



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

La salute nelle carceri.

Il ruolo dell'infermiere tra detenzione e opportunità.

Relatore: Dott.ssa Piccolo Paola

Laureanda: Ruaro Ilaria

Matricola: 1024295

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	3
1.1 Il diritto alla salute nelle carceri	3
<i>1.1.1 Dal Sistema penitenziario al Sistema Sanitario Nazionale</i>	4
1.2 Il problema della salute nelle carceri	5
<i>1.2.1 La popolazione carceraria</i>	6
<i>1.2.2 Ambiente carcerario</i>	8
<i>1.2.3 I principali problemi di salute</i>	9
1.3 Carcere come opportunità	11
1.4 L'infermiere negli istituti penitenziari	12
1.5 Obiettivi dello studio	14
1.6 Importanza della revisione e la sua rilevanza per la professione	14
2. MATERIALE E METODI	15
2.1 Quesito di ricerca	15
2.2 Fonti dei dati	15
2.3 Parole chiavi	15
2.4 Criteri di selezione del materiale	16
2.5 Elenco e sintesi dei lavori selezionati	16
2.6 Numero degli articoli reperiti e di quelli selezionati	16
3. RISULTATI DELLA RICERCA	19
3.1 I principi e la loro applicazione	19
3.2 Opportunità e promozione	20
3.3 L'infermiere nelle carceri: oltre le aree di competenza	23
3.4 Limiti dello studio	27

4. DISCUSSIONE	29
4.1 Conclusioni	29

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n°1: Ricerca degli articoli

Allegato n°2: Risultati della ricerca

ABSTRACT

Lo scopo di questa revisione è quello di ricercare in letteratura quale sia il ruolo dell'infermiere nel migliorare la qualità di vita, in termine di salute psico-fisica, del paziente-detenuto all'interno delle carceri.

La ricerca è stata effettuata su banche dati quali PubMed, Cochrane Library e Google Scholar. Per la ricerca sono state utilizzate parole chiavi come: prisoners, nurse/nursing, health promotion, health care, prison, inmate patient, incarcerated patient, intervention, nursing care. Gli articoli sono stati selezionati in primo luogo all'appropriatezza con lo scopo e poi in base ad un criterio temporale di 10 anni.

Dal materiale reperito sono stati selezionati 18 articoli che hanno identificato quali sono le problematiche che ostacolano il miglioramento della qualità di vita e la promozione della salute di questa particolare categoria di pazienti, quali sono gli interventi e i programmi che andrebbero messi in atto e quello che infine risulta essere il ruolo dell'infermiere all'interno di questo contesto.

All'interno delle carceri l'infermiere riveste un ruolo fondamentale nel garantire il diritto alla salute dei detenuti in quanto è presente quotidianamente nel loro percorso "riabilitativo" e mette in pratica diversi interventi di assistenza primaria, preventiva ed educativa, affrontando le problematiche poste in essere dal sistema carcerario e i limiti alle proprie funzioni ad esso connessi. Le indicazioni e gli interventi che l'infermiere dovrebbe mettere in atto, secondo la letteratura analizzata, sono mirati a dare effettività ai principi teorici che hanno peraltro guidato il passaggio della regolamentazione della sanità penitenziaria dal Sistema Giudiziario al Sistema Sanitario Nazionale e che sono riconducibili al diritto fondamentale alla salute riconosciuto a livello internazionale e tradotto dalle disposizioni emesse dalla WHO.

INTRODUZIONE

“Ora vi racconto io come è un carcere italiano: bagni inadeguati, vecchi, con piastrelle a terra quasi sempre spaccate, pieni di umidità e ruggine ovunque; si cucina nel bagno, sì, proprio accanto alla tazza del water; le celle sono piccole e stanno tutti ammassati uno sull'altro. È di questi giorni la notizia che la figlia dell'imprenditore L. ha lamentato che in carcere si può fare la doccia solo una volta al giorno. Sappia che i detenuti "normali" la doccia la fanno 2 volte a settimana. L'acqua è sempre fredda, sia d'estate che d'inverno. Se stai male, occorrono 10 giorni per una visita medica e spesso non riceviamo cure adeguate. I detenuti di Poggioreale chiamano il famoso Buscopan "la pillola di Padre Pio" perché quella pillola ti danno e con quella ti devono passare tutti i dolori [...]

E poi, questo ve lo dico con il cuore, ci sono tante persone che vogliono cambiare vita davvero [...] Perché oggi il carcere non ha niente di "rieducativo" ma è solo un'università del male. Date a queste persone una nuova possibilità. Io sono uno di questi. Voglio pagare la mia pena ma uscire migliore e non peggiore, ritornare alla società e non odiare la società. Grazie per avermi ascoltato”¹.

Questa lettera di un ex detenuto fa riflettere su quanto, molto spesso, la realtà del carcere sia invisibile e silente per la società. Negli istituti penitenziari, infatti, non si soffre solamente della mancanza di libertà. Secondo la SIMPSE (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria), contraggono malattie il 60-80% dei detenuti. Le patologie di maggior rilievo sono i disturbi psichici, le malattie trasmissibili (le principali sono HCV, TBC, HBV, HIV e sifilide) e l'aggravamento di condizioni croniche preesistenti.

I problemi all'interno di questi istituti non sono però unicamente rappresentati da queste patologie. Si devono considerare anche numerosi aspetti che tali ambienti pongono in essere e la loro ripercussione sulla salute stessa dei detenuti: quali il sovraffollamento, la mancanza di privacy e in alcuni casi la forzata inattività. Questi sono solo alcuni esempi di ciò che l'infermiere, assieme al detenuto, affronta nella quotidianità del suo operare.

¹ Corriere della Sera online, “Io, ex detenuto a Poggioreale vi racconto la vita in carcere”, disponibile su: http://www.corriere.it/cronache/13_luglio_28/detenuto-poggioreale-lettera-sulle-carceri_735836e4-f760-11e2-a852-8fa32bcbd2fe.shtml

Ciò che emerge da una prima analisi della letteratura esistente, è che i principi espressi da WHO e da altri organismi internazionali, in tema di diritto alla salute, hanno ispirato la produzione di riforme e linee guida la cui applicazione all'interno dei penitenziari rimane ancora una questione nebulosa.

Come può quindi, la figura professionale dell'infermiere, agire in modo tale da garantire l'assistenza necessaria a queste persone? Oltre agli interventi nelle aree di competenza egli deve attingere a delle abilità molto diversificate come la capacità di comprendere la sfera sociale, affettiva e culturale del detenuto e quella di instaurare una relazione terapeutica di fiducia, al fine di poter fornire interventi educativi, preventivi e di primaria necessità e dare loro un'opportunità: quella di migliorare la propria qualità di vita sia durante che dopo la detenzione.

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Il diritto alla salute nelle carceri

Il carcere o prigione è un luogo dove vengono reclusi individui ritenuti colpevoli di determinati reati per i quali è prevista una pena detentiva.

In Italia il carcere viene definito come un complesso facente parte degli istituti di pena regolamentati dall'ordinamento penitenziario italiano e sono suddivisi in quattro categorie: istituti di custodia cautelare, istituti per l'esecuzione delle pene, istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza e centri di osservazione, di cui nessuno operativo attualmente in Italia.²

La popolazione carceraria è composta sia da soggetti che sono stati definitivamente condannati sia da soggetti in attesa di giudizio.

Nei 195 istituti penitenziari italiani, secondo le statistiche sulla giustizia e sistema giudiziario, sono detenuti oltre 52.000 individui, anche se la capienza regolamentare è di 49.480 posti totali.³

Il trattamento penitenziario è da considerare come un insieme di pratiche volte a rieducare i soggetti con la prospettiva di una reintegrazione sociale, nel fare questo lo Stato deve garantire ai detenuti il rispetto della loro dignità e dei diritti fondamentali riconosciuti ad ogni essere umano. Questo viene sottolineato dall'Art. 1 della Legge del 26 luglio 1975 n° 354 il quale dichiara che *“Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. [...] 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”*.⁴

² Ministero della Giustizia, Detenuti presenti-aggiornamento 31 gennaio 2016, disponibile su www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST1211516

³ Istat, “Prisoners in the Italian penal institutions”, disponibile su <http://www.istat.it/en/archive/154670>

⁴ L. 26 luglio 1975, n. 354, “Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure private e limitative della libertà, Trattamento penitenziario, Capo I, Principi direttivi”, disponibile su http://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/L.%2026%20luglio%201975,%20n.%20354.pdf

Anche la nostra costituzione ribadisce l'importanza che i trattamenti vengano effettuati nel rispetto della dignità umana e che debbano tendere a rieducare il condannato, dall'art. 27 della Costituzione: *“Le pene non possono costringere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*.⁵

Il diritto alla salute e all'integrità fisica e psichica è parte di questi diritti fondamentali. Pur non comparso nella Carta Universale dei Diritti dell'Uomo è entrato a far parte di questa categoria di diritti inviolabili con il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite, adottato nel 1966 ed entrato in vigore dal 1976, sottoscritto e ratificato da tutti gli stati membri dell'ONU. In Europa, dopo le prime fonti che hanno introdotto il diritto alla salute, c'è la Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e gli specifici Protocolli ratificati da 40 Paesi, tra cui l'Italia. In caso di violazione di questi diritti da parte dello Stato, si possono proporre ricorsi alla Corte europea dei Diritti dell'Uomo, un organismo di giustizia internazionale al quale può ricorrervi ogni persona fisica che ritenga di essere vittima di una violazione di uno dei diritti riconosciuti dalla Convenzione.⁶

A livello nazionale il diritto alla salute viene garantito dalla Costituzione, in particolare dall'art. 32. Nello specifico del contesto carcerario è prevista, dal Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà, la Carta dei Diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati. Questa carta viene consegnata al detenuto/internato durante il colloquio iniziale, affinché possa esercitare i suoi diritti nel miglior modo possibile e per assicurargli la consapevolezza delle regole della vita carceraria.⁷

1.1.1 Dal Sistema penitenziario al Sistema Sanitario Nazionale

La tutela della salute all'interno delle carceri è stata oggetto di discussione negli ultimi decenni. La responsabilità, la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari negli istituti di

⁵ Senato della Repubblica, La Costituzione, disponibile su www.senato.it/1025?sezione=120&articolo_numero_articolo=27

⁶ Marsico Gaia, “La sperimentazione umana. Diritti violati/diritti condivisi”, Ed. Franco Angeli, 2007, p.16-19

⁷ Ministero della Giustizia, “Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati”, disponibile su https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/carta_diritti_detenuto_.pdf

detenzione sono state per molti anni funzioni del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, quindi di conseguenza del Ministero della Giustizia.⁸

Nel corso degli anni '90 si svilupparono alcune teorie riguardo il trasferimento delle competenze sanitarie penitenziarie al SSN che si concretizzarono con l'emanazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n° 230. Questo fu un passaggio storico, seppur parziale, che sancì la distinzione delle competenze tra ASL e Amministrazione penitenziaria: la prima provvedeva direttamente alla gestione dell'assistenza sanitaria dei detenuti e all'erogazione di prestazioni sotto il controllo dei servizi sanitari, la seconda garantiva la sicurezza mettendo a disposizione le proprie strutture, attrezzature e risorse finanziarie. Il passaggio viene completato definitivamente con il D.p.c.m. 1 aprile 2008, dove le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali furono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale, quindi conseguentemente alle regioni e ASL. Questo passaggio è stato quindi ispirato a principi fondamentali, quali quello di uguaglianza e di diritto alla salute. La sopracitata legge mira infatti all'equiparazione del trattamento sanitario della popolazione carceraria e quella generale, in quanto ai detenuti devono essere assicurati livelli adeguati di prestazioni sanitarie e perché ciò avvenga necessita che la sanità in carcere divenga parte della sanità pubblica.⁹

1.2 Il problema della salute nelle carceri

Le dinamiche dell'ambiente carcerario portano in essere una serie di problematiche che rendono difficile un'effettiva equiparazione del trattamento sanitario e costituiscono degli ostacoli alla pratica infermieristica: *“Le condizioni ambientali e umane, di cui cerchiamo di dare conto, ci dicono che all'interno degli istituti penitenziari l'obiettivo di una sanità efficace ed efficiente ha componenti parzialmente ma significativamente diverse da quelle in uso nella società libera”*.¹⁰

⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, “La salute dentro le mura”, p.10-12 disponibile su <http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf>

⁹ Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, “La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”, disponibile su https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf

¹⁰ Carmelo Cantone, “La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorsi possibili”, disponibile su https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Quaderni_ISSP_n.11.pdf

Quali sono quindi queste condizioni che rappresentano una vera e propria sfida in campo sanitario per le figure professionali che operano in questo contesto? Le problematiche principali sono individuabili nelle caratteristiche della popolazione carceraria, nei limiti ambientali degli istituti penitenziari e nelle relative condizioni di vita dei detenuti al loro interno.

1.2.1 La popolazione carceraria

La popolazione carceraria si può considerare ad alto rischio a causa delle circostanze che precedono e accompagnano la detenzione.¹¹

In carcere infatti si concentra una popolazione appartenente a gruppi più marginalizzati della società, con livelli inferiore di istruzione e di salute rispetto alla popolazione generale. Come è stato dichiarato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, tendono ad avere una salute mentale, fisica e sociale carente.¹²

Infatti secondo uno studio nazionale conferma che vi è una forte discrepanza della distribuzione delle problematiche di salute fra i detenuti e la popolazione generale: è a rischio circa il 13% della popolazione carceraria contro il 7% di quella libera.¹³

Molti dei detenuti, nel periodo antecedente all'arresto, conducevano degli stili di vita che mettevano a rischio il loro stato di salute. Gran parte di loro erano soggetti ad uso sporadico o abuso di droghe illecite, alcol e ad un forte consumo di tabacco. Una revisione sistemica di studi internazionali ha riscontrato che dal 10% al 48% degli uomini e dal 30% al 60% delle donne ha fatto uso di droghe illecite nel mese prima dell'incarcerazione, inoltre è risultato che in Europa i crimini legati alla droga sono tra le principali sentenze, tra il 10% e il 25%.

E' importante ricordare che l'uso iniettivo di droghe espone la popolazione detenuta al contagio di malattie infettive. In alcuni studi condotti in Europa dal 2000, hanno stimato

¹¹ Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF., "Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population", *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 912-919

¹² WHO Regional Office for Europe, "Health in prisons", 2007, p.10

¹³ Comitato Nazionale per la Bioetica, "La salute dentro le mura", *cit.*, p.10-12

che la prevalenza di iniezione di droghe illecite durante la permanenza in carcere varia dal 2% al 31%.¹⁴

Altri fattori di rischio per le infezioni trasmissibili per via ematica includono attività sessuali non protette, consenzienti e non consenzienti. In aggiunta ci sono altre pratiche frequenti in carcere che aumentano il rischio di diffusione di malattie infettive come la condivisione o il riutilizzo dell'attrezzatura per tatuaggi e piercing, lo scambio di rasoi, "rituali di fratellanza" con scambio di sangue e l'inadeguata sterilizzazione di strumenti medici e dentistici.

Per quanto riguarda il grado di istruzione della popolazione carceraria, nonostante il 54.4% dei detenuti ha meno di 40 anni, esso risulta inferiore a quello della popolazione libera.¹⁵

Secondo uno studio condotto in diverse regioni italiane all'interno delle carceri il 7% dei detenuti non possiede alcun titolo di studio, il 21% ha la licenza elementare, il 58% ha raggiunto il diploma di scuola secondaria di primo grado, il 10.7% ha ottenuto il diploma superiore di secondo grado e il 3,5% ha un diploma universitario/laurea. I dati sono stati confrontati con quelli della popolazione libera dove emerge che 4% non possiede alcun titolo di studio, il 36,5% ha ottenuto il diploma di scuola superiore di secondo grado e il 12,5% ha un diploma universitario/laurea.

Un approfondimento va fatto in merito alla popolazione carceraria straniera che secondo i dati Istat del 2015 è presente al 34,9% e i loro anni di studio risultano essere in media inferiori a quelli della popolazione carceraria italiana: gli stranieri riportano 7,6 anni in media di studio rispetto agli 8,6 degli italiani.¹⁶

Questa forte presenza di detenuti stranieri introduce inoltre alcune problematiche che possono incidere in ambito sanitario, come ad esempio le difficoltà linguistiche, culturali e religiose che si interpongono tra un detenuto e lo staff sanitario.

Concludendo, va sottolineato che nelle carceri si raggruppano molte delle fragilità della nostra società, come le categorie sopracitate o come chi vive senza una fissa dimora, con disagi psichici, malati, anziani e più generalmente chi vive nella povertà e marginalità.

¹⁴ EMCDDA-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Prisons and drugs in Europe: the problem and responses", disponibile su http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC_399981.pdf

¹⁵ Istat, *Op. cit.*

¹⁶ Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, "La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", *cit.*, p. 34

Molto spesso questi individui possiedono scarse conoscenze in merito alla propria salute, hanno avuto accessi limitati ai servizi sanitari o nessuno prima della detenzione.

1.2.2 Ambiente carcerario

Gli ambienti carcerari sono luoghi intrinsecamente insalubri e presentano notevoli problematiche che vanno ad incidere sulla salute del detenuto. Se la salute secondo l'OMS viene definita come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, il carcere racchiude diversi ostacoli a tale conseguimento.^{17; 18}

Innanzitutto la privazione stessa della libertà compromette la salute nelle sue componenti sociali e psicologiche, con la perdita da parte dell'individuo della sua dimensione privata e delle sue capacità di controllare l'ambiente di vita quotidiana e tutto ciò si può declinare in perdita di identità e percezione di insicurezza. La salute sociale è anche minacciata dalla perdita da parte dei detenuti della loro famiglia e del supporto sociale che da essa ne deriva, dei rapporti affettivi e dalla mancanza di informazioni e familiarità con l'ambiente circostante.¹⁹ La popolazione carceraria perde la sua autodeterminazione rispetto le prestazioni mediche in quanto non può scegliere il luogo di cura, mentre il libero cittadino ne ha pieno diritto, inoltre presenta una limitazione alla scelta del medico curante venendo meno quindi del rapporto fiduciario che solitamente è presente tra utente del servizio e sanitario.²⁰ Il carcere inoltre presenta diverse problematiche che possono andare a danneggiare la salute psichica e queste includono la struttura stessa costituita da ambienti chiusi, angusti e carenti di luce che spesso definiscono un disagio adattativo, i fenomeni di bullismo e violenza, il mobbing, la forzata inattività che l'OMS stesso sottolinea come condizioni di rischio comune. Molto ricorrenti sono i disturbi nevrotici, di adattamento, ansia e depressione legati all'ambiente carcerario. Altri fattori di rischio sono l'elevato numero di ore trascorso in cella dai detenuti e la solitudine che essi possono percepire.²¹

¹⁷ Ministero della Salute, "Rapporto sulla salute in Europa 2012: Tracciare la via verso il benessere", disponibile su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1962_allegato.pdf

¹⁸ Brodie JS, "Caring: the essence of correctional nursing", *Tenn Nurse*, 2001, 64 (2):10-2

¹⁹ World Health Organisation-Europe, "Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health", disponibile su http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

²⁰ Carmelo Cantone, "La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorsi possibili", *cit.*, p. 16-17

²¹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Op. cit.*, p. 10-12

Un importante problema del carcere è il sovraffollamento, tuttora un'emergenza, che è una delle principali cause di trasmissibilità di malattie come la Tuberculosis, associata a scarsa igiene dei locali e carenza di riciclo d'aria. Il sovraffollamento in Italia è leggermente ridotto anche se tuttora, secondo i dati Istat aggiornati al 31 gennaio 2016, sono presenti 52.475 detenuti quando i posti disponibili regolamentati sono 49.480. Questo va a contrapporsi a quelle che dovrebbero essere le condizioni di vita accettabili all'interno del carcere e che devono essere garantite.

Inoltre ci sono altre condizioni che aiutano la trasmissione di malattie infettive quali la promiscuità, la reperibilità di droghe illecite e le conseguenti iniezioni. Anche il cibo proposto all'interno degli istituti non facilita il miglioramento delle condizioni di salute, non permettendo una dieta individualizzata alle diverse necessità e patologie.

Infine la letteratura mette in luce ormai da molti anni le difficoltà che l'assistenza sanitaria ha all'interno delle strutture detentive come le inadeguate infrastrutture, sia sanitarie che detentive, che rendono difficile il corretto trattamento di determinate patologie, la mancanza di strumentazioni in linea con quelle presenti a livello ospedaliero e territoriale e questo obbliga spesso il detenuto ad essere trasferito in ambito extra-carcerario, causando ritardi diagnostici e terapeutici.²²

1.2.3 I principali problemi di salute

La popolazione carceraria non gode dello stato di salute della popolazione libera. Nonostante la carenza di ricerche e rilevazioni sistematiche, l'OMS dichiara che i principali disturbi in carcere sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica.²³

Circa 9 milioni di persone sono detenute negli istituti penitenziari del mondo e almeno la metà di questi soffre di disturbo della personalità, e circa 1 milione di detenuti è affetto da gravi disordini mentali come psicosi o depressione. La maggior parte della popolazione carceraria ha sperimentato sintomi depressivi e di stress. Più specificatamente circa il 4% dei detenuti soffre di psicosi, il 10% degli uomini incarcerati e il 12% delle donne detenute ha una depressione maggiore e il 42% delle femmine e il 65% dei maschi ha un disturbo della personalità (precisando che il 21% delle donne e il 47% degli uomini ha un disturbo

²² Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *Op. cit.*, p. 16

²³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Op. cit.*, p. 9

della personalità antisociale), e circa l'89% dei detenuti ha sintomi depressivi e il 74% presenta segni somatici correlati allo stress. Molte persone presentavano disturbi psichici prima dell'arresto, altri invece sviluppano problemi mentali durante la detenzione. Sono molti i fattori che possono aumentare il rischio di sviluppare questi disturbi o peggiorare quelli già esistenti, e includono la privazione della libertà, l'isolamento e la mancanza di legami e di poter comunicare con familiari e amici. Ulteriori fattori possono essere le condizioni sfavorevoli che si presentano nei vari istituti come lo sporco, il sovraffollamento, l'ambiente stesso deprimente, l'inadeguata assistenza, la scarsità di attività propositive, la reperibilità di droghe illecite e episodi di aggressione (la maggior parte tra detenuti). Inoltre i detenuti possono provare sensi di colpa per i reati commessi, essere preoccupati riguardo l'opinione che le persone hanno nei loro confronti, in particolar modo i loro cari, e questo spesso si associa a stati d'ansia dovuti alla paura le loro vite si siano interrotte nel momento dell'incarcerazione e che tutto ciò a cui tenevano sia andato perso.²⁴

I detenuti sono particolarmente a rischio anche alla trasmissione di malattie infettive. La maggior parte di loro provengono come accennato precedentemente da situazioni difficili di povertà e marginalizzazione e con scarsi accessi ai servizi sanitari. Le loro abitudini, circostanze e condizioni materiali aumentano la prevalenza di agenti infettivi tra queste persone. Inoltre attraverso questo ambiente carcerario sovraffollato e insalubre, il contagio può avvenire in diversi modi che includono il contagio diretto (attraverso il contatto), con rapporti sessuali, droplets o per contagio indiretto attraverso cibo, acqua, vestiti, attrezzatura per tatuaggi e siringhe incontaminate.

La trasmissione aerea può invece avvenire a causa di ambienti poco ventilati e soprattutto sovraffollati. Infine tra i vettori possono esservi mosche, zanzare e zecche.

Tra le malattie infettive nelle carceri, la Tuberculosis rimane un problema persistente e i suoi tassi sono molto più elevati all'interno degli istituti di detenzione rispetto alla popolazione generale. Nel 2006 è stato stimato che, nelle carceri europee, il tasso medio di Tuberculosis era 17 volte superiore alla popolazione libera, in particolare 11 volte superiore nell'Europa occidentale e 81 volte superiore nell'est Europa. Questi alti livelli sono attribuibili al fatto che molti detenuti provengono da gruppi di popolazioni che hanno già un alto rischio di infezione e malattia tubercolare come chi fa uso iniettivo di droghe,

²⁴ World Health Organisation-Europe, *Op. cit.*, p. 133-135

senz'altro, chi ha disturbi psichici e migranti provenienti da aree con alta incidenza di Tubercolosi.

Un'altra infezione su cui porre attenzione è quella da HCV che, nonostante le varie campagne intraprese dagli anni '90 con lo screening dei donatori di sangue, l'OMS stima che il 3% della popolazione mondiale ne sia cronicamente infetta. Attualmente non ci sono dati raccolti sistematicamente che riportino la prevalenza delle epatiti negli istituti di detenzione ma una metanalisi recente sull'HCV ha evidenziato che la prevalenza per anti-HCV era del 26% nella popolazione detenuta generale. Per quanto riguarda invece l'infezione da HBV nei detenuti emergeva una prevalenza tra l'1% e il 3,7%, paragonabile ai tassi di infezione riscontrata dalle indagini sulla popolazione tossicodipendente.

Infine è necessario parlare dell'infezione da HIV, sulla quale anche l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine ha posto l'accento per la sua elevata diffusione nelle carceri a livello mondiale.

I tassi registrati in Europa occidentale sono intorno al 2%, mentre casi particolari come l'Estonia, la prevalenza di pazienti HIV-positivi varia dall'8,8% al 23,9%. In Italia la prevalenza si aggira attorno al 2% all'interno della popolazione carceraria, rispetto allo 0,006% della popolazione italiana libera. Più allarmanti sono i dati relativi ai detenuti dell'Africa sub-sahariana dove il 41,4% sono affetti da HIV contro il 10,8% della popolazione generale. All'interno degli istituti penitenziari questo è dovuto, come per le altre infezioni all'uso di siringhe non sterili e dell'attrezzatura impropria per i tatuaggi e al mancato uso del profilattico. Aggiungendo inoltre il problema del sovraffollamento, la malnutrizione, i fenomeni di violenza, lo stress, le carenze di informazioni è chiaro come il carcere sia un ambiente ad alto rischio trasmissivo.²⁵

1.3 Carcere come opportunità

I problemi che si possono individuare nelle carceri sono molteplici. Primo tra tutti è l'ambiente stesso. Qui si concentra una popolazione che è caratterizzata da stili di vita, condizioni generali problematiche e la prevalenza di alcune patologie trasmissibili e

²⁵ Sagnelli E., Starnini G., Agnelli C., Monarca R., Zumbo G., Pontali E., Gabbuti A., Carbonara S., Iardino R., Armignacco O., Babudier S., Simpse Group, "Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2012; 16: 2142-2146

disturbi mentali che ci portano a considerare il carcere come un contesto dove sembra impossibile promuovere la salute. L'istituto penitenziario però può diventare un'opportunità per alcuni, per quella fetta di popolazione che non ha mai avuto accesso ai servizi sanitari prima dell'incarcerazione. Sono persone che non possiedono nessuna conoscenza in campo medico-sanitario o che se la possiedono è molto limitata. Sono individui che provengono da situazioni sociali disagiate, persone straniere e non che non hanno mai avuto contatti con i servizi sanitari o persone che a causa dei loro stili di vita sono rimaste lontane dal mondo sanitario.

Per tutte queste persone il carcere diviene un'occasione per poter essere consapevoli e responsabili della loro salute, per poter acquisire informazioni utili a migliorare la loro qualità di vita. Si tratta quindi di offrire pari opportunità considerando i livelli di salute di partenza, in questo caso inferiori. Le figure professionali che esercitano all'interno del carcere hanno una grossa responsabilità, possono avvicinarsi ad una fetta di popolazione che se non fosse stata incarcerata non avrebbero mai raggiunto. Inoltre essendo il carcere un contesto non solo dove il detenuto deve scontare la pena, ma anche un luogo dove potersi riabilitare, questo significa che la promozione della salute mira a migliorare la salute della collettività, in quanto il detenuto presto o tardi tornerà a far parte della nostra comunità. Se questi individui una volta rilasciati portassero con se nuove malattie o condizioni non trattate, porterebbe la collettività a rischio.

1.4 L'infermiere negli istituti penitenziari

La figura dell'infermiere negli istituti penitenziari ha una storia recente, iniziata dopo il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute. A causa di questo cambiamento, ancora in atto, l'infermiere incontra diverse problematiche all'interno delle strutture carcerarie. Innanzitutto bisogna ricordare che i bisogni di salute dei detenuti risultano essere maggiori rispetto a quelli della popolazione libera per una serie di motivi, legati ad esempio all'alta incidenza di patologie trasmissibili o di natura psichiatrica o le condizioni svantaggiate da cui la popolazione carceraria stessa arriva. L'infermiere che lavora negli istituti di detenzione deve far fronte ai conflitti che ci sono tra gli obiettivi dell'assistenza sanitaria e quelli del regime carcerario. L'obiettivo principale di quest'ultimo è garantire la sicurezza, che va ovviamente a limitare la libertà individuale dei

soggetti detenuti. Questo porta inevitabilmente a una ridefinizione di quelli che sono i bisogni della popolazione carceraria, la quale, nonostante il maggior numero di patologie a cui è sottoposta durante la detenzione, pone il bisogno di libertà al primo posto delle proprie necessità. Il bisogno di salute diventa a volte secondario e strumentale alla libertà. Infatti sono stati riportati diversi casi in cui i detenuti simulavano malattie per poter ottenere uno sconto di pena. Queste simulazioni e atteggiamenti manipolatori possono far adottare al personale sanitario atteggiamenti di diffidenza e preoccupazione, che danneggiano la qualità dell'assistenza sanitaria.²⁶

Tutto ciò mette a rischio la relazione d'aiuto tra infermiere e paziente/detenuto, che dovrebbe fondarsi sulla fiducia. A danneggiare tale relazione si aggiungono anche la mancanza di privacy, spazi e stanze inadatte, tempi a disposizione ristretti, problemi di comunicazione e l'impossibilità di autodeterminazione da parte del detenuto.²⁷

L'infermiere però negli istituti di detenzione è la figura che è maggiormente in contatto con i detenuti e sono in prima linea nel garantire equità di diritti, in particolare quello alla salute, lo stesso art. 4 del Codice deontologico dell'Infermiere cita: *“L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.”*²⁸

Questo molto spesso per il professionista non è semplice perché si trova ad essere a stretto contatto con il disagio umano, il dolore, la sofferenza e i sensi di colpa. Il paziente/detenuto è una categoria di paziente che racchiude in sé molteplici dinamiche, caratteristiche e problematiche che, declinate al contesto carcerario, possono rendere difficoltoso il lavoro dell'infermiere. Infatti pur essendo il carcere un contesto territoriale dove l'infermiere può fornire assistenza, molto spesso non viene fatta nessuna formazione in merito a tale ambiente che, necessita di interventi sanitari adeguati alla richiesta dei bisogni di salute.²⁹

²⁶ Carmelo Cantone, *Op. cit.*, p.

²⁷ Watson R., Stimpson A., Hostick T., “Prison health care: a review of the literature”, *International Journal of Nursing Studies* 2004, 119-128

²⁸ IPASVI, “Il Codice deontologico dell'Infermiere”, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

²⁹ Paola Ziliani, “Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?”, disponibile su http://www.ristretti.it/commenti/2013/febbraio/pdf9/articolo_ziliani.pdf

1.5 Obiettivi dello studio

Lo scopo di questa revisione è quello di ricercare in letteratura quale sia lo stato di salute nelle carceri e quale sia il ruolo dell'infermiere al loro interno. In particolare si vogliono evidenziare gli interventi e le iniziative messe in atto per garantire una migliore qualità di vita di una categoria di pazienti così problematica e con un'alta richiesta di assistenza.

1.6 Importanza della revisione e la sua rilevanza per la professione

Si è portati a pensare che il ruolo dell'infermiere all'interno delle carceri sia limitato alla mera esecuzione di procedure e interventi standard.

In realtà sono di fondamentale anche gli interventi di natura relazionale, che oltre a rappresentare una delle competenze caratterizzanti la professione, costituiscono elementi propri che lo identificano nell'opinione pubblica.³⁰ L'Infermiere è infatti, più di qualsiasi altro professionista sanitario, nell'immaginario collettivo, la persona di riferimento per esprimere francamente e direttamente il proprio disagio, bisogno o semplicemente raccontare sé stessi. Sono gli infermieri che condividono con il loro assistito la sofferenza di una terapia o il disagio di una limitazione che peggiora la loro percezione sulla qualità di vita. L'infermiere, oggi ha assunto un ruolo di rilievo nell'equipe, sia grazie al più alto livello di formazione rispetto al passato, sia per la sua intima relazione con l'utente che gli permette di possedere maggiori elementi per l'analisi dei bisogni e dei conflitti vissuti dal paziente. La qualità dell'incontro infermiere-paziente costituisce l'elemento determinante dell'efficacia dell'assistenza anche sotto l'aspetto etico. Un vero professionista, dotato di competenze e responsabilità, deve guidare la persona verso la ricerca del bene.³¹

Le sfide presenti nei contesti di detenzione, quali gli ostacoli organizzativi e i particolari bisogni di salute, rappresentano uno stimolo per lo sviluppo professionale dell'infermiere.

³⁰ Profilo Professionale dell'Infermiere. Decreto 14 settembre 1994, n.739 Gazzetta ufficiale 9 gennaio 1995, n.6

³¹ Bert G, Quadrino S., "Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002, p.26

2. MATERIALE E METODI

2.1 Quesito di ricerca

Il problema è stato definito inizialmente tramite la formulazione con metodo P. I. O. In questo caso non è stata utilizzata la fase C = Comparison del metodo P.I.C.O. in quanto non è stata ritenuta necessaria a questo tipo di ricerca.

P	Popolazione carceraria
I	Interventi che l'infermiere può mettere in atto
C	/
O	Miglioramento della qualità di vita del paziente-detenuto

2.2 Fonti dei dati

Per l'effettuazione di questa ricerca sono state consultate le seguenti fonti:

- Ricerca su banche dati online: PubMed e Cochrane Library;
- Motori di ricerca Google e Google Scholar;
- Integrazioni da altre fonti come siti web, libri, testi e linee guida;
- Ricerca sul sito del Ministero della Salute, Ministero della Giustizia, Ipsavi, WHO.

2.3 Parole chiavi

Per quanto riguarda la ricerca del materiale sono state usate le seguenti stringhe:

“health” [MesH] OR “healthcare” [MesH] AND “prison” [MesH]
“healthcare promotion strategies” [MesH] AND “prison” [MesH]
“nursing” [MesH] OR “nurse” [MesH] AND “prison” [MesH]
“nurse/nursing role” [MesH] AND “prison” [MesH]
“Nurse” [MesH] AND “relationship” [MesH] AND “inmates” [MesH]
“Nursing” OR “Nurse” [MesH] AND “Education” [MesH] AND “prison” [MesH]
“Health” [MesH] AND “prison” [MesH] AND “opportunity” [MesH]

2.4 Criteri di selezione del materiale

Per la selezione del materiale sono stati utilizzati criteri di inclusione e di esclusione per facilitare la scelta della letteratura.

Criteri di inclusione:

- studi pubblicati dal 2005 al 2015
- lingua: italiano, inglese e spagnolo
- presenza di abstract e full text disponibile

Criteri di esclusione:

- non coerenza con il quesito posto
- studi pubblicati prima del 2005
- lingua non sopracitata
- non disponibilità di abstract e full text

2.5 Elenco e sintesi dei lavori selezionati

Gli articoli selezionati e utilizzati sono stati sintetizzati attraverso l'uso di due tabelle.

La prima tabella (Allegato 1), riporta il numero degli articoli trovati in base al database e alla stringa di ricerca. La seconda tabella analizza gli articoli selezionati e riassume i risultati della ricerca per una più facile comprensione dell'oggetto preso in esame (Allegato 2). Quest'ultima tabella è stata suddivisa in sette colonne: Titolo, Scopo, Disegno, Campione, Metodo, Risultati, Conclusioni. Gli allegati sopracitati sono stati riportati alla fine dell'elaborato.

2.6 Numero degli articoli reperiti e di quelli selezionati

Da tutte le stringhe di ricerca, utilizzate per la ricerca nella banca dati di PubMed, sono stati reperiti in totale 329 articoli, alcuni dei quali sono stati riscontrati più volte con le diverse ricerche.

Di questi inizialmente ne sono stati selezionati 33. Successivamente, dopo un'analisi più approfondita, solo 14 articoli sono stati utilizzati.. Dalla banca dati Cochrane Library, sono stati rinvenuti 9 articoli, di cui ne sono stati selezionati 2. Dal motore di ricerca Google

Scholar / Google sono stati ritrovati vari articoli, ma solo 2 sono risultati utili al fine della revisione. In conclusione, dopo aver eliminato il materiale dal contenuto non pertinente e gli articoli riguardando i medesimi studi, sono stati analizzati e utilizzati 18.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 I principi e la loro applicazione

La salute nelle carceri è un tema che fa discutere e pone in essere un paradosso: garantire il diritto alla salute a chi è privato della libertà. Nonostante la medicina e gli studi in materia di assistenza sanitaria progrediscano, le problematiche negli istituti penitenziari sembrano essere ancora molto attuali e irrisolte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma: *«Il concetto di salute subisce un forte ridimensionamento quando si inserisce nel contesto carcerario. Carcere e salute sono antitetici perché il carcere è la negazione della salute intesa come stato di benessere psicofisico»*.³² Il carcere infatti, considerando l'alta richiesta di bisogni di salute dei detenuti, rappresenta un ostacolo alla garanzia di diritti ed equità dei servizi per i soggetti che vivono la detenzione.

Negli ultimi decenni le politiche si sono mosse verso un obiettivo comune: quello di migliorare lo stato di salute della popolazione carceraria. Nel 2006, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato una raccomandazione³³ per gli stati membri sulle regole penitenziarie europee, nella quale sottolinea la necessità di cambiamenti e riforme da parte delle nazioni. Ad esempio, viene evidenziata la necessità di un'organizzazione dei servizi medici carcerari che siano compatibili con l'amministrazione sanitaria della comunità locale, o ancor meglio con quella nazionale, in quanto i detenuti devono avere accesso al servizio sanitario disponibile nel loro paese senza discriminazioni giuridiche. Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha constatato nel 2003 l'aggravamento delle condizioni di salute dei detenuti. I paesi europei avviarono quindi delle riforme in merito al passaggio della salute penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

La Norvegia si era già adeguata dagli anni ottanta e la Francia nel 1994. L'Italia invece, attuò il passaggio effettivo nel 2008. A distanza di cinque anni, l'8 Gennaio 2013, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha emanato una sentenza che giudicava la vita nelle sovraffollate celle italiane come un trattamento “inumano e degradante”. Tale giudizio fa

³² Francescopaolo Saraceni, “La Medicina Penitenziaria: attualità e prospettive future”, disponibile su http://www.info.asl2abruzzo.it/files/12111_corso-detenuti_la-medicina-penitenziaria-attualit%C3%A0-e-prospettive-future.pdf

³³ Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Raccomandazione R (2006)2, disponibile su http://www.ristretti.it/commenti/2008/gennaio/pdf3/regole_penitenziarie_europee.pdf

riflettere, in particolare ci fa capire quanto sia lento lo sviluppo di un cambiamento, palesemente necessario, che possa garantire parità di diritti.

3.2 Opportunità e promozione

La ricerca in letteratura, seppur carente riguardo il problema trattato, ha evidenziato un aspetto fondamentale: nonostante l'ambiente carcerario possa portare il detenuto a condizioni di vita non ottimali, esso rappresenta un'opportunità per una grande fetta di popolazione carceraria.

Questo gruppo di detenuti proviene da esperienze di vita disagiati e da condizioni sociali marginalizzate, inclusi coloro che non hanno una casa, non possiedono un impiego, non sono supportati da alcuna rete socio-familiare, stranieri, persone che possiedono scarsa istruzione e non sono mai entrati in contatto con i servizi medico-sanitari. Queste condizioni sono un'ulteriore causa di comportamenti a rischio, quali l'uso di droghe illecite (iniettate e non), avere rapporti sessuali a rischio e l'inconsapevolezza di essere affetti da qualsiasi tipo di patologia, trasmissibile o non trasmissibile. Si deve inoltre considerare l'alta percentuale di individui provenienti da paesi in cui determinate malattie hanno un'alta endemia, come ad esempio la Tuberculosis nell'Africa sub-sahariana, nel Sud America, nell'Europa Orientale e nel subcontinente indiano.

Il carcere in aggiunta, concepito come struttura riabilitativa, ha la responsabilità di rilasciare i detenuti che hanno scontato la pena e quindi ha anche il dovere di fornire un'adeguata assistenza affinché il ritorno in società dell'individuo riabilitato non si concretizzi in un rischio per la salute pubblica. Dalla ricerca effettuata da Condon et al è stato dimostrato che il mantenimento e la promozione della salute e delle abilità funzionali possono aumentare la possibilità di una reintegrazione sociale e lavorativa dopo l'incarcerazione, quindi ridurre la recidività e promuovere la salute collettiva.³⁴

Dallo studio prospettico-interpretativo di Marlow E. et al su un piccolo campione di detenuti ritornati nelle loro comunità e condotto tramite dei colloqui individuali, emerge che le privazioni e le dinamiche di adattamento che nascono durante l'incarcerazione possono influire sulle capacità di autodeterminazione e di *coping* per il detenuto, elementi

³⁴ Condon L., Hek G., Harris F., "A review of prison health and its implication for primary care nursing in England and Wales: the research evidence", *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 1201-1209.

fondamentali per sviluppare un piano educativo. Nonostante ciò, il carcere ha fornito loro delle informazioni che prima non possedevano, ha garantito supporto, sicurezza e educato su stili di vita sani. Uno degli intervistati ha descritto il carcere come l'unica struttura che potesse fornirgli assistenza. Durante la detenzione spiegava che i suoi bisogni di assistenza basilari erano stati soddisfatti, gli era stato dato supporto e all'interno di quella struttura era riuscito a fare dei progetti sani per il suo futuro. Subito dopo il suo rilascio aveva capito di essere solo, nessuna rete di aiuto, così era ritornato alla sua vita di prima riprendendo inoltre l'uso di droghe. Lo studio in questione conclude sottolineando come le strutture sanitarie operanti siano carenti di competenze necessarie per una presa in carico totale del paziente che garantisca la continuità delle cure.³⁵ Da un altro studio di tipo qualitativo, condotto da Condon et al, emerge che i detenuti hanno riconosciuto l'esistenza di un percorso sanitario all'interno del carcere, ma la maggior parte di loro lo hanno descritto come un'esperienza che inizia nel momento dell'incarcerazione e termina al loro rilascio.³⁶ Ciò che risulta evidente è quindi l'importanza rivestita dalla promozione della salute all'interno di queste strutture per colmare il divario esistente tra lo stato di salute della popolazione detenuta e quella libera.

Nel carcere di Risley in Inghilterra è stata sviluppata una strategia di tre anni di promozione della salute, utilizzando un approccio sistemico per migliorare la qualità di vita dei detenuti. Il progetto è stato sviluppato da un team multidisciplinare e si è concentrato sulle seguenti aree: invito all'utilizzo dei sistemi di assistenza sanitaria offerti dal carcere, cessazione del fumo, promozione di una migliore qualità delle visite familiari, della dieta e di una nutrizione adeguata, educazione sull'igiene, sulla salute mentale, prevenzione delle malattie trasmissibili comprese quelle per via sessuale e garantire un'adeguata attività fisica e pratiche ricreative. Successivamente è stata monitorata l'efficacia del progetto, riscontrando un miglioramento delle conoscenze in ambito medico-sanitario dei detenuti e una riduzione dei comportamenti a rischio. Lo studio però non ha monitorato l'effettiva efficacia a lungo termine e post-rilascio.

Una revisione bibliografica condotta dalla School of Health Science, College of Humanities and Social Science, descrive l'Health Promoting Prison (HPP), un movimento

³⁵ Marlow E., PhD, Chesla C and NP, DNSc, RN, FAAN, "Prison Experiences and the Reintegration of Male Parolees" *ANS Adv Nurs Sci.* 2009 ; 32(2): E17–E29

³⁶ Condon L., Hek G., Harris F., Powell J., Kemple T. & Price S., "Users' views of prison health services: a qualitative study. *Journal of Advanced*", *Nursing*, 2007, 58(3), 216–226

nato a fine degli anni '80 da cui è stato formulato il The Health in Prison Project (HIPP) del 1995, a cui hanno aderito 25 membri Europei. L'HIPP fornisce dei suggerimenti indirizzati in particolar modo agli infermieri che lavorano nelle carceri. Indicazioni che, seppur generiche, sottolineano l'importanza rivestita da questa figura professionale nell'ambito della promozione della salute fisica e psichica, in particolare nella prevenzione ed educazione sulle malattie trasmissibili e sugli stili di vita sani. La mancanza di linee guida specifiche risulta essere una delle criticità della revisione.

Per l'adesione all'HIPP da parte dei membri erano previsti alcuni criteri, tra i quali: impegno e risorse a livello ministeriale, elenco dettagliato delle carceri aderenti, la necessità di nominare una persona autorizzata che fungesse da collegamento alla rete internazionale, una valutazione annuale del progetto, la formulazione di una relazione annuale per la World Health Organization (WHO) e i centri dell'HIPP e la disponibilità di presentare e ospitare incontri, conferenze e una task-force dell'HIPP e WHO. A livello nazionale i paesi più attivi in questo progetto sono stati l'Inghilterra e il Galles, che hanno messo in atto diverse riforme e ne hanno poi valutato l'efficacia.³⁷ Dallo studio condotto da Hayton et al. emergono dei risultati soddisfacenti dopo l'attuazione delle riforme e dei progetti per la promozione della salute in Gran Bretagna. I detenuti hanno potuto valutare l'efficienza dei servizi sanitari tramite un sistema a “semaforo”. Il colore rosso segnalava un servizio insoddisfacente, il colore ambra stava ad indicare che vi erano notevoli preoccupazioni e il colore verde che i servizi ricevuti erano soddisfacenti. Nel 2000, 5 prigioni sono state classificate con il colore rosso, 45 con il colore ambra e 83 con il colore verde. Alla fine del 2002, dopo che oltre 4 prigioni erano state aperte, 0 carceri riportavano il colore rosso, 28 l'ambra e 110 il verde.³⁸

Secondo il movimento HPP, determinate riforme in ambito sanitario possono garantire un'opportunità eccellente per definire precisamente il ruolo sanitario dell'infermiere nelle strutture di detenzione.

³⁷ Whitehead D., “The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing”, *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 43, 123-131

³⁸ Hayton P., MA, Dip HEd, Boyington J., “Prisons and Health Reforms in England and Wales”, *Am J Public Health*, 2006, 96(10): 1730-1733

3.3 L'infermiere nelle carceri: oltre le aree di competenza

L'infermieristica può dare un contributo fondamentale ai servizi erogati in carcere, ma questo è possibile se vi è una collaborazione tra le varie figure professionali che lavorano negli istituti penitenziari.³⁹

Secondo uno studio condotto in Spagna, gli infermieri, utilizzando gli undici modelli funzionali di M. Gordon, hanno identificato delle diagnosi infermieristiche molto frequenti, tra le quali: rischio di lesione/avvelenamento, rischio di infezione, eccesso di squilibrio nutrizionale, processi familiari disfunzionali, deficit di attività, alterazione del modello sonno-riposo e ansia. Secondo questo studio i processi di *nursing* possono quindi essere standardizzati. Sono state rilevate alcune diagnosi infermieristiche più rare e questo va a confermare che le cure devono essere inoltre personalizzate per ogni paziente. Queste però, necessitano della collaborazione di un team multidisciplinare, cosa non sempre possibile poiché nei contesti di correzione è spesso presente un isolamento tra le varie figure professionali che vi lavorano.⁴⁰

I bisogni di salute della popolazione carceraria hanno delle importanti conseguenze per l'assistenza infermieristica in quanto sono richiesti alti livelli di competenze e impegno. Secondo una ricerca condotta da Condon et al gli infermieri affermano di trovarsi a volte a lavorare al di là delle loro competenze e formazione.⁴¹

Come riportato dalla letteratura, l'infermiere nelle carceri si trova in una posizione privilegiata per garantire l'assistenza sanitaria ai pazienti detenuti ma l'ambiente carcerario riporta dilemmi e problemi che coinvolgono sia gli infermieri che i carcerati. Tra i principali problemi c'è la differenza di obiettivi tra lo staff sanitario e quello di custodia: il primo mira a garantire adeguati servizi medico-sanitari, il secondo invece ha come obiettivo mantenere la sicurezza. Inoltre l'ambiente stesso è controproducente per la promozione della salute, sia per l'impatto psicologico e fisico che ha per il detenuto e sia perché molto spesso è privo di *setting* adeguati all'instaurare una relazione di fiducia tra paziente e infermiere. Molti infermieri possono modificare i loro comportamenti, valori e credenze per adattarsi al sistema carcerario, atteggiamento dovuto alla percezione di sé come pesci fuori dall'acqua, per carenza di strutture in linea con quelle presenti sul

³⁹ Whitehead D., *Op. cit.*

⁴⁰ Martínez-Delgado MM., "Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario", *Rev. esp. sanid. Penit.*, Mar-Giu 2014, 16:11-19

⁴¹ Condon L., Hek G., Harris F., *Op. cit.*

territorio, supporti (ad esempio telemedicina e altri sistemi informatici) o leader professionali, intesi come presenza di coordinazione o team multidisciplinari.⁴²

Da una relazione svolta nel carcere di Rebibbia, attraverso interviste a detenuti e infermieri, è emerso quale fosse il ruolo di questi ultimi: il 68% della popolazione detenuta descrive l'infermiere come un “mero esecutore della terapia” e definiva “indifferente” il rapporto con il professionista sanitario. Questo è stato inoltre confermato dagli infermieri stessi: la componente relazionale è carente. È stata inoltre segnalata la necessità di una formazione specifica e adeguata per affrontare i disagi umanitari, lo stress emotivo, per individuare e soddisfare i bisogni di salute di una popolazione così problematica. Anche nelle procedure di assistenza primaria sono state ritenute carenti le competenze assistenziali in possesso degli infermieri, in quanto il lavoro negli istituti penitenziari è molto diversificato. Un esempio è che a differenza di altri settori, nel carcere la sicurezza è di primaria importanza. Inoltre vi è un sovraccarico di lavoro dovuto all'alta concentrazione di detenuti, popolazione che negli ultimi anni è in continuo aumento, all'alta percentuale di problemi di salute e ai conflitti che intercorrono tra lo staff sanitario e quello di custodia. Questi problemi influiscono sullo sviluppo professionale dell'infermiere e una delle conseguenze è la mancanza di autonomia nello svolgere determinati compiti. Nonostante tali problematiche, gli infermieri del carcere romano “Regina Coeli” hanno formulato delle linee guida e dei protocolli nei quali è prevista la collaborazione degli agenti di polizia penitenziaria, ritenuti indispensabili in quanto, essendo a stretto contatto con il detenuto, possono rendersi veicolo di informazioni per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.⁴³

La letteratura analizzata evidenzia alcune principali aree di interesse infermieristico da sviluppare, come la prevenzione delle malattie trasmissibili, l'educazione a stili di vita sani, la gestione e prevenzione di disordini mentali, l'integrazione con le altre figure professionali per garantire un'adeguata valutazione, il collegamento con il territorio per la continuità assistenziale e il garantire la possibilità di mantenere i rapporti familiari.

Per quanto riguarda le malattie trasmissibili, nel 2013, UNOD⁴⁴ in collaborazione con la WHO e UNDP⁴⁵, ha stilato degli interventi per la loro prevenzione. Ciò che risulta essere

⁴² Partel Crotti M., “Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità”, Tempo di Nursing, Collegio IPASVI di Brescia, 2011, 58-59

⁴³ Ziliani P., “Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?”, Tempo di nursing, Collegio IPASVI di Brescia, 63/2013

⁴⁴ United Nations Office on Drugs and Crime

indispensabile ed efficace è: fornire informazioni sulle patologie maggiormente diffuse quali HCV, HIV, HBV, Sifilide e altre malattie sessualmente trasmissibili; illustrare i comportamenti a rischio che devono essere modificati, come ad esempio la condivisione dello spazzolino da denti, del rasoio o delle forbici; distribuire un kit personale per l'igiene e stimolarne il corretto utilizzo.

In particolare, per le malattie sessualmente trasmissibili, sono stati riscontrati efficaci la distribuzione di preservativi e lubrificanti e l'utilizzo di misure di prevenzione delle violenze sessuali, come ad esempio un'appropriata classificazione e protezione degli individui più vulnerabili. Per coloro che fanno uso di droghe è stato utile fornire un kit di aghi e siringhe sterili, in parallelo alla terapia sostitutiva. Mentre per coloro che praticano *tattoo* e *piercing* risulta essere efficace l'organizzazione di incontri con professionisti e la distribuzione di kit idonei.

Questi interventi preventivi ed educativi non sono sufficienti se non effettuati in relazione a *screening*, vaccinazioni, diagnosi e terapie specifiche. Lo staff sanitario, nell'attuare questi programmi di prevenzione, può avvalersi di opuscoli, video e supporti elettronici per riuscire ad avvicinarsi alle capacità di comprensione dei detenuti, in quanto il linguaggio deve essere adattato alle varie differenze e *background* culturali.⁴⁶

Nonostante le diverse barriere che il carcere pone alla professione infermieristica, la diversificazione degli interventi che l'infermiere deve mettere in atto possono essere uno stimolo per lo sviluppo professionale. Infatti, oltre al progetto HIPP, la Philadelphia Fight e l'AIDS Service Organization hanno sviluppato un'operazione di educazione e attivismo per il detenuto che vede l'infermiere in prima linea, essendo una figura a stretto contatto con esso. L'operazione, chiamata Teach Inside Teach Outside (TITO), ha come obiettivo la divulgazione di alcuni messaggi importanti per la popolazione carceraria. I messaggi sono i seguenti: "Tu puoi vivere una vita sana"; "I servizi sono disponibili per supportarti"; e "Tu puoi essere un'attivista per te stesso e per la comunità". In questo progetto i professionisti sanitari forniscono interventi di prevenzione e promozione della salute, in particolare sull'eliminazione dei comportamenti a rischio. L'obiettivo è quello di responsabilizzare il detenuto, il quale tramite la sua esperienza può proporre strategie efficaci. Non ci sono studi a sufficienza a dimostrare l'efficacia del progetto TITO, ma dai

⁴⁵ United Nations Development Programme

⁴⁶ World Health Organisation, Regional Office for Europe, Prison and Health, disponibile su http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

primi risultati etnografici emerge che c'è molta difficoltà nell'attuazione di questo modello a causa della scarsità di strutture adeguate, della mancanza di professionisti con preparazione e competenze necessarie, di risorse insufficienti e di un cambiamento di mentalità sociale a favore degli obiettivi proposti non ancora avvenuto.⁴⁷

Altri progetti interessanti riguardano invece l'educazione e il supporto tra pari nelle carceri. Una valutazione qualitativa e quantitativa condotta da Bagnall AM et al sull'efficacia di tali programmi, ha evidenziato alcuni effetti positivi. Il detenuto, tramite l'esperienza di persone con problematiche comuni e vicinanze sociali, riesce a mettere in atto delle strategie di *coping*. Questo progetto richiede la presenza di diverse figure come educatori, infermieri, psicologi, personale del carcere e strutture di supporto territoriali, volontari e testimonianze scritte o dirette. Prevede inoltre un'educazione comune sugli stili di vita sani. Nonostante gli effetti positivi, non è stato indagato sufficientemente il rapporto tra costo ed efficacia del progetto.⁴⁸

La maggior parte degli articoli reperiti convengono sul fatto che l'infermiere ha quindi un ruolo fondamentale nella promozione della salute. Uno studio, in particolare, considera le sfide presenti all'interno del carcere e propone alcune tecniche che l'infermiere può mettere in atto per relazionarsi al meglio con il paziente-detenuto. Tra queste emergono: l'ascolto attivo; l'adozione di un atteggiamento privo di pregiudizi; l'aver una visione olistica dell'utente comprendendo il contesto socio-familiare di appartenenza e cercando di incoraggiare il mantenimento dei rapporti affettivi (chiamate, lettere, visite); e in mancanza di quest'ultimi proporre una rete di supporto territoriale con la collaborazione di altre figure professionali.⁴⁹

Affinché tutti gli interventi rilevati possano essere valutati e migliorati è necessario un monitoraggio che consideri l'opinione del destinatario dei servizi: il detenuto. A tal fine la Regione Emilia Romagna ha divulgato nel 2014 una carta dei servizi sanitari a favore della popolazione detenuta negli istituti penitenziari. Tale carta contiene una serie di suggerimenti su quali siano i comportamenti più indicati da mettere in pratica con i detenuti, dalla forma di linguaggio alla chiarezza delle informazioni fornite, fino al

⁴⁷ Draine J., McTighe L., Bourgois P., "Education, empowerment and community based structural reinforcement: An HIV prevention response to mass incarceration and removal", *International Journal of Law and Psychiatry*, 2011, 34, 295-302

⁴⁸ Bagnall AM, South J., Hulme C., Woodall J., Vinall-Collier K., Raine G., Kinsella K., Dixey R., Harris L. and Wright MJ N., "A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons", *BMC Public Health*, 2015,15:290

⁴⁹ Marlow E., PhD, Chesla C and NP, DNSc, RN, FAAN, *Op. cit.*

coinvolgimento del detenuto nella pianificazione e nella valutazione dell'assistenza. In aggiunta è stato quindi allegato un questionario da sottoporre ai destinatari dei servizi sanitari in modo da monitorare la corretta applicazione delle linee guida suggerite.⁵⁰

Ci sono però delle carenze che si ripetono in quasi tutti gli studi e articoli individuati, che non permettono un'effettiva attuazione di progetti di promozione della salute che possano portare ad una equità di servizi tra cittadino-detenuto e cittadino libero, quindi ad una parità di diritto e ad un miglioramento della salute collettiva. Tra queste carenze ci sono la scarsa collaborazione tra le figure che lavorano all'interno delle carceri, risorse insufficienti e l'assenza di modelli e protocolli standardizzati.

Infine emergono altri problemi nella pratica infermieristica come lo scarso utilizzo di cartelle cliniche informatizzate che possano contribuire alla continuità delle cure assistenziali tra carcere e territorio-comunità. Manca anche un'adeguata formazione dell'infermiere che spesso si trova impreparato di fronte a ciò che trova nel carcere. Questo perché, per quanto alcuni interventi possono essere standardizzati o di comune competenza, una volta declinati in questo particolare contesto necessitano di formazione specifica a sostegno.⁵¹

3.4 Limiti dello studio

Gli articoli reperiti sono limitati ad una finestra temporale di 10 anni ma il materiale pertinente a questa ricerca non è così consistente per determinare degli interventi o dei protocolli attuabili. Per questo motivo sono stati aggiunti infatti due articoli con datazione precedente al 2005.

Gli studi che possono dimostrare l'efficacia della promozione della salute all'interno delle carceri e in particolar modo ai detenuti che provengono da condizioni di vita svantaggiate, sono scarsi o analizzano dei piccoli campioni. A fronte di tali limiti, gli studi risultano difficilmente confrontabili con contesti più grandi o su scala nazionale. Inoltre non sempre sono stati denotati chiaramente gli interventi attribuibili alla figura dell'infermiere nella

⁵⁰ Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia Romagna, Circolare carta dei servizi sanitari a favore della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna, disponibile su http://www.ristretti.it/comments/2015/novembre/pdf2/carta_servizi.pdf

⁵¹ Bhaumik S., Mathew RJ, "Health and beyond...strategies for a better India: using the "prison window" to reach disadvantaged groups in primary care", *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2015 : Volume 4 : Issue 3

promozione della salute o nei progetti proposti in letteratura come il TITO e la *Peer-education and support*. In alcuni casi il ruolo dell'infermiere viene delineato tramite un processo deduttivo.

In conclusione la maggior parte del materiale reperito è di origine extra-nazionale, in particolare anglosassone e statunitense. Gli articoli Italiani sono due e perciò non è stato possibile confrontare totalmente gli altri contesti con quello italiano ma solo in parte, solamente qualora venivano espresse esplicitamente problematiche simili.

Inoltre è utile ricordare che il problema analizzato non investe solo risorse sanitarie ma anche sociali e politiche.

4. DISCUSSIONE

4.1 Conclusioni

Dalla letteratura reperita emerge quanto sia fondamentale il ruolo dell'infermiere nell'ambito della salute penitenziaria, in quanto figura a stretto contatto con il detenuto.

La maggior parte degli articoli convengono nel sostenere che, data la particolarità dell'utente e considerate la situazione sociale e le problematiche che porta con sé il detenuto, l'infermiere deve attingere a molte delle sue competenze e conoscenze spesso ritenute insufficienti dal professionista stesso.

Alla domanda posta per questa ricerca, quindi cosa effettivamente l'infermiere può fare e quali strategie mettere in atto per migliorare la qualità di vita degli individui detenuti, non è stata trovata una risposta definitiva.

Alcuni articoli hanno suggerito che instaurare una relazione terapeutica efficace sia il modo migliore per soddisfare i numerosi problemi di salute. In particolare sono consigliati l'ascolto attivo, la comprensione della totalità del paziente, adottare un atteggiamento non giudicante e supportare il mantenimento dei legami affettivo-familiare che il detenuto possiede al di fuori delle mura del carcere.

È stato riscontrato però che per poter garantire tali interventi servono una privacy maggiore, degli ambienti più ospitali e maggiore tempo e risorse a disposizione. Il carcere, per motivi di sicurezza e per sua impostazione, non è ancora in grado di garantire tali richieste. Inoltre per trattare i bisogni di salute è necessaria la collaborazione tra i vari professionisti che operano nelle strutture di detenzione, in particolare tra il personale addetto alla sicurezza/custodia e lo staff sanitario.

La *partnership* è fondamentale per la professione infermieristica. Nonostante siano state identificate delle diagnosi infermieristiche frequenti tra i detenuti e quindi sia stato possibile formulare dei piani di assistenza standardizzati, i problemi da considerare sono principalmente di natura collaborativa.

A livello internazionale, in seguito alle riforme in materia di salute penitenziaria, sono stati sviluppati alcuni progetti, come il *The Health in Prison Project* in Inghilterra, o il *Teach Inside Teach Outside* negli Stati Uniti. Questi progetti però non sono stati valutati per la loro efficacia e hanno avuto degli ostacoli nella loro attuazione.

Una proposta interessante, in cui è prevista la collaborazione dell'infermiere, è la *peer education and support*. Questa prevede la presenza di vari professionisti sanitari, volontari ed ex detenuti, i quali interagiscono con la popolazione carceraria educando sugli stili di vita sani e condividendo le proprie esperienze dirette e relative strategie messe in atto.

La proposta è risultata essere molto efficace perché riesce ad avvicinarsi maggiormente ai detenuti, i quali, sentendosi accumulati da esperienze di vita simili, si dimostrano più collaborativi e partecipi nei progetti di cura.

Affinché si possa migliorare la qualità degli interventi sanitari è necessario provvedere a un monitoraggio e ad una valutazione costante degli stessi, che coinvolga sia i professionisti che i destinatari dei servizi. A tal fine sarebbe auspicabile dare seguito all'iniziativa proposta in Emilia Romagna che prevedeva la compilazione da parte dei detenuti di un questionario sulla qualità dei servizi ricevuti e sui rapporti con i professionisti sanitari.

In conclusione la scarsa ricerca effettuata sul tema della salute nelle carceri evidenzia che, per quanto questo problema sia emergente e faccia discutere, quando si parla di salute, la struttura penitenziaria e relativa popolazione sono considerate ancora un mondo a parte.

Lo sviluppo di ulteriori ricerche, di modelli standardizzati che prevedano la collaborazione tra i vari professionisti e un maggiore impegno politico sono necessari per garantire equità di servizi e diritti ai detenuti.

In particolare è indispensabile una formazione specifica per gli infermieri che operano in questi contesti: la maggior parte di loro inizia un'esperienza lavorativa che è completamente o in parte sconosciuta e non trattata durante il percorso di studi.

Questa ricerca vuole sottolineare che nonostante le riforme attuate, il cambiamento è lento e difficoltoso. Questo è in parte dovuto al fatto che il carcere non è ancora concepito come un luogo dove riabilitare un individuo. Serve un cambiamento collettivo di mentalità per capire che i soggetti che entrano in carcere saranno persone che poi dovranno essere integrate nella società.

Dare un'opportunità a queste persone a livello sanitario equivale quindi a dare una possibilità alla collettività di migliorare lo stato della propria salute.

L'infermiere riveste un ruolo cruciale affinché questa opportunità si concretizzi, egli infatti, come citato dal Codice Deontologico dell'Infermiere: *“...riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione”*.⁵²

⁵² IPASVI, “Il Codice deontologico dell'Infermiere”, disponibile su <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

BIBLIOGRAFIA

- Bagnall AM, South J., Hulme C., Woodall J., Vinnall-Collier K., Raine G., Kinsella K., Dixey R., Harris L. and Wright MJ N., “A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons”, *BMC Public Health*, 2015,15:290
- Bert G, Quadrino S., “Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina”, *Il Pensiero Scientifico Editore*, Roma, 2002, p.26
- Bhaumik S., Mathew RJ, “Health and beyond...strategies for a better India: using the “prison window” to reach disadvantaged groups in primary care”, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2015 : Volume 4 : Issue 3
- Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF., “Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population”, *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 912-919
- Binswanger IA, Nowels C., Corsi FK., Long J., Booth RE, Kutner J., Steiner JF, “From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill,” A qualitative study of the health experiences of recently released inmates, *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (2011) 249–255
- Brodie JS, “Caring: the essence of correctional nursing”, *Tennessee Nurse(TENN NURSE)*, Apr-2001, 64 (2):10-2
- Condon L., Hek G., Harris F., “A review of prison health and its implication for primary care nursing in England and Wales: the research evidence”, *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 1201-1209
- Condon L., Hek G., Harris F., Powell J., Kemple T. & Price S., “Users’ views of prison health services: a qualitative study. *Journal of Advanced”*, *Nursing*, 2007, 58(3), 216–226
- Draine J., McTighe L., Bourgois P., “Education, empowerment and community based structural reinforcement: An HIV prevention response to mass incarceration and removal”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2011, 34, 295-302
- Fernandes HL, Alvarenga CW, Loures dos Santos L., Pazin-Filho A, “The need to improve health care in prisons”, *Rev Saúde Pública* 2014;48(2):275-283

- Hayton P., MA, Dip HEd, Boyington J., “Prisons and Health Reforms in England and Wales”, *Am J Public Health*, 2006, 96(10): 1730-1733
- Marlow E., PhD, Chesla C and NP, DNSc, RN, FAAN, “Prison Experiences and the Reintegration of Male Parolees” *ANS Adv Nurs Sci*. 2009 ; 32(2): E17–E29
- Marsico Gaia, “La sperimentazione umana. Diritti violati/diritti condivisi”, Ed. Franco Angeli, 2007, p.16-19
- Martínez-Delgado MM., “Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario”, *Rev. esp. sanid. Penit.*, Mar-Giu 2014, 16:11-19
- Morral-Parente R., “Chronicity and primary care: The role of prison health”, *Rev Esp Sanid Penit* 2015; 17: 61-64
- Partel Crotti M., “Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità”, *Tempo di Nursing*, Collegio IPASVI di Brescia, 2011, 58-59
- Powell J., harris F., Condon L. & Kemplet, “Nursing care of prisoners: staff views and experiences”, *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(6), 1257–1265
- Profilo Professionale dell’Infermiere. Decreto 14 settembre 1994, n.739 Gazzetta ufficiale 9 gennaio 1995, n.6
- Roux P., Sagaon-Teyssier L., Lions C., Fugon L., Verger P., Carrieri MP, “HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging approach to establish priority prevention interventions”, *BMJ Open* 2014;4
- Sagnelli E., Starnini G., Agnelli C., Monarca R., Zumbo G., Pontali E., Gabbuti A., Carbonara S., Iardino R., Armignacco O., Babudier S., Simpse Group, “Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study”, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2012; 16: 2142-2146
- Shelton D., “Health Promoting Prisons in the Era of mass Incarceration in the US”, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015-06-01, Volume 29, Issue 3, 194-194
- Stern MF, MD, MPH, Greifinger RB, MD, and Mellow J., PhD, “Patient Safety: Moving the Bar in Prison Health Care Standards”, *Am J Public Health*, 2010;100:2103–2110
- Watson R., Stimpson A., Hostick T., “Prison health care: a review of literature”, *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41: 119-128

- Whitehead D., “The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing”, International Journal of Nursing Studies, 2006, 43, 123-131
- Ziliani P., “Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?”, Tempo di nursing, Collegio IPASVI di Brescia, 63/2013

SITOGRAFIA

- Carmelo Cantone, La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorsi possibili
https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/Quaderni_ISSP_n.11.pdf
- Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Raccomandazione R (2006)2
http://www.ristretti.it/commenti/2008/gennaio/pdf3/regole_penitenziarie_europee.pdf
- Comitato Nazionale per la Bioetica, La salute “dentro le mura”, p.10-12
<http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf>
- Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia Romagna, Circolare carta dei servizi sanitari a favore della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna
http://www.ristretti.it/commenti/2015/novembre/pdf2/carta_servizi.pdf
- Documenti dell'Agencia Regionale di Sanità della Toscana, La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico
https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf
- EMCDDA-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Prisons and drugs in Europe: the problem and responses
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TDSI12002ENC_399981.pdf
- IPASVI, “Il Codice deontologico dell'Infermiere”
<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
- Istat, Prisoners in the Italian penal institutions
<http://www.istat.it/en/archive/154670>
- L. 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà
http://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/L.%2026%20luglio%201975.%20n.%20354.pdf

- Ministero della Giustizia, Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati
https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/carta_diritti_detenuto_.pdf
- Ministero della Giustizia, Detenuti presenti-aggiornamento 31 gennaio 2016,
https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST1211516
- Ministero della Salute, Rapporto sulla salute in Europa 2012: Tracciare la via verso il benessere
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1962_allegato.pdf
- Senato della repubblica, La Costituzione
https://www.senato.it/1025?sezione=120&articolo_numero_articolo=27
- World Health Organisation-Europe, Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- World Health Organisation, Regional Office for Europe, Prison and Health
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

ALLEGATI

Allegato n°1: Ricerca degli articoli

Banca dati	Stringa di ricerca	N° Documenti rilevati	N° Documenti selezionati e utilizzati	Titoli degli articoli
PubMed	“health” OR “healthcare” AND “prison”	114	3	<p>Autori: Watson R., Stimpson A., Hostick T. Prison health care: a review of the literature International Journal of Nursing Studies, 2004, 41: 119-128</p> <p>Autori: Fernandes HL, Alvarenga CW, Loures dos Santos L., Pazin-Filho A The need to improve health care in prisons Rev Saúde Pública 2014;48(2):275-283</p> <p>Autori: Condon L., Hek G., Harris F., Powell J., Kemple T. & Price S. Users' views of prison health services: a qualitative study Journal of Advanced”, Nursing, 2007, 58(3), 216–226</p>
	“healthcare promotion strategies” AND “prison”	30	1	<p>Autori: Bhaumik S, Mathew RJ Health and beyond...strategies for a better India: using the “prison window” to reach disadvantaged groups in primary care Journal of Family Medicine and Primary Care, 2015 : Volume 4 : Issue 3</p>
	“nursing” OR “nurse” AND “prison”	68	5	<p>Autori: Powell J., Harris F., Condon L. & Kemple T. Nursing care of prisoners: staff views and experiences Journal of Advanced Nursing, 2010, 66(6), 1257–1265</p> <p>Autori: Condon L., Hek G., Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence Journal of Clinical Nursing, 2007, 16, 1201-1209</p> <p>Autore: Brodie JS Caring: the essence of correctional nursing Tennessee Nurse(TENN NURSE), Apr-2001, 64 (2):10-2</p>

				<p>Autore: Martínez-Delgado MM. <i>Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario</i> Rev. esp. sanid. Penit., Mar-Giu 2014, 16:11-19</p> <p>Autore: Morral-Parente R. <i>Chronicity and primary care: The role of prison health</i> Rev Esp Sanid Penit 2015; 17: 61-64</p> <p>Autori: Marlow E., PhD, Chesla C and NP, DNSc, RN, FAAN <i>Prison Experiences and the Reintegration of Male Parolees</i> ANS Adv Nurs Sci. 2009 ; 32(2): E17–E29</p> <p>/</p> <p>Autori: Bagnall AM, South J., Hulme C., Woodall J., Vinnall-Collier K., Raine G., Kinsella K., Dixey R., Harris L. and Wright MJ N. <i>A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons</i> BMC Public Health, 2015,15:290</p> <p>Autori: Roux P., Sagaon-Teyssier L., Lions C., Fugon L., Verger P., Carrieri MP <i>HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging approach to establish priority prevention interventions</i> BMJ Open 2014;4:e005694</p> <p>Autori: Draine J., McTighe L., Bourgois P <i>Education, empowerment and community based structural reinforcement: An HIV prevention response to mass incarceration and removal</i> International Journal of Law and Psychiatry, 2011, 34, 295-302</p> <p>Autore: Shelton D. <i>Health Promoting Prisons in the Era of Mass Incarceration in the US</i> Archives of Psychiatric Nursing, 2015-06-01, Volume 29, Issue 3, 194-194</p> <p>Autori: Stem MF, MD, MPH, Greifinger RB, MD, and Mellow J., PhD <i>Patient Safety: Moving the Bar in Prison Health Care Standards</i> Am J Public Health, 2010;100:2103–2110</p>		
			1	1	“nurse/nursing role” AND “prison”	
			1	0	“Nurse” AND “relationship” AND “inmates”	
		60	2		“Education” AND “prison”	
		54	2		“Health” AND “prison” AND “opportunity”	
Cochrane		9	2		“healthcare” OR “health promotion/promoting” AND “prison”	

<p>Google e Google Scholar</p>	<p>Promozione della salute, carcere, infermiere penitenziario, educazione e prevenzione</p>	<p>Vari</p>	<p>2</p>	<p>Autore: Whitehead D. <i>The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing</i> International Journal of Nursing Studies, 2006, 43, 123-131</p>
				<p>Autore: Partel Crotti M. <i>il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità</i> Tempo di Nursing, Collegio IPASVI di Brescia, 2011, 58-59</p> <p>Autore: Ziliani P. <i>Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?</i> Tempo di nursing, Collegio IPASVI di Brescia, 63/2013</p>

Allegato n°2: Risultati della ricerca

N.	ARTICOLO	SCOPO	DISEGNO	CAMPIONE	METODO	RISULTATI	CONCLUSIONI
1	<p><i>Users' views of prison health services: a qualitative study</i></p> <p>Condon L., Hek G., Harris F., Powell J., Kemple T. & Price S.</p>	<p>Lo scopo di questo studio era di esplorare il punto di vista dei detenuti riguardo l'assistenza sanitaria all'interno del setting carcerario. Ciò ha incluso le loro opinioni sui servizi sanitari carcerari, sia curativi che preventivi e anche la loro esperienza con il personale sanitario ha bisogno durante la detenzione.</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>I detenuti partecipanti sono stati scelti intenzionalmente per coprire quattro diverse aree geografiche in Inghilterra, e per includere tutte le categorie di prigionie, e tipi di detenuti (custodia cautelare e condannati detenuti, uomini, donne, giovani delinquenti e giovani)</p>	<p>Sono state effettuate delle interviste semi-strutturate con 111 prigionieri intenzionati a partecipare e sono state selezionate 12 prigionie in Inghilterra nel 2005. Le interviste riguardavano i punti di vista sia dei detenuti riguardo i servizi sanitari e i loro modi di cura per la loro salute in prigionie. Le interviste sono state analizzate per sviluppare un quadro concettuale e per identificare i temi dominanti.</p>	<p>I detenuti hanno preso in considerazione i servizi sanitari come parte di un viaggio personale nella prigionie, che ha avuto inizio in carcere e si è concluso al rilascio. Per coloro che non hanno accesso ai servizi sanitari al di fuori della prigionie, la prigionie ha migliorato l'approccio a entrambi i servizi di salute mentale e fisica. I prigionieri hanno identificato il loro accesso ai servizi, compresi quelli prestati da infermieri, con riservatezza, come se fossero pazienti 'legittimi' e di vivere con una condizione cronica di problemi all'interno del sistema sanitario carcerario. In tutti i punti lungo il viaggio sanitario della prigionie, il regime carcerario potrebbe portare un conflitto con l'assistenza sanitaria ottimale.</p>	<p>La mancanza di autonomia è un grosso ostacolo per assicurare che i bisogni di salute dei detenuti siano pienamente soddisfatti. Le loro opinioni devono essere considerate nel momento di pianificare, organizzare e fornire servizi sanitari carcerari. Sono necessarie ulteriori ricerche per esaminare come gli infermieri possono garantire un percorso regolare attraverso l'assistenza sanitaria per i detenuti</p>
2	<p><i>The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing</i></p> <p>Whitehead Dean</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è quello di esplorare e chiarire la posizione corrente e il possibile futuro dell'assistenza infermieristica in relazione alle attività di promozione della salute all'interno delle carceri. In particolare il ruolo dell'infermiere all'interno del carcere è esaminato confrontandolo con quello delle altre professioni sanitarie.</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>I risultati suggeriscono che i servizi infermieristici all'interno delle carceri sono seriamente trascurati, se non omessi, e tristemente carenti in strutture e risorse.</p>	<p>L'assistenza sanitaria carceraria correlata e le attività di promozione della salute non sono delle funzioni facili da mettere in atto. L'HPP può fornire un'utile piattaforma per iniziare e sostenere questo tipo di attività all'interno del carcere. Le strategie attive di promozione della salute richiedono un impegno consapevole, duraturo e collaborativo da parte di tutta la comunità carceraria e questo deve includere tutte le discipline infermieristiche.</p>

3	<p><i>Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità</i></p> <p>Partel Crotti Moreno</p>	<p>Lo scopo è quello di delineare con un piccolo approfondimento il contesto e le problematiche di una realtà poco conosciuta, che coinvolge, anche se con pochi professionisti, l'intera immagine infermieristica</p>	<p>Articolo di giornale</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>Le condizioni nelle carceri sono critiche e i bisogni di salute richiedono una vera e propria presa in carico dei detenuti. Da un recente studio condotto in Canada si evince che gli infermieri sentono di avere uno scarso controllo sulla loro professione dovuto a ragioni di sicurezza, stress emotivo e carenza di risorse e attrezzature adeguate. Il lavoro in carcere è molto diversificato e richiede agli infermieri di attingere ad una vasta gamma delle loro competenze. Inoltre il carcere è un ambiente in cui è difficile costruire una relazione terapeutica. Un'adeguata sanità penitenziaria</p>	<p>/</p>
4	<p><i>Prison health care: review of the literature</i></p> <p>Watson R., Stimpson A., Hostick T</p>	<p>Lo scopo di questo articolo era quello di identificare dei modelli di assistenza sanitaria carceraria le cui lezioni potessero essere apprese dal sistema carcerario del Regno Unito e dal Sistema Sanitario Nazionale</p>	<p>Revisione sistematica della letteratura</p>	<p>/</p>	<p>Revisione della letteratura tramite l'utilizzo di database elettronici rilevanti all'area specifica di interesse. Sono stati inclusi articoli da fonti di management, di salute, sociali e psicologiche. Sono stati ottenuti rapporti e documenti politici da organizzazioni governative e non-governative. La ricerca è stata limitata dal 1991 al 2002.</p>	<p>Questo articolo non ha scoperto nessun modello applicabile ma ci sono alcuni vitali ingredienti che devono essere considerati: la promozione della salute come concetto unificatore per l'assistenza sanitaria in carcere incorporando la valutazione dei bisogni di salute, screening sanitari all'entrata integrati a protocolli standardizzati e strumenti validati, collaborazione tra SSN e servizi carcerari, Telemedicina, educazione dello staff carcerario, incluso quello sanitario riguardo ai bisogni di salute dei pazienti e lo sviluppo di un modello sanitario carcerario che guardi oltre l'ambiente dell'istituto di pena e quindi alle comunità a cui esso serve. La prigione sta subendo un elemento di riforma in cui c'è un riconoscimento della necessità della promozione della salute in carcere e del ruolo avanzato che riveste l'infermiere nelle cure primarie, questa diventa un'area matura per lo sviluppo sia professionale e sia di ricerca.</p>	<p>/</p>

5	<p><i>Caring: the essence of correctional nursing</i> Brodie JS</p>	/	Articolo di giornale	/	/	<p>Gli infermieri che lavorano nelle strutture di correzione devono accettare che la missione fondamentale è la sicurezza pubblica. Essi adattano al sistema carcerario i loro valori e credenze in modi che riducono il loro ruolo modificando i loro comportamenti. Il carcere può disorientare gli infermieri a causa della carenza di collaborazione, strutture e supporto essenziali alla loro pratica professionale. Inoltre l'essere confinati e il dover in qualche modo mantenere le distanze erode la relazione tra infermiere e paziente che è il centro della pratica infermieristica. Il centro e le fondamenta della pratica infermieristica rimangono l'assistenza e la promozione della salute ma ci sono diversi conflitti nel praticare tutto ciò in un ambiente anti-terapeutico. Nonostante ciò gli infermieri forniscono assistenza ad una popolazione che hanno notevoli bisogni umanitari. Questa popolazione proviene da un background di povertà, hanno enormi bisogni di salute, appaiono tormentati, confusi, depressi, arrabbiati e a volte malevoli. Gli infermieri quindi sono pionieri nel fornire l'assistenza ad una delle meno servite popolazioni in America.</p>	/
6	<p><i>Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?</i> Ziliani P. (IPASVI)</p>	<p>Le domande alle quali la ricerca bibliografica cerca risposte sono le seguenti: - Qual'è il ruolo dell'infermiere che lavora in carcere? - Quale il contributo potenziale e l'efficacia del lavoro</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	/	<p>E' stata fatta una revisione sistematica attraverso la consultazione di database elettronici: Medline, CINAHL e Cochrane library. Sono stati selezionati documenti in lingua inglese e/o in italiano, con restrizione ai full</p>	<p>Le malattie più rappresentate per cui vengono sollecitati interventi preventivi sono : Tubercolosi, HIV, epatiti, sifilide e altre malattie sessualmente trasmissibili. Vi è inoltre una maggiore prevalenza di malattie psichiatriche. A livello nazionale l'immagine che viene data dalla comunità infermieristica è spesso carica di difficoltà. I punti maggiormente discussi sono: esigenza di formazione specifica, difficoltà a stabilire</p>	<p>I risultati della ricerca evidenziano una domanda assistenziale equiparabile tra ambito nazionale e estero, più complessa rispetto la popolazione libera e richiede un'equipe multidisciplinare tra cui si colloca l'infermiere. È necessaria una formazione specifica per i professionisti. Secondo la letteratura c'è stata una vera e propria evoluzione della professione</p>

	<p>un'efficace relazione d'aiuto e i disagi umanitari a volte più che sanitari che risultano difficili da trattare. Il 68% della popolazione detenuta del carcere di Rebibbia ha reputato l'infermiere un "mero esecutore della terapia". In ambito extranazionale sono state intraprese diverse riforme per garantire degli standard assistenziali. Sono stati sviluppati alcuni progetti come l'HIPP. Uno tra i principali pionieri in materia di riforme e provvedimenti è stata l'Inghilterra. Secondo la letteratura questi cambiamenti hanno portato ad uno sviluppo della professione infermieristica, ampliando le proprie competenze. Inoltre è stato dimostrato che la promozione alla salute e il mantenimento delle capacità funzionali aumentano la possibilità di un reinserimento sociale da parte del detenuto.</p>	<p>test e con limite temporale di 5 anni, esteso poi a 10 per la ridotta disponibilità di documenti recenti.</p>	<p>infermieristica in ambito carcerario. Gli esiti del contributo infermieristico si misurano negli ambiti dei programmi di educazione e prevenzione delle malattie infettive e sulla migliore affinità alla valutazione dei bisogni. La ricerca è limitata dalla scarsità di articoli inerenti, specialmente in ambito nazionale. Ciò richiede per il futuro maggiore impegno e attenzione.</p>		
<p>7 <i>Nursing care of prisoners: staff views and experiences</i> Powell J., Harris F., Condon L. & Kemple T.</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è di descrivere i punti di vista e le esperienze degli infermieri e dello staff sanitario in carcere riguardo i loro ruoli e l'assistenza sanitaria fornita ai carcerati</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Sono state selezionate 12 prigioni per coprire quattro diverse aree dell'Inghilterra e catturare tutte le categorie di prigionie. Sono stati intervistati 80 infermieri e altri operatori sanitari come "informatori chiave" in 12 focus-group e sono state condotte 12 interviste con infermieri responsabili. Il reclutamento di infermieri era indirizzato a coloro</p>	<p>È stato condotto uno studio etnografico. Sono state condotte delle interviste individuali. I temi indagati sono stati i pensieri dei partecipanti e le loro esperienze. Le discussioni poi condotte con i gruppi di partecipanti sono state analizzate per identificare le tematiche emergenti.</p>	<p>I partecipanti hanno dato dei resoconti sui processi infermieristici e sulla loro routine giorno per giorno. Hanno visto il loro lavoro come saper identificare e soddisfare i bisogni di salute dei detenuti e mantenere la loro salute. Hanno poi individuato le influenze che hanno plasmato il loro lavoro quotidiano, tra cui i nuovi modelli di cure primarie. Essi hanno descritto come la politica e i cambiamenti organizzativi hanno interessato il loro ruolo, e hanno riconosciuto il conflitto tra il regime di custodia e assistenza sanitaria</p>

8	<p><i>A review of prison health and its implication for primary care nursing in england and wales: the research evidence</i></p> <p>Condon L., Hek G., Harris F.</p>	<p>Lo scopo è di fornire una panoramica sistematica della letteratura che riguardava la politica e pratica sui bisogni primari di assistenza sanitaria dei carcerati dell'Inghilterra e Galles e di indirizzare le implicazioni di questi bisogni di salute agli infermieri che lavorano nelle carceri.</p>	<p>Revisione bibliografica</p>	<p>che erano addeetti all'assistenza primaria ma dove i gruppi erano ridotti o alcuni infermieri si sono rifiutati di partecipare all'intervista sono stati inclusi anche categorie particolari di infermieri come psichiatrici, di salute mentale etc.</p>	<p>La revisione ha esaminato la letteratura dal 1995 fino al 2006 usando tecniche standard di revisione adattate per essere sia sensibile ed inclusiva e con un alto richiamo a causa dell'inesplorata natura dell'assistenza sanitaria primaria nelle carceri.</p>	<p>I risultati sono stati identificati in tre aree principali: i bisogni generali di salute dei prigionieri, la promozione della salute e la gestione delle malattie croniche. In tutte queste aree, i bisogni di salute della popolazione carceraria sono molto maggiori rispetto alla comunità nel complesso, risultando appartenenti ad un'alta richiesta di servizi di primaria assistenza. L'organizzazione carceraria però può militare contro il garantire dei buoni servizi di assistenza sanitaria.</p>	<p>E' stata effettuata molta più ricerca sui bisogni di salute dei carcerati rispetto alla fornitura dei servizi di assistenza infermieristica primaria in carcere. E' necessaria un'ulteriore ricerca riguardo l'assistenza primaria per poter raggiungere i bisogni di salute dei prigionieri.</p>
9	<p><i>Education, empowerment and community based structural reinforcement: An HIV prevention response to mass incarceration and removal</i></p>	<p>/</p>	<p>Articolo di giornale</p>	<p>/</p>	<p>/</p>	<p>Il Philadelphia FIGHT e AIDS Services Organization, hanno sviluppato un'operazione di attivismo ed educazione chiamato TITO, ossia <i>teach inside teach outside</i>. Gli obiettivi di questo intervento è fornire 4 messaggi: Tu puoi vivere una vita sana, I servizi sono disponibili per supportarti, Il lavoro dell'attivista ha introdotto questo intervento, Tu puoi essere un'attivista per te stesso e per la</p>	<p>/</p>

<p>Draine J., McTighe L., Bourgois P</p>					<p>comunità. TITO sostanzialmente è una rete di servizi di supporto che cerca di eliminare i comportamenti a rischio. L'obiettivo è quello di cambiare le percezioni del controllo comportamentale tramite la responsabilizzazione individuale. Le carceri forniscono interventi di prevenzione ma il considerare il carcere come luogo di interazione con la comunità è ancora sottovalutato.. Ritornare nella società è una delle più stressanti transizioni e ciò avviene dopo aver sperimentato la detenzione dove vengono tolti i poteri dell'individuo, la sua libertà, vengono puniti e l'ambiente è volutamente ostile. I servizi di educazione spesso sono limitati e un'alternativa a questo problema è quella di responsabilizzare gli individui stessi che possono portare le loro esperienze positive con lo scopo di aiutare i loro simili proponendo delle strategie. TITO si posiziona come ponte tra il carcere e la comunità. Gli studi che possono riportare l'efficacia di tale modello sono scarsi anche a causa della difficoltà di effettuare studi randomizzati. Ma dai primi studi etnografici sui risultati di questo modello emerge una certa difficoltà nel rendere concreto un modello così teoricamente interessante nelle realtà regolate da principi di sicurezza.</p>	
<p>10 <i>Prison Experiences and the Reintegration of Male Parolees</i> Marlow E., PhD, Chesla C and NP, DNSc, RN, FAAN</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di esaminare l'impatto dell'esperienza carceraria degli ex detenuti sugli sforzi di reinserimento in società</p>	<p>Studio prospettico interpretativo</p>	<p>Il campione è composto da 17 uomini di età compresa tra i 40 e i 65 anni di età, questo perché hanno una più alta possibilità di essere affetti da</p>	<p>Lo studio è stato condotto attraverso la fenomenologia ermeneutica, quindi è stato considerato il contesto di vita dell'ex detenuto, la sua storia e le sue preoccupazioni. E'</p>	<p>Nonostante il carcere abbia portato a delle privazioni, la struttura ha fornito sostegno e sicurezza che non sono presenti nella loro attuale comunità. Questo però dimostra che le competenze e i comportamenti adeguati acquisiti durante la detenzione sono poco adatti alla vita nella società moderna. I risultati</p>	<p>Nonostante lo studio rifletta l'esperienza di persone con patologie croniche e di età media e non può essere generalizzato ai soggetti sani e più giovani, rappresenta comunque le difficoltà che un detenuto incontra nel reintegrarsi nella società. Queste persone sono tenute a cambiare</p>

11	<p><i>Estandarización de los cuidados de enfermería en los ingresados en un centro penitenciario</i></p> <p>Martínez-Delgado MM.</p>	<p>Lo scopo è quello di produrre un processo di assistenza infermieristica standardizzato tra i pazienti di un carcere</p>	<p>Studio osservazionale e descrittivo</p>	<p>Il campione considerato era composta da 30 pazienti del carcere di Soria tra marzo e giugno 2011</p>	<p>patologie o disabilità. Tutti i partecipanti hanno identificato il loro problema di salute. I soggetti sono stati incarcerati per una media di 15 anni e hanno superato le visite di controllo dopo il rilascio. Sono tornati nelle loro comunità da mediamente 5 mesi.</p>	<p>stato condotto un progetto interpretativo prospettico con colloqui individuali. Non è un'analisi quantitativa. Questo lavoro consente l'ascolto e la comprensione delle esperienze dei protagonisti da parte di chi non conosce determinate dinamiche. Se queste "voci" vengono adeguatamente ascoltate da chi è interessato in questo settore può iniziare un cambiamento.</p>	<p>Le informazioni sono state raccolte attraverso una revisione delle cartelle cliniche ed è stata condotta un'intervista sulle valutazioni dell'assistenza infermieristica usando dei modelli funzionali. Le successive diagnosi infermieristiche e i problemi correlati sono stati ottenuti attraverso la tassonomia NANDA.</p>	<p>dimostrano che le persone attualmente rientrate in società devono riaffrontare gli stessi problemi presenti prima della reclusione. Gli ex detenuti quindi devono mettere in atto alcune forme di adattamento che sono state scarsamente affrontate dai sistemi di assistenza sanitaria e dai servizi sociali. Le opportunità, quindi, dei detenuti dopo il rilascio di superare l'esperienza dell'istituzionalizzazione erano limitati dalla scarsa disponibilità di preparazione prima e o dopo il rilascio da parte delle strutture sanitarie e servizi sociali.</p>	<p>radicalmente le loro vite con scarsi supporti anche dai servizi sanitari. Per affrontare in maniera adeguata i problemi dei detenuti, il sistema sanitario carcerario e in particolare gli infermieri professionali, devono cominciare a integrare nelle loro valutazioni e nel trattamento di questi pazienti il coinvolgimento a lungo termine che l'esperienza carceraria ha per loro.</p>
					<p>L'analisi dei dati è stata fatta con gli 11 modelli funzionali di M. Gordon, è stata identificata la diagnosi infermieristica per ogni paziente. Quelle più comuni sono: rischio di intossicazione, eccesso di squilibrio nutrizionale, processi familiari disfunzionali, rischio di infezione, deficit di attività alterazione del modello del sonno e ansia. La frequenza di queste diagnosi suggerisce la necessità di determinate cure che possono essere standardizzate. Vi erano presenti alcune diagnosi più rare ma questo va a sostenere il fatto che le cure devono essere personalizzate per ogni paziente. Queste caratteristiche hanno permesso l'utilizzo dei criteri NIC e NOC. Le problematiche emerse sono: la necessità dell'infermiere di collaborare con altre figure professionali e che spesso egli deve attenersi a ordini precedentemente imposti, protocolli già esistenti.</p>	<p>In conclusione nonostante alcuni problemi presenti nei contesti di correzione quale l'isolamento delle figure professionali, l'inutilizzo/incompletezza delle cartelle cliniche infermieristiche o il fatto che molto spesso l'infermiere debba attenersi a compiti unicamente medici, questo modello proposto potrebbe fornire un gruppo di conoscenze comuni per i professionisti, facilitando il lavoro quotidiano e migliorando la qualità delle cure. Questo lavoro potrebbe essere un punto di partenza per lo sviluppo professionale e per sviluppare piani di cura specifici per questi pazienti.</p>			

12	<p>Health Promoting Prisons in the Era of mass Incarceration in the US</p> <p>Shelton D.</p>	/	Articolo di giornale	/	/	<p>Gli effetti dell'incarcerazione sono ben noti. Il 75% dei detenuti rilasciati, vengono reincarcerati entro 5 anni. Dati gli altri tassi di incarcerazioni negli Stati Uniti, perché quest'ultimi non sono leader nell'<i>Health Promoting Prisons</i>?</p> <p>L'impegno sociale e sanitario richiesto va in conflitto con la missione della sicurezza pubblica. Un approccio basato sulla promozione della salute che mira a eliminare le disuguaglianze sanitarie, ha come premessa il fatto che la salute sia vissuta dalle persone come parte della loro vita quotidiana. Applicato alla prigione, questo approccio olistico può correre il rischio di essere deteriorato da fattori organizzativi e ambientali.</p> <p>Paradossalmente gli istituti preposti al privare della libertà e dei poteri sulla propria vita di alcuni individui sono gli stessi che hanno il compito di assisterli affinché possano riprendere il controllo delle loro vite al momento del rilascio. Gli infermieri possono influenzare i modelli di assistenza utilizzati nelle carceri e possono contribuire con successo alla transizione che porta alla reintegrazione in società dei detenuti.</p>	/
13	<p>Patient Safety: Moving the Bar in Prison Health Care Standards</p> <p>Stern MF, MD, MPH, Greifinger RB, MD, and Mellow J., PhD</p>	/	Revisione della letteratura	I partecipanti sono stati selezionati in base alla loro esperienza riguardo i temi della visione d'insieme sull'assistenza sanitaria negli istituti di detenzione. Sono stati selezionati diversi esperti nazionali (30 totali,	Sono stati organizzati 4 incontri nel 2006 e 2007 al John Jay College di New York per discutere lo sviluppo di strumenti per migliorare la qualità della salute penitenziaria. Il primo simposio ha affrontato il tema della sicurezza del paziente negli ambienti di correzione, sono stati	<p>Il processo ha raccolto un discreto consenso tra i partecipanti nella creazione di standard specifici riguardo la sicurezza del paziente. Sono stati utilizzati gli evidence-based standards già in uso nella comunità. Le norme finali sono state scelte tra quelle proposte da un gruppo rappresentativo di esperti in materia. Sono stati sviluppati 47 standard per l'immediato e 13 norme per la successiva applicazione. Alcune norme erano state promulgate da organizzazioni rispettate</p>	<p>L'intenzione è di stimolare un dialogo costruttivo tra l'assistenza sanitaria e i professionisti che lavorano nell'ambito di custodia per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria per gli adulti detenuti. Questo lavoro è stato sviluppato con la speranza che NCCHC, APA o APHA possano prendere in considerazione questi standard come possibili integrazioni alle norme vigenti.</p>

				19 uomini, 11 donne) di cui 14 erano dirigenti che hanno lavorato in servizi sanitari penitenziari, 7 direttori sanitari impegnati nel settore pubblico, 4 consulenti sanitari, 3 ricercatori accademici e 2 avvocati attivi nella difesa del detenuto.	analizzati i dati ricavati in letteratura.	come OMS, NCCHC, ACA e APHA e sono già in uso. Nonostante siano stati proposti nuovi standard, alcuni erano simili a quelli attualmente in uso e in quest'ultimo caso la proposta è stata quella sottolineare la necessità di miglioramento di tali norme. Questo focus mirava a garantire che i bisogni di salute dei detenuti fossero soddisfatti.	
14	<i>A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons</i> Bagnall AM, South J., Hulme C., Woodall J., Vinall-Collier K., Raine G., Kinsella K., Dixey R., Harris L. and Wright MJ N.	Lo scopo di questa ricerca era rispondere alla seguente domanda: Qual è l'efficacia e il rapporto costo-efficacia degli interventi alla pari per mantenere e migliorare lo stato di salute nelle carceri e negli istituti di detenzione minorili?	Valutazioni qualitative, quantitative a metodo misto	Sono stati presi come campione tutti i detenuti adulti che risiedono in carcere e i ragazzi negli YOI (Young Offender Institutions), di tutte le età, in ogni paese e entrambi i sessi.	Sono stati utilizzati metodi misti di revisione sistematica sull'efficacia e sul costo-efficacia, è stata inclusa una sintesi qualitativa e quantitativa. Oltre alle ricerche in letteratura e nei siti web, sono stati utilizzati 19 database elettronici dal 1985 al 2012.	Sono stati inclusi 57 studi nella revisione sull'efficacia e uno studio sulla revisione costo-efficacia; la maggior parte erano di scarsa qualità metodologica. L'evidenza suggerisce che gli interventi di educazione alla pari sono efficaci nel ridurre i comportamenti rischiosi, e che i servizi di sostegno tra pari sono accettabili all'interno dell'ambiente carcerario e hanno un effetto positivo sui destinatari, sia praticamente che emotivamente. L'evidenza di molti, prevalentemente qualitativa, ha suggerito che il servizio alla pari è associato ad effetti positivi. C'era poca evidenza sul costo-efficacia di interventi base alla pari .	C'è una consistente evidenza da diversi studi che associano l'essere un lavoratore alla pari ad un migliore stato di salute. I servizi di supporto paritari sono inoltre una fonte accettabile di aiuto all'interno dell'ambiente carcerario e possono avere un effetto positivo sui destinatari. La ricerca riguardante il costo-efficacia invece è scarsa.
15	<i>Chronicity and primary care: The role of prison health</i> Morral R., Parente	/	Articolo di giornale	/	/	I programmi di prevenzione sono fondamentali nelle carceri per diversi motivi. Per alcuni detenuti questi programmi sono il primo contatto con i servizi medici e in secondo luogo alcuni stili di vita comportano patologie che in carcere sono più frequenti e necessitano di diagnosi precoce e infine la promozione della salute è fondamentale e interessa le condizioni e abitudini igienico sanitarie. E'	/

16	<p><i>Health and beyond...strategies for a better India: using the "prison window" to reach disadvantaged groups in primary care</i></p> <p>Bhaumik S., Mathew RJ</p>	/	Articolo di giornale	/	/	<p>altresi importante garantire una continuit� e un monitoraggio dopo il rilascio.. Nel 2011 il Dipartimento della salute ha definito il "Piano salute 2011-2015" che sottolinea il ruolo rilevante dell'assistenza primaria nella prevenzione, individualizzazione, controllo e monitoraggio della cronicit�. Sono quindi fondamentali: le guide di pratica clinica, guide di prescrizione terapeutica, protocolli comuni, strumenti finalizzati a migliorare la sicurezza e qualit�. Infine la chiave � la condivisione di un modello unico di cura che comprenda misure di prevenzione, monitoraggio promozione della salute e un sistema d'informazione comune tra i servizi sanitari.</p>	/
		/		/	/	<p>Gli individui attualmente detenuti nelle carceri parte della comunit�. Molti detenuti appartengono a gruppi svantaggiati della societ� che non hanno possibilit� di accesso ai servizi di assistenza primaria. L'uso del carcere come "finestra" per accedere a gruppi emarginati � una chiave strategica per la salute di tutti. I detenuti possono essere potenzialmente riabilitati come un'opportunit� per coloro che lavorano nell'assistenza primaria della comunit� e per poter raggiungere dei gruppi di individui che fino ad ora difficile da raggiungere e poter cos� rispondere ai loro bisogni di salute. � necessario un cambiamento di mentalit� in modo che la salute nelle carceri venga trattata come un investimento per la salute pubblica e non solamente una questione di diritti umani. � necessaria una collaborazione tra operatori sanitari. La salute in carcere � la chiave per il controllo delle malattie.</p>	

17	<p>HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging priority approach to establish priority interventions</p> <p>Roux P., Sagaon-Teyssier L., Lions C., Fugon L., Verger P., Carrieri MP</p>	<p>Lo scopo era quello di confrontare i modelli dei fattori di rischio per l'HCV dei detenuti e della popolazione in generale.</p>	<p>Studio a sezione trasversale</p>	<p>I dati sono stati raccolti in 26 centri di diagnosi e prevenzione dell'HIV/HCV tra il 2004 e il 2010, 3 di questi centri erano situati nei centri di detenzione. In carcere, gli individui disposti ad essere testati per l'HIV/HCV hanno avuto accesso ad 1 dei 3 centri per HIV/HCV secondo lo stesso protocollo della popolazione generale. In tutti i 26 centri i test sierologici venivano proposti ai clienti che presentavano almeno un fattore di rischio o a seguito della richiesta del cliente stesso. E' stato eseguito ELISA test.</p>	<p>E' stato utilizzato un "propensity score method" per garantire che la popolazione generale e quella carcerata potessero essere confrontate, e un multi-modello per poter stimare il grado (forte, debole e nessuno) di associazione di una serie di fattori specifici per ogni gruppo con la seropositività da HCV.</p>	<p>Tra i 52 082 partecipanti, la prevalenza dell'infezione da HCV era dell'1,5% e del 5,2% rispettivamente nella popolazione generale (N = 46 125) e nei detenuti (n = 5957). In entrambe le popolazioni, l'iniezione di droga senza sniffare e l'iniezione di droga sniffando erano fortemente associate a seropositività da HCV. Da diversi studi è stato dimostrato che chi faceva uso iniettivo di droghe era 24 volte più soggetto a HCV rispetto coloro che non facevano uso iniettivo di droghe. Invece lo scambio di oggetti da toilette e l'esecuzione di tatuaggi erano debolmente correlati.</p>	<p>Il modello di fattori di rischio associato alla seropositività da HCV è differente tra la popolazione generale e quella carceraria, infatti in quest'ultimo gruppo l'iniezione e lo "sniffaggio" di droghe era più prevalente. L'accesso alle misure di prevenzione nelle carceri non è solo un problema di salute pubblica ma è anche un diritto umano per i detenuti che meritano equità di cure e prevenzione.</p>
18	<p>The need to improve health care in prisons</p> <p>Fernandes LH, Alvarenga CW, Loures dos Santos L, Pazin-Filho A</p>	<p>Lo scopo è di analizzare la struttura fisica, le condizioni di lavoro dei professionisti sanitari e il contorno delle procedure stabilite nelle carceri.</p>	<p>Studio ecologico</p>	<p>Sono stati analizzati 34 centri di detenzione provvisoria, 69 di sesso maschile e 6 unità femminili nello stato di San Paolo a sud del Brasile nel 2009.</p>	<p>E' stato utilizzato uno strumento auto-applicativo per raccogliere dati quantitativi sulle caratteristiche della struttura sanitaria, delle attrezzature e del personale che lavora nelle carceri. Sono stati utilizzati l'analisi della</p>	<p>I problemi principali sono stati i ritardi nei risultati dei test di laboratorio e di diagnostica per immagini. Per quanto riguarda i gruppi, è emerso che la maggior parte si trovava in condizioni simili a quelle proposte dalla Bipartite Commission del 2013, senza riflettere nessun miglioramento negli indicatori. Per quanto riguarda il processo, oltre il 60% delle carceri situate in piccole città non ha le condizioni strutturali adatte a garantire</p>	<p>Questo profilo delle prigioni in questo paese può essere utilizzato per la pianificazione e il monitoraggio delle azioni future e per il miglioramento continuo dei processi di assistenza.</p>

				<p>varianza o test equivalenti non parametrici e i test di Chi-square o di Fisher per confrontare le variabili categoriche e continue, rispettivamente, tra i gruppi.</p>	<p>un'assistenza secondaria e terziaria adeguata a garantire una continuità delle cure.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

