

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

“Non devono morire”

**SUICIDI DIETRO ALLE SBARRE: IL RUOLO
DELL'INFERMIERE NEGLI ISTITUTI
PENITENZIARI**

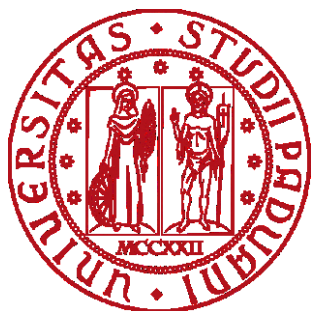
Relatore: Prof.ssa Miozzo Monica

Correlatore: Dott. Dal Corso Sergio

Laureanda: Parolari Alessia

(matricola n.: 2048969)

Anno Accademico 2023 – 2024



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

“Non devono morire”

**SUICIDI DIETRO ALLE SBARRE: IL RUOLO
DELL'INFERMIERE NEGLI ISTITUTI
PENITENZIARI**

Relatore: Prof.ssa Miozzo Monica

Correlatore: Dott. Dal Corso Sergio

Laureanda: Parolari Alessia

(matricola n.: 2048969)

Anno Accademico 2023 – 2024

ABSTRACT

Background

Il suicidio nelle carceri è un'emergenza globale, particolarmente preoccupante in Italia e nella Regione Veneto. Fattori come il sovraffollamento, le condizioni igieniche inadeguate e la carenza di personale sanitario contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità dei detenuti, compromettendo il loro benessere psicofisico, con un impatto significativo sulla salute mentale.

Obiettivi

La tesi si propone di esplorare in modo approfondito il ruolo dell'infermiere penitenziario, concentrandosi in particolare sulla prevenzione dei suicidi. Inoltre, mira a riflettere sulle attuali condizioni carcerarie in Italia, evidenziando le problematiche che influenzano il benessere dei detenuti.

Metodi

La ricerca è stata condotta attraverso una revisione sistematica della letteratura, utilizzando parole chiave specifiche e criteri di ricerca ben definiti, avvalendosi di motori di ricerca quali *Google* e *Google Scholar*. Inoltre, la ricerca è stata integrata con l'analisi di strumenti di *governance* clinica a livello nazionale e internazionale, con un *focus* particolare sui protocolli per la valutazione del rischio suicidario, nonché sulla prevenzione e gestione degli atti autolesionistici e suicidari.

Risultati

Sono state analizzate le competenze tecniche, relazionali ed educative dell'infermiere penitenziario, evidenziando il suo contributo essenziale alla tutela del benessere psicofisico dei detenuti e alla riduzione del rischio suicidario. È stata inoltre messa in luce l'importanza di un approccio olistico da parte dell'infermiere, insieme alla necessità di una stretta collaborazione con tutto il personale sanitario penitenziario.

Conclusioni

La tesi evidenzia l'importanza di una formazione specifica per gli infermieri che operano nel contesto penitenziario, suggerendo l'introduzione di percorsi formativi aggiuntivi sia nei corsi di laurea in infermieristica sia durante il processo di inserimento lavorativo. Questi percorsi formativi consentirebbero di rispondere in modo più efficace ai bisogni di salute dei detenuti, con particolare attenzione alla

salute mentale. Inoltre, la tesi propone l'adozione di scale specialistiche attualmente utilizzate all'estero e già sperimentate nella Regione Toscana, per favorire uno *screening* iniziale e continuo del rischio suicidario. In conclusione, la revisione della letteratura dimostra che il rafforzamento del ruolo dell'infermiere penitenziario è cruciale per ridurre il tasso di suicidi nelle carceri e per migliorare, attraverso interventi mirati, le condizioni di vita dei detenuti.

Key words: *prison, suicide, health, nurse.*

Parole chiave: carcere, suicidio, salute, infermiere.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA	pag. 5
1.1 Il contesto carcerario	pag. 5
1.1.1 <i>Struttura ed evoluzione del diritto penitenziario</i>	pag. 5
1.1.2 <i>Il diritto alla salute</i>	pag. 9
1.1.3 <i>Principali problemi dell'ambiente carcerario</i>	pag. 15
1.2 Salute mentale: autolesionismo e suicidio in carcere	pag. 19
1.2.1 <i>Definizione e tipologie</i>	pag. 19
1.2.2 <i>Prevalenza e statistiche</i>	pag. 20
1.2.3 <i>Cause e fattori di rischio</i>	pag. 23
1.3 Il ruolo dell'infermiere in carcere.....	pag. 26
2. MATERIALE E METODI.....	pag. 35
2.1 Obiettivi della revisione	pag. 33
2.2 Quesiti di ricerca	pag. 33
2.3 PIO.....	pag. 33
2.4 Fonti dei dati.....	pag. 34
2.5 Parole chiave	pag. 34
2.6 Stringhe di ricerca	pag. 34
2.7 Criteri di selezione del materiale.....	pag. 35
3. RISULTATI DELLA RICERCA	pag. 37
3.1 L'infermiere penitenziario come figura di supporto umano ed educatore sanitario	pag. 37
3.2 La valutazione del rischio suicidario	pag. 39
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag. 45
4.1 Indicazioni per la ricerca futura.....	pag. 45
4.2 Limiti dello studio	pag. 45
4.3 Implicazioni per la pratica	pag. 45
4.4 Conclusioni finali	pag. 48
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 51
SITOGRAFIA	pag. 51

INTRODUZIONE

Il crescente fenomeno dei suicidi nelle carceri, sia in Italia che a livello internazionale evidenzia le gravi carenze dei sistemi penitenziari nel tutelare il benessere psicofisico dei detenuti poiché aggravate da sovraffollamento, mancanza di risorse e insufficiente supporto psicologico, riflettendo una crisi più ampia legata ai diritti umani e alla gestione delle condizioni di detenzione.

La rilevanza di questo fenomeno viene definito come una vera e propria “Emergenza Umanitaria” da Samuele Ciambriello, portavoce dei garanti territoriali delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale¹ e da Sergio Mattarella con le seguenti parole: “E' importante ed indispensabile affrontare il problema immediatamente e con urgenza. Tutto questo va fatto per rispetto dei valori della nostra Costituzione, per rispetto di chi negli istituti carcerari è detenuto e per chi vi lavora”².

Il sistema penitenziario, in particolare della Regione del Veneto, viene definito da Corradini Anna Maria, autrice del libro “Mille ore in carcere”, nonché filosofa che, dopo aver lavorato in molte carceri del Triveneto, descrive queste ultime come: “un albergo di paura. Tutti hanno paura dell’altro, e hanno paura di fare vedere la propria paura” e dove i ristretti e dipendenti si sentono “invisibili” per lo Stato e per l’opinione pubblica. Esprimendo la sua sospirata scelta di accedere al sistema penitenziario in quanto: “non me la sentivo di avvicinarmi a quello che consideravo il mondo in cui è chiuso il “male”. Perché il male fa male, è contagioso e fa soffrire! Si cerca di nascondere...si vorrebbe evitare il contatto con il male, con la malattia, con la sofferenza”.

¹ Gentile, G. (2024, Luglio 18). *Ciambriello: “Carceri al collasso, è un'emergenza umanitaria”*. Tratto da Cronache della Campania: <https://www.cronachedellacampania.it/2024/07/ciambriello-carceri-emergenza/>

² La redazione Politica. (2024, Marzo 18). *Carceri, Mattarella rinnova il suo appello: “Servono interventi urgenti contro i suicidi in cella”*. Tratto da la Repubblica: https://www.repubblica.it/politica/2024/03/18/news/mattarella_suicidi_carcere_polizia_penitenziaria-422332693/

Inoltre, in questo libro si raccolgono testimonianze di alcuni ristretti come la seguente rilasciata da un detenuto che, dopo qualche giorno, ha tentato il suicidio, paragonando la detenzione nelle carceri italiane a “un frigorifero...che isola dal prima, senza però prepararla al dopo. La congela”³.

Ispirandomi alla lettura di questo libro e considerando l'importanza cruciale del tema, ho deciso di sviluppare questo elaborato, concentrandomi in particolare sull'attuale contesto carcerario italiano, dove l'attenzione alla salute mentale sta assumendo un ruolo sempre più rilevante.

Gli infermieri, grazie alla loro formazione e alla loro presenza costante, sono in una posizione unica per identificare i segnali di rischio e intervenire tempestivamente.

Questo lavoro esplora le strategie e le pratiche che sono e che potrebbero essere applicate dagli infermieri per prevenire il suicidio tra i detenuti, evidenziando l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare. La rilevanza di questo tema è accentuata dalle recenti statistiche che mostrano un aumento dei tentativi di suicidio nelle carceri, rendendo indispensabile un intervento efficace e mirato.

³ Corradini, A. M. (2020). *Mille ore in carcere*. Diogene Multimedia.

1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Il contesto carcerario

La parola “carcere” deriva dal latino *carcaer-eris* che significa “recinto” o “sbarre del circo”. Questo termine, nel I millennio avanti Cristo (a. C.), indicava il luogo dal quale i carri uscivano per disputare le gare. In un secondo tempo, il termine assunse una nuova connotazione, indicando la locazione di prigionia. Attualmente, quest’ultima è definita come un luogo chiuso con lo scopo di sanzionare penalmente, mediante il diritto penitenziario, gli individui che hanno commesso un reato, privando loro della libertà personale⁴.

1.1.1 Struttura ed evoluzione del diritto penitenziario

In passato, la sua principale funzione era quella di detenere il *reo* che, nell’Antica Roma, indicava colui che era in attesa della pena prevista per il suo crimine. Nel sistema punitivo romano, le pene erano principalmente di tipo pecuniario (confisca di una parte o di tutti i beni) e corporali (dalla fustigazione alla morte). Il carcere serviva da contenimento per il *reo*, ma non come misura coercitiva. Anche nella società feudale, la prigionia rimase un passaggio temporaneo per i colpevoli in attesa dell’applicazione della “pena del Signore”, unico tribunale dell’epoca⁵.

Questo processo di evoluzione del penitenziario proseguì e nella metà del XVIII secolo si attribuì alla reclusione, strumento sanzionatorio principale, la “privazione della libertà personale”. Tale teoria fu promossa da Cesare Beccaria in Italia e da *John Howard* in Inghilterra, i quali diedero vita ad una riforma in materia penitenziaria, favorendo:

⁴ Vinci, C. (2011-2012). L’Assistenza infermieristica al paziente ristretto portatore di patologia infettiva: aspetti etici, relazionali, educazionali e clinici. *Tesi di laurea in infermieristica*. Università degli studi di Milano.

⁵ Mosca, A. (2020, Giugno 9). *Il carcere: breve excursus storico e la evoluzione in Italia*.

Tratto da State of mind: <https://www.stateofmind.it/2020/06/storia-carcere-italia/>

- l'Umanizzazione della pena con la conseguente diversificazione della sanzione in base al crimine commesso e indipendentemente dall'arbitrio del giudice;
- l'utilizzo della pena non come unico scopo di crudeltà, ma come mezzo di prevenzione e sicurezza sociale.

Queste innovazioni incoraggiarono la costruzione delle prime *workhouse* o *house of correction* in Inghilterra, ovvero luoghi in cui i detenuti venivano rieducati, invece di essere sottoposti alle comuni sanzioni dell'epoca. Passando da un'idea di carcere barbara e antiquata a una più umana e organizzata volta a modificare la personalità del criminale, alla base di convinzioni religiose e principi illuministi.

Nel 1786, il Granduca Pietro Leopoldo di Toscana emanò la "Riforma della legislazione criminale" o "Codice Leopoldino", documento che abolì tutte le pene corporali, compresa la pena di morte, e stabilì che il reato doveva essere correttamente documentato e determinato dalla violazione delle norme stabilite.

Nello stesso anno, in America, si realizzò il primo vero e proprio carcere, *Walnut Street*: si trattò di una struttura in grado di separare i detenuti definitivi dal mondo esterno. Il carcere si basava sull'isolamento continuo dei reclusi e l'obbligo del silenzio raggiungibile esclusivamente mediante la meditazione e la preghiera, unico strumento per ricongiungersi con Dio. Tale metodo di introspezione, secondo gli studiosi dell'epoca, si trattava del mezzo migliore per raggiungere il ravvedimento.

Il carcere di *Philadelphia* portò a delle conseguenze devastanti: a seguito delle condizioni igieniche scarse, dell'assenza di sistemi di areazione e della mancata attività relazionale, la maggior parte dei detenuti fu condotta alla follia e al suicidio. Pertanto, dopo numerosi anni, vennero apportate delle modifiche che incoraggiarono la costruzione del sistema penitenziario di *Auburn* nel quale i detenuti erano soggetti all'isolamento notturno e alla condivisione di uno spazio comune durante il lavoro diurno.

Intanto, in Europa, nel 1787 Giuseppe II d'Austria adottò un codice penale (c.p.), "Codice Penale Giuseppino" e nel 1788 promulgò il codice di procedura penale (c.p.p.) ispirato agli ideali illuministi abolendo le torture, limitando la pena di morte e garantendo l'uguaglianza nel popolo asburgico.

Agli inizi del XIX secolo, in Italia venne fondata la “Scienza delle Prigioni”, istituzione avente lo scopo di individuare la corretta finalità della sanzione penale in un duplice aspetto:

- disciplinare, mediante l’isolamento dalla società;
- architettonico, attraverso il modello *Panopticon* progettato da *Jeremy Bentham* che letteralmente significa “occhio che tutto vede”, permettendo al sorvegliante una visione totale, a 360°, su tutta la struttura e privando i detenuti della possibilità di comprendere l’esatta direzione dello sguardo del vigilante. L’architettura si basa su una struttura circolare multipiano in cui le celle sono disposte a raggiera.

Durante il corso del secolo, sorsero le basi in materia penalistica dalla quale derivano gli attuali ideali della funzione di pena:

- scuola classica, la pena è direttamente proporzionale alla gravità del reato commesso e imposto al detenuto, in grado di intendere e volere. La pena deve essere per il *reo* un atto coercitivo, oppressivo ed individuale;
- scuola correzionalista, dalla quale nasce la prima idea di funzione educativa della pena. Tale concetto si ritrova tuttora nel comma (c.) 3 dell’articolo (art.) 27 della Costituzione Italiana che sancisce: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”. Lo scopo della condanna deve, infatti, puntare alla reintegrazione sociale e non solo castigare;
- scuola positiva, con maggior esponente Cesare Lombroso, enuncia che il detenuto prima di essere tale è un essere umano non dotato di libero arbitrio e incapace di ribellarsi al male, commettendo il reato. Secondo questa scuola penalistica l’individuo è obbligato a delinquere in quanto influenzato dal contesto sociale di provenienza.

Da questi principi nasce il concetto di pericolosità sociale che trova spazio nel nostro c.p. ai sensi dell’art. 203, in cui una persona socialmente pericolosa o internata, è definita come tale: “quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge del reato”⁴.

Oggi, secondo il diritto penitenziario, la detenzione priva e limita la libertà personale del carcerato mantenendone tutti gli altri diritti, in accordo con quanto enuncia e

garantisce l'art. 2 della Costituzione Italiana: “i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove svolge la sua personalità”⁶.

La Costituzione Italiana con l'art. 27, come riportato precedentemente, afferma e riconosce i fondamentali principi di umanità attribuendo alla pena una funzione rieducativa e punitivo - retributiva con lo scopo di ripristinare la legalità violata e di punire il condannato in quanto colpevole a seguito della sua illecita condotta.

Il decreto legislativo (d.lgs.) del 2 ottobre 2018, n.124 conserva il detenuto in una posizione centrale della pena, tenendo conto delle sue condizioni specifiche. Il condannato, in quanto essere umano, è titolare di tutti i diritti che non siano strettamente legati alla limitazione della libertà personale prevedendo:

- il divieto di discriminazione;
- l'incentivazione di attività che sensibilizzino il detenuto, favorendone il reinserimento sociale;
- recenti norme in grado di regolamentare l'alimentazione, la permanenza all'aperto, le attività di lavoro, l'istruzione e l'intervallo;
- il ribadire del principio di territorialità della pena (destinazione ad istituti vicini alla famiglia);
- la creazione di settori, garantendo e preservando il rapporto tra madre-figlio senza modificarne la pena;
- l'inserimento della formazione professionale tra i principi fondamentali alla rieducazione, al lavoro e all'adesione a progetti di pubblica utilità;
- norme per gestire i colloqui con l'esterno:
- il diritto all'informazione, mediante l'utilizzo di nuovi strumenti di comunicazione;
- la rappresentazione di detenuti e internati, in entrambi i sessi.

Secondo le normative in materia penitenziaria e l'esecuzione delle misure privatiste e limitative della libertà, in particolare l'art. 1 della legge (l.) 354/1975, si evidenzia che all'interno del contesto carcerario vi deve essere “un trattamento rieducativo, che tenda anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale”.

⁶ Ministero della Giustizia. (2018, Novembre 9). *Diritti dei detenuti*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page

Inoltre, secondo il c. 2 dell'art. 1, Regolamento di Esecuzione nel decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.) 230/2000, l'istituto penitenziario incentiva "un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale".

In aggiunta all'Ordinamento italiano, vi sono le Regole minime europee in materia penitenziaria. Esse vennero enunciate nel 1987 con la funzione di "assicurare delle condizioni umane di detenzione e un trattamento positivo" e furono riformulate con la Raccomandazione R (2006) 2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

Infine, secondo l'art. 15 dell'Ordinamento Penitenziario, l'istituto penitenziario assicura al condannato e all'internato "ai fini del trattamento rieducativo...il lavoro". Questo è garantito avvalendosi, secondo le richieste dei detenuti e purché non in contrasto con la scelta giuridica, di "elementi del trattamento" quali "progetti di pubblica utilità, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno e i rapporti con la famiglia"⁷.

1.1.2 Il diritto alla salute

A partire dal d.lgs. redatto il 2 ottobre 2018, n. 123 si attesta il ruolo centrale svolto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella tutela del diritto alla salute all'interno delle carceri svolgendo, al momento dell'ingresso del detenuto, una visita medica e garantendo durante la detenzione prestazioni provvidenziali e continuità assistenziale.

L'art. 11 della l. 354/1975 dell'Ordinamento penitenziario con le successive modifiche:

- ribadisce l'uguaglianza tra i detenuti e i cittadini "liberi" in quanto entrambi si avvalgono in egual modo del diritto alla salute. I carcerati hanno quindi diritto "all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e

⁷ Ministero della Giustizia. (2020, Gennaio 16). *Carcere*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/in_carcere

riabilitazione, efficaci, tempestive ed appropriate”. L’assistenza sanitaria è garantita dai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) determinati dal Piano Sanitario Nazionale (in attuazione del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230);

- assegna al giudice la competenza nel determinare la scelta di eventuali trasferimenti in strutture sanitarie esterne o nel concedere visite a proprie spese erogate da professionisti di fiducia;
- dispone l’obbligatorietà della visita medica del detenuto al momento dell’ingresso, nonché l’obbligo, da parte del medico penitenziario, di annotare “ogni informazione relativa a segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e, fermo l’obbligo di referto, ne dà comunicazione al direttore dell’istituto e al magistrato di sorveglianza”;
- garantisce la continuità assistenziale anche ai detenuti soggetti al trasferimento in altre strutture.

L’assistenza sanitaria carceraria, inoltre, ha l’obbligo di:

- rispettare i bisogni di salute del detenuto, anche mediante l’erogazione di servizi di prevenzione;
- istituire, in base alle condizioni cliniche e giuridiche dell’assistito, visite quotidiane ai detenuti ammalati;
- garantire il suo funzionamento senza limite di giorno e di orario.

Il diritto alla salute, intesa come “equilibrio psico-fisico dinamico con il contesto sociale in cui la persona vive”, secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è inviolabile ed un diritto di ogni persona indipendentemente dalla condizione di libertà o detenzione, come sancito dalla Costituzione all’art. 32: "La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

La sanità penitenziaria prevede:

- il trasferimento in ospedali civili o in altre strutture specializzate nel caso in cui i detenuti necessitino di cure o accertamenti diagnostici non effettuabili in istituto penitenziario;
- la collaborazione dell’amministrazione penitenziaria con i pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri, d’intesa con la regione e secondo gli

indirizzi del Ministero della Sanità e del Ministero della Giustizia. Secondo l'art. 11 dell'Ordinamento penitenziario, l'Azienda Sanitaria dispone della funzione di “accertare, anche in base alle segnalazioni ricevute, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e le condizioni igieniche e sanitarie degli istituti”.

La tutela del diritto alla salute dei detenuti, anche dopo l'istituzione del SSN, è rimasta di competenza del Ministero della Giustizia, un'istituzione in grado di garantire una specialità legittima dell'assistenza sanitaria in carcere tenendo conto delle richieste di sicurezza. Tale trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali riguardanti la sanità penitenziaria è stata introdotta dall'art. 5 della l. 419/1998.

Il SSN svolse le funzioni sanitarie attinenti alla tossicodipendenza dal 1 gennaio del 2000 a seguito del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, mentre le altre furono sperimentate in alcune Regioni⁶.

In seguito, con l'atto 81/Conferenza Unificata (CU) del 31 luglio del 2008 nell'ambito della CU per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, si definì il passaggio oggettivo della sanità penitenziaria alle Regioni, secondo il Tavolo di consultazione permanente previsto nell'Allegato A al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) del 1 aprile 2008, favorendo nello specifico:

- allo Stato il ruolo di definire i LEA in modo uniforme in tutto il territorio italiano e di vigilare sulla corretta erogazione di essi da parte delle Regioni;
- alle Regioni a statuto ordinario l'incarico di pianificare e amministrare, in totale autonomia, le funzioni sanitarie finalizzate a garantire i LEA mediante le aziende ULSS all'interno degli istituti penitenziari di riferimento e garantendo, pertanto, questi ai detenuti trasferiti a decorrere dal 14 giugno 2008;

- all'amministrazione penitenziaria, la funzione di gestire il personale sanitario nelle Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Sicilia)⁶⁻⁸.

In particolare, il servizio sanitario Veneto garantisce i LEA in tutto il territorio regionale attraverso l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene pubblica e la prevenzione⁹.

Nella Regione Veneto sono, infatti, presenti 9 istituti di pena per adulti di cui:

- 7 Case Circondariali (Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza) che ospitano i detenuti in attesa di giudizio e i condannati definitivi con pene inferiori a cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni);
- 2 Case di Reclusione per l'espiazione delle pene superiori ai 5 anni (Padova e Casa di reclusione femminile di Venezia)¹⁰.

Inoltre, è presente a Treviso uno dei 17 Istituti Penali per Minorenni (IPM) situati in Italia in cui si assicura, secondo l'autorità giudiziaria, la custodia cautelare o l'espiazione di pena in caso sia stato commesso il reato prima del compimento della maggiore età¹¹.

⁸ Ministero della Salute. (2019, Gennaio 30). *LEA, Regioni e Province autonome*. Tratto da Servizio sanitario nazionale: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=4694&area=Lea&menu=leaEssn> LEA:

⁹ Regione del Veneto. (2022, Ottobre 12). *Sanità penitenziaria*. Tratto da Sanità: <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sanita-penitenziari>

¹⁰ Regione del Veneto. (2013, Dicembre 6). *Amministrazione Penitenziaria - Istituti penitenziari*. Tratto da Sociale: https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=cc8323dd-4fd6-46a8-b69e-2780788581ee&groupId=10797

¹¹ Ministero della Giustizia. (2023, Giugno 20). *Istituti penali per minorenni (IPM)*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/termine_del_glossario?contentId=GLO938349

Il Ministero della Giustizia fornisce istruzioni per la progettazione di proposte e interventi relativi al tema penitenziario, mediante il Comitato Nazionale di Bioetica e la Commissione di studio istituita nell'agosto 2013⁶.

L'amministrazione penitenziaria, parte organica incardinata nel Ministero della Giustizia, presenta come struttura principale il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Esso secondo l'art. 30 della l. 395/1990:

- attua il regime dell'ordine e della sicurezza negli istituti penitenziari, tutelando il diritto alla salute dei detenuti e degli internati in tutto il territorio nazionale, garantendone l'uniformità;
- svolge il coordinamento tecnico operativo, direzionale ed amministrativo del personale e dei supporti tecnici.

Il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria è, attualmente, costituito da una sede centrale a Roma e da 11 strutture territoriali amministrative periferiche e intermedie dette Provveditorati regionali aventi sede nei capoluoghi regionali e, in particolare, nel territorio Veneto, a Padova¹².

L'amministrazione penitenziaria interviene sia sul personale amministrativo, sia sul personale di polizia penitenziaria, ed è strutturata in cinque settori: pedagogica, di sicurezza, sanitaria, amministrativo-contabile e di segreteria.

L'art. 80 dell'Ordinamento penitenziario, l. 26 luglio 1975, n. 354, enuncia che: "l'amministrazione penitenziaria per lo svolgimento dell'attività di osservazione e trattamento può avvalersi anche di esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica".

Le figure professionali previste dall'Ordinamento carcerario sono:

- gli educatori professionali che hanno lo scopo di svolgere interventi con finalità rieducative durante la fase d'esecuzione di pena del detenuto. In aggiunta vi sono anche gli educatori per l'infanzia negli istituti penitenziari femminili;
- gli psicologi che garantiscono il servizio d'accoglienza e di sostegno;

¹² Ministero della Giustizia. (2023, Febbraio 23). *PIAO 2022-2024 - Relazione illustrativa - Amministrazione penitenziaria*. Tratto da <https://www.giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART417573>

- gli assistenti sociali, previsti dall'art. 72 dell'Ordinamento penitenziario, che esercitano principalmente due funzioni, quali il mantenimento di un contatto costante con l'autorità giudiziaria e l'istituzione penitenziaria di riferimento, con il fine di selezionare eventuali soluzioni da apportare per il futuro reinserimento sociale del detenuto. Inoltre, presentano un ruolo intermediario in materia di eventuali misure alternative, sanzioni sostitutive e della libertà vigilata;
- gli agenti di polizia penitenziaria che oltre a garantire sicurezza, ordine e tranquillità negli istituti penitenziari, svolgono anche un ruolo di assistenza quotidiana verso i detenuti gestendo i loro diritti e i loro bisogni collaborando strettamente con l'area pedagogica;
- gli operatori dell'area amministrativo-contabile e della segreteria che hanno il compito di amministrare l'area contabile dell'istituto penitenziario;
- gli operatori sanitari, rappresentati da personale medico ed infermieristico e aventi la funzione di favorire la tutela del diritto alla salute dei detenuti¹.

In particolare, quest'ultima sezione è costituita da:

- il responsabile dell'unità operativa sanità penitenziaria;
- il coordinatore del presidio sanitario;
- il medico di sanità penitenziaria;
- il medico di guardia;
- medici specialisti, in particolare devono essere garantite l'area: psichiatrica, infettiva e ginecologica nelle carceri femminili;
- il coordinatore infermieristico;
- personale infermieristico avente un ruolo cruciale nella sanità penitenziaria, fornendo interventi di natura clinica, relazionale ed educativa;
- tecnici sanitari e altri profili professionali legati all'assistenza¹³.

¹³ Funzione Pubblica CGIL del Veneto. (2011, Dicembre 29). *Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione della sanità penitenziaria*. Tratto da https://www.fpcgil.it/linkres.php%3Fobj%3D/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/c/%25252F0%25252Fe%25252FD.6863198b7885288f7194/P/BLOB%253AID%253D20680/E/doc&sa=U&sqi=2&ved=2ahUKEwiA-vv5_pmlAxUHIP0HHX3XASwQFnoECDEQAQ&usg=AOvVaw3KWtkEtii_OebK_nsHHlln

1.1.3 Principali problemi dell'ambiente carcerario

La Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (Simspe) afferma, durante il Congresso Nazionale tenutosi a Napoli nel 2022, che: “Droga, violenza e suicidi” sono i principali segni di allarme di una precaria condizione sanitaria nelle carceri italiane “a causa dei cronici problemi del sovraffollamento, mancanza di personale, strutture fatiscenti”¹⁴.

Il sovraffollamento è ormai un *deficit* noto, non solo nel sistema carcerario italiano, ma anche europeo: il Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene e dei trattamenti inumani o degradanti del Consiglio d'Europa (CPT), nel proprio rapporto annuale del 2021, pose il sovraffollamento come obiettivo principale nella lotta contro le condizioni disumane dei detenuti, invitando gli stati membri a svolgere misure alternative, quali il monitoraggio elettronico.

L'Italia, a livello europeo, si presenta al quarto posto tra le carceri più affollate dell'Unione Europea (UE), secondo il rapporto *Space-Statistiques Pénales Annuelles du Conseil d'Europe* emesso nel 2021. Essa presenta con un tasso di affollamento di 105,5%, oltre alla media dell'UE del 92,1%. Inoltre, in tale *report* si evidenziò un aumento dei detenuti in attesa di una condanna definitiva nelle carceri italiane, dato da un'attesa di primo giudizio maggiore di 7,6 rispetto alla media UE di 5,2 mesi¹⁵.

Nel XX Rapporto di Antigone (Associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale) si evidenziò una crescita rapida e progressiva della popolazione carceraria negli istituti penitenziari italiani, soprattutto a seguito della pandemia di Covid-19: a marzo 2016 erano presenti nelle carceri italiane 49.504 detenuti in 52.846 posti,

¹⁴ Sanità24. (2023, Novembre 21). *Simspe: è emergenza salute in carcere tra droga, violenza e suicidi*. Tratto da Il Sole 24 ore: https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2023-11-21/simspe-e-emergenza-salute-carcere-droga-violenza-e-suicidi-150213.php?uuiid=AFxUnLjB&refresh_ce=1

¹⁵ INAPP. (2023, Novembre 14). *Detenzione e diritti umani. Una disamina della situazione carceraria in Italia*. Tratto da INAPP: <https://oa.inapp.gov.it/server/api/core/bitstreams/c7f4d0e1-abc1-40be-a6ff-e411e66cd827/content>

mentre a marzo 2024 i carcerati erano 61.049 in 51.178 posti. Tali dati sono significativi di un tasso di affollamento ufficiale italiano del 119,3%.

In particolare, i tassi di affollamento maggiori a livello regionale si registrano in Puglia (152,1%), in Lombardia (143,9%) e in Veneto (134,4%).

La precarietà delle condizioni igienico - ambientali nelle carceri è evidenziata anche nell'ultimo rapporto di Antigone. Esso evidenzia che, nei 99 istituti penitenziari visitati, il 28% delle carceri non dispone di nemmeno 3 mq per singolo detenuto. Inoltre nella maggior parte di essi non vi sono né acqua calda, né docce in ogni cella e in 86 carceri non è assicurata la separazione tra giovani e adulti, infine in una minima parte, vi sono celle prive di riscaldamento e dotate di *wc* privi di un ambiente ad essi dedicato.

Tali condizioni sono influenzate dalla presenza di istituti di pena che, come sopra descritto, sono per lo più fatiscenti. Questo trova una spiegazione anche nell'età delle strutture, infatti 21 su 99 furono edificati prima del 1900¹⁶.

Le condizioni critiche degli spazi abitativi dei detenuti vanno in contrasto con il regolamento di esecuzione del 2000, ad oggi privo di aggiornamenti. Le celle, secondo la normativa, devono essere dotate di acqua corrente e di servizi igienici, doccia e lavabo, in misura proporzionale alla popolazione detenuta e maggiormente concentrati negli spazi in comune dei detenuti. Inoltre, nelle carceri femminili devono essere garantiti *bidet* in ogni singola cella¹².

La situazione non varia negli spazi in comune dei carcerati in cui, nel rapporto annuale di Antigone del 2024, si evidenzia che in una minoritaria parte degli istituti non è presente uno spazio dedicato alla formazione scolastica e, in aggiunta, nella maggior parte di essi non vi è uno spazio di lettura; ciò nonostante tutte le carceri visitate sono dotate di una biblioteca ed in 1/3 di esse non vi sono spazi per i colloqui familiari durante i mesi estivi.

Nel rapporto del 2021, si evidenziava nella maggior parte degli istituti italiani più longevi l'assenza di campi sportivi e nel 17% di questi l'assenza di una zona per favorire la convivenza sociale.

¹⁶ Antigone. (2024). *Dossier sui suicidi in carcere nel 2023 e nei primi mesi del 2024*. Italia: Sofia Antonelli.

In aggiunta, vi è una preoccupante assenza di personale sanitario penitenziario, senza contare la riduzione degli agenti penitenziari, educatori e psicologi. Nel recente *report* di Antigone, 41 istituti su 99 sono deficitari di un medico 24 ore su 24 e in 64 carceri non sono presenti sistemi di cartelle informatizzate. Oltre a ciò, si evidenzia la carenza di personale infermieristico, fondamento dell'assistenza sanitaria penitenziaria in quanto maggiormente rappresentato e rappresentativo del personale penitenziario.

La diminuzione dell'*équipe* sanitaria carceraria comporta anche "un'autocura" da parte dei detenuti stessi o dei compagni di cella, come si osserva in alcune testimonianze raccolte da Antigone, tra cui la seguente: "Ci tengono chiusi nelle celle quasi tutto il giorno, con 50 gradi e senza ventilatori. Soffro d'asma, mi sono sentito male chiedevo aiuto, ma nessuno mi ha risposto"¹⁶.

Il personale sanitario penitenziario ha un ruolo fondamentale nel contrasto delle patologie infettive, mediante procedure di isolamento e di educazione alla salute dei detenuti. Tra le patologie più diffuse troviamo: HIV, Epatite C (HCV), Epatite B (HCB) e Tuberculosis (TB). I fattori che determinano la diffusione di patologie infettive in carcere sono vari e tra i principali vi sono:

- il sovraffollamento in un ambiente confinato che aumenta il contatto tra soggetti infetti e l'elevato *turn-over* della popolazione carceraria;
- l'elevato tasso di tossicodipendenza tra i detenuti¹.

Il Simspe afferma che più della metà dei detenuti assume sostanze stupefacenti, in rapida crescita dalla pandemia di Covid-19. Questo comporta, non solo la diffusione di patologie infettive per via parenterale e un peggioramento clinico dei detenuti, ma anche un aumento di atteggiamenti violenti contro la stessa popolazione carceraria e il personale penitenziario¹⁴:

- presenza di soggetti provenienti da zone endemiche per patologie trasmissibili e provviste di una precaria condizione igienico - sanitaria;
- la persistenza di comportamenti a rischio, quali l'uso generale di aghi per siringa e di taglienti (non consentito) utilizzati principalmente per ragioni legate alla tossicodipendenza e per la pratica di tatuaggi. La presenza di comportamenti sessuali a rischio dovuti, ad esempio, al mancato utilizzo di

profilattici (non consentito), l'elevato numero di partner omosessuali e/o eterosessuali;

- le precarie condizioni igienico-sanitarie dovute alla mancanza di personale sanitario e strutture fatiscenti¹.

Durante l'anno corrente si sono verificati numerosi casi di scabbia, principalmente dovute ad insufficienti condizioni igienico sanitarie. Il caso più eclatante si è verificato nella Casa Circondariale di Bolzano dove tale patologia ha raggiunto uno stato epidemico.

In altre carceri si sono verificati infezioni/infestazioni meno severe come rabbia, micosi e pediculosi¹⁷.

Negli anni, al contempo, nelle carceri italiane vi sono stati diversi miglioramenti in ambito infettivologico: Simspe, dopo diversi progetti di promozione della salute, ha contribuito alla eradicazione di HCV in vari penitenziari italiani e, attraverso l'accesso allo *screening* per HIV volto ai detenuti, ha consentito di avviare precocemente la terapia adeguata diminuendo la prevalenza di tale patologia e il rischio di contagio. Nonostante, il numero dei soggetti infetti rimanga costante a seguito di una consistente popolazione migrante in entrata nel suolo nazionale e in parte anche nelle carceri italiane¹¹.

La detenzione, di per sé, è causa di un deterioramento dello stato di salute dei carcerati, in particolar modo nella sfera sensoriale e neurologica con vertigini e deficit nella termoregolazione, senza contare quella psichica. Tali complicazioni si aggiungono alle patologie di entrata del detenuto, privazione di servizi fisioterapici, riabilitativi, di cura odontoiatrica e alla presenza di barriere architettoniche nel contesto carcerario italiano¹².

Da non sottovalutare, ovviamente, è la salute mentale in carcere. Questa evidenzia il suo decadimento attraverso l'aumento del tasso di suicidi riscontrabile soprattutto nell'aumentata popolazione di soggetti con diagnosi psichiatriche gravi, con una media di 12,3 ogni 100 detenuti presenti. Tra questi secondo Antigone, nelle cartelle

¹⁷ Mazzeo, G. (2024, Aprile 18). *Bolzano, epidemia di scabbia nel carcere, colpiti detenuti e agenti: "Struttura sporca e fatiscente"*. Tratto da Fanpage.it: <https://www.fanpage.it/attualita/bolzano-epidemia-di-scabbia-nel-carcere-colpiti-detenuti-e-agenti-struttura-sporca-e-fatiscente/>

analizzate, il 19,7% assume stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi e quasi la metà sedativi o ipnotici¹³.

1.2 Salute mentale: autolesionismo e suicidio in carcere

1.2.1 Definizione e tipologie

L'OMS definisce il suicidio come: "un atto volontario di porre fine alla propria vita". Descrivendolo come tale, risulta un fenomeno complesso e multicausale e pertanto influenzato da diversi fattori interni ed esterni all'organismo che per il soggetto risulterebbero insopportabili e insuperabili tanto da violare il proprio istinto naturale¹⁸.

La suddivisione di questo disturbo del comportamento viene svolta in maniera differente dagli studiosi, ma è fondamentale sottolineare che la parzialità degli atti suicidari portano alla morte del soggetto, come nel caso dei tentati suicidi (T.S.) che per molti specialisti sono atti indipendenti "dal grado di consapevolezza e di intenzionalità"; ciò nonostante, in altri studi, vengono suddivisi in diverse categorie sulla base di altrettante differenti circostanze, distinguendo:

- parasuicidio: atto suicidario determinato da volontarietà incerta o sospetta. Solitamente si riscontra in giovane età, prettamente di sesso femminile, e svolto mediante mezzi poco lesivi (ingestioni di farmaci e autolesionismo lieve);
- suicidio mancato: comportamento suicidario dettato da casuale sopravvivenza del soggetto. Atto comunemente svolto da adulti e attuato con mezzi efficaci quali precipitazione, armi da fuoco e impiccagione.

In base alla volontarietà del soggetto di raggiungere un determinato esito o obiettivo, si distingue:

- il suicidio portato a termine o mancato, in cui la volontà del soggetto risulta nel porre fine alla propria vita;

¹⁸ Lagana, D. (2019). Psicologia del suicidio in carcere: una valutazione comparativa tra i nuovi giunti e detenuti con "fine pena mai". *Psicologia e Giustizia*.

- parasuicidio in cui la persona ha principalmente due obiettivi: la funzione comunicativa e quindi il desiderio di esprimere un bisogno o una richiesta di aiuto alle persone che lo circondano, maggiormente per motivi manipolativi e la funzione catartica esternando emozioni di rabbia e scatenare la propria aggressività repressa;
- suicidio mascherato, in cui il soggetto è cosciente del gesto che sta per compiere, ma viene consapevolmente mascherato per conseguire dei benefici. Esso differisce dall'equivalente suicidario nel quale la persona non possiede nessuna volontà di morire.

Inoltre, è stata definita l'erosione suicidaria, dove il soggetto si abbandona al desiderio di morire non compiendo alcun gesto autolesivo effettivo. Questo comportamento si dimostra prettamente nella popolazione anziana e nei pazienti terminali.

Le difficoltà nel delineare una definizione unica del fenomeno suicidario si riscontra anche nel determinare la loro tipologia¹⁹.

1.2.2 Prevalenza e statistiche

Il suicidio è uno dei principali problemi della sanità pubblica mondiale e la riduzione del tasso di mortalità per il suicidio si posiziona tra gli obiettivi *target* dell'agenda delle Nazioni Unite 2030 per lo sviluppo sostenibile. L'OMS afferma che il suicidio rappresenta la terza causa di morte nella popolazione nella fascia di età dai 15 ai 29 anni. Maggiormente colpita è la fascia giovanile, in cui il tasso di mortalità rimane alto, nonostante l'aumento della popolazione anziana e la conseguente riduzione di altre cause di morte, come gli incidenti stradali. Il tasso di mortalità si rileva maggiore negli uomini rispetto alle donne; queste solitamente utilizzano mezzi meno letali, come l'avvelenamento²⁰.

¹⁹ Colombo, G. (2008). *Elementi di psichiatria*. Padova: Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.

²⁰ Istituto Superiore di Sanità. (s.d.). *Oms, suicidi: la dimensione del problema*. Tratto da EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/schedasuicidi>

Secondo la media europea, l'Italia risulta tra i Paesi con minor tasso di suicidi nel continente europeo. Secondo l'ultimo *report Suicide Word* condotto nel 2019 dall'OMS, il tasso di suicidi in Italia ammonta a circa 0,67 casi su 100.000 persone, diversamente da altre ottiche europee come Francia (1,38), Germania (1,23) e Spagna (0,77).

Il tasso, però, varia all'interno degli istituti carcerari: in Italia nel 2021 vi era un tasso di suicidio pari a 10,6 casi ogni 10.000 abitanti, rispetto ad una media europea di 9,4. Dopo il 2022 che conta 85 suicidi accertati, il 2023 è l'anno in cui sono stati registrati il maggior numero di suicidi all'interno delle carceri italiane, con un valore di 70. Tale somma si registrò circa vent'anni prima, in particolare nel 2001 con 69 suicidi.

Tra le annate più rilevanti si potrebbe individuare il 2024, anno in cui, solo nell'arco temporale da gennaio a metà aprile, si sono registrati 30 suicidi accertati, senza contare quelli non ancora registrati o addirittura omessi dagli istituti penitenziari. Pertanto, nell'anno corrente si è registrato un suicidio ogni 3 giorni e mezzo, presentando un ritmo accelerato rispetto agli ultimi due anni.

In particolare, il tasso di suicidi del 2023 vede le donne con un maggior valore, ossia di 16 casi ogni 10.000 detenute, differentemente dagli uomini in cui il rapporto ammonta a circa 11,8 su 10.000 detenuti. Inoltre, si osserva che la popolazione di origine straniera presenta un tasso maggiore rispetto a quella italiana: i primi con un tasso di 15 casi ogni 10.000 e i secondi di 10,5.

Dal 2023 ad aprile del 2024 sono stati rilevati 100 suicidi e, per quanto riguarda l'età, la maggior fascia colpita da tale disturbo del comportamento è stata quella tra i 30 e i 39 anni. Per quanto concerne il genere e la nazionalità, i dati rispecchiano quelli sopra indicati.

Dai dati a disposizione, si rileva una stretta correlazione tra suicidi e disturbi mentali e tossicodipendenza. Infatti, su 100 detenuti tra donne e uomini, 22 soffrivano di patologie psichiatriche, 12 avevano già svolto T.S. in altre occasioni e 7 presentavano una storia di tossicodipendenza. Secondo l'OMS, infatti, più del 90% dei suicidi nel pianeta sono legati a disturbi psichici e a disturbi mentali da dipendenza da sostanze. Questo rapporto è stato riscontrato anche in uno studio multicentrico svolto nel 2015 negli istituti penitenziari di alcune regioni italiane dove

il 24% della popolazione detenuta e arruolata era afflitta da una storia di abuso da sostanza stupefacenti, maggiormente rilevata nel sesso maschile, seguito poi da diagnosi di disturbo nevrotico e da patologie mentali alcol-correlate. Nella popolazione detenuta femminile, invece, spiccavano di gran lunga i disturbi nevrotici - reazioni di adattamento con il 36,6% delle diagnosi psichiatriche totali e, in ordine, disturbi mentali da dipendenza da sostanze e disturbi affettivi psicotici.

Tornando agli ultimi suicidi testimoniati: il 6% dei detenuti che si sono tolti la vita non possedevano una fissa dimora. Questo testimonia, come detto precedentemente, che si tratta di un atto influenzato da molte sfaccettature, non solo derivanti da disturbi mentali.

Inoltre, secondo i dati rilevati dalla stampa, è possibile riscontrare in che luogo i detenuti si sono tolti la vita: 11 di questi si trovavano in celle di isolamento per motivi disciplinari o sanitari, in 7 casi l'atto è stato compiuto in un'area sanitaria tra cui 1 in un ospedale pubblico a seguito di un T.S. svolto in carcere e 3 in un reparto psichiatrico dove erano in cura.

In aggiunta, si è osservato che tra i 100 detenuti che hanno perso la vita, la maggior parte era ancora in attesa di giudizio e tra questi 1/3 circa aveva fatto accesso al carcere massimo da qualche mese, mentre un numero ridotto avrebbe terminato la reclusione dopo qualche giorno. Questo si spiega nei detenuti in attesa di giudizio e quindi non ancora condannati, in quanto per motivazioni cautelari vi è una limitazione della libertà e dell'identità della persona, simulando una probabile entrata in carcere. Inoltre la posizione di dubbia condanna genera disturbi ansiogeni e variazione della personalità del detenuto. Invece, per i detenuti prossimi alla scarcerazione, si verificano forti livelli di ansia e stress a seguito della mancata prospettiva futura e stigma da parte della società.

Per quanto riguarda le modalità, il maggior numero di detenuti, 88 casi, ha utilizzato l'impiccagione, da cui il nome dell'ultimo *report* di Antigone "Nodo alla gola". Seguono, in ordine di frequenza, suicidi determinati da asfissia di gas, sciopero per la fame, abbruciamento, asfissia da incendio e soffocamento.

Si osserva inoltre l'incremento dei suicidi da parte dei detenuti durante i mesi estivi e nelle fasce orarie notturne nelle quali vi è un minor apporto di personale, sia interno che esterno, nonché di attività sia educative, che ricreative.

Complessivamente, tra il 2023 e il 2024, la regione che ha presentato il maggior numero di suicidi in carcere è la Lombardia (12 casi), seguita dal Veneto (11 casi) e dalla Campania (10 casi). Non a caso la Lombardia e la Campania sono le due regioni italiane che contano il maggiore numero di detenuti, rispettivamente il 14,4% e il 12,3% della popolazione detenuta totale italiana. Diversamente dal Veneto che ospita solo il 4,3% della detenuti ospitati in Italia¹⁶.

Va citato, infine, che si è verificato nel 2024 l'aumento esorbitante dei suicidi tra gli agenti penitenziari: a luglio dell'anno corrente si è raggiunto quota di 6 morti dall'inizio dell'annata²¹.

Secondo Salvatore Buzzi, ex detenuto della Casa Circondariale di Roma Rebibbia, le guardie carcerarie sono sottoposte ad un forte stress dovuto alle condizioni "inumane" presenti nelle carceri e al loro ruolo negli istituti penitenziari. L'agente, per i detenuti, risulta essere il "*front office*" poiché presente per l'intera giornata nella struttura e pertanto costretto a relazionarsi per lungo tempo con il detenuto. Inoltre, lo stress cui sono sottoposte le guardie carcerarie trova un suo riscontro anche nel costante rapportarsi con la sensazione di disperazione, di disagio, di stress e con i disordini mentali dei carcerati²².

1.2.3 Cause e fattori di rischio

Secondo l'OMS, la principale causa della condotta suicidaria è dovuta alla perdita di *hope-lessness* tradotta come "mancanza di speranza". L'assenza di speranza porta ad uno stato di disperazione insopportabile ed è determinato a sua volta da varie cause e fattori. E' difficoltoso raggruppare le motivazioni individuali ed esterne di ogni

²¹ Redazione cronaca nazionale. (2024, Luglio 7). *Carceri, la mattanza non si ferma: suicida un altro agente penitenziario*. Tratto da la Repubblica: https://www.repubblica.it/cronaca/2024/07/07/news/carceri_la_mattanza_non_si_ferma_suicida_un_alto_agente_penitenziario-423372625/

²² Buzzi, S. (2024, Agosto 22). Salvatore Buzzi: "Da ex detenuto vi spiego la soluzione per migliorare le carceri". (G. Mineo, Intervistatore)

suicidio, ma può essere esplicito nella sua totalità. Per semplicità, si definisce una causa univoca derivante dal disagio psichico: la vulnerabilità.

La combinazione di molteplici fattori contribuisce a favorire le caratteristiche affettive, emotive e comportamentali degli individui e definisce la loro capacità di adattamento anche alle situazioni più difficili che la vita ci pone davanti. I fattori secondo l'OMS si possono distinguere in:

- fattori biologici o genetici che riguarda il genoma di ogni singolo individuo che determina una predisposizione all'insorgenza di alcune patologie. Inoltre, rivestono un ruolo importante le complicanze ostetriche e perinatali;
- fattori psicologici che costituiscono i meccanismi che vengono acquisiti dall'individuo durante la propria crescita. Questi favoriscono la definizione di una personalità, di un'identità, del modo di comportarsi e relazionarsi, nonché del modo di superare gli ostacoli della vita;
- fattori ambientali riferiti alle circostanze esterne in cui il soggetto vive, variabili a seconda del paese e l'epoca in cui vive il soggetto e quindi influenzato da aspetti di natura sociale, politica, culturale, economica e religiosa.

Si individuano pertanto:

- fattori protettivi che favoriscono la resilienza del soggetto e il mantenimento del proprio stato di salute, come la presenza di una buona rete sociale e familiare, l'accesso all'istruzione e alla sanità e la capacità individuale di gestire situazioni stressanti;
- fattori di rischio che possono comportare nel soggetto eventi di instabilità mentale e che possono indurre al compimento di comportamenti estremi. Tra questi l'OMS ha identificato:
 - sesso maschile;
 - fascia di età tra i 45 e i 75 anni;
 - la scarsa rete sociale e familiare;
 - essere indigente, disoccupato o in pensione;
 - precedenti T.S. ;
 - anamnesi familiare dettata da suicidi, alcolismo, tossicodipendenza e/o problemi di salute mentale, violenze fisiche e psicologiche;

- esordio acuto di patologie mediche gravi, dolorose o patologie croniche invalidanti (Aids);
- diagnosi di disturbi mentali;
- scarsa consapevolezza sulla propria identità/orientamento sessuale;
- essere detenuti²³.

La popolazione detenuta, come evidenziato precedentemente, ha una maggiore probabilità di compiere comportamenti estremi, quali il suicidio. Di seguito elencati vi sono alcuni fattori strettamente legati ai detenuti e la loro presenza in un istituto penitenziario:

- gli istituti di pena sono luoghi in cui vi è una maggiore concentrazione di individui vulnerabili a causa della presenza di molteplici fattori di rischio sopraindicati e dell'ambiente carcerario che a sua volta limita la libertà e l'identità della persona e che aggrava alcuni aspetti quali, ad esempio, l'isolamento sociale;
- l'impatto psicologico dovuto all'arresto e alla detenzione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza della lunga condanna da scontare, lo stress quotidiano della vita in carcere, le preoccupazioni per il futuro e i sensi di colpa ecc...;
- non in tutti gli istituti di pena vi sono strumenti e scale per identificare e gestire il rischio suicidario. In particolar modo, i detenuti ritenuti ad alto rischio di suicidio, attraverso lo *screening*, talvolta non vengono monitorati correttamente, allontanando la probabilità di prevenire comportamenti estremi;
- a seguito di carenza di personale penitenziario, vi è un aumento del carico di lavoro e talvolta l'*équipe* sanitaria non è adeguatamente aggiornata e provvista di specifiche nozioni per favorire l'impedimento e il riconoscimento di eventuali segni e sintomi di allarme dell'atto suicidario;

²³ WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. (2012, Dicembre). *Prevenire il suicidio in carcere: le linee guida dell'OMS e la realtà italiana*. Tratto da https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dat/mat_info/prevenire_suicidio_carcere.pdf

- i detenuti hanno limitato accesso ai servizi psichiatrici, rispetto a quelli che avrebbero all'esterno della struttura²⁴.

Secondo degli studi specialisti svolti dall'OMS nel 2007, si evidenziano quattro fattori in grado di esporre determinati detenuti ad un rischio suicidario maggiore, come si è precedentemente osservato nei dati descritti:

1. varia a seconda della propria posizione giuridica, incrementando le probabilità dei detenuti in attesa di giudizio;
2. fattore temporale, esponendo i detenuti a pochi giorni dall'entrata ad una maggiore probabilità di gesti autolesionisti dovuto al forte stress provato dal soggetto;
3. fattore anagrafico individuando gli individui giovani come le persone più a rischio a seguito della ridotta esperienza con l'ambiente carcerario e le limitazioni che ne seguono;
4. fattore ambientale derivante dalla complessa e precaria situazione che caratterizza il contesto carcerario italiano. Il detenuto vive in strutture fatiscenti, non adeguate e non rispettose della dignità umana. Esempio fu la sentenza "Torreggiani e altri contro l'Italia" che condannò le carceri italiane per violazione dell'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (Cedu)¹⁸.

1.3 Il ruolo dell'infermiere in carcere

A seguito del passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni avvenuta in modo prioritario nel 2008, la regione Veneto ha approvato le nuove "Linee di indirizzo di organizzazione degli standard per le attività assistenziali all'interno degli istituti penitenziari" con il decreto della Giunta Regionale (D.G.R.) del 29 novembre 2021, n.1669. Definendo, in base alle indicazioni dell'accordo della CU del 22 gennaio

²⁴ Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. (2007). *La prevenzione del suicidio*. Tratto da https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_ita.pdf

2015, la rete sanitaria regionale dei servizi nelle carceri e suddividendole in due livelli secondo la metodica *hub/spoke*.

Entrambi questi livelli favoriscono una continuità assistenziale di 24 ore. Ciò che li contraddistingue è la presenza di un servizio medico multiprofessionale negli istituti penitenziari di primo livello (*hub*) assicurando un servizio medico di base e specialistico in grado di prestare attività ad elevata intensità di cura. In Veneto le carceri di primo livello sono quelle presenti nell'Azienda ULSS 3 Serenissima, l'Azienda ULSS 6 Euganea, all'Azienda ULSS 8 Berica e l'Azienda ULSS 9 Scaligera. Queste vengono anche definite come Unità Operative Complesse (UOC). Mentre gli istituti penitenziari *spoke* garantiscono un servizio medico di base, localizzati presso l'Azienda ULSS 1 Dolomiti, l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana e l'Azienda ULSS 5 Polesana; anche definite come Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (UOSD).

Tale distinzione comporta, pertanto, un organico differente determinato dalla complessità delle prestazioni erogate e dalla dimensione del carcere calcolato in base alla capienza regolamentata di ogni singolo istituto penitenziario. L'assistenza infermieristica rimane un organo fondamentale e costante della sanità penitenziaria, in entrambi i livelli di istituti penitenziari²⁵.

L'infermiere penitenziario si rapporta con domande di salute e bisogni assistenziali differenti e complessi che prevedono: un'ampia e completa conoscenza dell'assistenza infermieristica, rispondendo talvolta a vere e proprie emergenze mediche e un approccio olistico del paziente trattandone tutti gli aspetti, compresi quelli psicologici, sociali e ambientali, in grado di compromettere lo stato di salute e benessere complessivo del paziente - detenuto.

L'assistenza infermieristica in carcere è intaccata, non solo dalla tipologia di destinatari, ma anche dall'ambiente e dalle regole da cui ne derivano, determinando una differente organizzazione del lavoro.

In primo luogo, l'infermiere penitenziario svolge le proprie attività assistenziali in un'architettura carceraria e a definiti regimi di requisisti. Ciò si risolve in una particolare conformazione di corridoi o scale separati da un opportuno cancello,

²⁵ Regione del Veneto. (2021, Novembre 29). Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti Penitenziari. *Allegato A D.G.R n.1669* .

infermerie strette e dotate di finestre piccole e di sbarre situate in aree dedicate lontane o organizzate in diversi piani e che costringe pertanto il personale sanitario a svolgere spostamenti difficoltosi e continui. L'ambiente non consente il contatto diretto con il detenuto, ma pone l'agente di polizia penitenziaria come mediatore delle proprie richieste assistenziali.

La collaborazione da parte dell'infermiere penitenziario con l'agente penitenziario ha un ruolo fondamentale in quanto questi ultimi rivestono un ruolo indispensabile, per esempio, nel monitoraggio della situazione clinica.

L'infermiere si dedica al detenuto, fin dal suo ingresso negli istituti penitenziari, mediante un ascolto empatico e ricettivo riguardo ai bisogni della persona, attivando una serie di interventi di osservazione, prevenzione ed educazione sanitaria:

- assistendo il medico di guardia nella visita di ingresso del nuovo detenuto;
- programmando ed eseguendo esami ematochimici all'ingresso e successivamente di controllo, secondo protocollo;
- raccogliendo campioni di urine e effettuando test tossicologici e nel caso risultassero positivi, vi è la necessità di inserire il detenuto negli elenchi di segnalazione agli specialisti delle dipendenze;
- sul piano della profilassi, esegue il tampone rinofaringeo per Covid-19 e pratica il test di intradermoreazione di *Mantoux* (*screening* per verificare la presenza del *Mycobacterium tuberculosis*, batterio che causa la TB) e se necessario, attua la prevenzione per la scabbia nei soggetti a rischio;
- si accerta che il detenuto non presenti ferite da taglio non rimarginate, piaghe o infiammazioni cutanee, svolgendo, eventualmente, medicazioni idonee al fine di limitarne la setticemia;
- monitora la cronicità delle patologie qualora il detenuto dichiara di essere affetto da malattie di natura metabolica o infettiva e procura i farmaci salvavita;
- provvede alla fornitura di ausili se richiesto (es. stampelle).

Inoltre, l'infermiere penitenziario ha un ruolo fondamentale all'interno dei bracci detentivi, svolgendo diverse attività essenziali, quali:

- la somministrazione dei farmaci: il personale infermieristico distribuisce i farmaci ai detenuti e verifica che vengano effettivamente assunti, assicurando così il rispetto della terapia prescritta;
- la gestione delle richieste: l'infermiere nelle carceri raccoglie le richieste dei detenuti riguardanti la loro salute, offrendo assistenza e supporto in base alle necessità. Questo processo avviene attraverso un ascolto empatico, indispensabile per comprendere e rispondere adeguatamente ai bisogni dei detenuti, i quali talvolta possono essere soddisfatti esclusivamente mediante la relazione d'aiuto o di cura con il personale infermieristico, che rappresenta per i detenuti anche solamente un ponte con l'esterno, un tramite rappresentativo "del mondo che c'è fuori", maggiormente rispetto agli agenti di polizia penitenziaria: in quanto gli infermieri penitenziari non appartengono in maniera evidente al sistema da cui i ristretti si sentono soggiogati.

Durante la dimissione, invece, l'infermiere penitenziario informa ed educa il detenuto tossicodipendente: il quale, in regime di libertà, potrebbe maggiormente mettere a repentaglio la propria salute, mediante l'assunzione costante e incontrollata di sostanze stupefacenti; pertanto, fornisce interventi di promozione della salute e il kit di sopravvivenza, contenenti anche farmaci salvavita, limitando complicanze fatali da overdose.

L'osservazione clinica che riveste un ruolo principale nell'assistenza infermieristica diventa complessa nell'ambiente carcerario a seguito di probabili minacce, aggressioni o eventuali richieste di posologie maggiori di farmaci, per lo più psichiatrici e analgesici, da parte dei detenuti. In alcuni casi l'infermiere penitenziario viene a contatto con casistiche che vanno al di fuori della proprie competenze e che auspicherebbero una formazione specifica, ad esempio a riguardo delle dipendenze.

Il professionista, infatti, deve saper gestire le richieste di manipolazione da parte dei detenuti, il cui scopo è quello di ottenere dosi maggiori di psicofarmaci o altre sostanze utili per "commercio" interno, nonché le richieste di materiali che possono mettere a repentaglio la vita o la salute dei detenuti e di cui l'infermiere è in

possemo attenendoci ad un utilizzo consapevole e responsabile (oggetti taglienti, siringhe, aghi, sostanze stupefacenti ecc.).

L'esistenza di rigide regolamentazioni ostacola una pianificazione assistenziale alla cui base si trova l'instaurarsi di una relazione di cura con il detenuto che, per necessità legate all'ambiente, non può essere strettamente empatico e che porta il detenuto a dubitare dell'umanità del professionista a seguito delle privazioni che l'infermiere è tenuto a mettere in atto per questioni sicurezza; come la richiesta di farmaci non prescritti dal medico, di informazioni non divulgabili e di materiale non autorizzato.

I destinatari della relazione di cura da parte degli infermieri penitenziari sono individui differenti da qualsiasi ambiente. Ciò che accomuna tutti i detenuti è l'adattamento alle condizioni detentive, riformulando il proprio stato di vivibilità. Le condizioni che risiedono negli istituti penitenziari non risulta favorevole per il personale sanitario, non contando l'impatto sulla salute mentale dei detenuti: la presenza di un alto tasso di sovraffollamento e l'incremento delle infezioni nella popolazione detenuta implica un aumento di richieste estemporanee per i tempi ridotti, dovuto anche ad una carenza di personale, accrescendone l'indice di errore nella pratica.

L'infermiere, pertanto, deve adeguare la propria relazione di cura alla popolazione detenuta che potrebbe riportare dei comportamenti in contrasto con il proprio vissuto educativo e valoriale e che quindi potrebbe coinvolgere la sfera emotiva, aumentandone il rischio di *burn out* rispetto ad altre realtà lavorative.

L'approccio al detenuto, in linea generale, dovrebbe tenere conto dell'ambiente carcerario ed essere personalizzato contestualmente allo stato d'animo, la fragilità e la vulnerabilità del soggetto, in qualità di portatore, solitamente, di diagnosi psichiatriche e di disturbi mentali legati alla tossicodipendenza. E' importante, quindi, per il professionista riconoscere i reali bisogni dell'individuo non legati alla sola detenzione.

Il professionista, mediante una comunicazione terapeutica positiva, comprensiva, rassicurante e trasparente può facilitare l'instaurarsi di una relazione di cura con il soggetto. La principale finalità della relazione di aiuto è quella di restituire autonomia, un maggiore senso di dignità e autostima alla persona.

La relazione di cura, infatti, ha un ruolo fondamentale nella professione infermieristica, in particolare è enunciata nell'articolo 4 del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche: "l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo...Il tempo di relazione è tempo di cura."

La relazione dovrebbe essere priva di pregiudizi che possono ostacolare una buona pratica clinica.

Tuttavia, al contempo, il personale sanitario è continuamente esposto al dolore dei detenuti, sia fisico, che mentale e al loro stato di vulnerabilità. Secondo uno studio descrittivo svolto presso il carcere di Rebibbia, gli infermieri segnalano che si svolgono episodi di autolesionismo giornalmente o più volte al giorno, strumentandone o meno il proprio stato di malattia³⁻²⁶⁻²⁷.

Riassumendo, l'infermiere in carcere svolge un ruolo cruciale nella tutela della salute dei detenuti, offrendo cure mediche di base e monitorando costantemente le loro condizioni fisiche e mentali. È determinante per individuare precocemente patologie, somministrare terapie e gestire emergenze sanitarie. Inoltre, contribuisce all'umanizzazione dell'ambiente carcerario, migliorando la qualità della vita dei reclusi. La sua presenza è fondamentale anche per favorire l'integrazione tra il sistema sanitario e quello penitenziario, garantendo che i diritti alla salute siano rispettati in un contesto particolarmente fragile.

²⁶ Anna Massei, A. R. (2007, Marzo 18). *La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un'indagine descrittiva*. Tratto da Studi e ricerche: <https://www.area-c54.it/public/la%20professione%20infermieristica%20negli%20istituti%20penitenziari.pdf>

²⁷ Ziliani, P. (2013). Infermieri nelle carceri: una presenza efficace? *Focus*.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivi della revisione

L'obiettivo di questa tesi è di conoscere, attraverso una revisione della letteratura, le norme che tutelano la salute negli istituti penitenziari, revisionando e individuando il ruolo dell'infermiere all'interno di tale contesto, in particolare nella prevenzione e gestione della salute mentale dei carcerati soprattutto per quanto riguarda gli atti suicidari.

2.2 Quesiti di ricerca

A seguito della definizione degli obiettivi, i quesiti di ricerca delineati sono i seguenti:

1. *L'infermiere riveste un ruolo efficace nei penitenziari?*
2. *L'infermiere è in grado di prevenire gli atti suicidari in carcere?*

2.3 PIO

Per formulare i quesiti di ricerca è stato usato il metodo PIO (tabella I).

Tabella I: PIO

1.

P	Personale infermieristico
I	Verificare l'efficacia della presenza nell' <i>équipe</i> sanitaria penitenziaria
O	Evidenziare la versatilità della professione infermieristica Favorire la conoscenza del ruolo professionale nel contesto carcerario

2.

P	Personale infermieristico
----------	---------------------------

I	Interventi che può svolgere per prevenire la condotta suicidaria della popolazione detenuta
O	Gestione della salute mentale in carcere Ridurre i tentati suicidi e le morti da suicidio in carcere

2.4 Fonti dei dati

Per l'esecuzione della ricerca bibliografica sono state consultate le seguenti fonti:

- ricerca sul sito del Ministero della Giustizia, OMS e Regione del Veneto;
- integrazione attraverso altre banche dati come siti internet, tesi universitarie e linee guida regionali, nazionali e internazionali;
- motori di ricerca *Google* e *Google Scholar*.

La ricerca della letteratura inerente al tema è stata effettuata tra i mesi di luglio 2024 e ottobre 2024.

2.5 Parole chiave

Le parole chiave utilizzate per questa ricerca bibliografica sono state, per il primo quesito di ricerca: “infermiere penitenziario”, “carcere”, “prigione”, “penitenziario”, “salute”, “assistenza infermieristica”, “ruolo” (“*prison nurse*”, “*jail*”, “*prison*”, “*penitentiary*”, “*health*”, “*nursing care*”, “*role*”).

Mentre, per il secondo quesito di ricerca sono state elaborate le seguenti parole chiave: “infermiere”, “prevenzione”, “suicidio”, “tentativi di suicidio”, “carcere”, “detenuti” (“*prison nurse*”, “*prevention*”, “*suicide*”, “*suicide attempts*”, “*prison*”, “*inmates*”).

2.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave sono state create le stringhe di ricerca per ogni banca dati. Le parole chiave sono state associate fra loro tramite l'operatore booleano "AND":

1. carcere OR prigione OR penitenziario AND infermiere penitenziario AND salute AND assistenza infermieristica AND ruolo;
2. infermiere penitenziario AND prevenzione AND suicidio OR tentativi di suicidio AND carcere AND detenuti.

La selezione degli articoli rilevati in base alle stringhe utilizzate è portata ad un totale di 8 studi presi in esame in questa tesi.

2.7 Criteri di selezione del materiale

Per la selezione del materiale sono stati utilizzati criteri di inclusione ed esclusione per facilitare l'individualizzazione della letteratura.

Criteri di inclusione:

- coerenza con il quesito posto;
- studi pubblicati dal 2012 al 2024;
- lingua italiana;
- presenza *abstract* e *full text* disponibile;
- popolazione con fascia adulta.

Criteri di esclusione:

- non coerenza con il quesito posto;
- studi pubblicati prima del 2012;
- lingua non indicata precedentemente;
- non disponibilità di *abstract* e *full text*;
- popolazione pediatrica.

Per la stesura di questa revisione della letteratura sono stati identificati 346 articoli, di cui solo 8 sono stati selezionati in base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti in precedenza. Tra gli articoli selezionati figurano: 3 revisioni della letteratura (Gentiluomo, 2022-2023), (Regione Emilia Romagna, 2017), (Ziliani, 2013); 1 studio osservazionale trasversale (Gallo, 2019-2020); 1 studio qualitativo (Diletta Calamassi, 2021). Inoltre, sono stati integrati 3 strumenti di governo clinico

redatti dall'OMS (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 2012), inclusi nel Piano Nazionale Italiano (Ministero della Giustizia, 2017) e adottati dalla Regione del Veneto (Regione del Veneto, 2018).

Nel successivo capitolo vengono descritti i punti salienti della letteratura scientifica analizzata.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 L'infermiere penitenziario come figura di supporto umano ed educatore sanitario

Nel codice deontologico dell'infermiere si enuncia che: "l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa".

L'infermiere, dal punto di vista relazionale, crea con il paziente – detenuto una relazione di cura, basata sulla fiducia, sulla stabilità e sulla certezza che il rapporto possa trarre beneficio ad entrambi gli attori della relazione d'aiuto: il detenuto dal canto suo incrementa il rapporto con informazioni riguardanti la propria salute e la propria persona, portando esperienze, opinioni, sensazioni, emozioni.

L'infermiere riveste un ruolo essenziale sul piano educativo anche negli istituti penitenziari: nei quali i detenuti apprendono la rilevanza di alcuni interventi preventivi personali e collettivi (come le vaccinazioni) e di atti in grado di migliorare la propria qualità di vita, promuovendo un cambiamento sociale.

Gli *screening* salvavita svolti al momento dell'ingresso in carcere permettono ai detenuti di prendere coscienza e consapevolezza relativamente del proprio stato di salute e al contempo, della presenza di eventuali patologie: secondo i dati raccolti dal dipartimento di amministrazione penitenziaria nel 2001, il 45% dei detenuti stranieri presenti in carcere ha utilizzato negli ultimi due anni e mezzo un ambulatorio medico per la prima volta proprio nella struttura penitenziaria.

L'infermiere penitenziario non si occupa in modo semplicistico di somministrare la terapia farmacologica, ma ricopre un importante ruolo nell'educazione sanitaria e nelle cure primarie:

- fornendo informazioni e interventi di sorveglianza individuale, collettiva e ambientale, basati su evidenze scientifiche come analisi epidemiologiche e fattori di rischio e protettivi;

- incentivando interventi in grado di prevenire la patologia e promuovere la salute, mediante atti e comportamenti in grado di porvi maggior controllo e migliorandola²⁷⁻²⁸.

L'infermiere penitenziario inoltre, collabora con l'*équipe* sanitaria multiprofessionale alla presa in carico del paziente – detenuto: contribuendo alla progettazione di un piano terapeutico e riabilitativo.

L'alta prevalenza di detenuti affetti da patologie psichiatriche e dipendenza patologica implica che il professionista deve rispondere a bisogni sanitari precisi.

Rispetto alle patologie psichiatriche l'infermiere penitenziario ha la funzione di accompagnare l'utente nel percorso di cura personalizzato, relazionandosi con i rispettivi enti territoriali e instaurando con la persona una relazione terapeutica e stabilendo con essa gli obiettivi da raggiungere. Organizzando, di conseguenza gli interventi di monitoraggio, di verifica e valutazione del progetto terapeutico in *équipe*, educazione sanitaria e promozione della salute.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche, l'infermiere penitenziario: riconosce e valuta i segni e sintomi da astinenza di sostanze, gestisce i farmaci stupefacenti e intraprende con il paziente tossicodipendente una relazione di cura complessa, cercando di riconoscere e rispondere adeguatamente ai bisogni di salute del paziente, interfacciandosi con gli enti territoriali esterni²⁹.

L'infermiere penitenziario, in aggiunta, garantisce la continuità e qualità assistenziale ai ristretti: gestendo condizioni mediche croniche e intervenendo in situazioni di emergenza sanitaria. Nel dettaglio, l'infermiere negli istituti penitenziari:

- esamina lo stato di salute dei detenuti a partire dall'ingresso alla dimissione, mediante l'accertamento infermieristico, ricavando sistematicamente dati clinici, anamnestici e personali identificando problemi attuali e potenziali. Raccogliendo informazioni rilevanti per svolgere correttamente e

²⁸ IPASVI - Roma. (2000, Dicembre 1). *LAVORARE IN CARCERE: UN RIPIEGO O UNA OPPORTUNITÀ* "La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99". Tratto da OPI Roma: https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/41/vol_13.pdf

²⁹ Regione Emilia Romagna . (2017, Ottobre 13). *L'infermiere nei servizi sanitari penitenziari*. Tratto da CORE: <https://core.ac.uk/download/pdf/132518357.pdf>

successivamente diagnosi infermieristiche e pianificando, attuando e valutando gli esiti ottenuti dagli interventi svolti;

- gestisce le patologie croniche quali ad esempio diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, relazionandosi con gli enti esterni e svolgendo educazione sanitaria, somministra la terapia farmacologica e monitora i parametri vitali;
- interviene e assiste il paziente – detenuto durante le situazioni di urgenza ed emergenza sanitaria, come lesioni, intossicazioni, atti autolesionisti e tentati suicidi, stabilizzando il paziente e attivando i soccorsi necessari;
- documenta e registra gli interventi assistenziali svolti in cartella clinica e compilando le schede di valutazione dei detenuti, secondo le linee guida e protocolli presenti nel contesto di riferimento³⁰.

Il sistema carcerario influenza i processi assistenziali, rendendoli a volte complessi e difficoltosi. Una nota negativa che caratterizza tale contesto è il problema della sicurezza. Gli infermieri affermano di essere spesso vittime di violenza mediante aggressioni fisiche e verbali. Le minacce sembrano avere una rilevanza maggiore rispetto a tutte le denunce segnalate dal personale sanitario.

L'alto coinvolgimento emotivo e la barriera linguistica impedisce all'infermiere penitenziario di svolgere in condizioni ottimali la propria professione, guastando, talvolta, gli obiettivi principali del piano assistenziale, a seguito di valori etici, morali e matrici culturali differenti dai propri³¹⁻³².

3.2 La valutazione del rischio suicidario

³⁰ Gentiluomo, M. (2022-2023). L'assistenza sanitaria nelle case circondariali: la centralità dell'infermiere. *Tesi di laurea in infermieristica*. Università Politecnica delle Marche.

³¹ Diletta Calamassi, T. G. (2021). I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo. *SCIENZE INFERMIERISTICHE*.

³² Gallo, M. (2019-2020). Uno sguardo oltre le sbarre: l'infermiere case manager in ambito penitenziario. *Tesi di laurea in infermieristica*. Università Politecnica delle Marche.

Secondo le linee guida riguardanti “La prevenzione del suicidio nelle carceri”, redatte dall’OMS nel 2007, gli istituti penitenziari dovrebbero disporre di un programma di prevenzione del suicidio integrale e attuabile. Il piano di prevenzione dovrebbe prevedere le seguenti componenti chiave, quali:

- l’addestramento del personale carcerario, sia per gli agenti di polizia penitenziaria e sia per l’*équipe* sanitaria, facilitando il riconoscimento precoce e la gestione delle crisi suicidarie da parte di questi. Secondo le statistiche riportate precedentemente, infatti, la maggior parte dei suicidi vengono messi in atto durante la notte, nel fine settimana e nei mesi più caldi, quando i ristretti non sono assistiti strettamente dal personale sanitario. L’addestramento previsto dovrebbe essere annuale, provvisto di corsi di aggiornamento e simulazioni periodiche. Il personale sanitario e gli agenti di custodia dovrebbero essere in grado di svolgere interventi di primo soccorso: competenze riguardanti principalmente le tecniche di rianimazione cardiopolmonare e l’utilizzo corretto dei presidi sanitari;
- l’attenzione all’ambiente carcerario valutando correttamente la localizzazione della cella nei bracci detentivi e l’abbinamento dei detenuti nelle camere detentive. Quest’ultime devono essere “anti – suicidio”: pertanto prive, per quanto sia possibile, di utensili o strumenti potenzialmente letali e ulteriormente sottoposta ad un controllo diretto e costante da parte degli agenti di polizia penitenziaria, munendosi, qualora le risorse lo permettano, dell’osservazione indiretta mediante i sistemi di sorveglianza telematica;
- lo *screening* sistematico ai ristretti all’ingresso degli istituti penitenziari, così da individuare i detenuti provvisti di eventuali fattori di rischio, precedentemente citati, e di conseguenza i detenuti esposti ad una maggiore probabilità di mettere in atto comportamenti autolesionisti e/o suicidari. Secondo i dati epidemiologici elaborati, il momento di accesso al carcere, determinato dalle successive ore e dalle fasi iniziali di detenzione, risulta essere un fattore di rischio più significativo. Inoltre è opportuno svolgere una rivalutazione dei dati ottenuti all’ingresso, ogni qualvolta vi sia un

cambiamento delle circostanze e/o condizioni detentive e ad intervalli temporali regolari.

Lo *screening* dovrebbe essere condotto dal personale sanitario, anche dal personale infermieristico, e costituito da domande in grado di valutare la variante statica (anamnestica – demografica) e dinamica (situazionali o personali) del ristretto in esame. La risposta positiva ad una o più aree di seguito elencate, potrebbe significare un rischio maggiore di suicidio, quindi richiedere una valutazione urgente dal personale medico, psicologico e psichiatrico:

- il detenuto attualmente o in passato ha abusato di sostanze stupefacenti;
- il detenuto dimostra livelli maggiori di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto e la detenzione o segni e sintomi depressivi (ad esempio appiattimento affettivo e mancata comunicazione verbale) o mancanza di progettualità futura;
- il detenuto ammette di presentare pensieri ricorrenti di morte e di suicidio e possedere piani suicidari (chiedendo eventualmente a familiari e compagni di cella o detenuti vicini);
- il detenuto in passato o attualmente soffre di una patologia psichiatrica o mostra comportamenti inconsueti e atipici;
- il detenuto ha già messo in atto T.S. o presenta già in registro carcerario un rischio suicidario e /o dichiara che il suicidio è una soluzione verosimile e di possedere risorse interne e/o esterne limitate;
- l'agente presente all'arresto reputa il detenuto a rischio suicidario.

Il programma di prevenzione del suicidio, inoltre, costituisce un documento legale, inserito nel registro personale del detenuto, che permette una presa in carico completa del detenuto stesso mediante l'unione dei dati raccolti dagli agenti di polizia penitenziaria;

- linee guida e protocolli sanitari per la gestione di ristretti che presentano patologie psichiatriche, maggiormente esposti ad un rischio suicidio. Per

favorire l'individualizzazione e la gestione corretta in base all'indice di suicidio, è opportuno oltre allo *screening*:

- fornire interventi che favoriscano l'interazione sociale fra i detenuti stessi con attività intramurarie professionalizzanti ed educative, e consentire visite familiari secondo le circostanze giuridiche e opportunamente vigilate. In alcuni istituti penitenziari inoltre, vi è la nomina di "ascoltatori o piantoni": detenuti provvisti di una buona stabilità mentale, in grado di supportare, aventi la stessa posizione nel sistema carcerario, maggiormente i ristretti dotati di una precaria relazione d'aiuto con il personale sanitario e gli agenti di custodia. La scelta di interventi sociali vincolati non si rilevano sempre la scelta corretta, come l'opzione di una camera detentiva condivisa, pertanto è consigliabile valutare un piano di intervento personalizzato, in base al rischio identificato;
- garantire incontri coinvolgendo il personale sanitario, se possibile con un unico infermiere di riferimento, e il detenuto. I colloqui costanti con il paziente - detenuto a rischio suicidario permettono di: evidenziare lo stato di salute mentale del ristretto verificandone la presenza e l'evoluzione degli indici suicidari, instaurare una relazione di cura stabile con il carcerato stabilendo un piano terapeutico e riabilitativo personalizzato in base anche agli obiettivi espressi dal paziente - detenuto e dal contesto penitenziario e cogliere l'opportunità di auto - espressione del detenuto, principalmente al termine delle udienze in tribunale o la presenza di periodi personali particolarmente stressanti per il ristretto (ad esempio un lutto familiare);
- svolgere un'osservazione frequente (ogni 5-15 minuti) ad intervalli regolari o continua in base al rischio suicidario del detenuto. L'osservazione continua, svolta maggiormente dagli agenti di polizia penitenziaria durante l'isolamento detentivo, dovrebbe essere opportunamente supportato da un contatto relazionale costante mentre l'*équipe* sanitaria dovrebbe svolgere un'osservazione ristretta

principalmente dopo lo *screening* di entrata del detenuto e durante i colloqui con la famiglia e amici;

- utilizzare in modo consapevole e congruo le tecniche di contenzione, riguardante personale infermieristico e medico, in tal ordine: psicologica, relazionale, farmacologica e fisica, quest'ultima, qualora fosse necessaria, è importante svolgerne un scrupoloso monitoraggio.

Tra le componenti chiave disposte dall'OMS, vi sono anche:

- un'efficace comunicazione tra enti interni, costituiti dall'*équipe* sanitaria e gli agenti di polizia penitenziaria prevedendo incontri multidisciplinari regolari, e gli enti esterni, nel caso vi sia necessità di ulteriore supporto, valutazione e trattamento;
- *i debriefing* nel caso si verificano casi di suicidio all'interno del penitenziario, favorendo un'analisi accurata dell'accaduto di conseguenza e apportando, se possibile, miglioramenti alle strategie di prevenzione, identificazione, stadiazione e gestione degli atti autolesionisti e suicidari²³.

L'Italia attraverso il Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria formula e revisiona costantemente il "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (approvato dalla CU nel 27 luglio 2017) secondo le linee guida internazionali e conoscenze nazionali riguardanti la prevenzione del suicidio in ambito penitenziario. Con lo scopo di favorire una formazione continua del personale penitenziario e diffondere i risultati mediante *report* periodici i piani regionali e/o locali.

Le regioni, di conseguenza, costituiscono il proprio programma tenendo conto del piano nazionale, nominando il nucleo regionale e richiedendo l'individualizzazione a livello locale dei referenti di riferimento³³.

La Regione del Veneto, con il D.G.R. n. 1019 del 17 luglio 2018, mediante l'allegato B: le "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL

³³ Ministero della Giustizia. (2017, Luglio 27). *Accordo ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 281/1997, sul documento recante «Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti» (Repertorio atti n. 81/CU) - 27 luglio 2017*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_7_1.page?contentId=SCA127310#

RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO PER GLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO”, attua in tutto il territorio un piano regionale specifico valido, per rendere operanti gli istituti penitenziari locali in modo conforme³⁴.

³⁴ Regione del Veneto. (2018, Luglio 17). *LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO PER GLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO*. Tratto da Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Indicazioni per la ricerca futura

Ulteriori ricerche potrebbero essere condotte utilizzando un approccio basato su materiali e metodi misti, al fine di esplorare in modo approfondito lo stato di salute psicologica, emotiva e fisica degli infermieri che operano negli istituti penitenziari per adulti in diverse regioni italiane, includendo anche gli IPM.

Inoltre, sarebbe utile analizzare la prospettiva degli infermieri penitenziari riguardo le specifiche esigenze assistenziali dei pazienti detenuti, fornendo un quadro più completo delle dinamiche di cura in tale contesto³¹.

4.2 Limiti dello studio

Uno dei limiti di questa revisione sistematica riguarda la limitata disponibilità di fonti, in particolare per quanto concerne il ruolo dell'infermiere nella prevenzione degli atti suicidari. Data la rilevanza nazionale del tema, sarebbe utile un approfondimento ulteriore. La stringa di ricerca utilizzata per quest'ultimo quesito di ricerca ha portato al rinvenimento di una sola tesi accademica della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale – DEASS), intitolata “*Tentamen* suicidale e suicidio nelle carceri: *assessment* del rischio suicidale e interventi infermieristici. Revisione della letteratura”. Tuttavia, essendo questa tesi condotta al di fuori del contesto italiano, è stata esclusa. Per rispondere al quesito, sono state quindi utilizzate le linee guida dell'OMS, i protocolli nazionali e le linee di indirizzo regionali, in particolare della Regione Veneto.

Nel corso della ricerca è stato inoltre considerato un articolo pubblicato nella rivista “LAVORARE IN CARCERE: UN RIPIEGO O UNA OPPORTUNITÀ. La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lgs. 230/99”, documentato da IPASVI – Roma. Sebbene non rientrasse nei criteri temporali di inclusione, è stato incluso per la sua rilevanza e pertinenza rispetto al quesito.

La scelta di limitare la ricerca alla letteratura italiana ha influito sui risultati, poiché l'obiettivo era delineare il contesto penitenziario italiano, con particolare attenzione ai piani regionali e locali. Di conseguenza, i dati raccolti non possono essere generalizzati al contesto internazionale e mostrano variazioni legate agli assetti specifici delle diverse realtà regionali e locali.

4.3 Implicazioni per la pratica

L'infermiere che opera negli istituti penitenziari possiede conoscenze e competenze specifiche e complesse, adattate alle particolari esigenze di questo contesto. L'ambiente carcerario italiano, con le sue norme di sicurezza e le caratteristiche della popolazione detenuta, incide profondamente sulle modalità di assistenza infermieristica.

I pazienti detenuti presentano bisogni di salute unici, diversi da quelli riscontrabili in altri contesti, rendendo necessaria una formazione aggiuntiva per il personale infermieristico. Tale formazione dovrebbe essere prevista sia durante l'inserimento lavorativo che nei corsi di laurea in infermieristica, attraverso eventi informativi e formativi dedicati all'assistenza infermieristica in ambito penitenziario³¹.

Inoltre, l'elevato tasso di popolazione straniera nelle carceri italiane pone l'infermiere penitenziario di fronte a significative barriere linguistiche e lo costringe a confrontarsi costantemente con matrici culturali diverse. Questo scenario rende essenziale l'applicazione del *nursing* transculturale, una specialità infermieristica orientata a fornire assistenza sanitaria efficace in una società multietnica.

I principi fondamentali del *nursing* transculturale includono:

- l'accoglienza e il rispetto di ogni individuo come essere unico e irripetibile;
- la conoscenza delle patologie prevalenti in specifici gruppi etnici;
- la valutazione delle credenze culturali che possono influenzare la pratica clinica;
- la formulazione di un piano di assistenza personalizzato che consideri sia i bisogni culturali sia quelli sanitari di ciascun paziente.

Pertanto, il *nursing* transculturale permetterebbe all'infermiere penitenziario di acquisire competenze culturali più avanzate, migliorando così la qualità delle prestazioni sanitarie offerte ai detenuti stranieri³².

Il delicato tema dei suicidi in carcere a livello internazionale è fortemente influenzato dalle scelte politiche, amministrative ed economiche di ogni Paese. In Italia, la prevenzione degli atti suicidari viene sviluppata tenendo conto delle risorse nazionali e delle linee guida sovranazionali. Tuttavia, la responsabilità di elaborare protocolli specifici viene delegata alle regioni, le quali devono integrare tali direttive nei propri piani regionali. Questa autonomia regionale genera disomogeneità sul territorio nazionale, creando disparità tra i vari istituti penitenziari. Ad esempio, non tutti gli istituti penitenziari del Veneto dispongono di un protocollo strutturato per la prevenzione dei suicidi o di articolazioni specifiche per detenuti con disabilità mentali.

In contrasto, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha condotto uno studio sperimentale in alcune carceri italiane nel 2014, mirato all'individuazione precoce dei detenuti a rischio suicidario durante l'ingresso in carcere, utilizzando due strumenti di *screening*: la *Blaauw Scale* come strumento di prevenzione di primo livello e una valutazione psicologica come *screening* di secondo livello.

La *Blaauw Scale*, ampiamente utilizzata all'estero nelle popolazioni carcerarie, valuta una serie di fattori attribuendo punteggi in caso di risposte positive. Gli *item* considerati includono: età, mancanza di residenza abituale, precedenti condanne, storia di abuso di droghe pesanti, trattamento per sintomi psichiatrici (diagnosi di disturbi dell'Asse I del DSM-IV), tentativi di suicidio pregressi o comportamenti autolesionistici, e tendenze suicide o tentativi di suicidio nel corso dell'attuale procedura.

L'uso della *Blaauw Scale* ha mostrato elevati livelli di sensibilità e specificità nella popolazione detenuta oggetto dello studio³⁵.

³⁵ ARS Toscana. (2015, Aprile 10). *Il suicidio in carcere: Una sperimentazione per l'individuazione precoce dei detenuti a rischio*. Tratto da ARS Toscana: https://www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi_2015/salute_carcere/presentazioni/8_CaterinaSilvestri.pdf

Pertanto, l'adozione di questo strumento potrebbe consentire una valutazione mirata e preventiva dei detenuti a maggiore rischio suicidario nelle carceri italiane, contribuendo così a migliorare le condizioni sanitarie dell'intera popolazione carceraria.

4.4 Conclusioni finali

In conclusione, l'analisi della letteratura evidenzia che la figura dell'infermiere nel contesto penitenziario italiano è fondamentale per molteplici motivi. Oltre a svolgere attività assistenziali di natura tecnica, l'infermiere penitenziario si dedica a interventi relazionali ed educativi, offrendo un'assistenza infermieristica globale. All'interno degli istituti penitenziari, l'infermiere instaura una relazione di cura con il detenuto, fornendo ascolto attento ed empatico e supportandolo anche a livello umano. Attraverso questo approccio, l'infermiere è in grado di valutare e gestire le richieste del detenuto in modo efficace.

Grazie alle proprie competenze e conoscenze, l'infermiere collabora con l'*équipe* sanitaria penitenziaria per elaborare piani terapeutici e riabilitativi personalizzati, adottando un approccio olistico che mette al centro il detenuto nel percorso di cura. Ciò aumenta la *compliance* e migliora le probabilità di esito positivo, tenendo però conto delle specifiche condizioni legate alla condanna penale del detenuto.

Inoltre, come evidenziato, l'infermiere svolge interventi educativi rivolti ai detenuti sia al momento dell'ingresso in carcere sia durante i necessari *follow-up*, promuovendo la salute individuale e collettiva all'interno della popolazione carceraria.

Questa revisione della letteratura solleva riflessioni critiche sulle attuali condizioni della popolazione detenuta, che non gode pienamente del diritto alla salute. Problemi come il sovraffollamento, le precarie condizioni igienico-sanitarie e ambientali, insieme alla carenza di personale sanitario, rappresentano sfide significative.

Queste problematiche influenzano negativamente l'operato dell'intero personale sanitario, limitandone l'efficacia e compromettendo la qualità della vita e la tutela della salute mentale dei detenuti. Il tema dei suicidi in carcere emerge come una delle conseguenze più evidenti del malessere della popolazione detenuta, rappresentando una “richiesta d'aiuto” che interpella la società a livello nazionale, europeo e globale.

In questo contesto, l'infermiere penitenziario svolge un ruolo cruciale nella prevenzione di atti autolesionistici e suicidari, sebbene non possa affrontare in modo esaustivo tutti i comportamenti suicidari. La sua funzione è essenziale e multifattoriale. In primo luogo, gli infermieri sono responsabili del monitoraggio della salute mentale dei detenuti, identificando segnali di rischio attraverso osservazioni attente e interazioni quotidiane. Forniscono un'assistenza empatica e professionale, creando una relazione terapeutica basata sulla fiducia, in cui il detenuto si sente ascoltato e valorizzato nel suo percorso di cura.

Attraverso colloqui specifici e personalizzati, l'infermiere promuove strategie di coping, fornendo al detenuto strumenti utili per affrontare le difficoltà emotive. La presenza dell'infermiere è particolarmente significativa durante la prima visita di accesso del detenuto, quando in molte realtà viene effettuato uno *screening* sistematico per valutare il rischio suicidario, assicurando una comprensione approfondita delle necessità di ciascun individuo.

Infine, l'infermiere garantisce un uso corretto e responsabile della contenzione, limitando l'uso di misure fisiche e privilegiando invece il dialogo e l'ascolto attivo, soprattutto per i detenuti con un elevato rischio suicidario. Questo approccio non solo migliora la salute mentale dei detenuti, ma contribuisce anche a ridurre il tasso di suicidi all'interno degli istituti penitenziari.

BIBLIOGRAFIA

- Colombo, G. (2008). *Elementi di psichiatria*. Padova: Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.
- Corradini, A. M. (2020). *Mille ore in carcere*. Diogene Multimedia.

SITOGRAFIA

- Anna Massei, A. R. (2007, Marzo 18). *La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un'indagine descrittiva*. Tratto da Studi e ricerche: <https://www.area-c54.it/public/la%20professione%20infermieristica%20negli%20istituti%20penitenziari.pdf>
- Antigone. (2024). *Dossier sui suicidi in carcere nel 2023 e nei primi mesi del 2024*. Italia: Sofia Antonelli.
- ARS Toscana. (2015, Aprile 10). *Il suicidio in carcere: Una sperimentazione per l'individuazione precoce dei detenuti a rischio*. Tratto da ARS Toscana: https://www.ars.toscana.it/files/eventi/eventi_2015/salute_carcere/presentazioni/8_CaterinaSilvestri.pdf
- Buzzi, S. (2024, Agosto 22). Salvatore Buzzi: "Da ex detenuto vi spiego la soluzione per migliorare le carceri". (G. Mineo, Intervistatore)
- Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. (2007). *La prevenzione del suicidio*. Tratto da https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43678/9789241595506_ita.pdf
- Diletta Calamassi, T. G. (2021). I vissuti degli infermieri che lavorano nelle carceri: uno studio qualitativo. *SCIENZE INFERMIERISTICHE*.
- Funzione Pubblica CGIL del Veneto. (2011, Dicembre 29). *Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione della sanità penitenziaria*. Tratto da <https://www.fpcgil.it/linkres.php%3Fobj%3D/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/c%25252F0%25252Fe%25252FD.6863198b7885288f7194/P/BLOB%253AID%253D20680/E/doc&sa=U&sqi=2&ved=2ahUKEwiA->

vv5_pmIAxUHIP0HHX3XASwQFnoECDEQAQ&usg=AOvVaw3KWtkEtii
_OebK_nsHHlln

- Gallo, M. (2019-2020). *Uno sguardo oltre le sbarre: l'infermiere case manager in ambito penitenziario*. Università Politecnica delle Marche: Tesi di laurea in infermieristica.
- Gentile, G. (2024, Luglio 18). *Ciambriello: "Carceri al collasso, è un'emergenza umanitaria"*. Tratto da Cronache della Campania: <https://www.cronachedellacampania.it/2024/07/ciambriello-carceri-emergenza/>
- Gentiluomo, M. (2022-2023). *L'assistenza sanitaria nelle case circondariali: la centralità dell'infermiere*. Tesi di laurea in infermieristica: Università Politecnica delle Marche.
- INAPP. (2023, Novembre 14). *Detenzione e diritti umani. Una disamina della situazione carceraria in Italia*. Tratto da INAPP: <https://oa.inapp.gov.it/server/api/core/bitstreams/c7f4d0e1-abc1-40be-a6ff-e411e66cd827/content>
- IPASVI - Roma. (2000, Dicembre 1). *LAVORARE IN CARCERE: UN RIPIEGO O UNA OPPORTUNITÀ "La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lg. 230/99"*. Tratto da OPI Roma: https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/41/vol_13.pdf
- Istituto Superiore di Sanità. (s.d.). *Oms, suicidi: la dimensione del problema*. Tratto da EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/schedasuicidi>
- La redazione Politica. (2024, Marzo 18). *Carceri, Mattarella rinnova il suo appello: "Servono interventi urgenti contro i suicidi in cella"*. Tratto da la Repubblica: https://www.repubblica.it/politica/2024/03/18/news/mattarella_suicidi_carcer_e_polizia_penitenziaria-422332693/
- Lagana, D. (2019). *Psicologia del suicidio in carcere: una valutazione comparativa tra i nuovi giunti e detenuti con "fine pena mai"*. *Psicologia e Giustizia*, 3.

- Mazzeo, G. (2024, Aprile 18). *Bolzano, epidemia di scabbia nel carcere, colpiti detenuti e agenti: “Struttura sporca e fatiscente”*. Tratto da Fanpage.it: <https://www.fanpage.it/attualita/bolzano-epidemia-di-scabbia-nel-carcere-colpiti-detenuti-e-agenti-struttura-sporca-e-fatiscente/>
- Ministero della Giustizia. (2017, Luglio 27). *Accordo ai sensi dell’art. 9 del d.lgs. 281/1997, sul documento recante «Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti» (Repertorio atti n. 81/CU) - 27 luglio 2017*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_7_1.page?contentId=SCA127310#
- Ministero della Giustizia. (2018, Novembre 9). *Diritti dei detenuti*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page
- Ministero della Giustizia. (2020, Gennaio 16). *Carcere*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/in_carcere
- Ministero della Giustizia. (2023, Giugno 20). *Istituti penali per minorenni (IPM)*. Tratto da https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/termine_del_glossario?contentId=GL0938349
- Ministero della Giustizia. (2023, Febbraio 23). *PIAO 2022-2024 - Relazione illustrativa - Amministrazione penitenziaria*. Tratto da <https://www.giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART417573>
- Ministero della Salute. (2019, Gennaio 30). *LEA, Regioni e Province autonome*. Tratto da Servizio sanitario nazionale: i LEA: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>
- Mosca, A. (2020, Giugno 9). *Il carcere: breve excursus storico e la evoluzione in Italia*. Tratto da State of mind: <https://www.stateofmind.it/2020/06/storia-carcere-italia/>
- Redazione cronaca nazionale. (2024, Luglio 7). *Carceri, la mattanza non si ferma: suicida un altro agente penitenziario*. Tratto da la Repubblica: https://www.repubblica.it/cronaca/2024/07/07/news/carceri_la_mattanza_non_si_ferma_suicida_un_altro_agente_penitenziario-423372625/

- Regione del Veneto. (2013, Dicembre 6). *Amministrazione Penitenziaria - Istituti penitenziari*. Tratto da Sociale: https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=cc8323dd-4fd6-46a8-b69e-2780788581ee&groupId=10797
- Regione del Veneto. (2018, Luglio 17). *LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO PER GLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO*. Tratto da Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.
- Regione del Veneto. (2021, Novembre 29). Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti Penitenziari. *Allegato A D.G.R n.1669* .
- Regione del Veneto. (2022, Ottobre 12). *Sanità penitenziaria*. Tratto da Sanità: <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sanita-penitenziaria>
- Regione Emilia Romagna . (2017, Ottobre 13). *L'infermiere nei servizi sanitari penitenziari*. Tratto da CORE: <https://core.ac.uk/download/pdf/132518357.pdf>
- Sanità24 . (2023, Novembre 21). *Simspe: è emergenza salute in carcere tra droga, violenza e suicidi*. Tratto da Il Sole 24 ore: https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2023-11-21/simspe-e-emergenza-salute-carcere-droga-violenza-e-suicidi-150213.php?uuid=AFxUnLjB&refresh_ce=1
- Vinci, C. (2011-2012). L'Assistenza infermieristica al paziente ristretto portatore di patologia infettiva: aspetti etici, relazionali, educazionali e clinici. *Tesi di laurea in infermieristica*. Università degli studi di Milano.
- WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. (2012, Dicembre). *Prevenire il suicidio in carcere: le linee guida dell'OMS e la realtà italiana*. Tratto da https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dat/mat_info/prevenire_suicidio_carcere.pdf
- Ziliani, P. (2013). Infermieri nelle carceri: una presenza efficace? *Focus*.