

Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?

Paola Ziliani*

INTRODUZIONE

Il DPCM 01/04/2008 conclude un iter legislativo avviato alla fine degli anni 90 con il d.lgs. 230/99 avente per oggetto il “Riordino della Medicina penitenziaria”, di cui ha previsto il passaggio della competenza in materia di salute al Servizio Sanitario Nazionale, lasciando all’Amministrazione Penitenziaria il compito di provvedere alla sicurezza dei ristretti. Dopo un lungo percorso, la legge pone una separazione tra la gestione della sicurezza e il diritto alla salute che spetta ai detenuti come ai cittadini liberi e consolida l’orientamento già previsto dall’articolo 27 della Costituzione ad un lavoro sinergico tra le Istituzioni con il fine comune del reinserimento e del recupero del detenuto. Allo stesso spettano il diritto alla salute secondo i livelli essenziali di assistenza riconosciuti ai cittadini liberi e il diritto all’assistenza, alla prevenzione, alla riabilitazione attraverso prestazioni adeguate ed efficaci. Il Decreto ha innescato un cambiamento strutturale nel riconoscere la necessità di affidare la competenza sanitaria a ‘esperti’ esterni all’Amministrazione del

carcere. Il carcere apre i suoi alti cancelli al Servizio Sanitario Regionale Pubblico lasciando però da definire l’integrazione in un contesto rigidamente controllato da vincoli e regole proprie al fine di creare le giuste sinergie di lavoro. Gli stakeholder per il passaggio sono tanti, ma, come spesso accade, la legge precorre il tempo mentre il paradigma culturale di quel particolare contesto segue un suo percorso di transizione, creando per un certo tempo un inevitabile dislivello tra il reale e il previsto (che non deve stupire né scoraggiare). Il passaggio deve procedere gradatamente; deve fare i conti con le esperienze e i modelli organizzativi pregressi, con la complessità di un Sistema penitenziario



appesantito dalla gestione della sicurezza in un contesto di sovraffollamento cronico di detenuti stipati in ambienti spesso vetusti e inadeguati. Nella nostra realtà, all'interno delle due strutture di pena (casa circondariale Canton Mombello e casa di reclusione di Verziano) le difficoltà di inserimento e di assimilazione nell'organizzazione penitenziaria vengono sentite soprattutto dall'area infermieristica che vive, dal 2008 (la gestione della competenza sanitaria passa agli Spedali Civili) un consistente cambiamento del suo organico, pari ai 2/3, per l'assegnazione di personale infermieristico proveniente dall'Azienda Ospedaliera. In poco tempo gli infermieri passano da 1 o 2 unità per turno per 350 detenuti (anni 2000-2006, ora sono sui 510) a un gruppo professionale di 12 infermieri turnisti, su modelli vicini a quelli dei reparti ospedalieri. Gli infermieri, con il loro ingresso in gruppo, incarnano personalmente per il carcere la Riforma della medicina penitenziaria poiché i medici, per lo più liberi professionisti, rimangono gli stessi. Il cambiamento comporta nell'Istituzione la vulnerabilità dell'incertezza e in esso, contemporaneamente, gli stessi infermieri in gruppo vivono il loro cambiamento professionale che richiede di coniugare i propri modelli prevalentemente clinici e ospedalieri al nuovo contesto. La domanda sull'identità dell'infermiere e su quello che può dare è sottesa ma chiara. Questa stessa domanda se la pongono in primis gli stessi infermieri: cosa si può davvero fare per i bisogni sanitari delle persone detenute e come farlo al meglio? Il professionista risente della mancanza di conoscenza sul complesso sistema che lo sovrasta e, talvolta dei regolamenti penitenziari scritti e non scritti che tutti gli operatori sono tenuti a osservare (d.lgs. 14230, DPR 230/giugno 2000). Vi sono linguaggi formali e informali specifici da imparare, sul campo, per poter comunicare (es: Art 21, "traduzione", "domandina", "nuovo giunto" ecc.) e l'abitudine agli ambienti chiusi, alle sbarre, ai cancelli non è scontata né immediata. La storia degli infermieri in carcere come gruppo, con una propria disciplina professionale, non ha un passato remoto: uno dei problemi fondamentali legati al suo recente inserimento è proprio la definizione dei fenomeni (problemi, rischi, bisogni, spazi di autonomia e miglioramento) che costituiscono il suo territorio di interesse specifico ed autonomo, così come gli strumenti di lavoro (protocolli contestualizzati,



pathway multiprofessionali e documentazione assistenziale infermieristica), voluti dalla legislazione ed in grado di garantire qualità e sicurezza (D.M. 14 settembre 1994 n°739, n°251 10/8/2000, Codice deontologico). A tutto ciò si somma il problema che la privazione della libertà, l'impossibilità di soddisfare il naturale bisogno di privacy, di autodeterminazione e sicurezza, creano una situazione del tutto anomala nella persona ristretta. L'infermiere che identifica e prevede i bisogni per pianificare e stringere un patto assistenziale avverte la necessità di conoscere meglio il suo protagonista assistenziale. Il naturale bisogno di salute diventa secondario e a volte strumentale rispetto alla libertà, e il detenuto sceglie il percorso delle simulazioni nella speranza che un'eventuale situazione clinica complessa possa aiutare per la concessione di sconti di pena. Gli spazi limitati e i tempi ristretti concessi dai ritmi di lavoro intenso e dall'organizzazione sanitaria e penitenziaria per il contatto con il detenuto impongono agli infermieri la necessità di ridefinire i modi e i metodi per l'uso dei processi deduttivi dell'atto assistenziale. Il problema della sicurezza non è mai da sottovalutare all'interno di un carcere, ma piuttosto diventa di urgente importanza dati i noti indici di sovraffollamento: risulta prioritario trovare una sinergia operativa che stabilisca una giusta relazione tra regolamenti penitenziari e processi assistenziali adeguati e di comprovata efficacia. L'infermiere è la figura che entra più frequentemente nelle sezioni e incontra i detenuti nelle loro celle per la somministrazione delle terapie. Definire a priori le relazioni tra gli interlocutori aiuterebbe a evitare inutili commistioni tra funzioni di

cura e di custodia, favorendo sia le opportunità di raccolta dei bisogni sia il monitoraggio di situazioni a rischio. Rivedendo empiricamente la situazione nel tempo, posso dire che sono molti gli indicatori che inducono ad essere ottimisti e che mostrano la continua crescente apertura dell'Amministrazione penitenziaria. Il cammino è forse appena iniziato ma è sempre più condivisa l'esigenza di un percorso comune che, nel rispetto delle singole competenze, metta insieme le proprie risorse per la buona gestione della complessa situazione della reclusione .

OBIETTIVI

L'obiettivo della presente ricerca è proiettarsi al di là delle sbarre del proprio carcere per un confronto con l'esperienza di colleghi nelle carceri italiane e non. Interrogarsi e confrontarsi è importante per concedere visibilità ad un lavoro poco conosciuto che sarà in grado di concedere, in futuro, spazi e riconoscimenti in base ai risultati di qualità che fin d'ora siamo tenuti a raggiungere. Il sovraffollamento da record di Canton Mombello (2° posto in Italia secondo il rapporto Antigone 2012) impatta inevitabilmente sugli sforzi di quelle 400 persone che ogni giorno entrano in carcere e cercano di fare il proprio lavoro il meglio possibile. Anche le reiterate denunce alla Corte Europea per la violazione della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo, chiamano ciascuno a non far mancare la propria parte e a farla bene. Gli infermieri possono e devono dare il proprio contributo in carcere affinché venga data una risposta sempre più esaustiva a tutte le persone che vengono loro affidate.

Le domande alle quali la ricerca bibliografica cerca risposte sono le seguenti:

- Qual' è il ruolo dell'infermiere che lavora in carcere?
- Quale il contributo potenziale e l'efficacia del lavoro dell'infermiere in carcere?

MATERIALI E METODI

Per lo studio del contesto extranazionale è stata fatta una revisione sistematica attraverso la consultazione di database elettronici: Medline, CINAHL e Cochrane library con l'inserimento delle parole chiave "prison nurse, role (MeSH),

prison health care nurse (MeSH)" alternate o unite dagli operatori booleani "and" o "near". Sono stati selezionati documenti in lingua inglese e/o in italiano, con restrizione ai full test e con limite temporale di 5 anni, esteso poi a 10 per la ridotta disponibilità di documenti recenti. Nella letteratura trovata sono stati selezionati studi primari e secondari, revisioni sistematiche sul ruolo infermieristico in carcere, prodotti in ambiti geografici che presentano modelli di sanità penitenziaria simili al nostro sia per organizzazione (passaggio recente sotto il Sistema Sanitario Nazionale) sia per densità della popolazione detenuta. La selezione dei contenuti trovati è stata fatta con l'esclusione degli articoli in cui non fossero chiari il modello teorico utilizzato per l'analisi del fenomeno, il metodo e gli strumenti usati per la rilevazione dei dati, e dove fosse presente soltanto una semplice valutazione soggettiva dell'autore sul problema assistenziale. Per il repertorio non italiano le riviste analizzate con la ricerca manuale sono state: "Journal of Advance Nursing" e "Nursing Standard"; per quello italiano: "Assistenza infermieristica e ricerca", "Nursing oggi", "Professioni infermieristiche" e "Tempo di nursing". Nel complesso sono stati ritenuti utili circa 42 riferimenti bibliografici, di cui 25 selezionati, recuperati e tradotti integralmente (se in inglese). Nella ricerca in ambito nazionale la letteratura scientifica è risultata scarsa e non sufficiente a rispondere al quesito. Per questo si è ampliata la ricerca utilizzando i motori di ricerca generali "Google" e "Arianna", con



l'inserimento delle parole chiave "assistenza infermieristica" e "carcere", e la consultazione manuale di siti infermieristici nazionali (IPA-SVI, IPASVIBS, Centro studi EBN, Nursesarea.it). Sono state consultate fonti legislative della Regione Lombardia, del Ministero della Salute, di Grazia e Giustizia, siti specifici delle Associazioni del carcere (Altro diritto, Antigone, Ristretti Orizzonti), che dispongono di una buona bibliografia sull'argomento

(data consultazione: luglio 2012). I documenti raccolti e analizzati riguardano lettere di colleghi, contributi di gruppi di infermieri in servizio presso il carcere di Roma "Regina Coeli" e i penitenziari di Firenze (7° convegno Nazionale sull'Agorà penitenziaria del 2004 e nel 2010 'convegno "Task-Force sul carcere"), elaborati di tesi e libri e l'VIII Rapporto dell'Osservatorio Antigone 2011 sulle condizioni di detenzione in Italia.

Database	Parole Chiave	Articoli reperiti	Articoli selezionati
Arianna/ Google	Infermieri e carcere health care	11	10
CINAHL	Prison nurse, role , care, inmate	17	11
Cochrane library	Nurse prison, care, health care, inmate	0	
Medline	Nurse prison and role	53	10

RISULTATI

La domanda di salute e i bisogni assistenziali

La definizione dei bisogni di salute ha trovato risposta nella revisione sistematica sui maggiori studi internazionali relativa allo stato di salute della popolazione detenuta negli ultimi 10 anni realizzata da Maurizio Esposito, pubblicata in "Malati in carcere" (1) e la revisione di Niveau (2), che definiscono i fattori di rischio della trasmissione di malattie infettive in carcere. Secondo M. Esposito (1) il tasso di morbilità e la domanda di assistenza in carcere è significativamente più alta rispetto a quanto si rileva nella popolazione generale: questo è dovuto all'alto numero di detenuti provenienti da paesi extracomunitari che presentano patologie non rilevate nei paesi di origine. 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 (dati forniti dal Dipartimento di Amministrazione penitenziaria 2001). Nell'ambito delle malattie infettive, la differenza di incidenza rispetto alle persone libere è significativa ed i fattori di rischio riconosciuti sono legati alla promiscuità, a comportamenti sessuali non protetti e all'uso di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi. Le malattie più rappresentate per cui vengono sollecitati interventi

preventivi urgenti, dettati da esigenze di sanità pubblica sono: tubercolosi, HIV, epatiti, sifilide e altre malattie sessualmente trasmesse. I dati epidemiologici indicano un tasso di morbilità maggiore nella popolazione femminile rispetto a quella maschile e una minor risposta delle donne ai programmi di riabilitazione, spiegata dalla minore tolleranza alla carcerazione delle stesse rispetto agli uomini. Il problema delle malattie mentali è imponente per i Servizi Sanitari del carcere. La maggior prevalenza di disturbi psichiatrici (10-15% della popolazione detenuta soffre di una malattia mentale grave) risulta da molti studi, sebbene non sia chiaro se la detenzione causi il disordine mentale o peggiori una situazione patologica preesistente. A tali disturbi si devono associare la frequenza di comportamenti aggressivi e le abitudini di abuso di sostanze, che ne rendono ancora più difficile la gestione. La fase iniziale di inserimento del "nuovo giunto" viene considerata molto delicata e complessa e richiede un "assessment globale multidisciplinare" con particolare attenzione all'identificazione delle patologie mentali e/o alla presenza di precedenti episodi di autolesionismo che aumentano significativamente il rischio di comportamenti aggressivi auto o etero lesivi. Le altre aree in cui si manifestano i bisogni di salute, anche secondo le linee di indirizzo della Regione Lombardia per la sanità penitenziaria (Decreto 14230 del 21/12/2009),

sono le dipendenze patologiche, il primo soccorso, la prevenzione secondaria delle patologie croniche (diabete, malattie cardio-circolatorie) e il collegamento con la rete dei servizi del territorio per la continuità della cura (DSM, medici di base, comunità, assistenza domiciliare per persone agli arresti domiciliari). La necessità di controllare il rischio infettivo rende essenziale l'attuazione di programmi preventivi basati sulla modificazione di comportamenti a rischio tra detenuti, così come richiesto dall'articolo 11 della legge 354/75 (ordinamento penitenziario) e dall'articolo 17 del relativo regolamento di esecuzione, che impongono all'Amministrazione Penitenziaria di predisporre un servizio sanitario in grado di rispondere alle esigenze profilattiche e di cura della popolazione detenuta. Ma quali sono le risposte realmente date dagli infermieri in Italia e all'estero e quali sono le prove di efficacia del loro contributo?

Ambito nazionale

La letteratura scientifica in ambito nazionale riguardo il ruolo e l'impatto dell'attività infermieristica sulla salute dei detenuti è scarsa. Le ricerche e gli studi descrittivi sono pochi e la maggior parte dei lavori riguarda il dibattito dei primi anni del decennio scorso quando si profilava il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale e si avviava la discussione tra gli infermieri "addetti al lavoro". Essi vedevano nel cambiamento il rischio di perdere il posto e la possibilità di non vedere riconosciute le competenze acquisite negli anni di dipendenza dall'Amministrazione Penitenziaria. L'immagine che viene data dalla comunità professionale, che parla attraverso relazioni portate ai Convegni, è spesso carica di difficoltà. I punti comuni testimoniati, anche con toni molto forti come nel Convegno Nazionale del 2004 dal titolo "Agorà Penitenziaria" (3) dagli infermieri del carcere di Rebibbia, riguardano: l'esigenza di una formazione specifica, la difficoltà a stabilire un'efficace relazione d'aiuto, la completa dipendenza per tutti i bisogni sanitari anche minori (odontalgie, stipsi, ecc.), i disagi umanitari a volte più che sanitari segnalati agli infermieri in quanto unica figura che entra quotidianamente nelle sezioni detentive. Altri problemi sono rappresentati da difficoltà nello svolgere l'attività di somministrazione di terapia in sicurezza



con basso indice di errore, nel rispondere a tutte le richieste estemporanee per i tempi ridotti e per la dispersività degli ambienti chiusi e angusti, per la poca tutela, per gli atteggiamenti ricattatori di detenuti che chiedono psicofarmaci senza prescrizione. Il contributo dato da un'infermiera in una tesi di laurea (4) che descrive il suo lavoro alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria, è significativo per lo sguardo che ci offre sul passato. L'autrice sottolinea come l'assistenza infermieristica negli istituti penitenziari, meglio definita come terzo settore rientrante nell'assistenza in campo militare e sociale, fosse un mondo sconosciuto ai professionisti del ramo giudiziario. L'autrice individua come la compresenza di figure dipendenti dall'Amministrazione Penitenziaria (pochi) e di professionisti a parcella (per la maggior parte generici), tra gli infermieri in servizio prima della riforma della medicina penitenziaria compromettesse la possibilità di un lavoro integrato e di qualità e ostacolasse l'unità di categoria per il giusto riconoscimento di attività che vadano oltre la mera esecuzione di prescrizioni. Meno critico si pone il contributo dei colleghi di Firenze al convegno "Take care", sei anni dopo, che riconosce nel carcere un contesto in cui i disagi e le situazioni di vita incrementano i bisogni di salute e li modificano. L'assistito/detenuto è una persona del tutto particolare in cui la "pena dell'imprigionamento" si traduce in privazione della libertà, della privacy, delle relazioni eterosessuali e della sicurezza, creando una situazione anomala in cui i bisogni sono

stravolti. La libertà negata, che per alcuni autori è suprema necessità senza la quale l'esistenza smarrisce il suo senso (5), crea uno stravolgimento di tutti i valori, e la stessa salute viene post posta alla sua ricerca. La malattia viene strumentalizzata e la capacità di lettura obiettiva della situazione di salute è ostacolata dalle simulazioni volte a ricercare un espediente per una riduzione della pena. Gli ambienti chiusi e angusti dei "bracci" di reclusione creano una difficoltà logistica che spesso compromette la possibilità di cura, e definiscono un disagio adattativo condiviso anche dagli infermieri, che lamentano infatti maggiori difficoltà in carcere rispetto ad altri contesti di lavoro. Secondo la relazione degli infermieri del carcere romano "Regina Coeli", presentata in "Lavorare in carcere un ripiego o un'opportunità"(6), le difficoltà vissute non hanno impedito di formulare linee guida e protocolli che prevedono il coinvolgimento degli agenti di polizia penitenziaria. La collaborazione è riconosciuta come indispensabile perché gli assistenti sono a contatto stretto col detenuto e possono rendersi veicolo di informazioni per il monitoraggio della situazione sanitaria. Nell'indagine qualitativa svolta all'interno del carcere

di Rebibbia da Anna Massei (7), attraverso interviste a detenuti ed infermieri sul ruolo degli infermieri in carcere, sono stati trovati dati interessanti anche dal punto di vista dei detenuti, i destinatari dell'assistenza. Dallo studio, che prendeva in considerazione un campione di 137 detenuti reclusi nella Casa circondariale e 47 infermieri, risulta che la maggior parte di questi (68%) attribuiva all'infermiere un mero ruolo di "esecutore della terapia". I termini utilizzati per definire il rapporto con l'infermiere è "indifferenza" a conferma della carenza della componente relazionale, segnalata come problema anche dai professionisti stessi. Dall'VIII rapporto nazionale dell'Associazione Antigone del 2011, che raccoglie i dati di tutte le strutture di pena italiane, gli infermieri intervistati sottolineano le difficoltà dell'attuazione della riforma carceraria. I retaggi culturali del passato sono difficili da estirpare e gli operatori penitenziari stentano a considerare i problemi sanitari come non di loro competenza. Gli infermieri sono considerati come un "corpo estraneo" dentro un'organizzazione rigida che ha proprie regole e dinamiche, funzionanti perché da tutti riconosciute e accettate.



Ambito extranazionale

La ricerca scientifica in ambito extranazionale ha dato esiti più consistenti. L'interesse per la salute nelle strutture detentive risente del maggior coinvolgimento degli Organi di Governo. La consapevolezza dell'importanza di una buona qualità dei servizi sanitari, nonché dell'impatto che questo può avere sulla spesa sociale e sulla tutela generale del diritto alla salute della cittadinanza, ha spinto l'OMS nel 1995 ad avviare un progetto di studi permanente (Progetto Salute in carcere "HIP") che coinvolge 25 paesi in una rete unificata per lo scambio di idee e lo sviluppo di linee guida per la salute in ambito detentivo, dai quali sono derivati degli "imperativi per il nursing in carcere" (8). Il carcere non è un ambiente chiuso: la popolazione detenuta entra ed esce ed essendo particolarmente vulnerabile alla diffusione di malattie infettive, allo sviluppo di malattie psichiatriche e patologie legate ad ambienti insalubri, richiede una sorveglianza sanitaria nell'interesse della salute sociale della collettività. I problemi sanitari in carcere hanno creato un input per la definizione di un "Codice Europeo per la salute in carcere", che definisce alcuni principi cardine: il riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria senza discriminazioni, e la natura patogena della privazione della libertà per la salute mentale, che deve spingere i sistemi sociali a contenere la pena della detenzione (9). Gli articoli reperiti sono per la maggior parte di provenienza anglosassone e sono relativi al periodo immediatamente precedente e successivo al passaggio della sanità penitenziaria sotto il Servizio Sanitario Nazionale (dal 2002-2006), che ha portato ad un ampliamento e ad un maggior riconoscimento del ruolo degli infermieri in carcere (10). In Inghilterra nell'ultimo decennio si è assistito ad una metamorfosi professionale, con un incremento numerico delle risorse infermieristiche impiegate e una trasformazione dell'impostazione dell'assistenza sanitaria in carcere soprattutto in ambito infermieristico. Il servizio sanitario ha deciso di investire sugli infermieri che hanno dimostrato, per le loro conoscenze, l'attitudine a valutare in maniera olistica e l'aderenza al codice deontologico, la risorsa professionale in grado di portare un miglioramento sul controllo della salute dei detenuti e sulla possibilità di un recupero anche sociale del detenuto. È stato infatti dimostrato che l'attenzione al

mantenimento della salute e delle abilità funzionali può aumentare la possibilità di un reinserimento sociale e lavorativo del detenuto dopo la carcerazione (11). In carcere la popolazione marginale tipica presenta una domanda di assistenza molto maggiore che fuori. Questo può essere un'opportunità di cura e di prevenzione sia con campagne vaccinali (12), sia con programmi specifici di educazione sanitaria a lungo termine per popolazioni difficilmente raggiungibili (11). La rivista "Nursing Standard" ha pubblicato nel 2010 una serie di articoli interessanti sull'argomento, che analizzano in generale le competenze degli infermieri e in particolare gli aspetti relativi al management delle malattie croniche in una dimensione "proattiva" per il detenuto. La qualità dell'assistenza si misura in relazione all'individualizzazione dei processi assistenziali e alla capacità di coinvolgere il detenuto nella gestione consapevole della propria salute. Perry (13) definisce una mappatura delle competenze che costituisce anche una griglia per la valutazione delle performance infermieristiche in ambito assistenziale detentivo. Le aree sono: l'educazione per la prevenzione delle malattie trasmissibili, la gestione dei disordini mentali e delle malattie croniche in un contesto inadeguato, l'integrazione con altre figure professionali per l'attività di valutazione, il collegamento con il territorio per la continuità assistenziale. Powell (10) ha pubblicato uno studio etnografico condotto in 12 carceri inglesi. Egli presenta l'evoluzione indotta dal Sistema Sanitario Nazionale inglese, che attribuisce agli infermieri un ruolo importante in sinergia con le altre figure assistenziali dell'equipe di presa in carico nelle carceri (psichiatri, assistenti sociali, ecc). Nei nuovi modelli assistenziali sono riconosciuti agli infermieri ruoli di prescrizione (per malattie minori quali stipsi, odontalgie, raffreddori, ecc.), valutazione di accoglienza (nurse-led triage), valutazione e gestione in ambito di patologia cronica complessa (nurse-led clinic). La valutazione medica è filtrata dalla fase di assessment infermieristico che orienta la domanda di cura. Gli infermieri, nell'ambito dei progetti rieducativi nei confronti di comportamenti di abuso alimentare o di sostanze o per la prevenzione dell'abuso di psicofarmaci, possono prescrivere rimedi non farmacologici quali l'attività fisica o sistemi comportamentali che facilitano l'addormentamento. La letteratura estera concorda con

quella nazionale nel definire che a parità di età, la popolazione detenuta presenta una domanda assistenziale aumentata rispetto alla popolazione in generale, e nella esigenza di formazione specifica per i sanitari che non cambia e si mantiene anche dopo la riforma del sistema sanitario. La formazione può aiutare nella gestione dell'interazione con il sistema della sicurezza (14) e garantisce una migliore qualità di cura. Le indagini fatte dal difensore civico delle Carceri del Galles sulle morti dei detenuti riportate in un articolo indicano la necessità di personale altamente qualificato per la gestione dell'assistenza, dando evidenza scientifica alla relazione tra formazione e qualità degli esiti. Gli elementi formativi deficitari segnalati dagli infermieri riguardano: la conoscenza delle più comuni sostanze di abuso, la gestione della crisi di astinenza, le attività di emergenza, l'assessment in ambito di salute mentale e la valutazione del rischio suicidario (Perry, 2010a), nella delicata fase iniziale di adattamento alla detenzione e la capacità di porsi in relazione con culture diverse. Il servizio sanitario ha realizzato un superamento dell'isolamento professionale degli infermieri e il sostegno di una cultura che riconosce l'importanza della salute e della qualità delle cure, contenendo la assoluta prevari-

cazione delle norme di sicurezza. L'eccessiva dipendenza dei detenuti per tutti i bisogni, che determina una domanda imponente per gli infermieri, ha orientato i sistemi sanitari ad ampliare le competenze con ruoli prescrittivi per i farmaci da banco che il detenuto acquista e detiene in autonomia (Powell, 2010). In alcuni articoli su riviste di settore si evincono alcuni risultati in relazione alla sensibilizzazione ottenuta con programmi contro il tabagismo (15), miglior gestione della salute di bimbi piccoli in regime di detenzione con le madri (16), e sul livello di soddisfazione rivolto all'attività degli infermieri per la loro aderenza ai codici deontologici (17). Alcuni studi hanno evidenziato che programmi di promozione della salute fondati su progetti di sensibilizzazione sulla genitorialità responsabile, ben strutturati che prevedano una continuità di cura dopo la detenzione, hanno un impatto positivo sulla salute dei detenuti, dei loro familiari e della comunità allargata che li circonda (18). Un miglioramento della salute può rompere il ciclo della povertà e della criminalità con un beneficio allargato per la comunità sociale. Il Servizio sanitario dovrebbe, in relazione a questo, attivare una politica più incisiva per il sostegno e la sensibilizzazione dell'importanza della promozione della



salute in carcere che includa la disciplina infermieristica. Questa consapevolezza, condivisa fuori e dentro il carcere può aiutare ad abbattere le barriere esistenti tra staff di cura e staff di custodia (8). Gli autori raccolgono valutazioni positive da parte delle autorità sanitarie e penitenziarie e dei fruitori dei servizi per le nuove competenze riconosciute agli infermieri in relazione: alla riduzione dei tempi di attesa per la valutazione, alla miglior capacità di identificare i problemi presenti (70% delle malattie) e alla più adeguata e veloce risposta ai problemi minori o estemporanei (17).

CONCLUSIONI

I risultati della ricerca evidenziano una domanda assistenziale equiparabile fra ambito nazionale e estero, che si presenta più consistente e complessa rispetto ai cittadini liberi, articolandosi in bisogni di tipo preventivo, riabilitativo e assistenziale, gestibili da un'equipe multidisciplinare in cui, per formazione e profilo, si colloca anche l'infermiere. La letteratura nazionale e extranazionale evidenzia la necessità di formazione specifica e la difficoltà di integrazione tra funzione di custodia e assistenza. La carenza di formazione compromette la qualità assistenziale e talvolta giustifica la tendenza degli infermieri ad abbandonare il carcere per ritornare in contesti ospedalieri. Dall'analisi dei contenuti della letteratura extranazionale dal punto di vista cronologico, si rileva una vera e propria trasformazione culturale del concetto di assistenza infermieristica dopo il passaggio della competenza sanitaria

sotto il Servizio Sanitario Nazionale, con un ampliamento delle competenze. Gli esiti del contributo infermieristico sono stati misurati in ambito di programmi di sensibilizzazione contro il tabagismo, prevenzione delle malattie infettive, gestione della salute delle donne con figli, miglior affinità alla valutazione dei bisogni. La validità in termini di utilizzo della figura infermieristica risulta documentata dai rapporti ufficiali del settore penitenziario. Non è ancora possibile la valutazione degli esiti a lungo termine della riforma del modello assistenziale infermieristico avvenuto nei paesi anglosassoni. I limiti della ricerca sono relativi alla scarsità di articoli sull'argomento, in particolare in ambito nazionale, che non consentono di generalizzare un'unica risposta alle domande della ricerca. Gli articoli trovati richiedono la contestualizzazione in un periodo di incertezza sul destino delle fatiche degli infermieri dopo il riordino della sanità penitenziaria e il passaggio sotto il Servizio Sanitario Nazionale. Gli autori italiani tendono ad evidenziare le difficoltà incontrate piuttosto che ad analizzare e descrivere quanto viene fatto in carcere, con quali percorsi e con quali obiettivi di miglioramento. Tutto ciò evidenzia delle carenze rispetto alla contestualizzazione della figura infermieristica in carcere che richiede per il futuro un impegno e una maggiore attenzione.

* *Ziliani Paola. Infermiera. Studente al corso di management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Università Cattolica del Sacro Cuore.*

Bibliografia

1. Esposito M. (2007) Malati in carcere. Franco Angeli editore
2. Niveau G (2006) Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review. *Public Health*. Jan;120(1): 33-41.
3. Atti del V Congresso Nazionale di Sanità Penitenziaria: "L'Agorà penitenziaria". Vibo Valentia 2004
4. Mancinelli C. Il paziente difficile: la comunicazione terapeutica e le risorse disponibili della relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica in istituto penitenziario.(2002) from :<http://www.infermieri.com> (consultato giugno 2012).
5. Mortari L. (2008) A scuola di libertà. Raffaello Cortina Editore
6. IPASVI Roma Quaderni del Collegio vol 13

- (1999) Infermieri Penitenziari . “Lavorare in carcere: un ripiego o un’opportunità”. La medicina penitenziaria a un anno dalla D.L.G. 230/99
7. Massei A, Marucci R, Tiraterra M.F (2007) La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un’indagine descrittiva. Prof.In f, Vol 60: 13-18
 8. Whitehed D. (2006) The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. International Journal of Nursing Studies (43) 123-131
 9. Gatherer A. et al (2005) The World Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. Am J Public Health .
 10. Powell J, Harris F, Condon L, Kemple T (2010) Nursing care of prisoners: staff views and experiences. Journal of Advanced Nursing 66(6): 1257-1265.
 11. Condon I, Hek G, Harris F. (2007) A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. Journal of Clinical Nursing. 6(7): 1201-9.
 12. Perry J. et al (2010) Management of long - term condition in a prison setting . Nursing Standard Jun 23-29;24(42): 35-40
 13. Perry J (2010a) Nursing in prison: developing the speciality of offender health care . Nursing Standard Jun 2-8;24(39): 35-40
 14. Wilmott Y (1997) Prison nursing: the tension between custody and care. British Journal of Nursing 6: 333-336.
 15. Jenkins L. (2002) Quitting in prison: a pilot study in Worcester. Practice nurse (11) 23: 40-44.
 16. Gould J., Payne,H,(2004) Health needs of children in prison .Archives of Disease in Childhood 89 (6): 549-550
 17. Norman A, Parrish A.(1999) Prison health care: work environment and the nursing role. British Journal of Nursing 27 Jun 8 (10): 653-656
 18. Hughes. M J, Harrison- Thompson (2002) Prison parenting programs: a national survey. Social Policy Journal 1 (1): 57-74

Sitografia

<http://www.altrodiritto.unifit.it >; (ultima consultazione luglio 2012) >

<http://www.arianna.it>;(ultima consultazione 28 giugno 2012).

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

<http://www.norsetogether.com/articles>; (Ultima consultazione 30 luglio 2012)

<http://www.nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/global/search >(ultima consultazione 30 /07/2012).

:<http:// www.nursing.research-editor.com>Centre for nursing research (ultima consultazione 30 luglio 2012)

<http://www.nursesarea.it>(Siti infermieristico italiana ultima consultazione 28/06/2012);

<http://www.prisonstudies.org.> King College London , Web site ,International Centre for Prison Studies (consultazione 28 luglio,2012)

<http://www.ristretti.it>;Associazioni del territorio per il carcere (ultima consultazione 28 /06/2012)

<http://www.osservatorioantogone.it> (ultima consultazione 28/06/2012)

<http://www.york.ac.uk/healthscience/centre/evidence Centro per EBN dell’Università di York ; (ultima consultazione 28 luglio 2012).

Fonti normative

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

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

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

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 Aprile 2008

D.D.G.S.n°14230 del 21 dicembre 2009