



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Medicina**

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**IL RUOLO E IL VISSUTO DELL'INFERMIERE NEL CONTESTO  
PENITENZIARIO**

Relatore: Prof. Alessandro Ditadi

Correlatore: Prof. Ivo Lizzola

Laureanda: Melinda Mattara

**ANNO ACCADEMICO 2014/2015**



# **INDICE**

## **RIASSUNTO**

## **INTRODUZIONE**

<b>CAPITOLO 1: PROBLEMA</b> .....	1
<b>LA NORMATIVA DELLA SANITA' PENITENZIARIA</b>	
1.1 Riforma sanità penitenziaria e storia normativa.....	1
1.2 La normativa.....	3
1.3 Gli istituti penitenziari in Veneto.....	4
 <b>EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DETENUTA IN VENETO E ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	
1.4 Stato di salute della popolazione detenuta in Veneto.....	5
1.5 Comitato Nazionale di Bioetica.....	6
1.6 OMS per i detenuti.....	7
1.7 Assistenza infermieristica in carcere .....	9
 <b>CAPITOLO 2: OBIETTIVO</b> .....	13
 <b>CAPITOLO 3: INDAGINE</b> .....	15
3.1 Il campione e il contesto.....	15
3.2 Modalità d'indagine.....	15
3.3 Strumenti d'indagine.....	15
3.4 Risultati ottenuti sul campione ottenuto.....	16
3.4.1 Dati socio-anagrafici.....	16
3.4.2 Dati esperienza lavorativa professionale .....	17
3.4.3 Esperienza nell'ambito carcerario .....	18

3.4.4 La relazione con il detenuto e il vissuto dell'infermiere .....	20
<b>CAPITOLO 4: CONCLUSIONI</b> .....	27
5.1 Limiti dello studio.....	27
5.2 Conclusioni.....	27

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ALLEGATI**

## **RIASSUNTO**

### **Sintesi del problema:**

L'infermiere nel contesto penitenziario ha un ruolo poco conosciuto, lavora al di fuori del contesto ospedaliero, e ha a che fare quotidianamente con detenuti, polizia penitenziaria e figure professionali mediche e non mediche. Nonostante tutto, la sua figura non è conosciuta e messa in rilievo come dovrebbe visto il luogo di particolare complessità in cui opera.

### **Obiettivi:**

Lo scopo di questa indagine è:

- Conoscere la normativa che disciplina il lavoro degli infermieri negli istituti penitenziari;
- Individuare il ruolo dell'infermiere all'interno del carcere, in particolare:
  - Conoscere la tipologia di lavoro assistenziale;
  - Esplorare il vissuto percepito dall'infermiere;
  - Conoscere i rapporti con le altre figure professionali.
- Individuare i requisiti necessari per poter lavorare in carcere.

### **Strategie:**

Due diverse tipologie di strategie hanno premesso la realizzazione di questa indagine:

- La consultazione della letteratura scientifica al fine di definire l'ambito di studio e il problema di partenza;
- L'elaborazione di un'intervista, partendo dallo studio della letteratura scientifica individuata e la sua somministrazione agli infermieri nell'istituto penitenziario di Vicenza.

### **Giudizio di fattibilità:**

Per realizzare questa intervista è stata indispensabile la collaborazione del coordinatore dell'unità operativa di sanità penitenziaria, per sapere quale modalità di distribuzione fosse preferibile utilizzare in relazione alle attività all'interno del carcere e al carico di lavoro degli infermieri. Ancora più importante si è dimostrata la disponibilità degli infermieri interpellati a rispondere all'intervista.

**Indicatori di risultato:**

- Adesione e disponibilità all'indagine di un numero sufficientemente ampio di infermieri;
- Definizione del ruolo dell'infermiere in carcere;
- Emersione del vissuto degli infermieri nel contesto penitenziario.

## INTRODUZIONE

Il termine da cui deriva la parola carcere e “carcar”, luogo senza tempo. Etimologicamente è un luogo che nega la vita, in cui il tempo per i detenuti si ferma e non vi è evoluzione con il mondo esterno, ma tutto si blocca e non progredisce. E' un evento drammatico per la persona detenuta, che produce sofferenza per lo stesso, ma anche per le persone che vi sono più in contatto, instaurando ogni sorta di meccanismo di difesa da parte di ognuno per poter sopravvivere all'evento. La quotidianità negli istituti penitenziari svela dinamiche che solo lavorandoci si possono capire, vivendo momenti di totale angoscia e disperazione, di vuoto esistenziale ed emozionale contrapposti a momenti di presa di coscienza e miglioramenti. L'etica professionale insegna che tutti i cittadini devono ricevere la stessa assistenza sanitaria in qualsiasi luogo siano collocati, anche dentro il carcere; e qualunque sia il proprio status sociale di cittadino, libero o rinchiuso, qualunque sia la razza e fede di appartenenza. Di questo argomento vi è anche un articolo del codice penale dedicato, L. 26/7/1975 n° 354 (vedi allegato 1).

Lavorare negli istituti penitenziari porta a conoscere momenti di fragilità che si possono vivere solamente all'interno di questo ambiente, a condividere limitazioni della libertà individuale e spaziale, inoltre contribuisce a curare dentro di sé una sensibilità diversa verso realtà e problematiche che sono sconosciute alla realtà esterna<sup>1</sup>. Nonostante questo aspetto sia fondamentale, spesso gli operatori dell'assistenza penitenziaria vengono trascurati e poco presi in considerazione dalla società. Nel corso degli anni la sanità penitenziaria è stata presa in considerazione per alcune riforme, ma dal 2008 le competenze in materia sono passate dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute. La sanità penitenziaria evidenzia una serie di problemi: i bisogni di salute sono enormi e richiedono una vera e propria presa in carico dei detenuti, che oltre alle malattie comuni a tutta la popolazione, spesso presentano stati di salute aggravati dalle condizioni di vita legate alla reclusione. Il vissuto di malattia e l'assistenza infermieristica sono destinate ad alterarsi nel carcere, rivestendosi di significati particolari<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Anzoni M., Al Presidente del Collegio IP.AS.VI Stefano Bazzana, Brescia, 2001 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/anzoni\\_mariastella.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/anzoni_mariastella.pdf) (consultato il 11/09/2015)

<sup>2</sup> Crotti Partel M., Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità. Osservatorio, Tempo di nursing 58-59/2011, Collegio IP.AS.VI di Brescia. p. 3-4 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/tdn\\_58\\_7\\_02.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/tdn_58_7_02.pdf) (consultato il 11/08/2015).



## **Capitolo 1: PROBLEMA**

### **LA NORMATIVA DELLA SANITA' PENITENZIARIA**

#### **1.1 Riforma sanità penitenziaria e storia normativa**

La Riforma della Sanità Penitenziaria rappresenta una delle misure progressiste più importanti degli ultimi anni. La presenza negli Istituti Penitenziari del personale sanitario viene prevista per la prima volta dal Regolamento Carcerario del 1931 (R.D. n. 787 del 18/06/1931)<sup>3</sup>, ma è solo nel 1970, con la legge n. 740<sup>4</sup> che vengono, seppure sommariamente, disciplinati i rapporti di lavoro del personale sanitario, ponendo le basi per il servizio sanitario e la continuità assistenziale in carcere. A quel tempo, non era ancora stato istituito un unico organismo pubblico e nazionale preposto alla tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini, e anche fuori dal carcere, vigeva un sistema sanitario affidato alle Casse Mutue e alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Quando nel 1978 con la legge n. 833<sup>5</sup> viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, il sistema della Sanità penitenziaria rimane separato da esso ed esclusivamente dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria. La legge 354/75<sup>6</sup> di riforma dell'Ordinamento Penitenziario, sostituisce il Regolamento del 1931 e detta regole più precise in tema di tutela della salute in carcere. L'art. 11, in particolare, stabilisce per l'Amministrazione Penitenziaria la facoltà di avvalersi - ove necessario - dei servizi pubblici ed introduce la figura del medico specialista e del servizio di psichiatria. La tutela della salute in carcere si consolida come una competenza diretta del Ministero di Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP). Il medico in carcere è un dipendente del Ministero di Giustizia e risponde funzionalmente e gerarchicamente al Direttore del carcere. La Circolare del Ministero di Giustizia n. 3337/5787 del 07/02/92 stabilisce che in ogni Istituto di Pena debbano essere presenti nell'area sanitaria due aree: quella medica e quella infermieristica, entrambe integrate con l'area educativa. Questa circolare rappresenta il primo passo verso una forma di integrazione e per considerare la salute e la sua garanzia quali presupposti fondamentali

---

<sup>3</sup> R.D. n° 787, 18 giugno 1931 “Regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena”.

<sup>4</sup> Legge n° 740, 9 ottobre 1970 “Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria”.

<sup>5</sup> Legge n° 833, 23 dicembre 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.

<sup>6</sup> Legge n° 354, 26 luglio 1975 “Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà”.

per la tutela della sicurezza. La legge 419/1998<sup>7</sup>, prevede all'art. 5, una delega specifica per il riordino della Sanità Penitenziaria, disponendo che essa debba entrare a far parte del SSN, anche se con gradualità.

In attuazione di queste disposizioni, il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230<sup>8</sup> inserisce tale settore nel SSN, definendo gli ambiti di intervento degli enti interessati: Regioni, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia. All'Azienda Sanitaria Locale (ASL) è assegnata la funzione di erogare le prestazioni sanitarie, mentre all'Amministrazione Penitenziaria di mantenere i compiti relativi alla sicurezza. Il D.Lgs. n. 230/99 rappresenta un vero e proprio cambiamento culturale. Non basta più mantenere l'integrità fisica della persona detenuta, ma si deve garantire la tutela della salute di un cittadino che si trova, più o meno temporaneamente, privato della libertà personale. Lo stesso D.Lgs. 230/1999 dispone il transito immediato, a decorrere dal 1 gennaio 2000, delle funzioni relative alla prevenzione e all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti e prevede il trasferimento delle altre funzioni sanitarie al termine di un periodo di sperimentazione da realizzarsi presso alcune Regioni<sup>9</sup>. In quegli anni la sperimentazione procede fra mille difficoltà, soprattutto per la resistenza di molti operatori sanitari del settore. La riforma viene, perciò, definita di "carta". Essa, viene indirettamente sostenuta dalla Legge Costituzionale del 18/10/01<sup>10</sup> ("riforma Costituzionale del Titolo V della Costituzione") che, passando tutte le competenze in tema di salute alle Regioni, lascia ancora il permanere della Sanità Penitenziaria sotto l'egida del Ministero di Giustizia. Successivamente, il Decreto Interministeriale (Giustizia e Salute) del 16/05/02, istituisce una Commissione mista di studio (detta Commissione Tinebra) per il rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario, con il mandato di fornire indicazioni per un nuovo modello organizzativo della Sanità Penitenziaria. I lavori della Commissione procedono con molte difficoltà e resistenze, tanto da ipotizzare il mantenimento di alcune competenze sanitarie al Ministero di Giustizia (quelle di base) e di trasferirne solo alcune al SSN (quelle specialistiche ed

---

<sup>7</sup>Legge n° 419, 30 novembre 1998 "Riordino della medicina penitenziaria".

<sup>8</sup>D. Lgs. n° 230, 22 giugno 1999 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n° 419".

<sup>9</sup>Ministero della Giustizia, Il percorso della riforma. Riforma della sanità in carcere, 2012 (on line). Disponibile da:

[http://193.109.206.5/giustizia/it/mg\\_2\\_3\\_5\\_1.wp;jsessionid=6285EBB492D2E29E64FD22348289F8E1.aipAL01](http://193.109.206.5/giustizia/it/mg_2_3_5_1.wp;jsessionid=6285EBB492D2E29E64FD22348289F8E1.aipAL01) (consultato il 1/9/2015).

<sup>10</sup>L. Cost. n° 3, 18 ottobre 2001 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione".

ospedaliera). Fu soltanto la lungimiranza degli allora Ministri della Salute e della Giustizia ad indicare che per il passaggio efficiente delle competenze da un Ministero ad un altro, queste dovevano essere complete. Nel biennio 2006-07 i Ministeri della Salute e della Giustizia, insieme ai rappresentanti delle Regioni, sostengono la costituzione di una Commissione tecnica con l'incarico di preparare le Linee Guida e la proposta del testo di legge per il passaggio delle competenze in tema di Sanità Penitenziaria dal Ministero di Giustizia al SSN. La legge finanziaria 2008 dispone il definitivo passaggio di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in questione, da attuarsi mediante decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri emanato il 1° aprile 2008<sup>11</sup>. Da quel momento in poi, per la prima volta, le due Istituzioni coinvolte (Giustizia e Sanità) si devono confrontare in tema di Sanità Penitenziaria in maniera paritetica ed i sanitari non sono più dei singoli professionisti che entrano in carcere con il solo obbligo di rispettare l'Ordinamento Penitenziario, ma delle figure professionali fra loro organizzate ed integrate con la rete assistenziale territoriale<sup>12</sup>.

## **1.2 La normativa**

Il Dpcm (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 1° aprile 2008 (Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 2008) ha stabilito che i rapporti di lavoro, le risorse finanziarie, le attrezzature e i beni strumentali in materia di sanità penitenziaria venissero trasferiti dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Il rapporto di lavoro degli operatori sanitari (medici, ma soprattutto infermieri) che operavano negli Istituti penitenziari è stato inglobato, con alcune differenze Regionali, tra quelli gestiti dalle Aziende sanitarie locali o dalle Aziende Ospedaliere. E' auspicabile che, in una situazione di così profonda trasformazione limitata dalla scarsità di risorse e da criticità evidenti, si investa sui professionisti. Un'appropriata sanità penitenziaria non potrà che dipendere da un'organizzazione che sia in grado di assicurare tutti i livelli di assistenza medica (di base, specialistica, gestione delle patologie croniche), a questo sarà necessario affiancare

---

<sup>11</sup> DPCM 1 aprile 2008, "Modalità e criteri del il trasferimento del Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

<sup>12</sup>Nava F., Riforma della sanità penitenziaria, Diritto alla salute in carcere, 2011 (on line). Disponibile da: <http://www.felice-nava.it/diritto-alla-salute-in-carcere/incompatibilit%C3%A0-alla-detenzione/> (consultato il 26/8/2015).

l'incentivazione dell'assistenza infermieristica, per favorire la prevenzione, l'educazione ai corretti stili di vita e interventi igienico organizzativi efficaci. Per fare ciò, l'unica possibilità è garantire la quantità e la qualità degli interventi assistenziali, per permettere l'erogazione di prestazioni professionali, erogate da personale riconosciuto, preparato, motivato e coinvolto<sup>13</sup> (vedi allegato 2).

### 1.3 Gli istituti penitenziari in Veneto

Prima di presentare una panoramica sugli istituti penitenziari in Veneto, è importante differenziare la casa circondariale dalla casa di reclusione. La casa circondariale indica gli istituti più diffusi, presenti praticamente in ogni città sede di Tribunale. Vi sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni). La casa di reclusione invece, indica gli istituti adibiti all'esecuzione delle pene. In molte Case Circondariali c'è una "Sezione Penale" e, in alcune Case di Reclusione, c'è una "Sezione Giudiziaria" destinata alle persone in attesa di giudizio<sup>14</sup>.

Nella regione Veneto sono presenti un totale di 9 istituti penitenziari: 7 case circondariali e 2 case di reclusione. Elenco inoltre il numero degli infermieri e il numero di detenuti per ogni carcere aggiornati al 31 dicembre 2014, in ordine decrescente per capienza regolamentare<sup>15</sup>.

<b>Provincia</b>	<b>Tipo Istituto</b>	<b>Capienza Regolamentare</b>	<b>Totale detenuti</b>	<b>Di cui donne</b>	<b>Di cui stranieri</b>	<b>N° infermieri</b>
Padova	CR	436	608		254	8
Verona	CC	345	562	46	377	17
Padova	CC	179	175		121	5
Venezia S.	CC	161	261		177	6

<sup>13</sup> Crotti Partel M., Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità. Osservatorio, Tempo di nursing 58-59/2011, Collegio IP.AS.VI. Di Brescia, 2011; p. 6 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/tdn\\_58\\_7\\_hi.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/tdn_58_7_hi.pdf) (consultato il 17/9/2015).

<sup>14</sup> Ristretti e orizzonti, I molti nomi delle carceri, (on line). Disponibile da: <http://www.ristretti.it/glossario/nomicarceri.htm> (consultato il 25/8/2015).

<sup>15</sup> Giunta regionale, La sanità penitenziaria nel Veneto (dati 2008-2014). Area sanità e sociale, Sezione attuazione programmazione sanitaria, Settore salute mentale e sanità penitenziaria. Regione del Veneto, 2014 (on line). Disponibile da: [http://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=12fde77a-31fa-4801-b722-d4df85134bda&groupId=10793](http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=12fde77a-31fa-4801-b722-d4df85134bda&groupId=10793) (consultato il 1/9/2015)

Maria Maggiore						
Vicenza	CC	156	238		119	8
Treviso	CC	143	207		92	5
Venezia Giudecca	CRF	119	71	71	34	3
Belluno	CC	89	65		47	3
Rovigo	CC	71	63		36	3

## **EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DETENUTA IN VENETO E ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

### **1.4 Stato di salute della popolazione detenuta in Veneto**

In uno studio di coorte, finanziato dal Ministero della Salute, basato sull'analisi della documentazione medica svolto nell'anno 2014, sono stati arruolati 15.751 detenuti presenti in 57 strutture detentive italiane. E' stata la prima indagine epidemiologica sulla stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e l'Azienda sanitaria di Salerno.

Per quanto riguarda la regione Veneto, tutte le strutture detentive presenti sul territorio hanno partecipato allo studio. Il campione d'indagine dei soggetti per il 55% ha un'età compresa tra 18 e 39 anni mentre meno del 6% supera i 60 anni, con una media di 39,3 anni. Tramite l'utilizzo del sistema di codifica e classificazione ICD-9-CM, sono state suddivise le patologie in grandi gruppi di cause, individuando le patologie principali.

In elenco vi è la distribuzione (%) dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta in Veneto su un campione di 2695 detenuti:

- disturbi psichici (41,3%);
- malattie del sistema circolatorio (10,7%);
- malattie dell'apparato digerente (9,1%);
- malattie endocrine del metabolismo (8,3%);
- malattie infettive e parassitarie (6,9%);
- malattie del sistema nervoso (3,9%);

- malattie osteomuscolari e del connettivo (3,4%);
- malattie dell'apparato respiratorio (3,2%);
- malattie dell'apparato genitourinario (1,9%);
- traumatismi e avvelenamenti (1,6%);
- malattie della pelle e del sottocutaneo (0,9%);
- tumori (0,1%);
- malattie di sangue e organi emopoietici (0,1%);
- altre condizioni patologiche (8,6%)<sup>16</sup>.

### **1.5 Comitato Nazionale di Bioetica**

Il Comitato Nazionale di Bioetica elenca e affronta il problema con una serie di raccomandazioni per coloro che lavorano all'interno dei penitenziari, verso i detenuti:

- Raccomanda alle istituzioni competenti che il diritto alla salute dei detenuti sia inteso nella piena accezione, al fine di raggiungere un effettivo riequilibrio dei livelli di salute dentro e fuori le mura, ben oltre la garanzia dell'uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

- Ricorda che il fondamento della salute del detenuto è l'essere trattato con dignità e rispetto, nella piena osservanza dei diritti umani fondamentali. Fra questi, il diritto ad essere curato fuori dal carcere quando la detenzione aggravi la sofferenza dell'infermità fino a limiti intollerabili.

- Ricorda che la riforma sanitaria non si esaurisce nel passaggio delle competenze dall'autorità penitenziaria a quella sanitaria. In coerenza con un approccio globale alla salute, le autorità sanitarie devono prendere pienamente in carico il controllo sulle condizioni igieniche degli istituti, lo stato delle celle e dei servizi, le condizioni di vita dei detenuti, la sopportabilità del regime carcerario. La sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 8 gennaio 2013 (vedi allegato 3) che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante" indica che la riforma è ancora ben lontana dal raggiungimento dei propri obiettivi.

---

<sup>16</sup>Agenzia regionale di sanità della Toscana, La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2015; p. 64 (on line). Disponibile da: <http://www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2015/2977-la-salute-dei-detenuti-in-italia-i-risultati-di-uno-studio-multicentrico-2015.html>, (consultato il 27/08/2015).

- Segnala che alcuni aspetti del sistema sanitario erogato su base regionale vanno corretti, se si vuole offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. In particolare, occorre che amministrazione penitenziaria e Regioni operino per varare al più presto la cartella sanitaria informatizzata nazionale, che segua in tempo reale il detenuto nei suoi spostamenti da regione a regione; che sia assicurata la continuità delle cure nel passaggio da un carcere all'altro, anche in presenza di diversità nei livelli di assistenza da regione a regione.
- Invita a prendere immediati provvedimenti per gli aspetti in cui più gravi permangono le disuguaglianze o non sono rispettate le pari opportunità nell'accesso alle prestazioni: non sufficiente tempestività negli interventi d'urgenza, ritardi nelle visite specialistiche e nella programmazione di interventi in ospedali esterni, insufficienti prestazioni per bisogni specifici della popolazione detenuta.
- Raccomanda le aree chiave di intervento, con particolare riguardo alla salute mentale e alla prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, alla prevenzione dell'HIV e di altre malattie trasmissibili. Maggiore attenzione va prestata ai diritti e alle esigenze delle donne detenute, nel quadro di un sistema di giustizia penale sensibile al genere.
- Invita il SSN nelle sue articolazioni regionali a prendere immediatamente in carico la grave situazione igienico sanitaria e di condizioni di vita all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione, in attesa di misure di più ampia portata per decidere la sorte di queste strutture e risolvere l'insieme dei problemi legati alle persone senza passaporto.
- Raccomanda infine di prestare attenzione affinché un settore così delicato come quello del carcere, che abbisogna di ogni sforzo per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse<sup>17</sup>.

## **1.6 OMS per i detenuti**

L'OMS ci informa che i principali disturbi in carcere sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica. Alcuni comportamenti poco salutari, come il consumo di tabacco e l'abuso di alcol, associati alla malnutrizione e alla mancanza di attività fisica, possono aggravare gravi patologie croniche come il diabete e l'ipertensione, che hanno prevalenza più elevata

---

<sup>17</sup>Presidenza del Consiglio dei Ministri, Raccomandazioni. "La salute dentro le mura"; CNB, Comitato Nazionale per la Bioetica, 2013; 9, p. 26-27 (on line) Disponibile da: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf> (consultato 15/9/2015).

rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Una larga parte di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiache, potrebbero essere ridotte agendo sui principali fattori di rischio. Da qui le indicazioni OMS:

- aumentare l'attività fisica;
- informazione ed educazione sugli stili di vita più corretti;
- corsi speciali per soggetti più vulnerabili, gli anziani, i soggetti sovrappeso;
- corsi speciali di ginnastica per gruppi vulnerabili.

Quanto alle malattie trasmissibili, la popolazione detenuta è esposta al contagio di malattie infettive legate a uso iniettivo di droghe, a pratiche sessuali a rischio e violenze fisiche. Un allarme particolare è lanciato dalla OMS per la HCV (Epatite C), il virus dell'HIV (AIDS), la HBV (epatite B) e tubercolosi. Per questo motivo l'OMS ha esposto 15 interventi chiave raccomandati nel contesto:

1) informazione e educazione su HIV, epatite e malattie sessualmente trasmissibili; 2) disponibilità di preservativi ai detenuti (in forma discreta); 3) Prevenzione della violenza sessuale (in particolare proteggendo i soggetti vulnerabili come le persone con differente orientamento sessuale e i giovani); 4) Trattamento della dipendenza da droghe compresa la terapia con oppiacei sostitutivi; 5) Disponibilità in forma confidenziale di materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe; 6) Prevenzione della trasmissione che può avvenire attraverso forniture mediche e dentali infette; 7) Prevenzione della trasmissione che può avvenire tramite tatuaggi; 8) Profilassi post esposizione a situazioni di possibile contagio; 9) Facile accesso al test HIV volontario e al counselling; 10) Trattamento per HIV, compresa la terapia antiretrovirale; 11) Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (considerati l'alta percentuale di co-morbilità HIV-TBC); 12) Prevenzione della trasmissione madre-bambino; 13) Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili; 14) Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale (compresa la vaccinazione per l'epatite B per tutti, per l'epatite A per i soggetti a rischio, e prevenzione/trattamento per epatite B e C); 15) Protezione del personale (che dovrebbe ricevere informazione, educazione e training da parte di sanitari, per svolgere i propri compiti di lavoro in sicurezza<sup>18</sup> .

---

<sup>18</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri, La popolazione carceraria: lo stato di salute. "La salute dentro le mura", CNB, Comitato Nazionale per la Bioetica. La popolazione carceraria: lo stato di salute, 2013; 2, p. 8-

## 1.7 Assistenza infermieristica in carcere

Un recente studio, condotto dall'Università di Toronto, Facoltà Bloomberg<sup>19</sup> di infermieristica, ha esaminato il ruolo di 500 infermieri che lavorano nel sistema carcerario provinciale dell'Ontario, il quale si occupa di quasi 9.000 persone, in 30 strutture. Nello studio, condotto da Joan Almost e Diane Doran, prima rassegna globale sugli infermieri che lavorano nelle strutture correzionali in Canada, 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. Lo studio ha anche rilevato che, nonostante la soddisfazione sul lavoro sia leggermente inferiore a quella degli infermieri impiegati in altri settori, coloro che lavorano in carcere registrano livelli di burnout inferiori, oltre che un maggiore proposito di rimanere a fare il proprio lavoro. La ricerca attribuisce questo aspetto al fatto che il lavoro in carcere è molto diversificato e richiede agli infermieri di attingere ad una vasta gamma delle loro 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, dice Linda Ogilvie, responsabile dei servizi sanitari aziendali per il Ministero della Sicurezza della Comunità e dei servizi correzionali e questo è un equilibrio "unico", molto particolare<sup>20</sup>. A volte i detenuti cercano di aggirare la sicurezza sostenendo di avere un problema di salute, al fine di lasciare la struttura e andare in ospedale: ad esempio possono dichiarare di avere dolori al petto, il che permette di lasciare la cella per ottenere qualche giorno di ricovero in infermeria.

E' spesso molto difficile capire se si tratta di una sensazione vera o se il detenuto sta tentando di fuggire dal carcere e inoltre c'è il problema dello stress emotivo, a causa delle allusioni sessuali. La salute viene strumentalizzata dal detenuto e prendendo in considerazione la piramide dei bisogni di Maslow<sup>21</sup>, il valore della salute viene distorto,

---

9-10 (on line). Disponibile da:

<http://www.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf> (consultato il 15/9/2015).

<sup>19</sup> Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore, Maryland, United States of America), [www.jhsph.edu](http://www.jhsph.edu), (consultato 27/10/2015).

<sup>20</sup> Crotti Partel M., Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità. Osservatorio, Tempo di nursing 58-59/2011, Collegio IP.AS.VI. Di Brescia, 2011; p. 4-5 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/tdn\\_58\\_7\\_02.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/tdn_58_7_02.pdf) (consultato il 17/9/2015).

<sup>21</sup> Craven R. F., Hirnle C. J., Teoria dei bisogni umani: la gerarchia dei bisogni umani di Maslow. Principi

non essendo più il fine, ma il mezzo, cedendo il passo al desiderio di riacquistare la libertà. Il particolare rapporto con la malattia si manifesta con due fenomeni principali: la simulazione dei sintomi e l'autolesionismo. Un esempio di strumentalizzazione dei sintomi può essere evidente con precordialgia, sincopi, crisi epilettiche, dolore. Esempi di autolesionismo invece possono essere rappresentate 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<sup>22</sup>. L'ambiente insomma non è favorevole alla costruzione di una relazione terapeutica: se non si dispone di un qualche tipo di meccanismo, che impedisca lo stress emotivo, diventa un ambiente molto difficile in cui lavorare. Nonostante ciò l'infermiere è una presenza indispensabile nel contesto penitenziario poiché è la figura che sta più a contatto con il detenuto per quanto riguarda gli aspetti della somministrazione della terapia, l'educazione alla salute e tutto ciò che riguarda la clinica e la professionalità infermieristica. I bisogni di salute in carcere sono critici, enormi e richiedono una vera e propria presa in carico dei detenuti, che oltre alle malattie comuni a tutta la popolazione, spesso presentano stati di salute aggravati dalle condizioni di vita legate alla reclusione in un carcere o agli stili 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 non ospedaliera, proprio per come avviene per la popolazione che vive al di fuori delle carceri e che ricorrono alla medicina generale molto più spesso di quanto ricorrano 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<sup>23</sup>. Le competenze che deve avere l'infermiere sono:

- Gestione del processo di valutazione dei bisogni di salute dei detenuti;

---

fondamentali dell'assistenza infermieristica, promuovere la salute, Casa editrice Ambrosiana, 2004; p. 31-32-33.

<sup>22</sup>Borri B, Patriarca D., L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità penitenziaria. Salute in carcere, Convegno take care, IP.AS.VI. Firenze, 2010; p. 22-23-24-25.

<sup>23</sup>Martellotti E., L'IP.AS.VI apre il confronto sul lavoro nelle carceri. L'infermiere 1/2009, Attualità infermieristica penitenziaria, 2009; p.11 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/download/888\\_1302127945\\_189.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/888_1302127945_189.pdf) (consultato il 6/8/2015).

- 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.

Tra le difficoltà assistenziali vi è anche la relazione infermiere-assistito poiché la domanda assistenziale è sempre mediata dal personale di custodia, per cui non è configurabile un rapporto che vada oltre al semplice supporto professionale e strettamente empatico. Inoltre c'è il rischio che il pregiudizio influenzi la valutazione (notiziari, quotidiani che parlano di colui che ha commesso un reato con cui poi si avrà a che fare all'interno dell'istituto penitenziario). La difficoltà di discriminazione dei casi simulati da quelli reali, sottovalutando il dolore, le situazioni a rischio clinico e il disagio psicologico.

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<sup>24</sup>.

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. Trovare il giusto equilibrio tra queste due culture 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. Inoltre deve possedere notevoli capacità comunicativo-relazionali, essere ancorato ai principi giuridici ed ai valori etico-deontologici che caratterizzano la professione infermieristica. Più che mai deve credere e saper rispettare i principi del segreto professionale, e deve riconoscere in sé una forte motivazione e dimostrare il relativo impegno professionale così come declinato nel Codice deontologico dell'infermiere 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

---

<sup>24</sup>Borri B, Patriarca D, L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità penitenziaria. Salute in carcere. Convegno take care, IP.AS.VI Firenze. 2010; p.31-32.

limita a ciò che è pertinente all'assistenza" e deve riconoscere in sé una forte motivazione e dimostrare il relativo impegno professionale. Nessuna commiserazione o atteggiamento pietistico né freddo distacco, ma la creazione di un clima favorevole ad una relazione più proficua. Quindi il problema dell'operatore sanitario è quello di farsi accettare come tale e non associato al resto del regime a cui il paziente è sottoposto. L'infermiere, soprattutto, deve saper operare in sospensione di giudizio e senza discriminazioni legate alle posizioni giuridiche del paziente, rispettando il principio cardine del Codice Deontologico al punto 1.3 "La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo" non dimenticando quanto definito al punto 4.8 "L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui". Dovendo delineare un bilancio complessivo, si può affermare che l'esperienza è stimolante sotto il punto di vista professionale, un arricchimento umano, ma anche molto impegnativa sia per i processi operativi che per l'enorme responsabilità che coinvolge tutti gli operatori ed in particolare l'infermiere<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup>Melesi M., Medicina penitenziaria: l'esperienza dell'equipè infermieristica dell'A.O. San Paolo di Milano. *Io infermiere* n°3, 2008; p 30-31-32-33-34 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF46\\_492.pdf](http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF46_492.pdf) (consultato il 19/8/2015).

## **Capitolo 2: OBIETTIVI**

L'obiettivo della tesi è di far emergere cosa vivono effettivamente gli infermieri in questo contesto, essendo l'unità operativa di sanità penitenziaria un posto di lavoro che non viene frequentato durante il tirocinio.

Gli obiettivi principali sono:

- Conoscere la normativa che disciplina l'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari e comprenderne l'evoluzione;
- Individuare il ruolo dell'infermiere nella realtà penitenziaria;
- Esplorare il vissuto percepito dall'infermiere;
- Conoscere il rapporto con le altre figure professionali.



## **Capitolo 3: INDAGINE**

### **3.1 Il campione e il contesto**

All'inizio dello studio sono stati contattati tutti gli istituti penitenziari del Veneto ad eccezione dell'istituto penitenziario di Belluno, per motivi logistici e organizzativi, ma c'è stato contatto telefonico solamente con gli istituti penitenziari di Vicenza, Padova, Verona, Rovigo e Treviso. Nonostante ciò, vicissitudini e difficoltà di contatto hanno portato a selezionare gli istituti di Vicenza, Padova e Verona presentando loro la richiesta di intervista all'infermiere finalizzata alla tesi, previo contatto verbale. Di questi 3 istituti solamente l'istituto penitenziario di Vicenza ha dimostrato piena disponibilità all'intervista. Sono stati coinvolti nell'intervista tutti gli infermieri dell'istituto, per un totale di 9 infermieri, escludendo gli infermieri occupati nel Servizio per le Dipendenze (SERD). È stato scelto questo sistema metodologico per poter aver un campione che avesse a che fare per più tempo durante il turno di lavoro con figure penitenziarie, detenuti e medici.

### **3.2 Modalità d'indagine**

- **La ricerca bibliografica**

Dapprima è stata effettuata una ricerca bibliografica della letteratura relativa al tema dell'infermiere che lavora in carcere attraverso la banca dati PubMed, utilizzando come stringhe di ricerca: nurse, prison, prisoners, burnout. Poiché tale ricerca bibliografica non ha permesso di individuare materiale relativo a esperienze sul territorio nazionale, sono state condotte altre ricerche su Google Scholar usando la formula: “infermiere penitenziario” e “prison nurse”.

Nonostante ciò gli articoli individuati non erano del tutto inerenti a ciò che si ricercava, per cui la consultazione si è spostata sui siti IP.AS.VI, Ministero della Giustizia, Regione Veneto, e siti propri degli istituti penitenziari italiani.

- **Intervista ad un campione di infermieri**

È stata condotta un'intervista con lo scopo di trovare informazioni riguardo al vissuto dell'infermiere in carcere (vedi allegati 4-5-6-9).

### **3.3 Strumenti d'indagine**

L'intervista è stata auto prodotta e successivamente perfezionata in collaborazione con il

prof. Ivo Lizzola, correlatore e docente di pedagogia della marginalità e della devianza, pedagogia dei diritti umani e pedagogia sociale, nel corso di laurea di scienze umane e sociali dell'Università di Bergamo. E' stata realizzata grazie alla consultazione della letteratura selezionata, di alcune tesi di laurea e di articoli che trattavano l'argomento ricercato in alcuni siti elencati. L'intervista è stata elaborata nel rispetto dei requisiti concettuali, metodologici e procedurali al fine di far uscire effettivamente l'argomento in questione.

La sua struttura è divisa in quattro sezioni principali:

- La prima parte è anagrafica in cui (senza chiedere generalità che potessero rilevare l'identità dei singoli soggetti) viene effettuata una raccolta dei dati personali di riferimento. In questa prima parte viene chiesto il sesso e l'anno di nascita;
- La seconda parte riguarda la formazione professionale: titolo di studio professionale, altri titoli professionali, esperienze lavorative passate;
- La terza parte affronta e analizza l'aspetto penitenziario proprio dell'infermiere, chiedendo da quanto lavora nella struttura penitenziaria, le motivazioni che hanno portato alla scelta di questo posto di lavoro, se si è partecipato a corsi di aggiornamento specifici, aspettative professionali passate e odierne;
- La quarta parte analizza se sono possibili momenti di relazione con il detenuto, come si sente l'infermiere in carcere, la soddisfazione percepita, la collaborazione con la polizia penitenziaria e la percezione della relazione medico-detenuto.

### **3.4 Risultati ottenuti sul campione ottenuto**

Lo strumento di raccolta dati è stato somministrato a tutti gli infermieri dell'unità operativa di sanità penitenziaria di Vicenza.

#### **3.4.1 Dati socio-anagrafici**

Per quanto riguarda la prima parte anagrafica dell'intervista, i dati sono i seguenti:

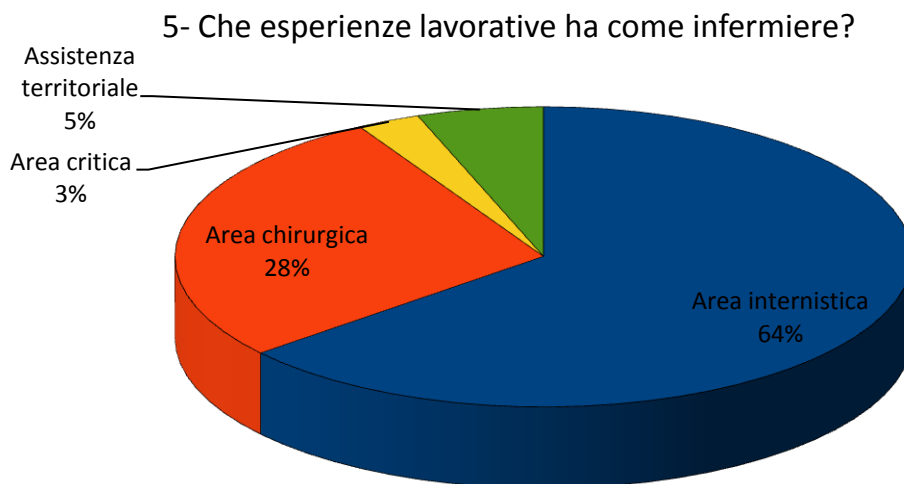
- **Età:** Il 56% del campione ha un'età di oltre 50 anni mentre il 44% ha un'età che va dai 35 ai 50 anni. Ciò fa capire che il personale infermieristico che lavora all'interno dell'istituto ha raggiunto comunque una maturità personale che può essere un ulteriore valore per ciò che riguarda il modo di porsi con le figure penitenziarie e i detenuti e l'assistenza infermieristica stessa, dato da non sottovalutare in questo contesto;

- **Sesso:** Il 78% del campione è di sesso femminile mentre il 22% è di sesso maschile.

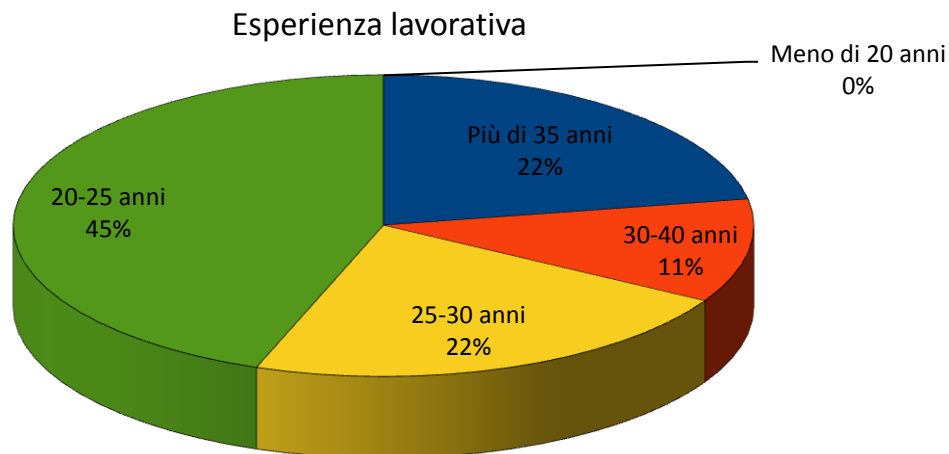
### 3.4.2 Dati esperienza lavorativa professionale

Per quanto riguarda la seconda parte dell'intervista, rispetto alla formazione professionale, i dati sono i seguenti:

- **Formazione professionale:** Il 100% del campione, ha una formazione professionale con diploma regionale; di questo totale il 10% dello stesso ha integrato il proprio diploma con la laurea universitaria;  
 Il 20% del campione ha una formazione in Master di coordinamento, il 10% in Master di mediazione linguistica e culturale, il 10% in Master in urodinamica e il restante 60% non ha acquisito altri master o titoli professionali;
- **Esperienza lavorativa:** Per ciò che riguarda le esperienze lavorative infermieristiche del campione, si può notare nel grafico la variabilità di unità operative in cui hanno lavorato gli infermieri: il 64% del campione ha lavorato nell'area internistica, il 28% ha lavorato nell'area chirurgia, il 6% ha lavorato nell'assistenza domiciliare e il 3% ha lavorato nell'area critica. Questi dati sono rilevanti perchè mettono in evidenza l'esperienza lavorativa degli infermieri indispensabile in questo contesto in cui si può avere a che fare con pluripatologie ed è fondamentale l'esperienza clinica.



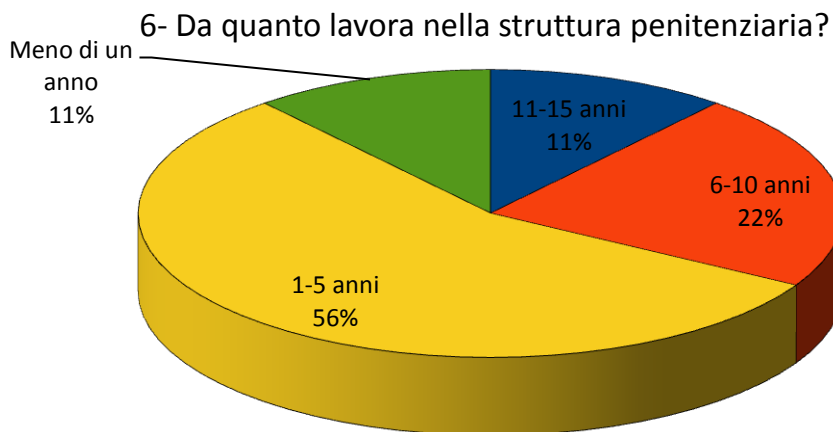
La carriera lavorativa di ogni infermiere supera i 20 anni di lavoro come si può notare nel grafico:



### 3.4.3 Esperienza nell'ambito carcerario

Per quanto riguarda la terza parte dell'intervista, analizzando l'aspetto penitenziario proprio dell'infermiere, i dati sono i seguenti:

- Riguardo al tempo di lavoro nella struttura penitenziaria del campione, l'11% lavora da 11-15 anni, il 22% lavora da 6-10 anni; in questi 2 dati si può riscontrare che parte del campione ha vissuto il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro. Il 56% lavora da 1-5 anni mentre l'11% lavora da meno di un anno.



- **Tempi d' inserimento:** rispetto alla mappature delle competenze e definizione dei tempi di apprendimento richiesti dalla struttura (vedi allegato 8), sono necessari 2 anni di percorso per l'inserimento completo e autonomo dell'infermiere nella casa circondariale.
- **Motivazione:** le motivazioni che hanno portato il campione studiato a lavorare nel contesto penitenziario sono state abbastanza simili e si possono riassumere affermando che tra i vari motivi ci sono la richiesta di trasferimento da altri reparti per motivi di lavoro o personali, proposte da parte del personale dirigenziale dell'ulss e il bisogno di un riscontro umano più forte, dato dalla diversità dell'utenza e del contesto. La motivazione di partenza è estranea alla complessità del contesto e con aspetti motivazionali deboli. Ciò, come vedremo, non sarà un ostacolo alla professione.
- **Aggiornamento:** Nella domanda 7 viene chiesto se il campione ha partecipato a corsi di aggiornamento inerenti la realtà carceraria. I corsi sono pochi per il personale infermieristico penitenziario, ma vengono comunque preparati da altri servizi (es. SERD) con l'aggiunta di elementi specifici per il contesto. Gli argomenti che sono stati trattati finora e che accomunano la maggior parte del campione sono corsi di formazione riguardo alla prevenzione e al rischio di suicidio in carcere, la tossicodipendenza, l'etn clinica, la somministrazione farmacologica in carcere, il vissuto dei parenti dei detenuti, la relazione con il detenuto e realtà multiculturali;
- Il 100% del campione lavora nella sezione maschile poiché l'istituto penitenziario di Vicenza è un istituto che accoglie solamente detenuti di sesso maschile;
- Nella domanda 9 viene chiesto rispetto alle aspettative come si vede oggi in questa realtà; parte del campione ha fatto riferimento all'inizio della propria carriera lavorativa penitenziaria in cui entrava per la prima volta la figura del coordinatore infermieristico, figura sconosciuta all'amministrazione penitenziaria, totalmente nuova visto la riforma legislativa e la presenza di un'effettiva equipè infermieristica. Il totale del campione non si aspettava niente e all'inizio trovava le dinamiche penitenziarie incomprensibili, l'ambiente completamente diverso e chiuso e le moltissime leggi da seguire. Viene riferito che la paura effettiva non era il contesto, ma perdere le conoscenze infermieristiche maturate fino ad ora, visto la ricca esperienza precedente e per una piccola parte la paura era di non essere accettati dal personale penitenziario. Ora invece

emerge che le dinamiche si comprendono di più, che si cerca di mantenere i propri presupposti di lavoro seguendo i detenuti e rispettandoli e che ora ci si sente effettivamente un professionista. La sensazione è quella di sentirsi adeguati al contesto, propensi e felici con una serenità maggiore rispetto a quella iniziale, raggiungendo una maturità personale e professionale.

#### **3.4.4 La relazione con il detenuto e il vissuto dell'infermiere**

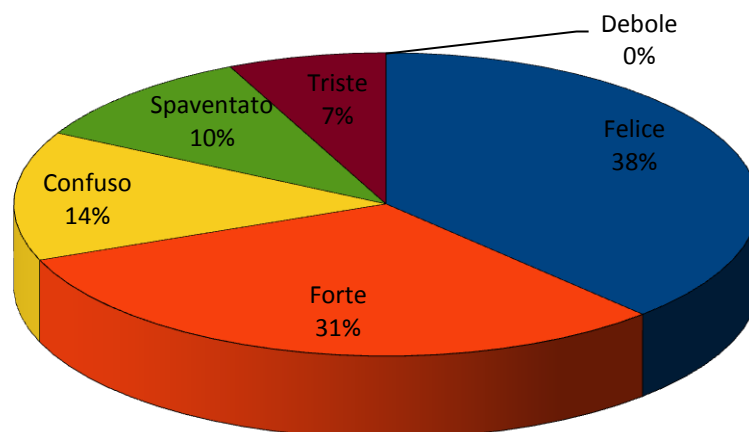
Per quanto riguarda la quarta parte dell'intervista, incentrata sulla relazione e il vissuto personale dell'infermiere, si considerano queste situazioni:

- **Difficoltà della relazione:** Il 100% del campione afferma che 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. Alcuni infermieri passando tra le varie sezioni riescono comunque a ritagliare momenti di relazione con i detenuti andando appositamente alla ricerca del dialogo. Un aspetto da tenere in considerazione è che i detenuti si relazionano in maniera diversa se è presente l'agente o no, di conseguenza la relazione subisce un cambiamento tanto che alcuni detenuti chiudono la relazione o cambiano argomento. E' una relazione che non viene definita alla pari essendo un ambiente di costanti regole da seguire. Il rapporto di fiducia infermiere-detenuto si può stabilire, nonostante sia complicato e ci voglia pazienza, non con tutti poiché alcuni possono essere troppo esuberanti, mancare di rispetto e per evitare ciò, una tecnica molto semplice è dare del "lei", mantenendo e incentivando la distanza terapeutica e personale.
- **L'approccio al detenuto:** tra le caratteristiche di relazione con il detenuto emerge il porsi con un atteggiamento di spontaneità ed elementi come la gentilezza, il sorriso, la sincerità, il saluto, senza mai cedere alla provocazione.
- **"Dimenticare" il reato:** importante è non vedere il reato che hanno commesso, di cui la maggioranza degli infermieri non vuole essere a conoscenza per paura di farsi condizionare (almeno all'inizio della loro carriera lavorativa), ma relazionarsi con tutti

in maniera uguale senza giudicare, altrimenti non si lavorerebbe serenamente. 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.

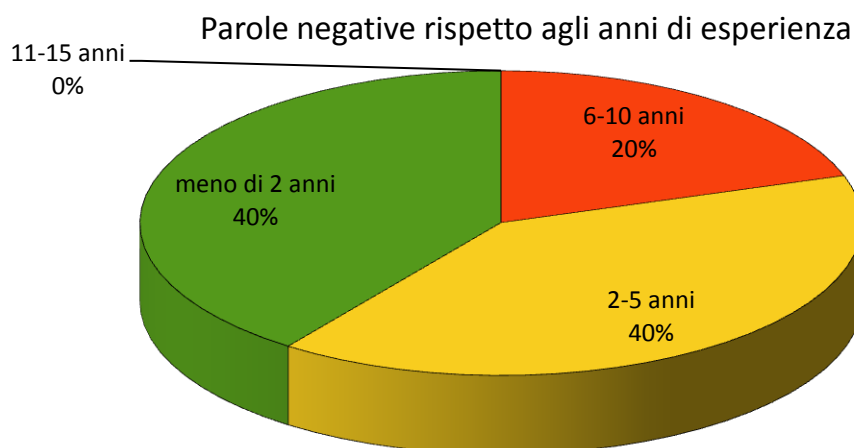
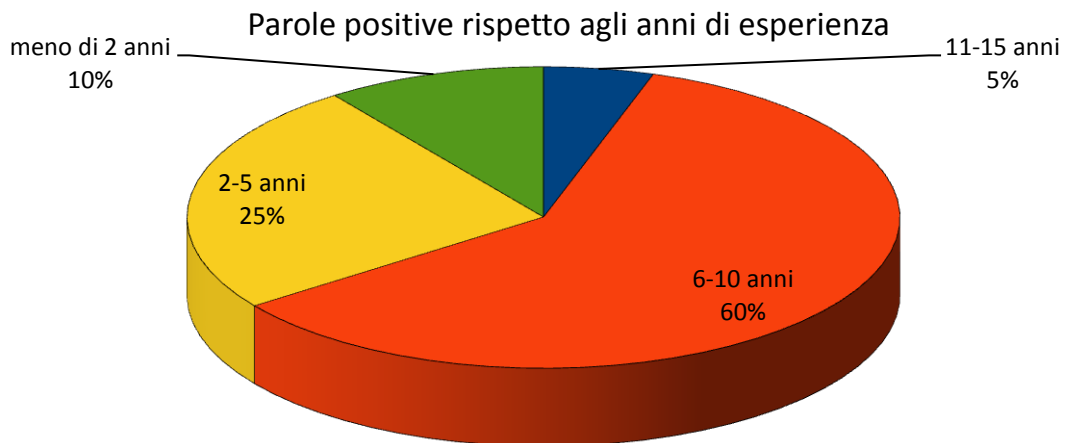
- **Nuovi detenuti:** I problemi di relazione riguardano inoltre la barriera linguistica e l'arrivo di nuovi detenuti. Infatti, può succedere, che essendo più arrabbiati sono più ingestibili e rendono difficoltosa la relazione perché non conoscono e non c'è la stima, ma con il tempo e la pazienza ci si conosce di più e le situazioni cambiano in meglio grazie alla relazione di fiducia che può instaurarsi. Nel caso in cui le provocazioni siano molte o non si riesca ad instaurare una relazione efficace, l'infermiere prende in mano la situazione chiudendo i discorsi iniziati, usando il silenzio, e concludendo il proprio lavoro serenamente;
- **I sentimenti dell'infermiere:** Nella domanda 13 viene chiesto, con l'aiuto dell'allegato "Elenco di parole di sentimento", come si sente l'infermiere che lavora in carcere e nel grafico seguente sono espresse le parole di sentimento divise nelle categorie dell'elenco (vedi allegato 4).

13- Come si sente come infermiere che lavora in carcere?



Il 38% dice parole della categoria FELICE, il 31% rientra nella categoria FORTE, il 14% categoria CONFUSO, il 10% categoria SPAVENTATO, il 7% categoria TRISTE e nessuno nella categoria DEBOLE. Il totale delle parole dette sono state 14 scelte tra le varie categorie. Tra le parole dette dall'elenco delle parole di sentimento emergono soprattutto FELICE e FORTE che anche se possono essere una sorpresa in questo

contesto, effettivamente non lo sono, perché il lavoro dell'equipè infermieristica fa notare che alla base vi è solidità, omogeneità ed aiuto reciproco che permette serenità di lavoro nonostante il contesto non sia dei più sereni, ciò dimostrato anche dal grado di soddisfazione percepita sul lavoro.

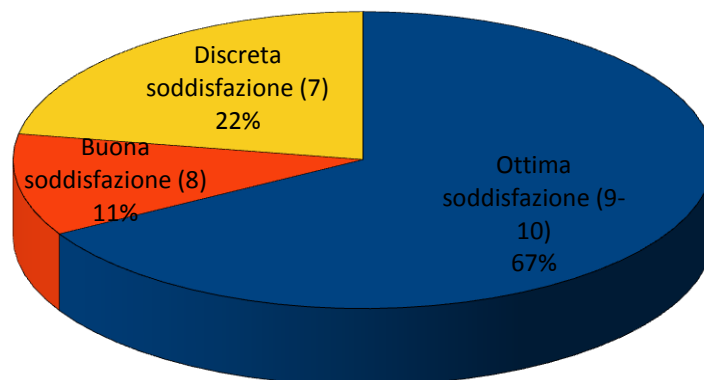


- Aspetto interessante è che le parole che hanno accezione positiva, sono state dette da tutti gli infermieri, ma soprattutto da quelli che hanno più esperienza mentre le parole con accezione negativa, sono state dette per la maggior parte dagli infermieri che hanno meno anni di esperienza.
- Nella domanda 14 il 100% del campione ritiene che la relazione con il detenuto sia un'occasione di crescita non solo professionale, ma umana. Il ruolo infermieristico va

oltre il reato ed è un'ulteriore radicazione della professione infermieristica portando effetti positivi anche nella cura. I sentimenti prevalenti sono pena e preoccupazione verso il detenuto in contrapposizione ad infermieri che riferiscono di essere a loro agio essendo una situazione stimolante, diversa dall'ospedale e cercando di porsi in ascolto.

- **Paure:** Nella domanda 15 il 100% degli infermieri riferisce di vivere “bene” la realtà carceraria. Emerge che la paura in questo contesto detentivo non c'è, ma c'è più paura per le situazioni che possono instaurarsi a livello penitenziario perché se succede qualcosa l'equipè infermieristica non ne viene a conoscenza, ma bisogna solamente rispettare le regole penitenziarie e attendere. Il fare il proprio lavoro al meglio, serenamente e facendo ciò che è vantaggioso e che può far bene all'utente è un altro aspetto ricorrente.
- **Malattie:** Per quanto riguarda le malattie, i detenuti con malattie più gravi vengono inviati in altre strutture e in caso di necessità vanno inviati in ospedale (es. casi di autolesionismo o sospetto diagnostico). Le malattie più gravi riguardano la patologia psichiatrica, ma in generale non ci sono grandi malattie fisiche, sono più situazioni legate allo stato d'animo e allo spazio detentivo. Vivere con animo aperto e in ascolto è ulteriore modo per poter lavorare al meglio in questa realtà;
- **Ambivalenza della richiesta:** Nella domanda 16, secondo gli infermieri intervistati, emerge che il detenuto potrebbe percepire l'infermiere come un'altra opportunità per ottenere qualcosa, un tramite per il medico e l'agente. Nello stesso tempo come ruolo d'aiuto, di tutela, rispettando la figura infermieristica e capendo che la presenza dell'infermiere è per il suo bene, tanto che viene espresso di essere percepiti come persone su cui può contare. L'infermiere deve dimostrare fiducia senza abbassare l'attenzione; attuare l'ascolto attivo, consentendo uno sfogo di relazione che può essere costruttivo nel corso della permanenza del detenuto all'interno dell'istituto per la relazione di fiducia;
- **Soddisfazione percepita:** Nella domanda 17 il 78% del campione non lascerebbe questo contesto lavorativo, mentre il 22% del campione lo lascerebbe solo per proposte migliori o perché non vuole lavorare in questo contesto fino al pensionamento;
- Nella domanda 18 è stato chiesto il grado di soddisfazione percepita per il lavoro:

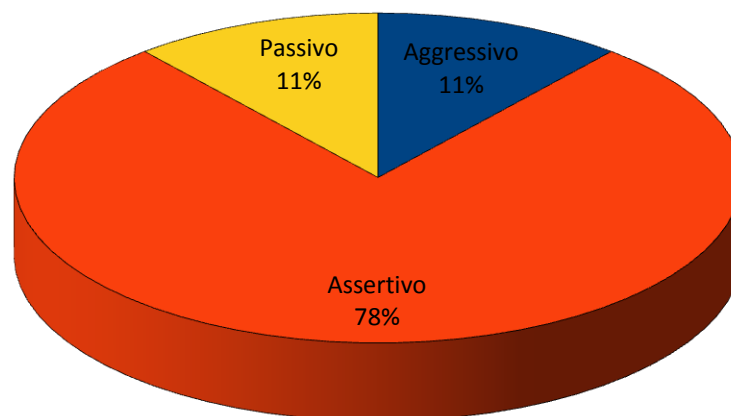
18- Da 0 a 10, dica il grado di soddisfazione percepita per il suo lavoro



I dati emersi mostrano che il grado di soddisfazione percepita è molto alto in quanto oltre 1/3 del campione è pienamente soddisfatto mentre nessuno è insoddisfatto. Ciò è un ulteriore dato positivo per quanto riguarda il lavoro nell'istituto penitenziario. Anche in questo caso, il grado più alto è stato dato dagli infermieri che lavorano nell'istituto da più anni mentre il grado più basso è stato dato dagli infermieri che lavorano da meno anni.

- **Comportamento assertivo:** Nella domanda 19, è stato chiesto il modo di ritenersi percepito nella relazione con il detenuto, il risultato è esposto nel grafico seguente:

19- Si ritiene ASSERTIVO, PASSIVO O AGGRESSIVO?



Il 78% ritiene di essere assertivo, l'11% passivo e l'11% aggressivo. Questi dati dimostrano che il luogo presenta difficoltà di relazione poiché strumentalizzazioni,

manca di rispetto da parte dei detenuti e le provocazioni possono rendere ulteriormente complicato il lavoro attivando delle modalità di relazione che possono non essere efficaci.

- **Rapporto con il personale penitenziario:** Nella domanda 20 rispetto al valutare il ruolo e i comportamenti del personale di polizia penitenziaria il campione, nonostante in parte sia stato vago nelle risposte, riferisce che c'è stata un'evoluzione dall'inizio del loro lavoro in carcere percependo un miglioramento dato anche dal continuo turn-over e dalla presenza di agenti giovani molti tra i quali laureati. Essendo il loro un lavoro molto difficile è fondamentale la collaborazione e non la contrapposizione con l'area sanitaria poiché garantiscono la sicurezza del detenuto e quella del personale sanitario. Molte volte sono ritenuti una difficoltà in più per il lavoro infermieristico, altre volte un supporto, riferendo di essere una risorsa indispensabile soprattutto quando si ha a che fare con detenuti che non collaborano o che non permettono una buona relazione.
- Nella domanda 21, il 44% del campione riferisce che non vi è collaborazione tra area sanitaria e area del controllo, il 44% riferisce che c'è una serena collaborazione mentre il 12% si considera neutrale. Ciò è dato dal fatto che la collaborazione è soggettiva, gli agenti sono numerosi ed è complicata l'omogeneità di lavoro da parte loro, nonostante ciò il miglioramento e l'evoluzione continua viene percepita. Ciò che potrebbe aiutare il rapporto tra le due aree è la collaborazione e il parlarsi, trovando un punto d'incontro e condividendo le varie esperienze per poter capire effettivamente come vivono le situazioni le due aree e venirsi incontro.
- Nella domanda 22 viene chiesto il parere personale rispetto al regime di sorveglianza dinamica integrata (vedi allegato 7), un modo di fare sorveglianza, alternativo alle modalità tradizionali, che conduce dalla semplice custodia e dal controllo assoluto della persona alla conoscenza di essa. Per il 67% del campione è un regime positivo poiché permette ai detenuti di poter uscire dalle loro celle, favorendo il dialogo con altri detenuti, nonostante siano sempre rinchiusi e ritenendo che sarebbe più utile farli uscire all'aria aperta o tenendoli occupati con qualche attività. Per il 33% non è un regime del tutto positivo perché ha creato malumori tra gli agenti, che hanno un minor controllo delle dinamiche e anche fra i detenuti, che avendo le celle aperte subiscono furti da altri detenuti e non mancano episodi di risse, ritenendolo un regime che crea situazione

ritenute pericolose.

- Nella domanda 23 la relazione medico-detenuto per il 56% dipende dal medico con cui il detenuto è in relazione, per il 33% è una relazione efficace, mentre per l'11% non è una relazione efficace. Ciò che viene percepito è che è il detenuto stesso a scegliere il medico con il quale aprirsi, instaurando una buona relazione di fiducia, ma è importante tenere presente che una parte dei detenuti quando va in visita medica lo fa solamente per ottenere qualcosa (es. terapia aggiuntiva), aspetto manipolatorio che non crea i presupposti di una relazione efficace.

## **Capitolo 4: CONCLUSIONI**

### **4.1 Limiti dello studio**

Uno dei limiti principali di questo studio è stata la difficoltà di poter estendere lo studio ad ulteriori istituti penitenziari in cui servivano appositi permessi e procedure più impegnative, oltre a resistenze di vario tipo da parte degli stessi, per poter fare l'intervista agli infermieri e poter entrare direttamente nell'istituto. Di conseguenza il limite principale è stato l'esiguità del campione.

### **4.2 Conclusioni**

Tra i dati che principalmente emergono, i più rilevanti sono i seguenti:

- Tutto il campione ha più di 20 anni di esperienza lavorativa come infermiere;
- Tutti gli infermieri ritengono di avere una tipologia di relazione efficace con il detenuto, ponendosi in ascolto con l'utente difficile, anche se in lieve contraddizione con alcuni atteggiamenti non assertivi;
- Il 69% delle parole di sentimento hanno accezione positiva mentre il restante 31% ha accezione negativa;
- Riguardo alle parole di sentimento, quelle con accezione positiva sono state dette da chi ha più esperienza nell'istituto, mentre quelle con accezione negativa da chi ha meno esperienza nell'istituto (aspetto che solitamente nelle unità operative ospedaliere è opposto);
- Il grado di soddisfazione percepita per il lavoro inizia con discreta soddisfazione (7), valore che nonostante sia il più basso emerso, nella scala numerica da 0 a 10 è ritenuto un valore molto alto. Inoltre il totale del campione afferma di vivere bene il contesto penitenziario e la tendenza a pensare di lasciare questo contesto di lavoro è negativa;
- La maggior esperienza porta ad una maggiore soddisfazione, ad affrontare meglio le situazioni poiché il bagaglio di competenze è maggiore e permette di gestire le situazioni nel modo più professionale;
- Il rapporto del campione con la polizia penitenziaria è ambivalente: viene valutato come una risorsa da quasi la metà del campione e come una difficoltà in più per la restante parte.

Da questo studio si può riscontrare un confronto e conferma dallo studio di Almost e Doran in cui effettivamente ci sono livelli di burnout inferiori rispetto ad altre unità operative ospedaliere e le uniche condizioni di difficoltà riguardano infermieri che lavorano nell'istituto da meno tempo poiché hanno meno esperienza.

A fronte dei risultati ottenuti si può definire e capire cosa vive l'infermiere all'interno del contesto, nonostante lo studio si sia focalizzato solo in un istituto penitenziario. L'esperienza lavorativa alla spalle di ogni infermiere sottoposto all'intervista è tra i dati più importanti poiché essendo un contesto difficile che presenta dinamiche complicate e a volte incomprensibili, è fondamentale per poter affrontare il luogo penitenziario, per poter essere riconosciuti come professionisti e per poter agire nella maniera più giusta e adeguata. I corsi di aggiornamento sono pochi e sarebbe indispensabile ce ne fossero di più poiché nessuno ha insegnato agli infermieri che hanno più esperienza all'interno dell'istituto come lavorare, ma hanno dovuto usare tutta la loro esperienza e il confronto continuo per poter permettere un'assistenza infermieristica adeguata al contesto. Ciò è un dato positivo poiché ha garantito un'omogeneità di lavoro e ha permesso di costruire una buona equipè infermieristica, ma nello stesso tempo sarebbero indispensabili corsi di aggiornamento non occasionali dato il contesto in continua evoluzione.

Nonostante i vari limiti dello studio, ciò che è stato un limite ma allo stesso momento una ricchezza, sono stati i racconti degli infermieri in cui dopo aver fatto una domanda erano stimolati a raccontare sempre qualcosa in più rispetto alla domanda stessa. Ciò, dalla scrivente, viene ritenuta una ricchezza poiché ha fatto sì che si potesse capire perfettamente come l'infermiere vive il carcere, esponendo molto sfumature che in una tesi di questo tipo purtroppo non si possono scrivere poiché rientra nel segreto professionale. Il modo in cui gli infermieri si sono aperti al dialogo è stata una situazione inaspettata e un ulteriore dato di valore. Ciò fa capire che nonostante il luogo sia chiuso e difficilmente accessibile, l'assistenza infermieristica non cambia, e la presa in carico del paziente in modo olistico è la base anche per questo contesto alternativo e insolito. I fondamenti infermieristici sono indispensabili, permettendo, aiutando e sostenendo il lavoro infermieristico. I bisogni del detenuto, la relazione che deve esserci e la preparazione infermieristica in questo luogo è fondamentale sia perché si viene quotidianamente messi alla prova dai detenuti stessi, sia perché è un contesto di lavoro impegnativo in cui si lavora in equipe.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Agenzia regionale di sanità della Toscana, La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2015. p. 64 (on line). Disponibile da: <http://www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2015/2977-la-salute-dei-detenuti-in-italia-i-risultati-di-uno-studio-multicentrico-2015.html>, (consultato il 27/08/2015)
2. Almost J., Doran D., Prison nurses face sex taunts, death threats. CBC, 2012.
3. Anzoni M., Al presidente del Collegio IP.AS.VI Stefano Bazzana, Brescia, 2001. (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/anzoni\\_mariastella.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/anzoni_mariastella.pdf) (consultato il 11/09/2015)
4. Borri B., Patriarca D., L'assistenza infermieristica in carcere dopo la riforma della sanità penitenziaria. Salute in carcere, Convegno take care, IP.AS.VI Firenze, 2010; p. 22-23-24-25-31-32.
5. Condon L., Harris F., Hek G., A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. Journal of clinical nursing, 2006.
6. Condon L., Harris F., Hek G., Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. Health and social care of community, 2006.
7. Condon L., Harris F., Kemple T., Powell J., Nursing care of prisoners: staff views and experiences. Journal of advanced nursing, 2010.
8. Consiglio d'Europa comitato dei ministri, Raccomandazione R(2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee\* (*Adottata dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006, in occasione della 952esima riunione dei Delegati dei Ministri*)
9. Craven R. F., Hirnle C. J., Teoria dei bisogni umani: la gerarchia dei bisogni umani di Maslow. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, promuovere la salute, Casa editrice Ambrosiana, 2004, p. 31-32-33.

10. Crotti Partel M., Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità. Osservatorio, Tempo di nursing 58-59/2011, Collegio IP.AS.VI di Brescia. p. 3-4-5-6 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvibs.it/files/tdn\\_58\\_7\\_02.pdf](http://www.ipasvibs.it/files/tdn_58_7_02.pdf) (consultato il 11/08/2015).
11. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. Aprile 2015
12. Franceschini A., La medicina penitenziaria. Trattato di Medicina Legale e Scienze affini, Vol VIII cap CCLII,
13. Giunta regionale, La sanità penitenziaria nel Veneto (dati 2008-2014). Area sanità e sociale, Sezione attuazione programmazione sanitaria, Settore salute mentale e sanità penitenziaria. Regione del Veneto, 2014 (on line). Disponibile da: [http://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=12fde77a-31fa-4801-b722-d4df85134bda&groupId=10793](http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=12fde77a-31fa-4801-b722-d4df85134bda&groupId=10793) (consultato il 1/9/2015)
14. Hostick T., Stimpson A., Watson R., Prison health care: a review of the literature. International journal of nursing studies, 2003
15. Istituto Superiore di Studi Penitenziari (IISP), Riforma della sanità penitenziaria. N° 11 dicembre 2012.
16. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore, Maryland, United States of America), [www.jhsph.edu](http://www.jhsph.edu), (consultato 27/10/2015)
17. Lizzola I, Educazione e cura: chinarsi di nuovo sulla vita, in attesa. Associazione italiana di oncologia medica (aiom), luglio 2013.
18. Lizzola I., Una giustizia diversa. Il modello riparativo e la questione penale. A cura di Eusebi L., editore Vita e Pensiero, luglio 2013.
19. Lizzola I., L'educazione nell'ombra. Avere cura della fragilità. Carrocci, Roma 2009.
20. Lizzola I., Violenze visibili e invisibili. Prospettive pedagogiche. Studi e ricerche, Società italiana di pedagogia (Siped), 17 maggio 2013.
21. Mancinelli C., Il paziente difficile: la comunicazione terapeutica e le risorse possibili della relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica in istituto penitenziario. Università degli Studi di Roma Tor Vergata, 2005
22. Martellotti E., L'IP.AS.VI apre il confronto sul lavoro nelle carceri. L'infermiere 1/2009, Attualità infermieristica penitenziaria, 2009; p.11 (on line). Disponibile da:

- [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/download/888\\_1302127945\\_189.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/888_1302127945_189.pdf) (consultato il 6/8/2015).
23. Melesi M., Medicina penitenziaria: l'esperienza dell'equipè infermieristica dell'A.O. San Paolo di Milano. *Io infermiere* n°3, 2008; p 30-31-32-33-34 (on line). Disponibile da: [http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF46\\_492.pdf](http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF46_492.pdf) (consultato il 19/8/2015)
  24. Ministero della Giustizia, Il percorso della riforma. Riforma della sanità in carcere, 2012 (on line). Disponibile da: [http://193.109.206.5/giustizia/it/mg\\_2\\_3\\_5\\_1.wp;jsessionid=6285EBB492D2E29E64FD22348289F8E1.ajpAL01](http://193.109.206.5/giustizia/it/mg_2_3_5_1.wp;jsessionid=6285EBB492D2E29E64FD22348289F8E1.ajpAL01) (consultato il 1/9/2015)
  25. Mortari L., Camarella A, Fenomologia della cura. Editori Liquori, 2014.
  26. Norman A., Parrish A., Prison health care: work environment and the nursing role. Prison nursing, 1999.
  27. Nava F., Riforma della sanità penitenziaria, Diritto alla salute in carcere, 2011 (on line). Disponibile da: <http://www.felice-nava.it/diritto-alla-salute-in-carcere/incompatibilit%C3%A0-alla-detenzione/> (consultato il 26/8/2015)
  28. Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna, Le carceri nel Veneto. Bollettino n°1 Regione del Veneto, 2005.
  29. Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna, Carcere e Sanità. Bollettino n°2 Regione del Veneto, 2005.
  30. Perry J., Management of long-term conditions in a prison setting. Art e scienze, 2010.
  31. Perry J., Nursing in prison: developing the specialty of offender health care. Art e scienze, 2009.
  32. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Raccomandazioni. “La salute dentro le mura”; CNB, Comitato Nazionale per la Bioetica, 2013; 2, 8-9-10; 9, p. 26-27 (on line) Disponibile da: <http://www.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf> (consultato 15/9/2015)
  33. Regione Veneto, Sanità Penitenziaria Veneto. News Sanità Penitenziaria, 2014.
  34. Regione Veneto, Statistiche sulla sanità penitenziaria nel Veneto per l'incontro dell'Osservatorio permanente interistituzionale per la salute in carcere. Statistiche

sanità penitenziaria Regione Veneto, marzo 2014.

35. Regione Veneto, Report in progress della Sanità Penitenziaria in Veneto, 2009, (on line). Disponibile da:  
[http://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2665cf94-d42e-43e7-9b13-46c57bcb4fef&groupId=10793](http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=2665cf94-d42e-43e7-9b13-46c57bcb4fef&groupId=10793) (consultato il 5/7/2015)
36. Ristretti e orizzonti, I molti nomi delle carceri, (on line). Disponibile da:  
<http://www.ristretti.it/glossario/nomicarceri.htm> (consultato il 25/8/2015).
37. Salvati A., Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale. Amministrazione in cammino, 2010.
38. Spano I., Seminario Nazionale carcere e salute, (on line). Disponibile da:  
<http://www.ristretti.it/convegni/salute/spano.htm>, 2003. (consultato il 22/7/2015)
39. Starnini G., Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, Da "Autonomie locali e servizi sociali" (Il Mulino, numero 1 del 2009),
40. Torresin M., Il paziente difficile: la comunicazione terapeutica e l'assistenza infermieristica in relazione alle patologie presenti in istituto penitenziario (carcere di Santa Bona Nuova). Università degli Studi di Padova 2006-2007.
41. Traumatic Brain Injury in Prisons and Jails: An Unrecognized Problem. CDC safer healthier people.
42. Walsh L., Managing practice innovations in prison health care services. Clinical development, 2006.
43. Whitehead D., The health promoting (HPP) and its imperative for nursing. International journal of nursing studies, 2004.
44. Ziliani P., Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?. Focus, Collegio IP.AS.VI di Brescia, 2013.

## **LEGISLAZIONE**

1. R.D. n° 787, 18 giugno 1931 “Regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena”.
2. Legge n° 740, 9 ottobre 1970 “Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell’Amministrazione penitenziaria”. Legge n° 833, 23 dicembre 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.
3. Legge n° 354, 26 luglio 1975 “Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà”.
4. Legge n° 419, 30 novembre 1998 “Riordino della medicina penitenziaria”.
5. D. Lgs. n° 230, 22 giugno 1999 “Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n° 419”.
6. L. Cost. n° 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione”.
7. DPCM 1 aprile 2008, “Modalità e criteri del il trasferimento del Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.



# ALLEGATI



# **ALLEGATO 1**

L. 26 luglio 1975, N° 354.

## **NORME SULL'ORDINAMENTO PENITENZIARIO E SULL'ESECUZIONE DI MISURE PREVENTIVE E LIMITATIVE DELLA LIBERTA'**

### **1. Trattamento e rieducazione:**

Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto delle dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari. I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva. Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

### **11. Servizio sanitario:**

Ogni istituto penitenziario è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. Ove siano necessarie cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. Per gli imputati, detti trasferimenti sono disposti, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, dal magistrato di sorveglianza; prima della pronuncia della sentenza di primo grado, dal giudice istruttore, durante l'istruttoria formale; dal pubblico ministero, durante l'istruzione sommaria e, in

caso di giudizio direttissimo, fino alla presentazione dell'imputato in udienza; dal presidente, durante gli atti preliminari al giudizio e nel corso del giudizio; dal pretore, nei procedimenti di sua competenza; dal presidente della corte di appello, nel corso degli atti preliminari al giudizio dinanzi la corte di assise, fino alla convocazione della corte stessa e dal presidente di essa successivamente alla convocazione. L'autorità giudiziaria competente ai sensi del comma precedente può disporre, quando non vi sia pericolo di fuga, che i detenuti e gli internati trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura con proprio provvedimento, o con provvedimento del direttore dell'istituto nei casi di assoluta urgenza, non siano sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che sia necessario per la tutela della loro incolumità personale. Il detenuto o l'internato che, non essendo sottoposto a piantonamento, si allontana dal luogo di cura senza giustificato motivo è punibile a norma del primo comma dell'art. 358 del C.P. All'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati. Il sanitario deve visitare ogni giorno gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta; deve segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche; deve, inoltre, controllare periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono addetti. I detenuti e gli internati sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose sono immediatamente isolati. Nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale. In ogni istituto penitenziario per donne sono in funzione servizi speciali per l'assistenza sanitaria alle gestanti e alle puerpere. Alle madri è consentito di tenere presso di sé i figli fino all'età di tre anni. Per la cura e l'assistenza dei bambini sono organizzati appositi asili nido. L'amministrazione penitenziaria, per l'organizzazione e per il funzionamento dei servizi sanitari, può avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri, d'intesa con la regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità. I detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di loro fiducia. Per gli imputati è necessaria l'autorizzazione del magistrato che procede, sino alla pronuncia della sentenza di primo grado. Il medico provinciale visita almeno due volte l'anno gli istituti di

prevenzione e di pena allo scopo di accertare lo stato igienico-sanitario, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive disposte dal servizio sanitario penitenziario e le condizioni igieniche e sanitarie dei ristretti negli istituti. Il medico provinciale riferisce sulle visite compiute e sui provvedimenti da adottare al Ministero della sanità e a quello di grazia e giustizia, informando altresì i competenti uffici regionali e il magistrato di sorveglianza.



## **ALLEGATO 2**

### DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° APRILE 2008 – MODALITA' 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 SANITA' 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 ubicatigli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

#### **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.



# **ALLEGATO 3**

**CONSIGLIO D'EUROPA**

**COMITATO DEI MINISTRI**

**Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee**

**PARTE III**

**Salute**

## **Cure sanitarie**

39. Le autorità penitenziarie devono salvaguardare la salute dei detenuti affidati alla loro custodia.

## **Organizzazione del servizio sanitario penitenziario**

40. 1. Si devono organizzare in istituto dei servizi medici in stretta relazione con l'amministrazione sanitaria generale della comunità locale o della Nazione.

2. La politica sanitaria negli istituti penitenziari deve essere integrata con la politica sanitaria nazionale, e compatibile con essa.

3. I detenuti devono avere accesso al servizio sanitario disponibile nel Paese senza discriminazione basata sulla loro posizione giuridica.

4. I servizi medici in istituto cercheranno di individuare e di curare ogni malattia o problema fisico o mentale da cui i detenuti possano essere affetti.

5. A tale scopo, tutti i necessari servizi medici, chirurgici e psichiatrici compresi quelli disponibili nella comunità libera devono essere messi a disposizione del detenuto.

## **Personale medico e curante**

41. 1. Ogni istituto deve disporre dei servizi di almeno un medico generico.

2. Devono essere adottate delle disposizioni per garantire che un medico possa intervenire immediatamente in caso di urgenza.

3. Gli istituti che non dispongono di un medico a tempo pieno devono essere regolarmente visitate da un medico a tempo parziale

4. Ogni istituto deve avere del personale adeguatamente formato per il servizio sanitario.

5. I servizi di dentisti e di oculisti specializzati devono essere disponibili per ogni detenuto.

## **Doveri del medico**

42. 1. Il medico, o un(a) infermiere(a) professionale che dipende da questo medico, deve incontrare ogni Detenuto il più presto possibile dopo l'ingresso in istituto e lo deve visitare, salvo se ciò è manifestamente non necessario.

2. Il medico, o un(a) infermiera(a) professionale che dipende da questo medico, deve visitare i detenuti che ne fanno richiesta prima della loro scarcerazione, altrimenti deve visitare i detenuti ogni volta che è necessario.

3. Quando visita un detenuto, il medico – o un(a) infermiere(a) professionale che riferisce a tale medico – deve porre particolare attenzione a:

- a. osservare le normali regole del segreto professionale;
- b. diagnosticare malattie fisiche o mentali e prendere tutte le misure necessarie per il trattamento di esse e per la prosecuzione del trattamento medico preesistente;
- c. registrare e segnalare alle autorità competenti ogni segno o indicazione che facciano supporre che il detenuto possa aver subito violenze;
- d. rilevare i sintomi di astinenza risultanti dall'abuso di stupefacenti, farmaci o alcool;
- e. individuare qualsiasi stress psicologico o di altra natura derivante dalla privazione della libertà;
- f. isolare i detenuti sospettati di essere affetti da malattie infettive o contagiose per il periodo dell'infezione e fornire loro un trattamento adeguato;
- g. assicurarsi che i detenuti portatori del virus HIV non vengano isolati solo per questo motivo;
- h. notare problemi fisici o mentali che possano impedire il reinserimento dopo la liberazione;
- i. determinare l'idoneità di ogni detenuto all'attività lavorativa e fisica; e
- j. concludere accordi con enti locali per la prosecuzione di ogni necessario trattamento medico e psichiatrico dopo la liberazione, qualora il detenuto dia il suo consenso a tali accordi.

43. 1. Il medico deve essere incaricato di avere cura della salute mentale e fisica dei detenuti e di visitare, con una frequenza e a condizioni adeguate agli standard ospedalieri nella società libera, tutti i detenuti malati, tutti coloro che accusano malattie o ferite ed ogni detenuto cui occorre prestare particolare attenzione.

2. Il medico – o un(a) infermiere(a) professionale che riferisce a tale medico – deve prestare

particolare attenzione alla salute dei detenuti che sono tenuti in condizioni di isolamento, deve visitare questi detenuti quotidianamente; e deve fornire loro un'assistenza medica e una cura immediata dietro richiesta di questi detenuti o del personale penitenziario;

3. Il medico deve riferire al direttore ogni volta che ritiene che la salute fisica o mentale di un detenuto sia seriamente compromessa dalla prosecuzione della detenzione o da una qualsiasi condizione di detenzione, incluso l'isolamento.

44. Il medico o un'autorità competente deve procedere a regolari ispezioni, se necessario raccogliere informazioni con altri mezzi e dare consigli al direttore relativamente: a. alla quantità, alla qualità, alla preparazione e alla distribuzione degli alimenti e dell'acqua ;

b. all'igiene e alla pulizia dell'istituto e dei detenuti ;

c. alle installazioni sanitarie, al riscaldamento, all'illuminazione e alla ventilazione dell'istituto; e d. alla qualità e alla pulizia dell'abbigliamento e della biancheria da letto dei detenuti.

45. 1. Il direttore deve tener conto dei rapporti e dei consigli del medico o dell'autorità competente, menzionati nelle Regole 43 e 44 e, se approva le raccomandazioni formulate, deve adottare immediatamente le misure per attuarle.

2. Se le raccomandazioni del medico non sono di competenza del direttore o non trovano il suo accordo, lo stesso direttore deve immediatamente sottoporre il parere del medico unitamente ad un suo rapporto alle autorità superiori.

#### **Fornitura di cure sanitarie**

46. 1. I detenuti malati che hanno necessità di cure specialistiche devono essere trasferiti presso istituti specializzati o presso ospedali civili, se queste cure non sono disponibili nell'istituto;

2. Laddove un servizio penitenziario disponga di proprie strutture ospedaliere, in esse deve operare personale adeguatamente qualificato e tali strutture devono essere dotate di attrezzature in grado di fornire ai detenuti ad esse affidati assistenza e trattamento adeguati.

#### **Salute mentale**

47. 1. Devono essere disponibili negli istituti specializzati o delle sezioni specializzate, posti sotto il controllo medico, per l'osservazione e la cura di detenuti affetti da disturbi o anomalie mentali che non necessariamente rientrano nelle disposizioni della Regola 12.

2. Il servizio medico penitenziario deve fornire cure psichiatriche a tutti i detenuti che

hanno necessità di tali cure e porre particolare attenzione alla prevenzione del suicidio.

**Altre questioni**

48. 1. I detenuti non devono essere sottoposti ad esperimenti senza il loro consenso.

2. Gli esperimenti che coinvolgono i detenuti e che possono provocare delle ferite fisiche, una sofferenza psichica o altri disturbi alla loro salute devono essere proibite.

# ALLEGATO 4

## GRIGLIA D'INTERVISTA

### Presentazione

Sono Melinda Mattara, studentessa del 3° anno di Infermieristica dell'Università di Padova nella sede di Mirano. Nella mia tesi di laurea sto ricercando dati riguardo al ruolo e al vissuto dell'infermiere nel contesto penitenziario tramite l'intervista che trovo di seguito e che farò agli infermieri che accetteranno di collaborare.

- 1) Fascia d'età?  
20-35  
35-50  
oltre 50
- 2) Sesso:  
M  
F
- 3) Formazione professionale:  
Universitaria  
Regionale
- 4) Altri titoli professionali?
- 5) Che esperienze lavorative ha come infermiere?
- 6) Da quanto lavora nella struttura penitenziaria e quali motivazioni l'hanno portata a lavorare in carcere?
- 7) Ha partecipato a corsi di aggiornamento e formazione inerenti la realtà carceraria?
- 8) Lavora nella sezione maschile, femminile o entrambe?
- 9) Rispetto alle sue aspettative professionali come si vede oggi in questa realtà?
- 10) Racconti un'esperienza forte, positiva o negativa, che ha cambiato il suo modo di

operare.

11) All'interno delle sue attività principali (ad esempio la somministrazione della terapia), ci sono momenti in cui sia possibile una relazione con il detenuto?

12) Come si caratterizza la relazione con il detenuto?

Quali sono i problemi e le criticità, se ci sono, di relazione con il detenuto?

13) Con l'aiuto dell'allegato “elenco di parole di sentimento”, come si sente come infermiere che lavora in carcere?

14) Quali sono i suoi sentimenti e le sue emozioni prevalenti quando è in relazione con il paziente detenuto? E' un'occasione di crescita professionale? In che senso?

15) In questo momento Lei come sta vivendo la realtà carceraria? Come vive la malattia in un contesto detentivo?

16) Secondo Lei il paziente detenuto come percepisce il suo ruolo?

17) Lascerebbe questo contesto di lavoro se ne avesse la possibilità?

18) Da 0 a 10, dica il suo grado di soddisfazione percepita per il suo lavoro.

19) Riguardo ai suoi comportamenti prevalenti durante il lavoro, si ritiene assertivo, passivo o aggressivo?

20) Come valuta l'esercizio, il ruolo e i comportamenti del personale di polizia penitenziaria?

21) Ritiene che vi sia adeguata collaborazione tra area sanitaria e area del controllo?

22) Cosa ne pensa del regime di “sorveglianza dinamica integrata”?

23) Come percepisce la relazione medico-detenuto? Può considerarla una relazione efficace?

24) Se potesse cosa cambierebbe del suo lavoro e cosa non cambierebbe? E cosa cambierebbe dell'esecuzione penale?

# ALLEGATO 5

## ELENCO DI PAROLE DI SENTIMENTO

Tratto da Carkhuff R. ne" L'arte di aiutare", edizione Erikson, Trento, 1993

### Felice

Affettuoso, allegro, appagato, calmo, caloroso, compiaciuto, contento, cordiale, divertito, eccitato, entusiasta, estasiato, euforico, energico, fiducioso, fortunato, impaziente, in forma, lieto, orgoglioso, ottimista, pago, pazzo di gioia, pieno di energia, riconoscente, rilassato, rinvigorito, riposato, soddisfatto, sollevato, su di giri, vivace, vivo.

### Triste

A disagio, addolorato, afflitto, amareggiato, avvilito, deluso, depresso, disperato, dispiaciuto, distrutto, disturbato, ferito, giù, imbarazzato, infelice, insoddisfatto, malinconico, rifiutato, perduto, perso, sconvolto, sgomento, solo, turbato.

### Confuso

Agitato, annebbiato, assente, debole, disorientato, disordinato, disorganizzato, disturbato, folle, frustrato, goffo, imbarazzato, impacciato, impaziente, in trappola, incerto, incoerente, indeciso, infastidito, intontito, ottenebrato, paralizzato, perplesso, perso, preso dal panico, scioccato, sconcertato, sconnesso, scosso, sgomento, sorpreso, sottosopra, stordito, tramortito, turbato.

### Spaventato

A disagio, ansioso, cauto, con i nervi a fior di pelle, esitante, impaurito, in pena, indeciso, inorridito, insicuro, intimidito, irrequieto, minacciato, nervoso, pauroso, preoccupato, preso dal panico, scosso, sgomento, solo, teso, terrorizzato, timido, timoroso, vile.

### Debole

Bloccato, demoralizzato, disorganizzato, distratto, esaurito, esausto, fiacco, fragile, frustrato, gracile, in colpa, imbarazzato, impotente, inadeguato, incapace, indifeso, indisposto, inefficace, influenzabile, inutile, insicuro, instabile, leggero, logorato, malato, molle, oppresso, orribile, perso, piccolo, schivo, scoraggiato, scosso, senza vita, silenzioso, somnesso, stanco, stressato, stufo, stupido, timido, vergognoso, vulnerabile, vuoto.

### Forte

Attivo, aggressivo, aitante, animoso, aperto, atletico, attivo, baldanzoso, capace, cattivo, certo, coraggioso, deciso, determinato, duro, efficace, energico, felice, fiducioso, forzuto, impaziente, intenso, intraprendente, poderoso, positivo, potente, prestante, risoluto, sano, sicuro, solido, sveglio, veloce, vigile, vigoroso, vitale, vivace, vivo.



## LA COLTIVAZIONE DELLA CONSAPEVOLEZZA DI SE'

<ul style="list-style-type: none"><li>• Sostenere le posizioni senza rispettare quelle degli altri.</li><li>• difficoltà ad accogliere punti di vista diversi.</li><li>• Arrabbiarsi facilmente.</li><li>• Atteggiamenti pur non palesemente prevaricanti ma che lasciano l'interlocutore frustrato: <i>ferire "sorridente"</i>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ascoltare e parlare.</li><li>• Affermare le proprie esigenze senza prevaricare l'opinione altrui.</li><li>• esprimere con chiarezza le emozioni senza ferire i sentimenti degli altri.</li><li>• Attenuare l'impulso alla reazione nervosa e rabbiosa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevalere dei bisogni e dei desideri dell'altro a scapito dei propri.</li><li>• Rimanere in silenzio quando qualcosa dà fastidio.</li><li>• Tendere a non esporsi.</li><li>• Tendere a non dare il giusto valore alle proprie ragioni o sensazioni.</li></ul>
--	--	---

AGGRESSIVO

ASSERTIVO

PASSIVO



**IN CHE MODO RITENI DI PERCEPIRTI  
NELLA RELAZIONE CON GLI ALTRI?**



# **ALLEGATO 7**

## **LA SORVEGLIANZA DINAMICA**

Dispense ISSP n° 1 (marzo 2013)

**Ministero della Giustizia**

**Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria**

Linee guida per gli operatori penitenziari

### **INTRODUZIONE**

Con le circolari 206745 e 36997, rispettivamente del 30 maggio 2012 e 29 gennaio 2013, è stato avviato un percorso di cambiamento del sistema organizzativo e gestionale dell'Amministrazione penitenziaria, peraltro già preannunciato dai vertici del Dipartimento fin dal mese di aprile dello scorso anno, in occasione di una prima riunione tenuta a Subiaco. Un cambiamento strategico ed operativo che mira a recuperare compiutamente il senso della norma, costituzionale ed ordinamentale, richiamato anche dalle direttive europee e dalle recenti sentenze di condanna dell'Italia da parte della Corte di Strasburgo per trattamento inumano e/o degradante. La revisione dei circuiti penitenziari, accompagnata dalla razionalizzazione e diffusione delle buone prassi, già in essere in molte realtà penitenziarie, costituisce il presupposto del cambiamento auspicato nell'intero sistema penitenziario nazionale, attraverso il recupero consapevole da parte di tutta l'organizzazione, centrale e territoriale, del dettato normativo.

Le direttive che qualificano la citata circolare disegnano un quadro nel quale assumono valore nuovo le dimensioni del Tempo e dello Spazio della detenzione nella quotidianità penitenziaria e rendere questa coerente ai principi costituzionali e ordinamentali. Il richiamo in essa contenuto al "carcere aperto" non è altro che una tappa di avvicinamento a quanto dispone il legislatore all'art. 6 della legge penitenziaria che definisce camere di pernottamento le celle di detenzione. Ma è anche un modo diverso per valorizzare i compiti istituzionali affidati all'Amministrazione attraverso il recupero della centralità della persona, della sua dignità e dei diritti fondamentali il cui presupposto prescinde persino dalla conoscenza che pure è essenziale per una credibile azione di recupero sociale. Un nuovo modo di essere, organizzativo e gestionale, che l'Amministrazione si è posta come obiettivo indifferibile e che coinvolge tutte le figure professionali, ma che riguarda

persino il mondo esterno degli Enti territoriali e del volontariato, fino alla stessa Magistratura di Sorveglianza.

Nell'ambito di tale strategia è stato riconosciuto il ruolo fondamentale della formazione che, a dire il vero, attraverso un'intensa attività di formazione iniziale e di aggiornamento, ha già rivolto la massima attenzione a tutte le tematiche sopra evidenziate nella programmazione e realizzazione del Piano triennale 2011-2013. In particolare, con riferimento ai Funzionari di Polizia penitenziaria, è stato affrontato, in apposite edizioni, il tema della "sorveglianza dinamica" indicato nella Raccomandazione europea R(2006)2 rivolta agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

## **1. LA SORVEGLIANZA DINAMICA**

Il presente documento è stato elaborato sulla scorta delle docenze tenute in aula e delle osservazioni che, in quelle stesse circostanze, sono pervenute dai corsisti, con l'obiettivo di costruire delle linee guida che possano essere utili per rendere praticabile la realizzazione, nell'ambito del complessivo progetto di cambiamento indicato nella citata circolare, la cd. Sorveglianza dinamica e ricondurre ad uniformità un pensiero ed un linguaggio che si auspica possa diventare comune nel Sistema penitenziario nazionale.

Per tale ragione si ritiene di dover introdurre il tema con una prima definizione del concetto di sorveglianza dinamica riconducibile a "un modo diverso di fare sorveglianza" ovvero "dalla sorveglianza-custodia alla sorveglianza-conoscenza" attraverso la semplificazione, razionalizzazione e qualificazione dei carichi di lavoro. Occorre quindi saper distinguere i diversi livelli di competenze e la conseguente titolarità dei relativi processi di lavoro.

Semplificazione, razionalizzazione e qualificazione che sono possibili soltanto con un radicale cambiamento dell'approccio ai compiti istituzionali che, pur rivolgendosi innanzitutto alla polizia penitenziaria, riguarda anche tutte le altre figure professionali.

In particolare, per il personale di Polizia penitenziaria, sorveglianza dinamica, significa un modo di fare sorveglianza, alternativo alle modalità tradizionali, che conduca dalla semplice custodia e dal controllo assoluto della persona alla conoscenza di essa. E su questo primo concetto è opportuno soffermarsi, seppure brevemente.

## **2. LA SORVEGLIANZA DINAMICA. DAL CONTROLLO ALLA CONOSCENZA DEL DETENUTO**

Nonostante la Riforma del Corpo abbia previsto, tra i compiti istituzionali della Polizia penitenziaria, la partecipazione alle attività trattamentali, nel corso degli anni si è consolidato un modo d'essere professionale fondato sul controllo-custodia della persona, finalizzato prevalentemente a prevenire fatti e azioni che possono compromettere la sicurezza intramurale (evasioni, risse, aggressioni, danneggiamenti...) oppure, persino la stessa incolumità personale (suicidi e autolesionismi). Ne è conseguito un modo d'essere lavorativo che si è pervicacemente autoalimentato da un sistema organizzativo e gestionale che, colposamente, al verificarsi di un evento critico ha sempre e solo accertato se, cosa e quanto la polizia penitenziaria abbia controllato fisicamente la persona per prevenire l'evento, come ad affermare che la causa sia sempre riconducibile all'omesso controllo. In tale contesto, peraltro, il Sistema, troppo frettolosamente, ha quasi sempre indagato la condotta lavorativa dell'agente di sezione, distraendosi invece da tutto il resto. Da qui l'insorgere, negli Istituti, di tutta una serie di ordini di servizio [...] e l'istituzione di numerosi registri, non previsti da alcuna norma, e la conseguente introduzione di attività di vigilanza esasperate quali sono la sorveglianza a vista, la grandissima sorveglianza e la grande sorveglianza. Il tutto con l'unico obiettivo, di fatto impossibile e per molti versi contraddittorio con la finalità della pena, di realizzare un controllo fisico e totalizzante della persona.

La via del cambiamento intrapresa dall'Amministrazione è una proposta di riflessione sullo stato d'essere del Sistema penitenziario nazionale affinché, consapevolmente, tutta l'organizzazione e gli uomini che la governano indirizzino la propria azione al recupero del senso del nuovo processo di esecuzione penale introdotto con la Riforma del 1975, strutturata su valori costituzionali ed europei, la cui violazione ha di recente comportato la condanna dell'Italia da parte della Corte di Strasburgo. Un percorso, quindi, di recupero della legalità, in grado di modificare prassi discordanti che si sono maturate all'interno di un Sistema che, per altri versi, ha saputo e sa esprimere anche opposte buone prassi, diffuse sull'intero territorio nazionale.

Una parte di questo percorso non può non riguardare il personale di Polizia penitenziaria e, in particolare, la sua qualificazione professionale nell'ambito dei processi di conoscenza

che sono il presupposto ineludibile del dettato costituzionale e ordinamentale. Ma in che modo si può auspicare questo cambiamento, per certi versi culturale, del modo d'essere professionale della Polizia penitenziaria?

Intanto, è necessario liberarsi da ogni sorta di pregiudizio, personale o indotto, sul senso della pena per creare le precondizioni utili che possono condurre a una conoscenza consapevole dei contenuti e delle procedure introdotte con la Riforma del 1975. Con tale consapevolezza si può ragionevolmente credere di poter finalmente realizzare in modo compiuto e professionale il disposto dell'art.5 della legge di Riforma del Corpo e riconoscere alla Polizia penitenziaria la partecipazione attiva nell'ambito dei processi di conoscenza del detenuto.

Conoscenza e consapevolezza di tale "dover essere" che non solo sgombera il campo da ogni sorta di pregiudizio, ma che realizza persino i presupposti per rivendicare un "modo d'essere professionale" diverso rispetto a quello che si è strutturato nella consuetudine quotidiana.

Ed è sulla base di tali preliminari considerazioni che si propongono le seguenti ulteriori riflessioni sulla "Sorveglianza dinamica" che si muovono lungo tre pilastri:

- i presupposti organizzativi dell'Istituto penitenziario;
- i presupposti organizzativi e la gestione dell'area della sicurezza;
- la descrizione degli effetti nella quotidianità penitenziaria.

## **I PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO**

[...]

*La valenza degli elementi trattamentali*

[...] Il lavoro, la formazione professionale, l'istruzione, il rapporto con la famiglia, le attività culturali devono trovare la massima diffusione nell'organizzazione e gestione di un Istituto, persino al di là delle risorse annualmente assegnate dal Dipartimento attraverso il coinvolgimento della comunità esterna in tutte le sue articolazioni, istituzionali e non. In tale dimensione incide in modo significativo l'interpretazione del Tempo e dello Spazio utilizzabile durante l'esecuzione della pena all'interno del muro di cinta. L'approccio custodialistico, di controllo fisico della persona, riduce quelle dimensioni, mentre il nuovo orientamento indicato dall'Amministrazione ne amplia la fruibilità, riconducendo al senso originario il testo del citato art. 6 della legge penitenziaria.

### *Il personale e i reparti di detenzione*

Una concreta testimonianza rispetto all'attendibilità del cambiamento intrapreso e alla realizzabilità del progetto d'Istituto potrà essere resa dalla presenza attiva nei reparti detentivi del personale delle diverse figure professionali. In particolar modo si fa riferimento agli educatori, agli assistenti sociali, ai funzionari di polizia penitenziaria e al personale di cui al punto successivo. Ma anche le visite periodiche nei reparti detentivi del direttore e/o del vicedirettore dell'Istituto sono utili per mantenere un costante e funzionale clima di equilibrio con un modo diverso di gestire la quotidianità penitenziaria, soprattutto se in tali occasioni il direttore sarà affiancato dai responsabili delle aree.

### *Apertura alla partecipazione della comunità esterna*

Si è già detto del coinvolgimento della comunità esterna. Si tratta ora di approfondire se e quanto quella partecipazione possa essere utile alle finalità istituzionali e se non sia opportuno istituire un coordinamento, nell'ambito dell'area educativa, per renderla utile persino nei processi di conoscenza del detenuto. Intanto per comunità esterna vanno intese tutte quelle professionalità e persone che non hanno un rapporto di lavoro di dipendenza con l'amministrazione penitenziaria e, pertanto: il personale sanitario, gli insegnanti, i docenti dei corsi di formazione, i volontari nelle diverse forme di partecipazione, i datori di lavoro, il personale delle cooperative. Si tratta, in buona sostanza, di personale che opera all'interno dell'Istituto e che è in grado, se opportunamente coordinato, di offrire utili elementi di conoscenza sul piano comportamentale del detenuto.

A tal fine, ancora più utile potrà essere la partecipazione della comunità esterna quanto più essa sia consapevole degli obiettivi e dei contenuti del Progetto d'Istituto. [...]

### *Diffusa conoscenza e consapevolezza degli obiettivi istituzionali e significativa disponibilità del personale a lavorare in gruppo e per progetti.*

[...] La formazione che è erogata a livello centrale e regionale su tale punto è sicuramente uno strumento strategico essenziale, ma non è sufficiente se non sarà accompagnata da un'analoga attività diffusa nell'ambito della singola struttura dirigenziale. A tale riguardo, l'impegno richiesto ai dirigenti penitenziari e ai direttori di area e funzionari è quello di diffondere conoscenza e consapevolezza a tutto il personale sul delicato tema che oggi viene proposto, di recupero del senso dell'esecuzione penale introdotto con la Riforma del 1975, diffusamente trattato in tutti i corsi di formazione e aggiornamento svolti presso

l'Isspe e i Provveditorati. Informazione che deve soffermarsi anche sul Progetto d'Istituto e sul nuovo modo di lavorare insieme, per progetti, dedicando periodicamente degli spazi conferenze a tutto il personale delle diverse figure professionali presenti in Istituto.

#### *La Magistratura di Sorveglianza*

Il cambiamento auspicato e il percorso appena tracciato non potranno compiersi senza il coinvolgimento della Magistratura di sorveglianza, a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale. La sorveglianza dinamica, un modo diverso di fare sorveglianza e quindi il passaggio dalle modalità di controllo tradizionale a percorsi di conoscenza della persona devono essere condivisi con la Magistratura di sorveglianza per renderla partecipe dell'obiettivo finale di tale cambiamento che, per l'Amministrazione penitenziaria, è quello di indirizzare la sua organizzazione ad una migliore gestione del fascicolo istruttorio del detenuto proprio per offrire al Magistrato una conoscenza della persona da cui egli possa trarre una più consapevole valutazione sulle capacità di autodeterminazione del detenuto in relazione al recupero di valori e comportamenti socialmente utili.

### **I PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI E LA GESTIONE DELL'AREA DELLA SICUREZZA**

#### *I processi di conoscenza utili alla sicurezza e al trattamento*

[...]

I dati giudiziari e penitenziari. Rappresentano, insieme al colloquio di primo ingresso, l'avvio della conoscenza della persona. La sentenza di condanna, il verbale contenente le modalità dell'arresto, gli eventuali precedenti giudiziari e penitenziari con l'acquisizione del relativo fascicolo, rappresentano fonti di informazione utili per l'approccio conoscitivo della persona e per la sua accoglienza in Istituto. Il relativo processo di acquisizione documentale, di studio e valutazione appartiene all'area della sicurezza e in particolare al Comandante del Reparto che fornirà all'area educativa ogni utile informazione, accompagnata, ove richiesto, da una copia documentale. Questo livello di conoscenza, integrato dagli elementi d'informazione che possono giungere dal Dipartimento, dal Provveditorato o dal direttore dell'Istituto, consente allo stesso funzionario di impartire le necessarie disposizioni, quando sia necessario, relative a modalità di sorveglianza straordinarie. Rinvio.

I dati personali: sanitari, psicologici e comportamentali. Si tratta di elementi di

approfondimento della conoscenza sulle condizioni di salute, sulla personalità e sul comportamento intramurario dei cui processi lavorativi sono titolari l'area sanitaria e l'area educativa. In quest'ambito, l'area della sicurezza può offrire informazioni sul piano comportamentale del detenuto, utili durante tutto il periodo dell'osservazione e per la redazione del programma di trattamento, nonché per le successive verifiche tratta mentali. In tale ambito il comandante di reparto sarà destinatario delle informazioni sul comportamento del detenuto da parte dei responsabili dei vari servizi dell'area sicurezza.

## **DAL CONTROLLO ALLA CONOSCENZA: GLI EFFETTI NELLA QUOTIDIANITA' PENITENZIARIA**

[...]

*La sorveglianza a vista, la grandissima sorveglianza e la grande sorveglianza*

[...] La sorveglianza a vista è una disposizione che viene adottata esclusivamente nei confronti di persona intercettata come soggetto ad alto rischio suicida.

Quasi mai si tratta di ordine che proviene dallo stesso Comandante di reparto, trattandosi di disposizione che ha origine dall'area sanitaria o dalla direzione. Di fatto si tratta di segnalazione a tutela dell'incolumità personale che, per tale ragione, deve essere inquadrata all'interno del più ampio concetto di osservazione e trattamento della persona, svincolato quindi da dirette esigenze di sicurezza intramurale. Pertanto, le competenze richiedibili al personale di polizia penitenziaria vanno inquadrare nel più ampio processo trattamentale di cui è titolare l'area educativa e al quale la polizia penitenziaria è tenuta a collaborare insieme a tutti gli altri attori dei processi di conoscenza della persona (educatori, psicologi, sanitari, infermieri e persino i volontari oltre al personale di polizia).

A ben vedere, quindi, anziché disporre la sorveglianza a vista a carico della Polizia penitenziaria, la direzione dell'Istituto quando sia stata intercettata una condizione di alto rischio suicida, deve adottare un programma terapeutico specifico nel quale siano precisate le azioni di intervento che vengono assegnate alle diverse aree e professionalità con l'obiettivo non solo di prevenire azioni autolesionistiche ma anche di stimolare una crescita del senso di responsabilità del soggetto a rischio. In tale contesto, oltre agli specifici compiti da assegnare all'area sanitaria, all'area educativa e di servizio sociale, la polizia penitenziaria può essere chiamata a collaborare nelle azioni di sostegno, di mantenimento e

di controllo, discreto e riservato, della persona anche attraverso colloqui e visite più frequenti al detenuto da parte del personale più qualificato. Se unanimemente condiviso tale percorso, potrà essere superata una prassi tutt'ora in uso che delega alla polizia penitenziaria, o ancor peggio all'agente addetto alla sorveglianza, competenze e responsabilità che appartengono ad altre aree e figure professionali. Prassi, quella della sorveglianza a vista, peraltro in contraddizione con qualsiasi indirizzo scientifico sull'argomento della prevenzione del suicidio.

La grandissima sorveglianza e la grande sorveglianza sono disposizioni che, invece, possono riguardare indistintamente sia esigenze connesse alla sicurezza dell'istituto, per il controllo dei detenuti con una spiccata pericolosità sociale, che esigenze connesse al trattamento, in relazione a soggetti con personalità fragile. Per questi ultimi valgono le stesse considerazioni e indirizzi del punto precedente.

Per i soggetti segnalati o intercettati, invece, per un'elevata o significativa pericolosità personale (tendenza all'evasione, etero aggressività, personalità dominante e aggressiva, area della radicalizzazione e della criminalità organizzata...) le disposizioni di grandissima o di grande sorveglianza hanno la loro ragione d'essere prevalente all'interno dell'area sicurezza ove devono trovare disciplina attraverso procedure standard che stabiliscano azioni ben definite, distintamente rivolte alla sorveglianza generale, al caporeparto, ai preposti e ai diversi capiservizio. [...] Sulla esecuzione di tali operazioni quel personale dovrà informare il Comandante con relazioni di servizio quotidiane elaborate su protocolli standard adottati a livello regionale.

Il Comandante, se saprà utilizzare lo strumento delle visite nei reparti detentivi, potrà verificare ancor meglio la corretta esecuzione del protocollo operativo. Infine, le informazioni sul comportamento del detenuto segnalato a grandissima sorveglianza o a grande sorveglianza sono utilizzabili dallo stesso comandante per una sintetica relazione comportamentale da trasmettere all'area educativa nel corso delle attività di osservazione o di verifica trattamentale.

## ALLEGATO 8

### Percorso di inserimento dell'infermiere in Casa Circondariale

#### MAPPATURA DELLE COMPETENZE E DEFINIZIONE DEI TEMPI DI APPRENDIMENTO

Revisione, secondo gli obiettivi di budget 2015, al 27/06/2015

	1 mese	3 mesi	6 mesi	1 anno	2 anni
<b>AREA DI COMPETENZA TECNICO/CLINICA</b>					
<b>Prima di ogni atto sanitario con il detenuto l'infermiere deve porsi in situazione di assoluta sicurezza</b>	<b>x</b>				
Conoscenza ed esperienza dei principali quadri clinici che possono essere presenti nella realtà penitenziaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• scompenso cardio circolatorio</li> <li>• insufficienza respiratoria</li> <li>• malattie infettive: TBC, HIV, EPATITE ( uso dei DPI)</li> <li>• patologie psichiatriche</li> <li>• assistenza sutura e medicazione semplice e complessa</li> <li>• sindrome astinenziale da abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche</li> <li>• abuso di farmaci e autolesionismo (suicidio, lesioni da taglio, ingestione lamette, ecc</li> <li>• malattie metaboliche: diabete mellito, celiachia, ecc</li> <li>• patologie neurologiche degenerative e non: epilessia, ecc</li> <li>• patologie traumatiche osteoarticolari</li> </ul>			<b>x</b>		
<b>COMPETENZE DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI :</b>					
<b>CONOSCENZA delle categorie farmacologiche</b>		<b>x</b>			

<p><b>in genere presenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardiovascolari antiaritmici, digitalici, diuretici,</li> <li>- antidolorifici, sedativi, stupefacenti</li> <li>- ipotensivi/anti-ipertensivi, antishock, dopamina</li> <li>- coagulanti, anticoagulanti</li> <li>- ipoglicemizzanti orali, insuline</li> <li>- antibiotici</li> <li>- anti depressivi, neurolettici</li> <li>- effetti collaterali da intossicazione da psicofarmaci</li> <li>- effetti secondari alla inalazione di gas</li> <li>- farmaci sostitutivi in caso di dipendenze da sostanze stupefacenti o alcoliche ( metadone, subite, alcover)</li> <li>- farmaci antiretrovirali</li> </ul> <p>Relative modalità di calcolo per la preparazione/diluizione di farmaci e adattamento secondo il quadro glicemico riscontrato delle dosi di insulina</p>						
<p>Effettua i controlli per garantire una somministrazione sicura Garantisce un accertamento prima della somministrazione Consulta il medico in caso di dubbio</p>	<b>X</b>					
<p>Conosce e applica le linee guida e/o indicazioni per la somministrazione</p>	<b>X</b>					
<p>Pianifica e gestisce le preparazioni per esami diagnostico/strumentali: ecografie, holter, esami endoscopici del tratto gastroenterico e raccolte campioni biologici</p>		<b>X</b>				
<p>Presta assistenza al medico specialista dentista, psichiatra, ortopedico, infettivo logo, dermatologo, oculista durante la visita pianifica mettendo in atto gli interventi assistenziali richiesti</p>		<b>X</b>				
<p>In caso di emergenza è in grado di operare in contesti strutturali molto diversi (interno, esterno, spazi angusti, ecc.) gestendo al meglio le risorse disponibili.</p>						<b>X</b>

Sa gestire accessi venosi difficili (ex tossicodipendenti)			<b>x</b>			
	1 mese	3 mesi	6 mesi	1 anno	2 anni	
<b>Non contratta con il detenuto la terapia</b> Non prende iniziative personali, si confronta poi con il coordinatore e con il gruppo			<b>x</b>			
Conosce gli effetti indesiderati/avversi dei farmaci somministrati		<b>x</b>				
Nel caso di dubbi o interferenze da parte del detenuto ( es. ho perso la compressa) <b>non torna indietro nelle sue scelte</b> e si confronta poi in gruppo			<b>x</b>			
Deve essere in grado di rispettare il tempo della somministrazione in relazione alle regole imposte dal contesto operativo		x				
Durante la somministrazione della terapia, se si creano criticità, deve essere in grado di sospendere l'attività e di confrontarsi con il coordinatore se in orario di presenza, o con il collega e il medico		x				
E' in grado di distinguere una simulazione da una reale situazione di emergenza in caso di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• crisi epilettica</li> <li>• lipotimia</li> <li>• <u>ipoglicemia</u></li> <li>• <u>abuso farmacologico</u></li> <li>• infarto</li> <li>• tentato suicidio</li> <li>• attacco di panico</li> </ul>					x	
E' in grado, in caso di chiamata, di analizzare la situazione e di prevedere il materiale di cui necessita: <ul style="list-style-type: none"> <li>• farmaci</li> <li>• borsa per emergenza</li> <li>• elettrocardiografo</li> <li>• bombola ossigeno</li> </ul>		x				

<ul style="list-style-type: none"> <li>documentazione clinica (cartella e scheda terapia)</li> </ul>					
<b>AREA DI COMPETENZA COMUNICAZIONE E RELAZIONE</b>					
Conosce le possibili modalità di relazione del detenuto: <ul style="list-style-type: none"> <li>contrattazione delle scelte / non scendere a patti</li> <li>ricatti</li> <li>capacità di manipolare la relazione con l'infermiere</li> <li>provocazioni e aggressioni verbali</li> </ul>				X	
E' in grado di stabilire la necessità dell'intervento dell'agente durante la relazione			X		
Rispetta le relazioni gerarchiche, nel significato che queste assumono per il detenuto			X		
E' in grado di raccogliere le informazioni da parte del detenuto e di verificarne la veridicità, di non manifestare incertezze e dubbi sul proprio operato				X	
Mantiene la calma nei momenti di tensione e non perde l'autocontrollo				X	
Rispetta le regole definite dal contesto e dal gruppo			X		
Conosce e si tiene aggiornato sulle diverse realtà multiculturali per poi mettere in pratica le conoscenze nei rapporti con i detenuti: <ul style="list-style-type: none"> <li>scelta del digiuno</li> <li>ramadam</li> <li>tempi di preghiera...</li> </ul>			X		
Evita in sezione considerazioni con i colleghi e con gli agenti; si confronta solo in separata sede confrontandosi con il coordinatore	X				
Non cambia il suo modo di operare e non si lascia				X	

influenzare da considerazioni esterne (dai detenuti e dagli agenti) agendo con autorevolezza e professionalità					
Osserva e valuta qualsiasi atteggiamento e modifica nel comportamento dei detenuti , si confronta con i colleghi e il coordinatore		x			
	1 mese	3 mesi	6 mesi	1 anno	2 anni
Osserva ed è attento verso i nuovi giunti e si confronta con il coordinatore per valutare un intervento del mediatore culturale, soprattutto nei casi di difficoltà nella comprensione della lingua, atteggiamenti particolari non giustificabili o non comprensibili da parte del detenuto		x			
Osserva i comportamenti dei detenuti all'interno della cella di reclusione e in caso di bisogno coinvolge il mediatore culturale			x		
Osserva e riesce a vedere al di là della tipologia del reato la persona senza farsi condizionare da giudizio personale e mantiene il suo ruolo	x				
Si relaziona con gli altri operatori di assistenza sanitaria e sociale presenti nella struttura ( ass.sociali, psicologi educatori,.. ) promuovendo l'integrazione assistenziale per una maggiore complementarietà delle cure			x		
<b>ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA</b>					
Assicura la fornitura del materiale sanitario (farmaci, presidi <i>e ausili</i> ) e <u>la corretta raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari</u>			x		
Effettua il controllo/verifica della giacenza,scorta, corretta conservazione e scadenza dei farmaci e <u>integrità</u> dei presidi	x				
Conosce modalità, moduli richieste per la fornitura			x		

dei farmaci e si sa attivare per avere i farmaci in urgenza con il servizio di farmacia e con l'agente					
Garantisce il carico/scarico degli stupefacenti	x				
Gestisce correttamente i contatti e le relazioni con gli altri servizi/U.O.			x		
	1 mese	3 mesi	6 mesi	1 anno	2 anni
Gestisce l'ambulatorio dentistico prima durante e dopo gli interventi dello specialista. Al termine decontamina, pulisce, prepara e invia lo strumentario al Servizio di Sterilizzazione e cura l'approvvigionamento del materiale di consumo		x			
<p><b>Gestisce le telefonate</b> accoglie qualsiasi tipo di telefonate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• arrivo del nuovo giunto</li> <li>• urgenze/emergenze</li> <li>• da altri istituti</li> <li>• avvocati/magistrati/tribunale</li> <li>• consolato</li> <li>• comunità terapeutiche</li> </ul> <p>raccoglie le informazioni, valuta i contenuti, valuta i possibili interlocutori e indirizza la telefonata a chi di competenza.</p> <p><b>Risponde ai quesiti di competenza</b> ma se non è in grado di dare risposte si interfaccia con il coordinatore e/o con i colleghi e/o con il medico.</p>				X	
				X	
				X	
Gestisce tutta la documentazione: prepara per gli appuntamenti/controlli ,consegna dei referti e aggiornamento delle cartelle			x		
Gestisce e prepara le liste per le visite ambulatoriali, dentistiche e specialistiche in sede		x			
<b><u>INSERIMENTO IN RECLUSIONE</u></b>					

<b><u>L'infermiere inizia un inserimento in reclusione affiancato per un periodo di almeno tre settimane</u></b>					
Conosce e applica le regole di comportamento in reclusione confrontandosi sempre in caso di necessità con il Coordinatore <ul style="list-style-type: none"> <li>• il nome del detenuto non deve essere noto all'esterno</li> <li>• il detenuto viene chiamato con un codice identificativo</li> <li>• avvisa l'ultimo agente di uscita della Casa Circondariale che si sta spostando in reclusione</li> </ul>	x				
Conosce e adotta comportamenti corretti durante la somministrazione dei farmaci: i detenuti hanno infatti aspettative diverse dove tutto a loro può essere concesso		x			
Mantiene un atteggiamento di fermezza, capacità di controllo e coerenza nei comportamenti non rinegoziando			x		
Conosce e applica tutte le modalità di trasferimento dei detenuti sia all'interno del carcere che fuori dalla casa circondariale ( visite specialistiche...) e si concorda con il Coordinatore e/o con i colleghi di lavoro		x			
Evita di rispondere in caso di incertezza o poca conoscenza e si confronta subito dopo con il Coordinatore	x				
Al termine delle attività in reclusione riferisce quanto accaduto o eventuali dubbi e perplessità al Coordinatore	x				
Quando un detenuto necessita di attività/ prestazioni si confronta con il Coordinatore e/o con il medico referente per concordare i tempi, modalità di intervento		x			
Fa rispettare al detenuto le regole carcerarie anche se l'utenza ha molta libertà di movimento			x		

E' in grado di predisporre la terapia necessaria in caso il paziente usufruisca di permessi/assenze			x		
Mantiene rigorosamente l'anonimato dell'assistito, quando previsto, in fase di compilazione di modulistica per la programmazione di visite, esami ospedalieri e ricoveri urgenti e ordinari	x				

## **ALLEGATO 9**

### TABELLE DEI DATI RACCOLTI RELATIVI ALL'INTERVISTA

1.

Quanti anni ha?	N° persone	Percentuale %
20-35	0	0%
35-50	4	44%
Oltre 50	5	56%

2.

Sesso	N° persone	Percentuale %
M	2	22%
F	7	78%

3.

Formazione professionale	N° persone	Percentuale %
Universitaria	9	90%
Regionale	1	10%

4.

Altri titoli professionali	N° persone	Percentuale %
Master in coordinamento	2	20%
Master in mediazione linguistica e culturale	1	10%
Master in urodinamica	1	10%
Nessun master o altri titoli	6	60%

5.

Che esperienze lavorative ha	N° persone	Percentuale %
------------------------------	------------	---------------

come infermiere?		
Area internistica	23	64%
Area chirurgica	11	28%
Assistenza domiciliare	2	6%
Area critica	1	3%

Da quanto è infermiere?	N° persone	Percentuale %
Più di 35 anni	2	22%
30 - 35 anni	1	11%
25 -30 anni	2	22%
20 – 25 anni	4	44%
Meno di 20 anni	0	0%

6.

Da quanto lavora nella struttura penitenziaria?	N° persone	Percentuale %
11-15 anni	1	11%
6-10 anni	2	22%
1-5 anni	5	56%
Meno di un anno	1	11%

7.

Ha partecipato a corsi di aggiornamento e formazione inerenti la realtà carceraria?	N° persone	Percentuale %
Si	8	89%
No	1	11%

8.

Lavora nella sezione maschile o femminile?	N° persone	Percentuale %
M	9	100%
F	0	0%

9.

Come si vede oggi in questa realtà?	N° persone	Percentuale %
Comprendo più le dinamiche	1	11%
Sto mantenendo i miei presupposti lavorativi	1	11%
Mi sento un professionista	1	11%
Sto bene	2	22%
Adeguato	1	11%
Propenso e felice	1	11%
Lavoro con più serenità iniziale anche perché ho raggiunto una maturità personale	1	11%
Mi trovo bene ed è molto soddisfacente il rapporto con i detenuti	1	11%

10.

Racconti un'esperienza forte, positiva o negativa che ha cambiato il suo modo di operare	N° persone	Percentuale %
Nessuna	3	34%
Detenuto che imbroglia	2	22%
Detenuto impulsivo	1	11%
Rivolta	1	11%
Cambiamento atteggiamento in positivo nei miei confronti	1	11%
Rispetto della vita e dell'essere umano	1	11%

11.

All'interno delle sue attività principali è possibile la relazione con il detenuto?	N° persone	Percentuale %
---	------------	---------------

Si	1	11%
No	1	11%
Dipende dal tipo di agente che segue l'attività	6	67%
Si, in qualsiasi momento, basta non avere agenti vicino	1	11%

12.

Come si caratterizza la relazione con il paziente detenuto? Se ci sono, che problemi?	N° persone	Percentuale %
Saluto	1	6%
Sorriso	1	6%
Gentilezza	1	6%
Non cedere	1	6%
Non giudicare	1	6%
Barriera linguistica	2	12%
La relazione cambia da detenuto a detenuto	1	6%
Mancanza di privacy	1	6%
Mancanza di logistica	1	6%
Ignoranza alla base dei discorsi	1	6%
La provocazione	1	6%
L'ingestibilità di alcuni nuovi giunti	1	6%
Nessuno	4	24%

13.

Con l'aiuto dell'allegato "Elenco di parole di sentimento, come si sente ora in questa realtà?"	N° persone	Percentuale %
Felice	11	38%
Forte	9	31%

Confuso	4	14%
Spaventato	3	10%
Triste	2	7%
Debole	0	0%

14.

Quali sono i suoi sentimenti ed emozioni prevalenti, quando è in relazione con il paziente detenuto?	N° persone
Pena	2
Volontà	1
Non o paura	2
Gli voglio bene	1
Serenità	1
Variano in base al detenuto	1
Sono diventato più forte	1
Preoccupazione	1
Mi pongo in ascolto	1
A mio agio	1
Tranquillo	1

15.

In questo momento come sta vivendo la realtà carceraria	N° persone
Faccio il mio lavoro meglio che posso con l'utente	2
Non voglio sapere come mai sono in carcere	2
Serenamente	2
Bene, migliorato rispetto all'inizio	1
Vivo con animo aperto e in ascolto	1
I detenuti dovrebbero avere più possibilità ad essere rieducati	1
Le malattie non le vedo perché sono sani	1

16.

Secondo Lei, il paziente detenuto come percepisce il suo ruolo?	N° persone
Come un'altra opportunità per ottenere qualcosa	1
Ruolo d'aiuto	1
Mi rispettano perché sanno che sono qui per aiutarli	3
Ci tengono in considerazione	1
Positivamente	1
Ruolo di tutela e non solo della salute	1
Come controllori	1
Come persona sulla quale possono contare	1

17

Lascerebbe questo contesto di lavoro se ne avesse la possibilità?	N° persone
SI	0
No	7
Forse	2

18.

Da 0 a 10 mi dica il suo grado di soddisfazione percepita per il suo lavoro	N° persone	Percentuale %
Discreta soddisfazione (7)	2	22%
Buona soddisfazione (8)	1	11%
Ottima soddisfazione (9-10)	6	67%

19.

Riguardo ai suoi comportamenti prevalenti si ritiene assertivo, passivo o aggressivo?	N° persone	Percentuale %
Assertivo	7	78%

Passivo	1	11%
---------	---	-----

20.

Come valuta L'esercizio di ruolo e i comportamenti del personale di polizia penitenziaria?	N° persone
Non mi fido	1
Sono qui per la sicurezza del detenuto	1
Sostegno	2
Peso, perché sono una difficoltà in più per noi	2
Il loro è un lavoro difficile	1
Mi trovo bene	1
Fanno il loro lavoro	2
Buono	1
In evoluzione	2

21.

Ritiene che vi sia collaborazione tra area sanitaria e area del controllo?	N° persone
Si	2
No	2
Non sempre	2
Dipende dall'agente	2
C'è un continuo miglioramento	1
Va migliorato il cercare di interagire e il prestare attenzione anche ai bisogni degli altri	1

22.

Cosa ne pensa del regime di "sorveglianza dinamica integrata?"	N° persone
E' una situazione pericolosa per i detenuti	3
E' una situazione positiva per i detenuti	1

Ha creato malumore tra i poliziotti	1
Ha i suoi pro e i suoi contro	2
Bene per la loro integrazione	1
Positivamente	1
Benissimo	1

23.

Come percepisce la relazione medico-detenuto? Può considerarla una relazione efficace?	N° persone
Difficile e non efficace	1
Una buona relazione	3
Si costruisce più relazione con gli infermieri	1
Una relazione efficace e funzionale	2
Dipende dal medico	3
Di mutuo rispetto	1

24.

Se potesse cosa cambierebbe del suo lavoro?	N° persone
Logistica	1
Relazione infermiere - polizia penitenziaria	1
La procedura di distribuzione terapia	2
Aggiornamento costante	1
Poter assistere ai colloqui con gli psicologi	1
Orario	2
Più spazio di relazione infermiere - detenuto	2
Ambiente	1
Non far lavorare i detenuti	1
Niente	1

Cosa non cambierebbe del suo lavoro?	N° persone
Possibilità di relazionarmi con il detenuto	1

Il modo di relazionarmi con il detenuto	1
Me stesso	1
Equipè infermieristica	1
Il lavoro in cucina dei detenuti	1
Il rapporto umano	1