal direttore dell'istituto o dal dirigente sanitario responsabile dell'area sanitaria;
10. vigilanza sul corretto adempimento delle disposizioni emanate segnalando al dirigente sanitario o responsabile dell'area sanitaria ogni disfunzione del caso;
11. convocazioni delle riunioni mensili degli infermieri per vagliare e risolvere le problematiche inerenti il servizio e per valutare l'efficacia dei piani di intervento infermieristico ed eventualmente modificarli;
12. vigilanza sull'esatta tenuta dei registri di carico e scarico delle sostanze e dei farmaci;
13. presentazione periodica al dirigente sanitario o al responsabile dell'area sanitaria e al direttore dell'istituto di una relazione sul funzionamento del servizio infermieristico, suggerendo eventuali azioni per migliorarne le prestazioni;
14. cura della formazione e dell'inserimento degli infermieri nuovi assunti ed istruzione del personale sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro (Legge 626/94) e sulle attrezzature da utilizzare nelle varie situazioni di intervento a rischio;
15. partecipazione alle riunioni tra la Direzione dell'istituto e il Dirigente Sanitario o responsabile dell'area sanitaria aventi per oggetto l'organizzazione dell'attività sanitaria penitenziaria.

4.2 **Il coordinatore infermieristico oggi. Il manager**

Negli ultimi anni un'intensa trasformazione tecnologica ed organizzativa ha modificato in modo sostanziale l'apporto delle risorse umane ai processi aziendali.

Le aziende sanitarie, sono state investite da una serie di dinamiche, riconducibili a pressioni ambientali esterne, quali cambiamento istituzionale, modifica del quadro normativo, dinamiche socioeconomiche, progresso scientifico e innovazioni tecnologiche, che hanno inciso significativamente sulle caratteristiche gestionali e organizzative e ne hanno influenzato il processo di evoluzione.

Oggi queste aziende sono coinvolte in processi di cambiamento molto profondi che determinano l'esigenza di progettare l'assetto organizzativo aziendale, in tutte le sue componenti, quali struttura organizzativa, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori.

Il ruolo del coordinatore infermieristico nell'organizzazione è cambiato, è richiesta capacità culturale, intellettuale e professionale qualificata, da "prestatori d'intelligenza", tale da favorire un comportamento innovativo e maggiormente flessibile delle imprese di appartenenza.

In un tale contesto, le competenze degli individui all'interno delle organizzazioni diventano sempre più uno dei principali fattori competitivi influenzando in modo diretto e determinante le prestazioni aziendali.

La formazione manageriale ha la possibilità di incidere in maniera determinante sulla evoluzione delle organizzazioni, offrendo spunti importanti per il cambiamento verso l'innovazione dell'assistenza infermieristica in ogni contesto.

Il coordinatore infermieristico negli Istituti di pena, visti i continui cambiamenti che avvengono nel complesso sistema sanitario penitenziario, si trova nel dover far fronte a problematiche che richiedono soluzioni sempre nuove e diverse e soprattutto, si trova a doversi rapportare con il personale si sicurezza con bisogni ed aspettative non sempre coerenti con obiettivi e potenzialità dell'organizzazione e di conseguenza dover gestire relazioni di gruppo con un'alta tensione emotiva.

Il professionista coordinatore nell'ambiente carcerario si trova a far fronte ad un impegno talvolta difficile da sostenere, dovendosi adeguare ad un succedersi d'innovazioni organizzative, conoscenze tecniche

professionali sempre nuove ed esigenze, attese e bisogni che richiedono una risposta immediata.

Possiamo indentificare tre grandi aree di competenza del coordinatore infermieristico: le competenze clinico-assistenziali, le competenze di management e le competenze relazionali o di leadership.

Al Coordinatore afferisce il corretto utilizzo del patrimonio immobiliare, sanitario e delle scorte di materiale di consumo, tutto ciò anche con sistematici e costruttivi rapporti con i servizi di approvvigionamento di risorse.

Le principali funzioni attribuite al livello di coordinamento penitenziario, nell'ambito della gestione del personale e delle risorse materiali, tenuto conto della specificità del ruolo e del lavoro dell'equipe, sono le seguenti:

- Partecipazione alla definizione degli obiettivi assistenziali e valutazione dei risultati; e inserimento e valutazione del personale infermieristico e di supporto.
- Definizione in equipe dei piani di lavoro e relativa supervisione
- Implementazione di modelli organizzativi assistenziali per obiettivi e relativi strumento informativi.
- Tenuta e verifica di certificazioni, registrazioni e documentazioni di carattere infermieristico e clinico, per quanto di competenza.
- Programmazione, gestione e controllo delle risorse materiali e professionali sul personale infermieristico e di supporto, sull'attività specialistica e sul lavorante addetto alla igienizzazione degli ambienti.
- Promozione e valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica.
- Umanizzazione dell'assistenza e relazioni con gli organi specifici dell'Amministrazione penitenziaria, della Sanità e di volontariato.

- Individuazione e programmazione del bisogno formativo del personale assegnato e valutazione dei risultati a medio e lungo termine in relazione allo sviluppo professionale

- Progettazione e sviluppo in equipe della ricerca infermieristica; osserva e fa osservare comportamenti etici e deontologici

Occuparsi dell'organizzazione e dell'andamento della farmacia provvedendo di persona alla richiesta di farmaci e di materiali di consumo vari.

Deve provvedere inoltre ad organizzare l'infermeria locale dotandola di tutta la strumentazione necessaria e verificare che le direttive impartite al personale infermieristico vengano messe in pratica con responsabilità. Il coordinatore infermieristico penitenziario assume un ruolo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse a lui affidate, per il raggiungimento degli obiettivi/risultati stabiliti per il settore infermieristico.

Il livello di coordinamento, nell'ambito della corrispondenza alla specifica funzione, afferisce alla dirigenza infermieristica in una logica di integrazione e continuità.

L'operatore coordinatore persegue, congiuntamente agli infermieri, gli obiettivi di qualità tecnico professionale, nell'ambito di tutti i processi assistenziali e delle finalità del servizio infermieristico.

La differenza sostanziale del coordinatore infermieristico penitenziario rispetto alle altre U.O., sta appunto nella particolarità dell'utenza a cui è erogata l'assistenza infermieristica stessa, in un contesto che presenta diverse complessità.

E' stato necessario, infatti, parlare dell'assistenza infermieristica, in quanto le caratteristiche e competenze della stessa richiedono al coordinatore penitenziario di oggi, di essere un manager, un leader e di svolgere un ruolo di rappresentanza per tutto ciò che accade nell'unità operativa o di servizio a cui è preposto.

Il coordinatore manager si occupa della soluzione dei problemi, che costituiscono il suo principale campo d'azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di sviluppo.

La presa di decisioni è la sua attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore particolari conoscenze e abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi motivando il personale.

4.3 Gestione dell'equipe infermieristica

Il ruolo del coordinatore infermieristico in ogni Istituto di Prevenzione e di Pena esercita funzioni di programmazione e controllo delle risorse umane e professionali qualitativamente idonee per svolgere il processo assistenziale e contribuire alla tutela della salute delle persone detenute ed internate.

Il coordinatore infermieristico effettua per tale scopo la programmazione, la selezione e l'inserimento degli infermieri, la relativa allocazione, l'orientamento e lo sviluppo, l'aggiornamento e la formazione finalizzati al miglioramento continuo della funzione svolta, al corretto utilizzo delle risorse mirando all'efficacia e all'efficienza qualitativa.

La capacità di management di sviluppare metodi e gestione del personale è di fondamentale importanza per miglioramento delle prestazioni infermieristiche in ambito penitenziario.

La gestione per competenze è divenuta una forte necessità di tutti coloro che si occupano di gestione delle risorse umane: lavorare per e con professionisti significa lavorare per obiettivi e non più per compiti o mansioni, cioè, passare da una gestione in cui l'accento è posto sulle responsabilità dei professionisti che proiettano le attività verso i risultati da raggiungere.

Dal punto di vista della gestione delle risorse umane la teoria dell'obiettivo rimanda ad un sistema che va dall'assegnazione degli obiettivi alla valutazione e al piano di sviluppo del collaboratore. Introdurre il

concetto di obiettivo in una struttura organizzativa complessa come il carcere abituata a lavorare per compiti, ovvero per adempimenti, questo vuol dire principalmente introdurre un grosso cambiamento culturale che passa attraverso il cambiamento delle persone verso l'impiego di un pensiero strategico, con una maggiore iniziativa e autonomia e un maggiore sviluppo delle proprie capacità e competenze.

La competenza intesa nel suo più ampio significato si realizza attraverso la combinazione di conoscenze, capacità, orientamento assistenziale e gestionale: sono infatti questi elementi che effettivamente connotano ad un professionista, dato che le competenze professionali non possono né devono essere fissate in modo rigido e definitivo, in quanto devono evolvere in concomitanza al verificarsi di cambiamenti del contesto in cui gli infermieri professionali coordinatori si trovano ad operare.

Il manager, infatti, è colui che gestisce la funzionalità delle organizzazioni, che persegue obiettivi attraverso altre persone, che si pone al vertice o in altra posizione che gli consenta di progettare, analizzare sistemi ad azione collettiva o fornire delle regole organizzative e decisionali rivolte a chi lavora nelle strutture.

Sicuramente la gestione delle risorse umane è il fattore più rilevante; perciò sono importanti le conoscenze degli aspetti socio-antropologici, psicologici ed etici dell'individuo e soprattutto è importante conoscere le competenze dei singoli soggetti appartenenti all'equipe.

4.4 Approvvigionamento dei farmaci nell'istituto penitenziario

La sicurezza nell'uso dei farmaci, in quanto componente fondamentale della qualità dell'assistenza, è un obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria.

E' pertanto dovere del coordinatore e degli operatori sanitari adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci.

Nell'ambito di una strategia di coordinamento infermieristico per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali vi sono l'adozione,

la diffusione e l'implementazione di "pratiche" finalizzate all'eliminazione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

A livello nazionale, il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di buone Pratiche/Raccomandazioni, alcune delle quali rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza.

La sicurezza nella gestione dei farmaci aumenta se gli operatori sono consapevoli degli aspetti procedurali e del loro significato. A tale proposito è fondamentale che il coordinatore infermieristico organizzi la realizzazione di periodici eventi formativi e di confronto rivolti ai professionisti sanitari per consentire una capillare diffusione di conoscenze e cultura sulla sicurezza e sugli strumenti proposti.

La formazione degli operatori dovrà inoltre rispondere agli specifici bisogni in relazione alle caratteristiche strutturali, ambientali, organizzative locali, ed essere sviluppata secondo metodologie efficaci in termini di crescita professionale e integrazione (formazione strutturata, partecipata, multiprofessionale).

Ai sanitari coinvolti nel processo terapeutico devono essere resi disponibili idonei supporti tecnici e collaborazioni professionali, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti farmacologici, tossicologici e di sicurezza.

In rapporto alle fasi del processo terapeutico e alle attività in esso concretamente svolte, il professionista deve avere accesso alle informazioni inerenti le condizioni della persona detenuta.

Durante le attività di gestione clinica dei farmaci, per quanto possibile, è importante evitare interruzioni, con particolare riguardo ai momenti di: prescrizione, preparazione e somministrazione.

La Farmacia ospedaliera degli Istituti penitenziari mette a disposizione una lista informatizzata per principio attivo e per nome commerciale dei farmaci sostituibili, coperti o meno da tutela brevettuale,

contenente il codice complementare di controllo dei farmaci (codice gruppo equivalenza), che consenta di identificare, a parità di principio attivo, dosaggio e forma farmaceutica, il nome commerciale del farmaco equivalente disponibile.

Nella definizione di tale lista occorre considerare eventuali limitazioni indicate dal livello aziendale o regionale in relazione a specifiche categorie di farmaci.

La lista dovrà essere aggiornata tempestivamente con le disponibilità a magazzino e diffusa ai professionisti interessati.

Il responsabile clinico (medico referente per la salute) dell'Istituto penitenziario definisce un elenco quali-quantitativo dei medicinali che devono costituire la dotazione ordinaria. L'elenco deve essere disponibile per la consultazione. Può essere valutata l'opportunità di elaborare una lista dei farmaci LASA in uso, condivisa con la Farmacia ospedaliera, purché sia aggiornata periodicamente.

E' opportuno, per quanto possibile, limitare la presenza di più dosaggi di uno stesso principio attivo per evitare il rischio di confondimento.

L'entità delle scorte presenti deve essere correlata alle esigenze e agli effettivi consumi dell'Istituto.

Eventuali prodotti gestiti "a scorta" non utilizzati, ma ancora in confezione integra e non scaduti, possono essere restituiti alla Farmacia ospedaliera secondo le modalità previste all'interno della Struttura.

In taluni casi, esempio psicofarmaci, è preferibile l'utilizzo di forme farmaceutiche liquida, per evitare l'accumulo/scambio dei prodotti da parte delle persone detenute.

Le richieste di prodotti farmaceutici per il reintegro delle scorte sono eseguite, di norma, dal Coordinatore infermieristico.

In seguito al ricevimento dei medicinali, il Coordinatore infermieristico è responsabile del controllo:

- della congruità quali-quantitativa tra quanto consegnato e quanto scritto sia sul modulo di richiesta che sulla bolla di consegna;

- del ricevimento dei prodotti nei tempi previsti

- della modalità di conservazione e stato del materiale inviato (es. mantenimento della catena del freddo, integrità delle confezioni, corretta etichettatura, consegna dei prodotti nelle confezioni originali, ecc.).

Tali attività possono essere delegate a un collaboratore infermieristico, da lui individuato.

Il Coordinatore infermieristico è responsabile della gestione dei farmaci in dotazione e di quelli pervenuti allestiti dalla farmacia ospedaliera, dell'approvvigionamento e della loro conservazione.

Devono essere definite modalità di conservazione che facilitino la corretta identificazione delle confezioni e riducano la possibilità di scambio di farmaco. Le confezioni possono essere riposte in ordine alfabetico (per nome commerciale o per principio attivo) e/o suddivisi per categoria terapeutica e/o per via di somministrazione.

Al fine di evitare il rischio di confondimento e i conseguenti errori, farmaci simili per confezionamento e/o nome (farmaci LASA) devono essere disposti separatamente oppure deve essere evidenziata la somiglianza utilizzando metodi e strumenti (es. contrassegni supplementari, codici colore, "allerte").

Per motivi di sicurezza particolare attenzione da parte di tutti gli operatori sanitari deve essere riposta alla gestione dei prodotti farmaceutici sul carrello della terapia.

Lo stoccaggio dei prodotti farmaceutici deve avvenire in locali opportunamente custoditi, eventualmente in armadi chiusi a chiave. In particolare devono essere regolate e diffuse a tutti gli operatori coinvolti le corrette modalità per quanto riguarda:

a. la temperatura e le condizioni di conservazione, così come precisate dal Servizio di Farmacia ospedaliera, in conformità a quanto indicato sulle confezioni e sul foglietto illustrativo dei prodotti;

b. la rotazione delle scorte deve essere realizzata in modo da rendere più accessibile, e quindi utilizzare per primo il prodotto con scadenza più ravvicinata.

Se si ritiene che, per alcuni farmaci, non siano state rispettate le condizioni di conservazione, deve essere interpellato, prima dell'utilizzo, il Servizio di Farmacia ospedaliera.

Devono essere controllate periodicamente le scadenze e lo stato di conservazione dei prodotti farmaceutici secondo un piano specifico, di cui è responsabile il Coordinatore infermieristico, attenendosi alle procedure aziendali.

Il Coordinatore infermieristico assicura la verifica, per i prodotti farmaceutici in dotazione, di:

- a. scadenza;
- b. corretta conservazione;
- c. congruità quali-quantitativa rispetto alla dotazione stabilita.

Analogamente, devono essere controllati tutti i luoghi/contenitori dove sono presenti i prodotti farmaceutici (carrelli della terapia, carrelli delle emergenze, ecc.).

Capitolo V

TESTIMONIANZE PRIVILEGGIATE: I COORDINATORI INFERMIERISTICI DELLE STRUTTURE PENITENZIARIE DELLA REGIONE LAZIO

La Ricerca

Per la parte sperimentale si sono raccolti i dati relativi alla percezione, esperienza e competenze dei coordinatori infermieristici attuali di nove strutture penitenziarie sulle 14 totali della Regione Lazio (considerando che alcuni di loro coordinano più istituti). E' stata utilizzata la tecnica delle interviste telefoniche per superare il problema delle distanze tra una struttura e l'altra e della difficoltà di accesso alle diverse carceri, non essendo in possesso di autorizzazione il cui ottenimento avrebbe richiesto molto tempo in pratiche burocratiche ed essendo ad effetto incerto.

I contatti telefonici sono stati concordati con il relatore della presente tesi ed hanno richiesto un tempo medio di circa 40'. In tutti i casi, sia per motivi di sicurezza che di opportunità è stata rispettata la richiesta di non menzione del nominativo. Nella raccolta dei dati, inoltre, è stata omessa la città di appartenenza della struttura penitenziaria per lo stesso motivo e perché avrebbe rappresentato un identificativo di certezza.

Tutte le domande sono state poste nello stesso modo colloquiale ed assicurandosi la perfetta comprensione del singolo item, ivi compresa una spiegazione supplementare, laddove si riteneva non fosse sufficientemente recepita.

Il valore numerico delle risposte è stato attribuito spiegandone il significato, laddove a valori bassi coincideva un basso/minimo accordo sull'affermazione ed il contrario per i valori più alti.

Alla fine di ogni singola domanda è stato ripetuto il quesito e verificata l'attribuzione del punteggio per garantirne una puntuale comprensione.

QUESTIONARIO	POLI PENITENZIARI REGIONE LAZIO									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	totale
1. E' soddisfatto della mansione da Lei svolta all'interno del carcere?	4	5	5	4	5	5	5	5	5	43
2. Trova soddisfacente svolgere la Sua attività in ambiente penitenziario?	4	5	5	4	5	4	5	4	4	41
3. I suoi rapporti con le altre figure professionali con le quali lavora sono buoni?	5	5	5	4	4	5	4	5	5	43
4. E' soddisfatto delle possibilità di miglioramenti professionali nel suo ambito lavorativo?	4	3	4	3	4	5	4	5	5	36
5. I collaboratori infermieri sono disponibili al confronto se si manifestano problemi lavorativi e/o personali?	3	5	5	4	4	5	4	5	5	43
6. I Responsabili Sanitari sono disponibili al confronto se si manifestano problemi lavorativi e/o personali?	5	5	5	4	5	5	5	5	5	44
7. E' soddisfatto del controllo al quale è sottoposto il Suo lavoro da parte del Responsabile del servizio?	5	4	5	3	5	5	5	5	5	42
8. E' soddisfatto dell'organizzazione sanitaria penitenziaria nella gestione dei servizi (turnazioni, risorse umane impiegate, ecc.)?	5	5	5	5	3	3	3	3	3	37
9. Ritiene che l'organizzazione sanitaria penitenziaria metta a disposizione tutti gli strumenti necessari alla migliore erogazione dei servizi infermieristici?	4	3	3	4	3	4	3	4	4	31
10. Ritiene sufficientemente buone le condizioni igieniche e di sicurezza in carcere?	4	3	3	1	3	4	3	4	4	28
11. Ritiene adeguata la pianificazione e gestione del suo lavoro?	5	5	5	4	4	5	4	5	5	43
12. Ritiene sufficienti le opportunità che il suo lavoro le offre di usare competenze ed abilità che ritiene di possedere?	4	5	3	4	5	5	5	5	5	40
13. Ritiene sia più opportuna una rotazione tra incarichi infermieristici in carcere e incarichi con l'esterno?	1	2	1	1	5	5	5	5	5	22
14. Ha mai avuto episodi di aggressioni verbali in carcere?	1	1	1	1	4	1	4	1	1	12
15. Ritiene che l'azienda migliori o premi il suo operato?	4	5	3	3	3	4	3	4	4	29

LEGENDA: - PER NIENTE (1) (2) (3) (4) (5) MOLTO

I punteggi riportati mostrano un sostanziale accordo nelle risposte fornite ed in particolare:

ITEM 1: tutti i punteggi sono spostati tra il valore 4 e il valore 5 per un totale di 43, testimoniando una concordante soddisfazione nell'ambito delle proprie mansioni lavorative.

ITEM 2: anche in questo caso i punteggi sono spostati tra il valore 4 e il valore 5 per un totale di 41, testimoniando una concordante soddisfazione nei riguardi dello specifico ambiente carcerario.

ITEM 3: come per l'item n. 1 i punteggi sono spostati tra il valore 4 e il valore 5 con totale 43, confermando che i rapporti percepiti con le altre figure professionali siano di buona qualità.

ITEM 4: la possibilità di migliorare la propria condizione professionale è percepita essere a livelli non elevati, con un totale di 36 seppur non bassi.

ITEM 5: la possibilità di confronto tra colleghi infermieri è stimata essere di buona qualità, ed i relativi valori sono costantemente alti con un totale di 43.

ITEM 6: ugualmente per i responsabili sanitari/medici si assiste ad una buona valutazione della possibilità di dialogo. Anche in questo caso si apprezzano valori elevati con totale 44.

ITEM 7: con un totale di 42 i responsabili medici del servizio sono reputati essere dei buoni controllori del lavoro svolto.

ITEM 8: quando si analizza l'organizzazione sanitaria i valori percepiti si abbassano soprattutto in singole strutture a testimonianza della eterogeneità delle situazioni locali, infatti il totale scende a 37.

ITEM 9: tale dato viene confermato laddove si analizzi la possibilità della parte penitenziaria di mettere a disposizione del servizio sanitario gli strumenti necessari ad una buona qualità lavorativa. Il totale si abbassa a 31. Questo dato è presente in 5 casi su 9 esaminati.

ITEM 10: tale dato viene confermato dalla percezione di basse condizioni igieniche e di sicurezza sanitaria in carcere ed anche in questo caso i valori si attestano su livelli bassi come 28.

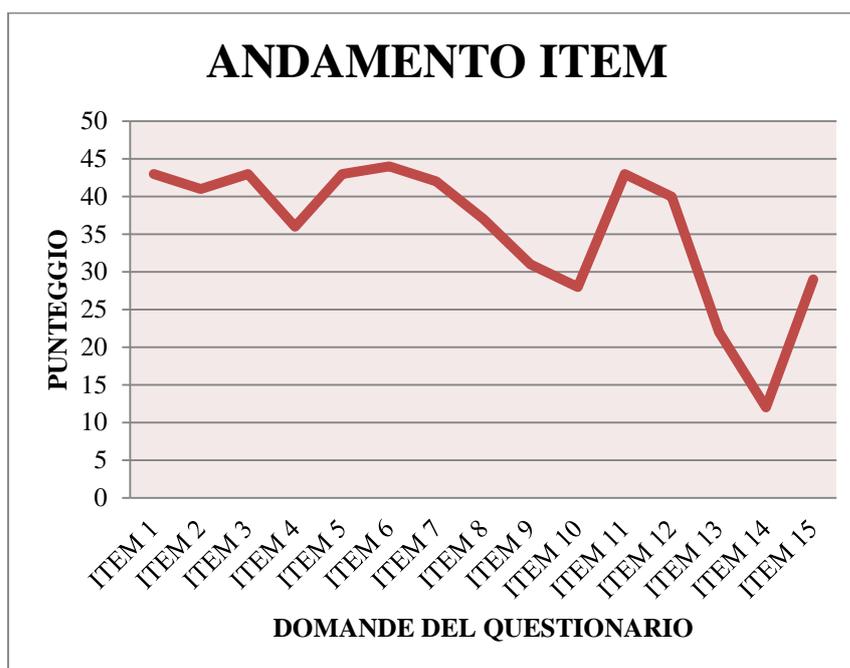
ITEM 11: quando si torna sul lavoro svolto e la sua pianificazione, autonoma rispetto al carcere i valori tornano su livelli alti, per un totale di 43 testimoniando una certa indipendenza dal sistema carcerario.

ITEM 12: il sistema offre opportunità di crescita professionale e di utilizzare a pieno le proprie competenze. Valori elevati di condivisione 40 totali.

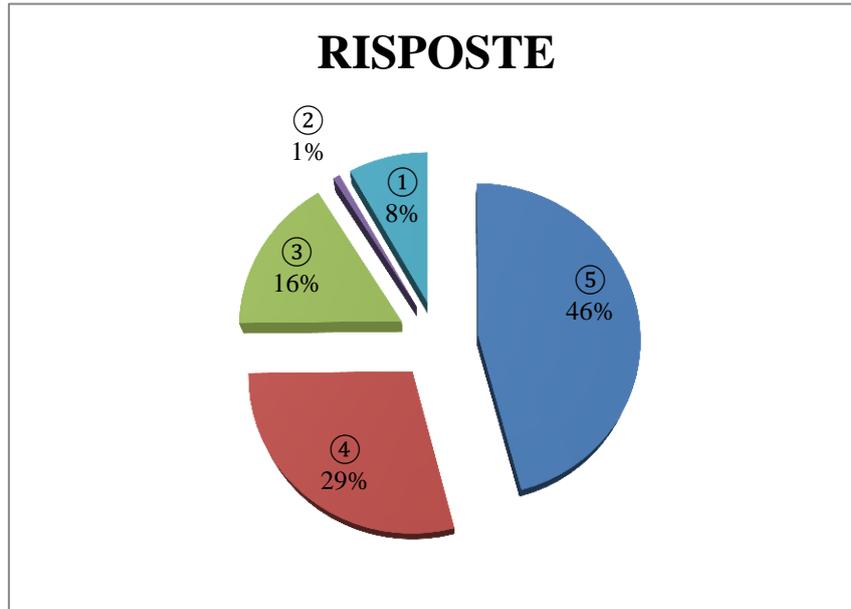
ITEM 13: di fronte alla possibilità/necessità di una rotazione degli incarichi, questa viene ritenuta generalmente molto bassa, meno che in alcuni casi e senza vie di mezzo (o valori alti o valori bassi). Il totale è di 22.

ITEM 14: non è stata registrata alcuna aggressione verbale, tranne che in un caso, infatti il totale è di 12.

ITEM 15: per ciò che attiene alla valutazione del proprio operato da parte della Azienda, i pareri sono abbastanza mediocri attestandosi su un valore medio (3), e totale 29.



I risultati delle interviste presentano un quadro abbastanza omogeneo con alcune situazioni locali di conflitto. Generalmente il coordinatore infermieristico afferma di essere soddisfatto del proprio lavoro e non ritiene di doversi necessariamente alternare con altro collega. Ma soprattutto in questo punto emerge la differenza di opinione tra chi esercita l'incarico di coordinamento da molti anni e tra chi invece ne è incaricato da poco tempo. Infatti coloro che sono ormai ben formati nella mansione ritengono inappropriata la rotazione tra interno ed esterno, in quanto spiegano che debba esistere una formazione almeno di base per erogare la funzione. Contrariamente affermano i coordinatori infermieristici che lavorano da meno tempo in ambito penitenziario, i quali, invece sostengono valga la pena ruotare per conoscere realtà esterne e viceversa (non è stato possibile registrare l'età degli intervistati per motivi di privacy).



Il sistema premiante della ASL non appare valutare appieno le caratteristiche del lavoro svolto né delle sue potenzialità innovative, poiché nonostante la Riforma abbia rappresentato una tappa importante per il settore sanitario, non è stato ancora definito un vero e proprio profilo professionale per tutti coloro che erogano assistenza sanitaria in carcere. Questo limita per alcuni aspetti la crescita professionale in ambito prettamente penitenziario. Le risposte positive rilevate dall'item 12 rilevano comunque che le competenze acquisite con il percorso formativo sono esplicabili nell'ambito penitenziario, questo significa che è esistita un'evoluzione delle competenze nel contesto stesso.

Anche la situazione logistica in relazione all'igiene e sicurezza sanitaria in carcere viene percepita come bassa o comunque insufficiente, quindi poco idonea al fine del raggiungimento di determinati obiettivi assistenziali.

Dalla presentazione di questo studio, emerge anche l'esigenza di un ruolo di coordinamento diverso rispetto al passato in quanto, i servizi erogati all'interno degli istituti penitenziari sono ancora eterogenei e lo sviluppo tecnologico impone la necessità di competenze diverse ed ulteriori da quelle esistenti. Inoltre, l'aumento della specializzazione di certi compiti

infermieristici e l'aumento della professionalità degli infermieri stessi costringono il coordinatore a una funzione di "integratore".

Le responsabilità dell'infermiere coordinatore sono state così sempre meno collegate allo svolgimento d'attività assistenziali e sempre più orientate alla soluzione di problemi di funzionamento dell'unità organizzativa per il raggiungimento di più adeguati risultati assistenziali.

Dai risultati si deduce infatti che il ruolo del coordinatore ha subito cambiamenti anche a livello di mentalità oltre che di competenze. Col passare degli anni si è entrati in una visione diversa di coordinamento, in quanto, assumendo sempre più un ruolo di manager il coordinatore infermieristico è capace di pianificare ed organizzare la strategia di lavoro con la propria équipe (soprattutto in un contesto così particolare e limitativo). Ne sono la testimonianza i risultati molto elevati degli item dove rileviamo l'andamento positivo e collaborativo tra le varie figure professionali.

I risultati ottenuti, seppur preliminari, meritano di essere completati su tutte le strutture e verificati nel tempo, anche in considerazione dei rapidi cambi organizzativi e di scenario a cui si sta assistendo in relazione alla normativa ancora molto poco applicata ed maniera difforme. Utili informazioni possono essere tratte da uno studio longitudinale sulle singole professionalità infermieristica, ma ancora di più dall'analisi del funzionamento dell'équipe sanitaria integrata con le altre figure professionali che comunque sono determinanti per lo svolgimento dell'assistenza sanitaria.

DISCUSSIONE / CONCLUSIONI

La Riforma penitenziaria D.P.C.M. del 1 aprile 2008 ha il pregio di aver immesso nel contesto carcerario un innovativo elemento di diversificazione. La tutela della salute è attribuita al Servizio Sanitario Nazionale e non più all'amministrazione penitenziaria. Ciò consente una fondamentale suddivisione tra due Istituzioni, i cui compiti sono ora profondamente diversificati e spesso inconciliabili.

L'area custodiale e trattamentale è appositamente creata per risocializzare, e 'correggere' le condotte devianti, mentre l'assistenza sanitaria deve tendere ad equiparare il cittadino detenuto ricreando un'assistenza "analoga" (v. D. Lgs. 230/99) a quella che ha il cittadino in libertà e realizzando una esperienza assistenziale unica e particolare. Basti pensare che in molti casi in carcere alcune persone hanno anche per la prima volta nella loro vita (si pensi alla popolazione straniera) una assistenza medica ed infermieristica legali ed appropriate.

La Medicina penitenziaria diviene quindi una Medicina di opportunità caratterizzata anche da iniziative attuate con cultura di prevenzione del buono stato di salute ed al suo mantenimento (vaccinazioni, provvedimenti di riduzione del danno, igiene ambientale, ecc.). In questo nuovo contesto si dovrà cercare di fronteggiare e gestire eventuali fattori di rischio ed attuare programmi di sorveglianza infermieristica e medica delle persone detenute, con il diretto coinvolgimento di questi ultimi.

In questa prospettiva, ogni progetto che discenda da una nuova organizzazione normativa, soprattutto se in un contesto così particolare e fortemente conflittuale, deve prevedere una piena partecipazione con le persone interessate, evitando ogni parcellizzazione degli interventi e delle responsabilità sanitarie.

Al dialogo ed al confronto con l'utente dovrà corrispondere un profondo cambiamento nella condivisione degli intenti e delle azioni sia tra utenti, ma soprattutto tra professionisti che operano negli stessi spazi. Tra questi, massima dovrà essere la collaborazione tra infermieri e medici che sarà finalizzata ad una ottimale resa in servizi.

Un coordinatore infermieristico che sia assegnato ad un incarico simile, dovrà confrontarsi anche con un continuo aggiornamento delle conoscenze, in un campo dove l'aggiornamento risulta cruciale in quanto imposto da modifiche di legge che sono ancora molto recenti per ipotizzare una situazione stabilizzata o poco dinamica. A differenza di tutti gli altri presidi sanitari delle ASL, il carcere risentirà ancora per molto di innovazione. Soltanto da un confronto diretto con le altre realtà regionali potrà far progredire il sistema verso un buon livello buono ed uniforme di prestazioni sanitarie, specie se integrate ed interprofessionali. Anche una buona dose di creatività e capacità di improvvisazione è richiesta, specie per le situazioni di nuova sopravvenienza od emergenti. Unitamente a queste ed alla capacità di confronto con il personale del penitenziario (funzionari e polizia penitenziaria) una costruttiva azione di coordinamento infermieristico specifico, accanto alle normali esigenze professionali del suo profilo (governo dei processi di cambiamento, funzioni di guida nel raggiungimento degli obiettivi, prevenzione dello stress e del burnout, saper “pensare eticamente”, gestione dei flussi informativi, organizzazione dei turni di lavoro, gestione delle priorità) deve prescindere da una capacità di leadership e di problem solving, in quanto il contesto produce quotidianamente conflitto, violenza, ansie, depressione e comportamenti inappropriati e tutti i profili professionali ne sono esposti, seppur in maniera diversa.

Con tali esigenze caratteriali e culturali, un coordinatore infermieristico che sia assegnato a svolgere servizio in una struttura penitenziaria, può non essere immediatamente idoneo a questa funzione e tale esigenza deve sempre essere superata con un giusto periodo di accompagnamento professionale, anche nel caso in cui la figura non preesisteva. Sarà quindi compito del management infermieristico provvedere in tal senso. Per ottenere una buona sicurezza professionale possono essere necessari anche alcuni mesi e comunque è auspicabile un controllo in itinere per tutta la durata dell'incarico, proprio in funzione della sperimentabilità di tali funzioni in un contesto dove ancora non c'è abbastanza esperienza per il SSN.

Le competenze tecnico-specialistiche, sono quindi in aumento nel contesto penitenziario sempre più a favore degli elementi tipici della funzione manageriale in termini di contenuto di lavoro e, di conseguenza, del contenuto formativo.

Il coordinatore/dirigente infermieristico che svolge questo ruolo, deve possedere tutte le conoscenze in campo manageriale atte a raggiungere gli obiettivi, cercando di unire gli ideali professionali “La professionalità dell’infermiere coordinatore non si misura in riferimento a competenze specifiche ma relativamente alla capacità di creare le condizioni organizzative tali da garantire risposte qualitativamente valide ai bisogni di assistenza degli utenti”. Tuttavia, all’evoluzione formativa e disciplinare non sempre è corrisposto un altrettanto significativo e coerente riconoscimento della funzione infermieristica nell’organizzazione del lavoro nel contesto penitenziario.

Non esiste una vera e propria formazione infermieristica e di coordinamento indirizzata all’ambito penitenziario, quindi lavorare all’interno di questo contesto significa applicare ed inserire le proprie competenze adattandole ed orientandole a tutto ciò che comprende lo stato di detenzione.

Bibliografia Essenziale

1. Niveau G (2006) Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*. Jan;120(1): 33-41. 3
2. Mancinelli C. Il paziente difficile: la comunicazione terapeutica e le risorse disponibili della relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica in istituto penitenziario.(2002) from :<http://www.infermieri.com> (consultato giugno 2012).
3. IPASVI Roma Quaderni del Collegio vol 13 Tempo di Nursing 63/2013 Collegio IP.AS.VI di Brescia Focus (1999) Infermieri Penitenziari . “Lavorare in carcere: un ripiego o un’opportunità”. La medicina penitenziaria a un anno dalla D.L.G. 230/99
4. Massei A, Marucci R, Tiraterra M.F (2007) La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un’indagine descrittiva. *Prof.In f*, Vol 60: 13-18 .
5. Whitehed D. (2006) The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. *International Journal of Nursing Studies* (43) 123-131.
6. Gatherer A. et al (2005) The World Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. *Am J Public Health* .
7. Powell J, Harris F, Condon L, Kemple T (2010) Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 66(6): 257-1265.
8. Condon l, Hek G, Harris F. (2007) A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 6(7): 1201-9.
9. Perry J. et al (2010) Management of long - term condition in a prison setting . *Nursing Standard Jun 23-29;24(42)*: 35-40
10. Perry J (2010a) Nursing in prison: developing the speciality of offender health care . *Nursing Standard Jun 2-8;24(39)*: 35-40
11. Wilmott Y (1997) Prison nursing: the tension between custody and care. *British Journal of Nursing* 6: 333-336.
12. Jenkins L. (2002) Quitting in prison: a pilot study in Worcester. *Practice nurse* (11) 23: 40-44.
13. Gould J., Payne,H,(2004) Health needs of children in prison .*Archives of Disease in Childhood* 89 (6): 549-550

14. Norman A, Parrish A.(1999) Prison health care: work environment and the nursing role. *British Journal of Nursing* 27 Jun 8 (10): 653-656
15. Hughes. M J, Harrison- Thompson (2002) Prison parenting programs: a national survey. *Social Policy Journal* 1 (1): 57-74
16. Aa.Vv. Autonomia Competenza Responsabilità Infermieristica, Collegi IPASVI dell'Emilia Romagna, Bologna 2006
17. AA.VV., "I fattori strategici per una formazione di qualità", Atti del 7° Congresso Naz.le di Firenze, a cura del Coordinamento nazionale dei caposala, 2001
18. Barbieri G., La nuova responsabilità dell'infermiere, *Professione Infermiere*, Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, n. 1/99
19. Benci L., "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", Mc Graw-Hill, Milano, 2001
20. Calamandrei C., "Funzioni del caposala e capacità necessarie per il loro svolgimento", *Management Infermieristico*, n.1, Lauri Edizioni, Milano, 1999
21. Calamandrei C., Orlandi O., "La dirigenza infermieristica", Mc Graw-Hill Ed. Libri Italia, Milano,
22. 1998
23. D'Addio L., "Il nuovo codice deontologico dell'infermiere: implicazioni per coordinatori e dirigenti infermieristici
24. Mangiacavalli B., La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica, in "
25. *Nursing Oggi*", N.7, 2002.
26. Marriner-Tomey A., "Management infermieristico - Teoria e pratica", Ed. Sorbona, Milano, 1992
27. Pontello G., "Management infermieristico", Masson. Milano, 1998
28. Rodriguez , Aprile A., Arseni Il triage infermieristico aspetti giuridico e medici legali , *La rivista del diritto*2/2006
29. Rodriguez D., Aprile A, *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, 2004.
30. Rodriguez D., La responsabilità ed il triage infermieristico, in "Scenario"

Sitografia

<http://www.altrodiritto.unifit.it> >

<http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/offender-health/>>

<http://www.norsetogether.com/articles>>

<http://www.nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/global/search> for nursing research

<http://www.nursesarea.it>>(Siti infermieristico italiana

<http://www.prisonstudies.org>> King College London , Web site ,International Centre for Prison Studies

<http://www.osservatorioantogone.it>>

<http://www.york.ac.uk/healthscience/centre/evidence> Centro per EBN dell'Università di York ;

Fonti normative

Ministero della Grazia e della Giustizia .DPR :30giugno 2000 n 230 'Norme sull'Ordinamento penitenziario'

Ministero della Grazia e della Giustizia .L.26 luglio 1975 n .354.

Ministero di Grazia e Giustizia circolare n3337-5787:Istituti penitenziari :costituzione e funzionamento delle aree . Ministero della Salute D.L.,22giugno 1999 n.230

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 Aprile 2008

D.D.G.S. n°14230 del 21 dicembre 2009

ALLEGATO "A": il questionario

**QUESTIONARIO COORDINATORI INFERMIERISTICI
PENITENZIARI**

E' soddisfatto della mansione da Lei svolta all'interno del carcere?

Per niente ①②③④⑤ Molto

1. Trova soddisfacente svolgere la Sua attività in ambiente penitenziario?

Per niente ①②③④⑤ Molto

2. I suoi rapporti con le altre figure professionali con le quali lavora sono buoni?

Per niente ①②③④⑤ Molto

3. E' soddisfatto delle possibilità di miglioramenti professionali nel suo ambito lavorativo?

Per niente ①②③④⑤ Molto

4. I collaboratori infermieri sono disponibili al confronto se si manifestano problemi lavorativi e/o personali?

Per niente ①②③④⑤ Molto

5. I Responsabili Sanitari sono disponibili al confronto se si manifestano problemi lavorativi e/o personali?

Per niente ①②③④⑤ Molto

6. E' soddisfatto del controllo al quale è sottoposto il suo lavoro da parte del Responsabile del servizio?

Per niente ①②③④⑤ Molto

7. E' soddisfatto dell'organizzazione sanitaria penitenziaria nella gestione dei servizi (turnazioni, risorse umane impiegate, ecc.)?

Per niente ①②③④⑤ Molto

8. Ritiene che l'organizzazione sanitaria penitenziaria metta a disposizione tutti gli strumenti necessari alla migliore erogazione dei servizi infermieristici?

Per niente ①②③④⑤ Molto

9. Ritiene sufficientemente buone le condizioni igieniche e di sicurezza nell' ambiente penitenziario?

Per niente ①②③④⑤ Molto

10. Ritiene adeguata la pianificazione e gestione del suo lavoro?

Per niente ①②③④⑤ Molto

11. Ritiene sufficienti le opportunità che il suo lavoro le offre di usare competenze ed abilità che ritiene di possedere?

Per niente ①②③④⑤ Molto

12. Ritiene sia più opportuna una rotazione tra incarichi infermieristici in carcere e incarichi con l'esterno?

Per niente ①②③④⑤ Molto

13. Ha mai avuto episodi di aggressioni verbali in carcere?

Per niente ①②③④⑤ Molto

14. Ritiene che l'azienda migliori o premi il suo operato?

Per niente ①②③④⑤ Molto

ALLEGATO "B": D.P.C.M. 1 APRILE 2008

SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

Anno 149° — Numero 126

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Venerdì, 30 maggio 2008

**SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI**

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARGENOLA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85061

DECRETI PRESIDENZIALI

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

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

Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante norma per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419»;

Vista la legge 24 dicembre 2007, n. 244, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)» e, in particolare l'art. 2, comma 283, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato decreto legislativo n. 230 del 1999, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari minorili, nei centri di prima accoglienza e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in data 14 e 18 marzo 2008;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 20 marzo 2008;

Sulla proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione;

DECRETA

Art. 1

Ambito operativo

1. Il presente decreto disciplina, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria.

Art. 2

Trasferimento delle funzioni sanitarie

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente 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 di cui all'art. 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto

dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'art. 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. 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.

2. Nell'assolvimento delle funzioni trasferite ai sensi del comma 1, le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'al-legato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 3

Trasferimento dei rapporti di lavoro

1. Il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercita funzioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, è trasferito, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili ove tale personale presta servizio.

2. Il personale di cui al comma 1, appartenente alle qualifiche e ai profili di cui alla allegata tabella B, viene inquadrato nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale sulla base della medesima tabella B, che costituisce parte integrante del presente decreto. Fermo restando la corresponsione dell'indennità professionale specifica prevista per la categoria e il profilo di inquadramento, la fascia retributiva di confluenza, nell'ambito della categoria di inquadramento, è determinata, facendo riferimento ai parametri contrattuali relativi al biennio 2006/2007, tenendo conto del maturato economico corrispondente alla sommatoria dello stipendio tabellare e dell'indennità penitenziaria, determinati anch'essi sulla base dei rispettivi parametri contrattuali relativi al biennio 2006/2007, decurtato del valore della predetta indennità professionale specifica; ove l'importo così determinato non corrisponda a quello delle fasce retributive della categoria di inquadramento, al dipendente viene assegnata la fascia immediatamente inferiore e la differenza è mantenuta come assegno ad personam. Con il trasferimento, il rapporto di lavoro viene disciplinato, oltre che dalle vigenti disposizioni di legge, dalla contrattazione collettiva del personale dei ruoli del Servizio sanitario nazionale. Il servizio prestato alle dipendenze del Ministero della giustizia viene interamente riconosciuto per le finalità giuridiche, previdenziali ed economiche. Per i dirigenti medici penitenziari il trattamento economico è determinato sulla base del corrispondente profilo del Servizio sanitario nazionale e della tipologia di incarico che verrà assegnato dalle aziende sanitarie locali. Il valore delle classi di stipendio in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto, con l'aggiunta del rateo in corso di maturazione alla stessa data espresso in ventiquattresimi, viene, comunque, conservato a titolo di retribuzione individuale di anzianità. Qualora l'importo del trattamento economico complessivo in godimento alla predetta data per stipendio iniziale ed altri assegni fissi e continuativi risulti maggiore di quello corrispondentemente spettante nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata come assegno ad personam.

3. Il personale di cui al comma 1 appartenente al profilo di psicologo viene inquadrato in apposito ruolo ad esaurimento nell'ambito dell'area III della dirigenza sanitaria non medica del Servizio sanitario nazionale, articolato in sezioni distinte in base al possesso o meno dei necessari requisiti e titoli professionali, definite in sede di contrattazione collettiva, con attribuzione, in fase di prima applicazione, del trattamento economico iniziale della dirigenza sanitaria non medica.

4. I rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008 sono trasferiti, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento e continuano ad essere disciplinati dalla citata legge n. 740 del 1970 fino alla relativa scadenza. Tali rapporti, ove siano a tempo determinato con scadenza anteriore al 31 marzo 2009,

sono prorogati per la durata di dodici mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. Al personale di cui al comma 1, non in servizio negli istituti e servizi penitenziari e nei servizi minorili di riferimento, è consentita la facoltà di optare tra le Aziende sanitarie locali in ambito provinciale cui sono trasferite le funzioni sanitarie di cui all'art. 2 del presente decreto.

6. In fase di prima applicazione, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica prestata ai detenuti e agli internati, le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento possono stipulare con il Ministero della giustizia apposite convenzioni non onerose della durata non superiore a dodici mesi, redatte secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di avvalersi della collaborazione degli esperti convenzionati con il Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e dell'art. 8 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272.

7. L'elenco nominativo dei titolari dei rapporti di lavoro trasferiti ai sensi del presente articolo è annesso ad apposito decreto direttoriale del direttore generale del personale del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del direttore generale del personale del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, da adottarsi entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Il numero delle unità da trasferire per ciascun profilo e per ciascun tipo di rapporto alle regioni a statuto ordinario, a statuto speciale e alle province autonome è indicato nell'allegato D, che costituisce parte integrante del presente decreto.

8. Il Fondo unico di amministrazione del Ministero della giustizia viene ridotto della quota corrispondente al trattamento erogato al personale non dirigenziale trasferito ai sensi del presente articolo.

9. A seguito del trasferimento del personale di ruolo, le vigenti dotazioni organiche del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia sono conseguentemente ridotte in misura corrispondente alle unità di personale trasferite, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

10. Le Aziende sanitarie locali, previo accordo con il Ministero della giustizia e nel rispetto della vigente normativa in materia di assunzioni e dei vincoli ivi previsti in materia di contenimento delle spese di personale, possono avvalersi delle graduatorie dei concorsi espletati anteriormente alla data del 15 marzo 2008 per il reclutamento in ruolo di figure professionali oggetto del trasferimento al Servizio sanitario nazionale.

Art. 4

Trasferimento delle attrezzature e beni strumentali

1. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, così come elencati, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in apposito inventario redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, vengono trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle Aziende sanitarie locali, con la sottoscrizione di un verbale di consegna. I suddetti beni entrano a far parte del patrimonio delle Aziende sanitarie locali di cui all'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e vengono sottoposti al regime giuridico di cui al citato art. 5.

2. I locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, così come elencati in apposito inventario alla data del 31 dicembre 2007 redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di

Bolzano. Gli inventari dovranno includere anche i locali già utilizzati gratuitamente dalle aziende sanitarie per attività connesse alle patologie da dipendenza.

Art. 5.

Ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia

1. Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti, con le modalità di cui all'art. 4, alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Per l'attuazione delle linee guida di cui al comma 1, è istituito, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale.

Art. 6.

Trasferimento risorse finanziarie

1. Ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, al lordo dell'accantonamento operato ai sensi dell'art. 1, comma 507, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e tenuto conto per l'anno 2008 di quanto previsto dal successivo comma 3 del presente articolo.

2. In fase di prima applicazione del presente decreto le risorse finanziarie di cui al comma 1, sono ripartite tra le regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo i criteri definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Nelle more del trasferimento alle Aziende sanitarie locali per il tramite delle regioni delle risorse finanziarie di cui al comma 1 e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale.

4. Dall'applicazione del presente decreto non devono derivare oneri a carico della finanza pubblica superiori all'ammontare delle risorse complessivamente trasferite al Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 1.

Art. 7

Rapporti di collaborazione

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definite le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di patologie da dipendenza.

Art. 8

Trasferimento alle regioni a statuto speciale e alle province autonome

1. Con le modalità previste dai rispettivi statuti e dalle correlate norme di attuazione si provvede a trasferire alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano le funzioni, i compiti, le risorse umane, finanziarie e organizzative trasferiti dal presente decreto alle regioni a statuto ordinario.

2. Nelle more dell'attuazione da parte delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano delle disposizioni di cui al comma 1, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile continuano a svolgere le relative funzioni e le corrispondenti risorse umane, finanziarie e strumentali restano temporaneamente acquisite al bilancio del Ministero della giustizia fino all'avvenuto trasferimento.

Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 1° aprile 2008

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, Prodi

Il Ministro dell'economia e delle finanze, Padoa Schioppa

Il Ministro della salute, Turco

Il Ministro della giustizia, Scotti

Il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, Nicolais

Registrato alla Corte dei conti il 7 maggio 2008

Ministeri istituzionali - Presidenza del Consiglio dei Ministri, registro n. 5, foglio n. 60

ALLEGATO A

Ministero della Salute**Ministero della Giustizia****Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale****Premessa**

Il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria", all'articolo 1 stabilisce che

i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

L'articolo 2 definisce il quadro di riferimento per le azioni da porre in essere, stabilendo che:

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende sanitarie e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.
2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

In particolare, il Servizio sanitario nazionale assicura ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimenti penali:

- azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso nell'istituto penale, durante il periodo di esecuzione della pena e all'atto della immissione in libertà,
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale.
- l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Il DPR 30 giugno 2000, n. 230 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure *privative* e limitative della libertà", all'articolo 1 stabilisce che:

1. Il trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali.
2. Il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

Per realizzare quanto previsto, occorre definire principi di riferimento, individuare obiettivi di salute, delineare le azioni programmatiche necessarie e gli interventi prioritari, programmare adeguati modelli organizzativi, prevedere modalità di verifica dei risultati.

Nel presente documento, laddove non altrimenti specificato, con la dizione Istituti di Pena si intendono comprese tutte le seguenti strutture: Istituti di Pena per Adulti, Istituti di pena per Minorenni, Centri di Prima Accoglienza , Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali, denominate, per semplificare, con il solo termine "comunità".

Principi di riferimento

- Riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- Necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari, degli Istituti di pena per minori, dei Centri di Prima Accoglienza, delle Comunità e

- dei Centri clinici.
- Gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita.
 - Gli Istituti penitenziari, gli Istituti di pena per minori e i Centri di Prima Accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali, ecc.
 - La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

In accordo con il Piano sanitario nazionale sono, di seguito, indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena:

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà
- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati
- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale,
- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio

Per perseguire gli obiettivi di salute sopra elencati, occorre:

1. definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità
2. disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti
3. conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche
4. attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate.

5. porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenza e patologie correlate, HIV; malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali, (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie del settore minorile)
6. attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia)
7. attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo.
8. attivare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della Giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie)

Le azioni programmatiche e gli interventi prioritari

Organizzare le conoscenze epidemiologiche

Le Regioni attivano una rilevazione sistematica sullo stato di salute in tutti gli istituti di pena del territorio regionale di riferimento e forniscono dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo, altresì, condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura.

Onde disporre di una elaborazione nazionale dei dati rilevati dalle Regioni, viene istituito il Sistema Informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute;

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale possono sintetizzarsi nelle seguenti:

- monitoraggio dell'attività dei servizi sanitari, analisi del volume di prestazioni e dei pattern di trattamento e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità

Promozione della salute

Anche sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, occorre attivare interventi "educativi" e di responsabilizzazione dei detenuti, degli

internati e dei minori sottoposti a procedimento penale nei confronti della propria salute, mirati a contrastare

- la sedentarietà
- l'alimentazione scorretta
- l'uso inadeguato di alcol
- l'abitudine al fumo

L'efficacia di tali interventi è fortemente influenzata dal coinvolgimento diretto e dalla responsabilizzazione dei detenuti, tramite l'attivazione di gruppi di discussione e gruppi di auto mutuo aiuto

Garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie, attraverso visite ispettive periodiche, procedono, per ciascuno Istituto penale di competenza territoriale, ad una verifica, tramite sistemi standardizzati di rilevazione, dei:

- requisiti igienico sanitari di tutti gli ambienti, ivi compresi gli alloggi della Polizia penitenziaria; stato delle strutture edilizie, in rapporto alle tipologie edilizie ed agli standard abitativi previsti dal DPR 230/2000 (Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario) e dalle normative regionali vigenti in materia di strutture residenziali per adolescenti .
- requisiti di igienicità degli alimenti

E' responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente.

Organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale

Le Aziende sanitarie nel cui ambito territoriale sono ubicati uno o più Istituti di pena,

- assicurano il soddisfacimento dei bisogni di salute e della domanda di cura dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, privilegiando prioritariamente interventi mirati a prevenire l'insorgenza o il peggioramento degli stati patologici, con particolare riferimento a quelli maggiormente diffusi nelle comunità cosiddette confinate (quali ad es. i disturbi dell'alimentazione e le malattie infettive),
- organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida.

Particolare attenzione programmatica va rivolta agli interventi nelle seguenti aree:

1. la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi
2. le prestazioni specialistiche
3. le risposte alle urgenze
4. le patologie infettive

5. prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche
6. prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale
7. la tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a misure penali e della loro prole
8. la tutela della salute delle persone immigrate

La medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi

I presidi sanitari, presenti in ogni Istituto penale, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale individuate dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), assicurando l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie, compresi i farmaci di fascia C, in presenza di specifica indicazione terapeutica; in particolare, attuano i seguenti interventi:

- valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione; i dati rilevati sono raccolti nella cartella clinica; tale valutazione è fatta dal medico di medicina generale del presidio, in collaborazione con lo psicologo e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso;
- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo;
- messa a punto di risposte appropriate per i quadri clinici riscontrati, con valutazione periodica in ordine all'efficacia degli interventi, sempre in collaborazione con gli specialisti coinvolti;
- visite a richiesta dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, il più tempestivamente possibile, compatibilmente con le misure di sicurezza dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile
- attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico degenerativo, sui quali deve essere promosso il coinvolgimento della Direzione degli Istituti Penali e dei servizi della Giustizia minorile, nonché la partecipazione dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni, ritenute necessarie;
- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie;
- raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o al ritorno in libertà;
- adesione a programmi finalizzati a garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

I presidi devono, inoltre, garantire le prestazioni di certificazione in uso nel Servizio sanitario nazionale e le certificazioni specifiche in ambito penitenziario.

Le succitate prestazioni devono essere garantite nei presidi penitenziari ed anche di tutte le strutture del circuito della Giustizia minorile.

Le prestazioni specialistiche

L'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico

responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri.

Gli obiettivi di riferimento sono:

- uniformare in tutti gli Istituti di pena gli *standard* di assistenza specialistica;
- garantire interventi tempestivi, in rapporto alle esigenze di salute;
- integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto;
- attuare, attraverso azioni concertate tra i presidi sanitari degli istituti di pena e i dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie, specifici programmi mirati alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento degli stati patologici responsabili di un maggior rischio di disabilità.

Le risposte alle urgenze

La popolazione detenuta e quella minorenni sottoposta a provvedimento penale, per l'eterogeneità e per l'alta prevalenza di stati morbosi, nonché per la peculiarità del contesto che non consente l'accesso spontaneo alle strutture di soccorso, necessita che gli interventi urgenti vengano assicurati sia all'interno (qualora, l'istituto sia dotato di un centro clinico attrezzato, o qualora erogabili dal medico di guardia), sia nelle strutture ospedaliere di riferimento territoriale.

Sulla base di tale considerazione è necessario:

- garantire la possibilità di un pronto intervento nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza;
- predisporre adeguate attrezzature e modalità di intervento tali da consentire, laddove possibile, la gestione delle urgenze senza dover ricorrere a luoghi esterni di cura.

Le patologie infettive

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate negli Istituti di pena indica che la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatopatie C-correlate e dall'infezione HIV, entrambe in diversi stadi di evoluzione. Inoltre, altri stati morbosi segnalati di frequente in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi.

Alcune patologie (HIV, epatopatie, ecc.) sono prevalentemente acquisite prima dell'ingresso nell'istituto penale, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la reclusione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc..

Altre patologie (scabbia, pediculosi, ecc.) sono prevalentemente acquisite per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso di un soggetto infestato.

Per tali scopi, le principali azioni da promuovere, sono:

- attuare una efficace informazione per i detenuti, per i minorenni sottoposti a provvedimenti penali e per il personale (con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e distribuzione dei cibi) sulle infezioni/malattie infettive, al fine di ridurre comportamenti a rischio, anche attraverso l'adozione di modelli di intervento psico-sociale e comportamentale;
- effettuare la valutazione anamnestico clinica dei detenuti adulti e dei minorenni sottoposti a misura limitativa della libertà, all'ingresso e prima dell'immissione nelle sezioni di pena, associata all'offerta di esami diagnostici per le principali patologie infettive;
- sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di

- barriera e delle procedure di isolamento;
- sperimentare programmi di immunizzazione primaria (ad esempio epatite A e epatite B) e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), anche attraverso una valutazione costo-efficacia;

Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche

I tossicodipendenti e gli assuntori di sostanze stupefacenti, secondo i dati del Ministero della Giustizia, costituiscono circa il 30% dei detenuti adulti presenti nelle carceri italiane. Per quanto riguarda i minorenni detenuti, il dato fornito è pari a circa il 15%. Dati osservazionali provenienti dai Servizi specialistici per le tossicodipendenze (Ser.T.) testimoniano come queste percentuali siano livellate su valori significativamente più elevati.

Pertanto questa problematica potrebbe coinvolgere fino al 60-70% della popolazione detenuta, sebbene ancora non esistano dati clinico-specialistici certificati. Inoltre, non è da dimenticare come l'alcol (vino) distribuito nelle carceri per adulti, in quanto alimento non proibito, ma solo a distribuzione controllata, possa rappresentare un serio problema che si innesta sul terreno delle dipendenze e/o come problema a se stante. Inoltre, accanto a questo quadro è necessario considerare anche tutte le forme di "patologie da dipendenza senza sostanza" quali il doping, il *gambling*, ecc.

L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del paziente all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica di presa in carico della persona nella sua globalità, che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive, ivi compresa la riduzione del danno e la gestione clinica delle patologie associate o secondarie,, in stretta connessione con gli Enti Ausiliari.

Per tali scopi, è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimento penale, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate, sul "turnover" della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta, sull'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive), sullo stato dei presidi per l'assistenza ai soggetti alcol-tossicodipendenti presenti negli istituti di pena, compreso il personale ivi operante
- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta
- l'immediata presa in carico dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, da parte del Ser.T. e la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la richiesta ed effettuazione di indagini chimico-cliniche ritenute necessarie;
- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per

- l'approfondimento diagnostico e terapeutico;
- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del soggetto;
 - la definizione di specifici protocolli operativi per istituti e sezioni a custodia attenuata quali strutture sanitarie complesse sede di progettazione regionale terapeutica di riabilitazione;
 - la definizione di procedure per l'invio dei soggetti, qualora indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a sezioni od istituti "a custodia attenuata", idonei per *settings* terapeutici più efficaci, con la previsione di precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori;
 - la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti nell'ambito delle misure alternative, sia che riguardino l'affidamento ad un servizio di cura, ivi comprese le Comunità Terapeutiche, sia nel caso degli arresti domiciliari; analoghi protocolli vanno previsti per il trattamento dei minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
 - la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia.

Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Ed è, altresì, noto un tasso di suicidi e di tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Si consideri, infine, la consistente prevalenza di comorbilità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti¹.

In assenza di dati epidemiologici sistematici, la prevalenza per disturbi mentali negli istituti di pena italiani è stimata intorno al 16%. Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Un numero limitato di soggetti già affetti da malattia mentale, autori di reato, entrano nel circuito penitenziario in quanto prosciolti ed internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), in misura di sicurezza detentiva.

Un tale quadro giustifica pienamente un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, mettendo in atto le seguenti azioni.

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio
- Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni
- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità

¹ L'emergenza della problematica riferibile alla presenza di patologia mentale presso gli istituti penitenziari era già ben chiara al legislatore della L. 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.), nell'art. 11, dedicato al servizio sanitario in generale, stabilisce, diversamente dalle altre branche specialistiche, che ogni Istituto Penitenziario, e quindi non solo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

del contesto in cui si opera

- Garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il Servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di un dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà.
- Garantire presso ogni istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- Favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto sostegno
- Attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.
- Favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione minorile si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti, e perseguita in tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena. Per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei Servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile. In particolare, tale prassi deve essere fortemente incentivata negli Istituti di pena per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità, anche al fine di fornire all'Autorità Giudiziaria, attraverso la valutazione della personalità del minorenne (ex art. 9 del D.P.R. 448/88), tutti gli elementi necessari ad adottare la misura penale più idonea al trattamento e al recupero del minore autore di reato, individuando le comunità terapeutiche idonee al collocamento dei minori in misura cautelare e non cautelare.

La tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e la loro prole

Pur costituendo una netta minoranza rispetto alla popolazione maschile, alle detenute si riconoscono specifiche e particolari esigenze legate ad una situazione sanitaria preoccupante, sia come area di provenienza (il disagio sociale si accompagna spesso ad un disagio psichico, tossicodipendenza e elevata prevalenza di malattie virali croniche), sia come peggioramento dovuto alla detenzione. Anche per quanto riguarda l'Amministrazione della Giustizia Minorile, pur essendo prevalente la componente dell'utenza maschile, le minorenni sottoposte a provvedimento penale, nonché l'eventuale prole, che transitano nelle apposite sezioni degli Istituti di pena per i Minorenni, nei Centri di Prima Accoglienza e nelle Comunità, necessitano di cure ed attenzioni da definire attraverso programmi mirati tra le strutture minorili e le Aziende sanitarie territorialmente competenti.

La reclusione o la limitazione della libertà delle gestanti possono rendere la gravidanza e l'evento nascita particolarmente problematici per l'assetto psichico della donna, con potenziali ripercussioni sulla salute psico-fisica del neonato. Si tratta di un problema sociale ancor prima che sanitario al quale solo alcune Regioni e Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria hanno dato una risposta con la realizzazione di strutture di accoglienza attente non solo alle esigenze della sicurezza

ma anche agli aspetti psico-emotivi della nascita, che accolgono gestanti puerpere e bambini fino ai tre anni di età.

Il D.Lvo. 230/99 ha previsto quindi prioritari, specifici obiettivi ed azioni relativi al settore materno-infantile da attuarsi ovviamente attraverso i relativi Dipartimenti delle Aziende Sanitarie nel territorio su cui insistono strutture detentive per donne.

Tra le azioni programmatiche, si ricordano in particolare:

- il monitoraggio dei bisogni assistenziali delle reclusi con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico
- gli interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile
- corsi di informazione sulla salute per le detenute e le minorenni sottoposte a provvedimento penale e di formazione per il personale dedicato, che forniscano anche utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.)
- potenziamento delle attività di preparazione al parto svolte dai Consultori familiari
- espletamento del parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato

La tutela della salute della popolazione immigrata

La popolazione immigrata detenuta e quella minorile sottoposta a provvedimenti penali, ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale legato anche alla presenza di alcune frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati. L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni per gli immigrati detenuti.

Propedeutica ad ogni intervento migliorativo delle condizioni di salute degli immigrati in carcere è, infatti, la conoscenza delle caratteristiche della popolazione di cui trattasi, con particolare attenzione ai minorenni immigrati non accompagnati sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Pertanto è necessario:

1. conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata ristretta negli istituti di pena
2. rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti anche per i minorenni privi di regolare permesso di soggiorno o di documenti di identità;
3. adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili, tenendo conto della specificità della popolazione immigrata;

Tra i punti critici da superare, si evidenziano:

- la carenza di esperienze specifiche di prevenzione da adottare come modelli di riferimento;
- l'assenza di formazione specifica del personale che opera negli Istituti di pena;
- la non comprensione della lingua italiana da parte di molti detenuti;
- la non conoscenza da parte dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti di pena e delle opportunità offerte dalle misure alternative;
- la scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione;
- la frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multilingue, sportelli d'ascolto, ecc...) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale;
- la pressoché assoluta carenza di mediatori culturali;

- la presenza nel circuito penale minorile di un consistente numero di minorenni immigrati non accompagnati, privi di identificazione e di riferimenti parentali.

Si rende necessario, pertanto, uno specifico programma per la salute della popolazione immigrata sul quale devono essere impegnati i servizi sanitari, le direzioni degli istituti di pena, gli Enti locali e il Volontariato, per la messa a disposizione di mediatori culturali e per la predisposizione di opportunità di accoglienza all'esterno del carcere, in modo da consentire la fruizione delle opportunità consentite dall'Ordinamento penitenziario.

Indicazioni sui modelli organizzativi

Il D. Lgs. n. 230/1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna regione.

Per tale scopo, è prioritaria una ricognizione della realtà esistente, in merito all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e negli Istituti di pena minorili, per quanto attiene alle risorse umane, economiche e strutturali attualmente utilizzate. I Provveditorati e i Centri per la giustizia minorile forniranno alle Regioni un dettagliato elenco dei locali ad uso sanitario già utilizzati sia dalle Aziende sanitarie che dall'Amministrazione Penitenziaria e dalla Giustizia minorile. Del pari, verrà fornito l'elenco con lo stato di conservazione e l'efficienza delle strumentazioni presenti e gli arredi utilizzati in detti locali alla data del 1/1/2007, ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 230/1999. Fino a nuove disposizioni, le Aziende sanitarie continueranno ad utilizzare detti spazi, anche per uso sanitario-amministrativo, mentre le strumentazioni ed il mobilio per uso sanitario, saranno trasferiti con decreto delle amministrazioni competenti.

Pur tenendo conto che l'organizzazione dei servizi del SSN è di competenza regionale, in considerazione della specificità del contesto degli istituti di pena, è necessario assicurare in tutto il sistema sanitario penitenziario ed extra-murario un'organizzazione omogenea dei servizi, per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

A tal fine, le Regioni, entro il termine previsto dall'art. 3, comma 4, ultimo periodo, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui il presente allegato costituisce parte integrante, individuano strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al Servizio Sanitario Nazionale ed in conformità ai modelli organizzativi adottati dalle singole Regioni, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite.

La definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie...), o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

Tenuto conto di ciò, e nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite, si propone quanto segue:

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti, istituire un Servizio multiprofessionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche. Il Medico responsabile del Servizio coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'Azienda sanitaria. La Regione stabilisce la collocazione organizzativa del Servizio nell'ambito del distretto o alle dirette dipendenze

della direzione sanitaria dell'Azienda sanitaria.

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva da 200 a 500 detenuti, istituire una unità operativa multiprofessionale, ai fini della erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. Il Medico responsabile dell'unità coordina la medicina generale e quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle competenti articolazioni organizzative delle Aziende sanitarie.
- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di oltre 500 detenuti, o istituti sede di Centro Clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive, ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), l'indicazione è di istituire idonea struttura con autonomia organizzativa.
- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti Istituti di pena per Minorenni (IPM), Centri di Prima Accoglienza (CPA) o Comunità, l'indicazione è di istituire nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare. L'unità operativa o servizio multidisciplinare comprende tutte le professionalità necessarie allo svolgimento dello specifico tipo di assistenza e collabora con gli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia e del territorio con il compito precipuo di sottrarre il minore al circuito penale.
- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari femminili per adulti e per minori l'indicazione è di istituire, nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare.

Le Regioni e le Aziende sanitarie individuano le modalità organizzative idonee a garantire, quando necessario, il ricovero dei detenuti e degli internati nelle strutture ospedaliere del Ssn, di cui alla legge 296/1993, ovvero nelle strutture residenziali extraospedaliere, nel rispetto delle esigenze di sicurezza. Onde contenere il ricorso a strutture esterne agli istituti di pena, le Regioni e le aziende valutano l'opportunità di provvedere all'adeguamento o alla ristrutturazione dei Centri Clinici penitenziari.

In ogni caso, qualunque sia il modello organizzativo adottato, l'Azienda sanitaria deve garantire, in analogia con quanto prescritto per i cittadini in stato di libertà dall'articolo 8 comma 1, lettera e), del D. Lgs. n. 229/1999, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra tutti gli attori sanitari in gioco e le strutture operative esterne del SSN.

Allo stesso modo, deve essere garantito a tutti l'accesso a programmi di intervento che integrano prestazioni sanitarie e prestazioni sociali.

Indicazioni specifiche nel settore delle dipendenze patologiche

Per quanto riguarda il modello organizzativo dei Ser.T. che operano negli Istituti di pena, ferme restando la competenza regionale al riguardo e le esigenze di sicurezza, l'indicazione è l'istituzione di una area detentiva (Day Hospital o Day Service), idonea al trattamento della sindrome di astinenza (fase acuta), distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti (fase post-acuta). Questa area sanitaria, che si affianca alle sezioni ed istituti a custodia attenuata già esistenti, deve garantire interventi terapeutici tempestivi, anche al fine di gestire il disagio dell'arresto e i potenziali atti di autolesionismo, oltre che la necessaria osservazione clinica; i locali individuati per lo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intra-murarie

devono avere una valenza esclusivamente sanitaria;

Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire il coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione.

Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Indicazioni specifiche nel settore della salute mentale

In considerazione della specificità e della complessità degli interventi in favore dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimenti dall'Autorità Giudiziaria, con disturbi mentali, onde dare risposte tempestive ed appropriate, l'indicazione è l'istituzione di sezioni o reparti a custodia attenuata, in prossimità dell'infermeria, per i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con funzione anche di osservazione per l'accertamento delle infermità psichiche, nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite.

Tali reparti sono destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia; presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Gli interventi di cura e riabilitazione sono attuati in stretto collegamento con le articolazioni organizzative dei servizi psichiatrici del territorio.

In base agli stessi principi, si ritiene necessaria l'attivazione o il potenziamento di Comunità terapeutiche e centri clinici specializzati per la diagnosi, la cura e il trattamento dei disturbi psicopatologici in età evolutiva rivolti ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, con disturbi psicopatologici, di alcooldipendenza o di tossicodipendenza o portatori di doppia diagnosi.

Monitoraggio e valutazione

Al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza, viene realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Contestualmente, ai fini del coordinamento nazionale, viene realizzato presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale.

Parimenti, allo scopo di assicurare la necessaria coerenza tra le misure connesse alla sicurezza e le misure connesse alla tutela della salute, è opportuno prevedere una struttura di riferimento presso il Ministero della Giustizia, sia nell'ambito del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sia in quello del Dipartimento della Giustizia Minorile.