

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

***IL PAZIENTE DIFFICILE: LA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA E LE  
RISORSE POSSIBILI DELLA RELAZIONE D'AIUTO NELL'ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA IN ISTITUTO PENITENZIARIO***

***RELATORE  
DR. GIAMPAOLO PIUNNO***

***STUDENTE  
CINZIA MANCINELLI***

***RELATORE  
D.A.I. ROBERTO PANELLA***

## **INDICE**

<b>Introduzione alla tesi.....</b>	<b>4</b>
------------------------------------	----------

### **Capitolo 1**

#### **IL TERZO SETTORE E LA PROFESSIONE**

<b>1.1 - L'Istituto Penitenziario e l'assistenza sanitaria .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 - La normativa .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 - Le figure professionali del mondo sanitario Penitenziario .....</b>	<b>17</b>

### **Capitolo 2**

#### **LA REALTA' ASSISTENZIALE**

<b>2.1- La prevenzione e le condizioni ambientali .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2- L'attività di diagnosi e cura:l'assistenza medico generica e specialistica .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3- L'assistenza infermieristica .....</b>	<b>31</b>

### **Capitolo 3**

#### **LE RISORSE**

<b>3.1- La comunicazione .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2-La comunicazione terapeutica .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3- Il modello di Egan .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4- Il paziente difficile:strategie ed interventi .....</b>	<b>54</b>

### **Capitolo 4**

#### **I NUOVI ORIZZONTI DELLA PROFESSIONE**

<b>4.1- La riforma sanitaria penitenziaria: il Decreto 390/99 .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2- I nuovi scenari assistenziali e l'infermiere penitenziario .....</b>	<b>72</b>

<b>Conclusioni .....</b>	<b>76</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>78</b>
<b>Riferimenti legislativi in assistenza sanitaria.....</b>	<b>79</b>
<b>Riferimenti legislativi.....</b>	<b>80</b>

## ***INTRODUZIONE***

La ricerca dell'argomento oggetto di questa tesi e la sua stesura, mi hanno veramente messo in crisi dal giorno in cui, superati con successo i tre esami che si frapponivano alla sua realizzazione, ho dovuto iniziare a concretizzarla materialmente.

Il mio lavoro in un Istituto Penitenziario è iniziato sei anni or sono quando, dopo aver affrontato un difficile concorso nazionale, al quale partecipai senza la consapevolezza di poter davvero poi "rischiare" di lavorare in un Carcere, venni chiamata ad assumere servizio presso un Istituto Penitenziario Circondariale della mia Regione come Infermiera di ruolo dell'Amministrazione Penitenziaria.

Nel lontano 1998 i concorsi per Infermiere professionale su tutto il territorio nazionale erano bloccati da tempo e la precarietà del lavoro che mi ero scelta mi aveva fatto tentare altre strade occupazionali: il lavoro in Ospedale fino ad allora era stata l'unica realtà vissuta e sicuramente la sola identificata come la "possibile" area lavorativa.

Non conoscevo la realtà del Terzo Settore nel quale circa 10.000 colleghi, seguendo le stime odierne, trovano la loro collocazione professionale.

Il Carcere è una parola quasi considerata un tabù dai non addetti ai lavori, e allora per me era o comunque sembrava, una alternativa molto poco appetibile: le riserve che avevo nei confronti della decisione da

prendere, se lasciare il lavoro ospedaliero e fare il grande salto dentro le mura e dietro le sbarre, erano sicuramente tantissime.

Considerando la mia sistemazione professionale una priorità, comunque il desiderio di divenire un operatore sanitario “di ruolo” richiedeva così tanto soddisfacimento, che decisi alla fine di accettare quel posto vinto e prendere servizio.

I primi anni sono stati davvero duri da affrontare e vivere, sia professionalmente che personalmente, ma oggi lavoro ancora nell’Infermeria di una Casa di Reclusione.

Strada facendo i problemi personali di adattamento e soprattutto di organizzazione professionale si sono in parte risolti grazie alla volontà di voler esercitare questa professione in maniera ottimale e dignitosa per me stessa ma soprattutto per coloro verso i quali le mie prestazioni sono rivolte.

Le difficoltà fondamentali che si presentano sono in ordine ad aspetti specificamente gestionali della professione ma anche inerenti al rapporto con gli “ utenti “ che devono essere assistiti.

La specificità dello status dei miei pazienti fa sì che gran parte delle caratteristiche tipiche che si evidenziano in un rapporto infermiere – utente, siano già, in quanto particolari, “ diverse “ da quelle gestite in altri luoghi di cura e che dunque si debba sin dal primo momento in cui si instaura un rapporto professionale in tal senso, già essere in grado di focalizzare la particolarità di chi ci si trova davanti.

Dunque pensando proprio a questo aspetto, davvero molto importante e interessante, ho ritenuto di dover trattare la comunicazione e la sua valenza terapeutica per riuscire ad assegnare a questo tema del Nursing l'importanza che secondo me merita l'argomento.

Perlomeno in questo ambiente dove anche e soprattutto, a volte, i silenzi hanno un valore di cento parole.

Ringrazio infine tutte quelle persone che in questi anni, senza la loro consapevolezza, mi hanno insegnato a rapportarmi, sia come professionista della salute che come essere umano, con coloro attraverso i quali ho potuto sperimentarmi e sperimentare, imparare e insegnare, dire e tacere, sperando che si parli sempre di più di assistenza sanitaria nelle Carceri e del lavoro che professionisti come me svolgono ogni giorno senza mai essere menzionati, senza mai veder riconosciuta l'importanza di tutto questo operare dentro le mura che sfugge ai più anche in virtù del fatto che siamo numericamente " insignificanti " e poco rappresentativi della categoria.

Spero che non sfuggano soprattutto a coloro, i quali ne beneficiano, i risultati del nostro lavoro portato avanti con dedizione e sacrificio.

# *CAPITOLO 1*

## IL TERZO SETTORE E LA PROFESSIONE

### **1.1 -L'Istituto Penitenziario e l'assistenza sanitaria**

La condizione sanitaria nei penitenziari, rappresenta un problema che coinvolge quotidianamente migliaia di operatori.

L'Amministrazione Penitenziaria persegue i suoi fini istituzionali rivolti ad assicurare l'ordine, la sicurezza, la disciplina e al tempo stesso, attraverso l'attuazione della vigente normativa e la predisposizione di un apparato organizzativo, a favorire e a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta.

Non appare subito rilevante l'importanza di questa tutela che nella vita quotidiana del carcere, è sempre sotto ordinata ai problemi della sicurezza e del trattamento e dunque sembra che il problema sanitario rivesta una posizione " incidentale ".

Invece ad una attenta analisi è ovvia l'importanza e la specificità del ruolo della medicina penitenziaria senza la quale scade anche la corretta applicazione dei fini istituzionali dell'Amministrazione.

L'art. 27 Cost., sancendo l'umanizzazione della pena e la sua valenza rieducativa, impone una esecuzione rispettosa della dimensione personale del detenuto.

La tutela della salute dunque, in primis, acquista un valore che è teso a garantire condizioni " dignitose " ed " umane ": la malattia, intesa come

condizione di non benessere psicofisico, interferisce con la corretta esecuzione della pena e rischia di peggiorare il disagio imposto dalla vita carceraria e di rendere vana la riabilitazione e la restituzione del soggetto alla società, quanto più integro possibile.

In secondo luogo, il trattamento sanitario si svolge in un ambiente chiuso dove spesso è in conflitto con le esigenze di sicurezza: atti di autolesionismo, sciopero della fame, aggressioni, rendono gli interventi di ordine sanitario in conflitto con gli interessi di sicurezza e ordine dell'Istituto.

Eventi così critici sottolineano sempre quanto contrastino le esigenze sanitarie con quelle della sicurezza e quanto riflettano negativamente sul rapporto con il recluso già portatore di risentimenti verso la società e verso gli operatori che si dovrebbero occupare della sua cura e salute.

Questo quadro ci fornisce subito chiaramente le grandi difficoltà che la tutela della SALUTE e l'assistenza sanitaria devono superare per riuscire ad essere efficaci ed efficienti, presupponendo che una cura e una tutela sanitaria DEVONO esistere per ogni residente sul nostro territorio nazionale.

La Medicina Penitenziaria ha una forte valenza e un passato storico fortemente rivendicato da coloro che operano in questo settore sanitario così oggetto di controversie.

Come già accennato l'organizzazione penitenziaria deve garantire che la risposta sanitaria sia efficace e deve servirsi di un modello organizzativo adatto a fronteggiare tutte le emergenze in un ambiente caratterizzato soprattutto da un grande flusso di popolazione e da fenomeni specifici quali il sovraffollamento, le malattie infettive, l'infezione da HIV, la tossicodipendenza, la promiscuità, il disagio mentale.

I grandi numeri delle persone che transitano negli Istituti rende difficoltosa la gestione di questo mondo sanitario che si adopera per fornire indicazioni di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura, emergenza – urgenza.

Le difficoltà si profilano non soltanto sul fronte del coordinamento e della collaborazione con il personale deputato alla custodia, ma anche e soprattutto nello stabilire i rapporti con i soggetti delle cure.

La reclusione incide sempre e negativamente rendendo i rapporti difficoltosi: la posizione difensiva o quella offensiva spesso non conoscono una via intermedia della quale avvalersi: se poi si associano anche altre variabili quali la nazionalità straniera e conseguentemente anche la diversità linguistica, il disagio mentale, particolari problemi sanitari o anche imposizioni religiose tutto si complica rendendo il trattamento sanitario vano, dispendioso o, non tanto raramente, addirittura lesivo della salute.

## **1.2 – La normativa**

L'organizzazione sanitaria per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino è stata disegnata dalla legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che è stata il riferimento per tutta la successiva attività normativa.

Nel settore del Penitenziario questa realtà non si è verificata: il legislatore sulla materia dell'assistenza e della organizzazione sanitaria è sempre intervenuto in modo frammentario e scoordinato.

La legislazione della fattispecie sanitaria è stata sempre inclusa in quella dell'ordinamento penitenziario e ad essa sono stati dedicati sempre pochi e non approfonditi articoli, sia in merito alla quantità che alla qualità delle prestazioni deputate alla tutela e cura della salute dei reclusi.

Il primo ordinamento penitenziario e dunque la prima forma di legislazione sanitaria risale al 1931.

Bisogna aspettare la legge 354/75 e poi il successivo regolamento di esecuzione del 1976 per avere una recente ridefinizione dell'assistenza sanitaria negli Istituti.

Ma anche in questo “ moderno “ ordinamento la materia è trattata in maniera molto superficiale e troppo poco dettagliata e dedica qualche

articolo soltanto alla parte che tratta aspetti specifici della medicina penitenziaria (artt.17-20,65,98-100).

Oltre a questa legislazione sono da rinvenire soltanto una serie di norme che riguardano la compatibilità del regime di detenzione con la gravità dello stato patologico del recluso ma che non attengono all'organizzazione dei servizi.

Soltanto per il settore delle tossicodipendenze (Testo Unico del 1990) la materia sanitaria è stata interessata dai mutamenti che invece hanno riguardato settori ad essa connessi nel panorama della sanità nazionale.

L'Amministrazione Penitenziaria ha da sempre supplito con una serie infinita di circolari alla gestione del settore, autoregolamentandosi in virtù di quella autonomia gestionale che oggi tanto rivendica, ma spesso in maniera avulsa dal contesto reale e lontana da modelli organizzativi ottimali e omogenei dando sempre una connotazione del tutto amministrativa alla materia.

Ancora oggi rimane pertanto difficile una visione integrale di quanto inerisce la tutela della salute, in ogni suo aspetto, del mondo sanitario penitenziario e di conseguenza delle figure professionali mediche e non mediche che ne fanno parte.

E' il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP ) istituito nel 1990 il primo livello che, con i Provveditorati e le Direzioni d'Istituto, si

occupa dell'aspetto di direzione e di realizzazione nell'erogazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti.

Detto Dipartimento ha competenza vastissime che vanno dalla gestione amministrativa e contabile all'organizzazione dei servizi sanitari, dall'attuazione dell'attività edilizia al lavoro penitenziario, etc.....

Tra gli organismi del DAP è istituito un Ufficio Centrale “ Detenuti e Trattamento “ la cui Seconda Divisione è competente per il Settore Sanità (Organizzazione del servizio sanitario intramurale. Rapporti anche convenzionali con il Servizio sanitario nazionale e con gli Enti sanitari territoriali. Tossicodipendenze e alcoolismo. Sindromi da HIV. Infermerie, Centri Clinici e Ospedali Psichiatrici Giudiziari per l'aspetto sanitario ).

E' il potere centrale ad assegnare all'Amministrazione il compito di attuare e riempire la normativa penitenziaria anche in materia di assistenza sanitaria, basti pensare alla predisposizione di poter effettuare, a livello regionale e anche locale, schemi di convenzioni per l'assunzione di personale medico e paramedico.

Attraverso i sopracitati Provveditorati si attua la pianificazione e organizzazione di programmi di intervento in materia sanitaria.

Le Direzioni sono l'ultimo livello operativo direttivo, laddove poi l'assistenza sanitaria si eroga sul campo.

E' il Direttore che esercita i poteri attinenti all'organizzazione, coordinamento e svolgimento delle attività relative al funzionamento dell'Istituto e del servizio.

Questo, insieme alle vere attività professionali del personale sanitario, costituisce il vero "snodo" dell'assistenza ai reclusi.

Ma in sostanza soltanto veri e propri atti amministrativi prevedono specifiche incombenze.

All'interno degli Istituti si è provveduto prima con una serie di circolari, poi con la normativa della legge 30.10.1992 n.444 alla riorganizzazione dei settori operativi prevedendo una specifica area sanitaria alla quale viene preposto quale responsabile un Dirigente Sanitario (in genere un medico di ruolo dell'Amministrazione ) per gli stabilimenti indicati dalla legge 26/91 e per gli altri un sanitario incaricato.

Per quanto riguarda gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e i Centri di diagnostici terapeutici (CDT) essi sono guidati da un Medico direttore anch'esso di ruolo.

Il responsabile dell'area sanitaria deve avere autonomia tecnico-professionale rispondente al proprio profilo "adeguata allo svolgimento delle attività relative".

### *1.3 – Le figure professionali del mondo sanitario Penitenziario*

Il personale sanitario che opera nelle strutture penitenziarie rispecchia quella varietà e diversità, per quanto attiene l'inquadramento giuridico, amministrativo, dipendenze funzionali che ritroviamo nel campo della legislazione descritto nel titolo precedente.

Ad esso si aggiunge anche personale sanitario dipendente dalle AASSLL che lavora a mezzo di convenzioni.

La situazione rispecchia pienamente i vuoti normativi e le aggiunte nel tempo, emanate per coprire le lacune che di volta in volta, con il decorrere dei tempi, si sono venute a manifestare.

Il precariato e l'autonomia che da sempre hanno contraddistinto le figure professionali sanitarie di questo mondo difficile, ancora oggi, sono le denominazioni che saltano agli occhi prima ancora della organizzazione del lavoro che bene o male si autoregolamenta da sempre.

D'altra parte il mantenimento della situazione sanitaria, nell'assoluta indifferenza legislativa, ha rinforzato di fatto la categoria e la funzione soprattutto della classe medica che ha assunto sempre più un ruolo e una identità precisa all'interno e all'esterno degli Istituti.

La legge 740/70 (Ordinamento delle categorie del personale sanitario

addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria) è la disciplina che regola la maggior parte delle figure professionali del servizio sanitario e si affianca a quella disciplinante la figura del Medico di ruolo istituito con R.D. del 1923 n. 867 e ad una serie di convenzioni con i quali l'Amministrazione penitenziaria, in base ad esse, ha reperito il personale medico e non medico. Un altro R.D. del 1931 n.787 prevedeva la presenza negli istituti di un medico anche libero-professionista convenzionato definito "aggregato" e di "agenti di custodia-infermieri" che fu rinnovato dalla nominata legge 740/70.

Altre figure venivano, tramite detta legge, reperite per il servizio sanitario, sia medici specialistici che generici dedicati al servizio di guardia medica interno all'istituto, così come figure infermieristiche deputate alla guardia infermieristica.

La possibilità di effettuare convenzioni con libero professionisti, sia medici che infermieri, era ed è ancora oggi, l'unica risorsa per il reperimento del personale sanitario, perché la provvisorietà della legge, che doveva avere validità biennale, non è mai decaduta.

Questo ha legittimato e reso stabile il principio del rapporto libero-professionale di tre quarti degli operatori sanitari dando vita alla branca della Medicina Penitenziaria.

Oggi, a distanza di oltre 30 anni, la situazione rimane invariata: le aree sanitarie coordinate da un Responsabile sanitario vedono la presenza di diversi operatori il cui numero è proporzionalmente stabilito dalla capienza dell'Istituto.

Principalmente essi sono:

- Medici di ruolo;
- Medici incaricati;
- Medici di guardia;
- Medici specialistici;
- Infermieri professionali e generici;
- Farmacisti incaricati;
- Veterinari incaricati;
- Tecnici capo di radiologia e radioterapia;
- Tecnici di radiologia medica;
- Puericultrici;
- Ausiliari socio-sanitari.

Ovviamente come detto sopra questa tipologia di personale è distribuita in maniera variegata nei vari Istituti e presente laddove ne sia richiesta l'opera professionale.

Il personale sempre presente è comunque quello cd. "parcellista" sia medico che infermieristico a cui si aggiunge personale vario dei Ser.T. (Servizi

Tossicodipendenti) territoriali ai quali per competenza dalla legge 230/99 è derivata la totale gestione del settore, in via definitiva dal luglio 2003.

In definitiva e in conclusione la grande varietà di tipologie professionali non sempre, anzi probabilmente mai, coincide con una quantità numerica adeguata alla copertura dei servizi e dunque ad una programmazione coordinata e ottimale dell'assistenza sanitaria.

Le differenze di rapporto soprattutto giuridico e amministrativo creano diversità di trattamento e scontri trasversali tra le varie figure, spesso appartenenti alla stessa categoria professionale.

Ma tutti indistintamente sono deputati a fornire assistenza sanitaria ai reclusi, che tenda alla "migliore assistenza" possibile.

Sta di fatto che queste difficoltà incidono comunque sulla organizzazione del lavoro e sulla erogazione dell'assistenza che si cerca, con l'iniziativa personale e il senso del dovere e della professionalità, di rendere gestibile.

## *CAPITOLO 2*

### LA REALTA' ASSISTENZIALE

#### **2.1 –La prevenzione e le condizioni ambientali**

Uno degli argomenti che tanto preoccupano e interessano gli operatori sanitari del mondo carcerario riguarda la prevenzione soprattutto in riferimento a problematiche che ineriscono il sovraffollamento e la promiscuità e dunque l'efficacia e l'efficienza dei trattamenti sanitari e terapeutici.

La conservazione della salute fisica e psichica della popolazione detenuta stride con le realtà più o meno compromesse degli Istituti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

I grandi numeri dei tossicodipendenti, delle malattie infettive, dei malati di AIDS o anche delle sieropositività e non ultimo dei soggetti di interesse psichiatrico, influiscono in senso negativo sulla tutela della salute, rendendo spesso vani gli sforzi e il lavoro quotidiano degli operatori sanitari.

Le abitudini di vita a rischio dettate in larga maggioranza dalle condizioni ambientali, e dalle scorrettezze mal gestibili, sono diffuse largamente fra i reclusi: il tabagismo, l'abuso di sostanze psicoattive, la diffusione di patologie opportunistiche (TBC, parassitosi, etc....) diventano veri buchi neri dentro ai quali tutto è attirato e dai quali si riesce con difficoltà a sfuggire.

Inoltre anche il problema della mancanza di lavoro non poco incide sulla salute psichica del singolo e della collettività entro le mura degli Istituti.

Oltre al problema del sovraffollamento vi è anche quello del numero degli ingressi e dunque dei soggetti in “transito” negli Istituti: la provenienza extracomunitaria di circa il 50% dei soggetti implica anche la diffusione di patologie quasi dimenticate nel nostro paese, dando nuovo impulso alla diffusione di malattie concettualmente e praticamente superate dalla nostra realtà sanitaria.

Gli indirizzi Ministeriali che riguardano le prevenzioni a tutto campo (soprattutto riguardo alle malattie infettive, leggi epatiti e infezione da HIV,) sono sicuramente di grande respiro generale, ma spesso difficilmente applicabili nella realtà.

Con le visite di primo ingresso, quelle effettuate per la stragrande maggioranza di casi, dal servizio SIAS ( Servizio Integrato di Assistenza Sanitaria) effettuato dai Medici di Guardia, si dovrebbe in prima battuta avere SEMPRE il primo quadro di indirizzo generale per la rilevazione di patologie riferite o rilevate ogni qualvolta un soggetto entra in Istituto ex novo o proveniente da Altro Istituto.

Se il soggetto è accompagnato da un diario clinico precedente, la raccolta anamnestica si desume dal carteggio, ma spesso i dati e la tenuta di tali diari risulta frammentaria o a volte mancante.

Spesso le documentazioni sono assenti o gli innumerevoli accertamenti risultano confusi e mal ordinati nel tempo.

Inoltre frequentemente il soggetto, per reticenze personali, non dichiara patologie di cui soffre o dipendenze.

Soprattutto la verifica dello stato di salute in tempo reale non è semplice: gli esami clinici o strumentali sono di solito molto diluiti nel tempo e a volte non trovano poi continuità, facendo sì che il controllo o il riscontro di patologie avvenga in ritardo .

Sempre riferendoci all'aspetto preventivo, i già citati indirizzi Ministeriali riguardo alle malattie infettive e alle patologie di maggior rilievo comunitario, quali ad es. la TBC e le Epatiti virali, indicano la verifica di parametri ematochimici di dubbia validità: la Ministeriale di riferimento in tal senso indica gli esami standard da effettuarsi per il riscontro delle patologie infettive nel controllo delle malattie

sessualmente trasmesse e di quelle trasmissibili per via ematica (Lue e Epatiti in generale) a mezzo del prelievo per TPHA, VDRL, anti-HIV e delle sole ALT.

Sappiamo benissimo che il rilievo di tali valori e il loro risultato negativo non indica che il soggetto sia indenne da tali patologie: il periodo finestra non viene minimamente valutato né tantomeno la possibilità di un valore di transaminasi nella norma in un soggetto che sia sieropositivo per epatite virale sia di tipo B che C.

Per assunto se i valori non risultano alterati si dovrebbe procedere almeno con la vaccinazione per epatite B, o combinata, per epatite A e B.

L'esperienza ci insegna che molta è l'incidenza di rilievo di infezione da HBV o HCV nonostante gli screenings effettuati e dunque, non si dovrebbe effettuare la vaccinazione laddove il solo valore delle transaminasi non sia supportato anche dal rilievo dei Markers epatitici a maggior ragione se il soggetto è stato o è tossicodipendente.

Ma la prevenzione riguardo le malattie infettive purtroppo si basa quasi esclusivamente sugli screenings sopra citati e sulla disponibilità dei soggetti alla vaccinazione per epatite B: la pratica dei tatuaggi con materiali di fortuna, la promiscuità sessuale e la poca accortezza all'uso di oggetti a stretto uso personale, incidono significativamente sulla loro diffusione.

Rari gli interventi di informazione e prevenzione sulla popolazione detenuta con campagne sensibilizzanti.

Lo screening per la TBC viene effettuato proponendo e poi effettuando, previo consenso, il test di Mantoux con inoculazione del siero PPD così come gli indirizzi Ministeriali indicano, e non effettuando il semplice Prick-test, con conseguente lettura a 48-72 ore.

A seguito di cutipositività viene effettuato un Rx torace e un BK espettorato per accertamento di patologia che, fortunatamente, nel 99,9% dei casi risulta poi negativo.

Il lavoro assistenziale del personale infermieristico in questo campo trova fondamentalmente la propria autonomia nell'informazione al recluso riguardo i tests da effettuare e alle modalità di esecuzione.

Spesso sia la disinformazione che la malinformazione derivata da altri soggetti, rende il nostro paziente sospettoso e in atteggiamento di rifiuto ancor prima di apprendere quali sono i vantaggi e le prospettive di queste misure preventive.

Anche la diversità linguistica gioca un ruolo importante: spesso ci si deve avvalere di interpreti improvvisati che non sempre riescono a rendere in termini chiari quanto comunicato al soggetto.

In conclusione comunque, con una incidenza del 60%-70% si riesce ad avere il consenso all'effettuazione sia dei prelievi ematici che degli screenings per HIV ,TBC e lue.

Quella dell'informazione e della prevenzione è senz'altro una delle battaglie che ogni giorno si combattono negli Istituti penitenziari e che noi infermieri cerchiamo di vincere ad ogni costo.

## ***2.2 –L’attività di diagnosi e cura:l’assistenza medico-generica e quella specialistica***

L’assistenza sanitaria secondo l’art. 11 dell’Ordinamento Penitenziario è affidata durante il periodo di reclusione alla competenza dei medici degli Istituti che con visite periodiche o su richiesta dei reclusi stessi, effettuano controlli ogni giorno.

E’ la competenza e la professionalità dei medici che garantiscono la salute della popolazione detenuta: non dimentichiamo di poterci trovare di fronte a simulazioni, manifestazioni psicosomatiche di disagi, manipolazioni a qualsiasi titolo soprattutto nell’uso di sostanze psicoattive.

La stessa competenza e professionalità è richiesta al personale infermieristico che senza dubbio trascorre durante l’arco della giornata e del servizio di guardia parecchio tempo a contatto con gli assistiti e la loro realtà quotidiana, imparando a cogliere segnali e richieste a tutti i livelli assistenziali.

L’assistenza specialistica strumentale e operativa viene in parte garantita dalle strutture di appartenenza dell’Amministrazione penitenziaria che sono chiamati “Centri diagnostici e terapeutici” ossia Centri Clinici accorpatisi a istituti penitenziari di una certa

rilevanza che comunque non sempre in grado di garantire la debita assistenza ai detenuti in termini di qualità e quantità delle prestazioni.

Questi centri dotati di strutture specialistiche di diagnosi e cura e di sezioni di degenza, assorbono gran parte dei fondi destinati all’assistenza sanitaria

ma ne sono spesso in situazione di carenza come anche riguardo al personale ,sia medico che infermieristico.

Dovrebbero essere anche le AASSLL competenti territorialmente a garantire, sulla base di apposite convenzioni, l'assistenza specialistica tecnica ( mi riferisco alla branca interventistica o tecnica specialistica) alla popolazione detenuta:questo presupporrebbe una collaborazione fattiva tra gli organismi sanitari deputati alla cura e tutela della salute della popolazione tutta e un potenziamento delle strutture o di alcuni settori, in particolare, in misura adeguata alle esigenze della "salute" penitenziaria da gestire.

Allo stato di fatto questa collaborazione e il potenziamento strutturale delle unità operative del settore sanitario territoriale mancano, facendo gravare spesso soltanto sulle strutture appartenenti all'Amministrazione penitenziaria, l'onere di tale gestione, con le conseguenze che tutti possiamo immaginare.

Anche gli interventi più semplici di routine o in urgenza risultano rallentati o addirittura ingestibili alla luce della realtà attuale.

Anche il personale specialistico dovrebbe derivare da quello fattivamente presente nei ruoli del personale del SSN.

Ma ribadendo quanto finora espresso, laddove, ed è il caso della maggior parte delle realtà, così non è si supplisce con convenzioni di privati professionisti che non di rado sono anche dipendenti del SSN su iniziativa

dell'Amministrazione penitenziaria che annualmente bandisce la partecipazione a graduatorie per titoli per il personale medico, specialistico ed infermieristico libero professionista.

### **2.3 –L’assistenza infermieristica**

Iniziamo con l’affermare che l’assistenza infermieristica negli Istituti penitenziari, meglio definita non molto tempo fa come facente parte del Terzo Settore rientrante nell’assistenza in campo militare e sociale è un mondo sconosciuto ai professionisti del settore e non solo.

Nelle scuole regionali prima e dopo, dal 1994 anno d’istituzione del Diploma di Laurea presso le Università, non è mai esistita una preparazione professionale in tal senso e dunque coloro che sono approdati a lavorare in questo mondo, hanno solitariamente e non senza incontrare notevoli difficoltà, imparato sul campo ad operare e gestire il lavoro.

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

L’assistenza infermieristica è senza dubbio il caposaldo dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari: gli operatori sanitari con qualifica di infermiere sono coloro maggiormente rappresentati e rappresentativi nel numero di chi lavora in tale ambito.

Le diversità di inquadramento giuridico di tale personale ed anche la difformità di preparazione professionale comportano ovunque

problematiche tutte assimilabili a difficoltà di integrazione riscontrabili in senso negativo nella qualità dell'assistenza.

Gli infermieri “di ruolo” dell'Amministrazione penitenziaria sono su tutto il territorio nazionale circa 300 mentre i restanti 1500 sono i cosiddetti professionisti “a parcella”, figure libero professioniste a convenzione.

Le convenzioni, annuali per i generici e biennali per i professionali, sono vecchie di anni sia nella loro stesura che ovviamente per quanto riguarda il trattamento economico.

Se nel SSN il personale infermieristico rivendica ancora più autonomia gestionale sia nella propria professionalità che nella propria formazione culturale nelle file di quello dell'Amministrazione penitenziaria, queste rivendicazioni sono oramai storicizzate quanto inascoltate.

Si asserisce questo per comprendere realisticamente quanto difficoltosa sia la gestione del lavoro in un'ottica professionale moderna ed adeguata ai tempi, dove l'espressione della figura dell'infermiere sia rispondente ai migliori profili che se ne danno nel servizio pubblico dell'assistenza sanitaria.

I nostri pazienti richiedono una preparazione e una presenza costante secondo ottiche reali dell'assistenza sanitaria moderna.

L'attività professionale riguarda tutto ciò che potremmo tranquillamente elencare nelle competenze della gestione della tutela e cura della salute esercitata entro le mura di strutture del SSN e sul territorio: il servizio

infermieristico degli Istituti inerisce aspetti che vanno dalla prevenzione delle malattie infettive e non, all'assistenza in campo chirurgico, patologico, oncologico, di malattie croniche, psichiatriche, di disagio mentale, di tossicodipendenza, di emergenza-urgenza.

Soprattutto negli Istituti più piccoli dove la presenza di personale medico è assicurata soltanto nelle ore notturne e per ore limitate in quelle diurne, il personale infermieristico è spesso in prima linea nella gestione dell'assistenza immediata a tutti quei casi che richiedono attività sanitaria.

La carenza cronica di personale rende difficoltosa una gestione già critica degli interventi: la programmazione dell'assistenza secondo il Nursing è, secondo l'esperienza della redattrice di questa tesi, praticamente inesistente, almeno secondo i criteri che tale programmazione dovrebbe avere.

I numeri degli assistiti e la disponibilità di tempo e personale rendono improponibili interventi mirati e duraturi nel tempo: anche i grandi flussi di popolazione detenuta giocano ovviamente la propria parte, facendo spesso sfuggire soggetti che difficilmente riescono per queste cause, ad essere seguiti.

L'attribuzione di mero esecutore al personale infermieristico è anche responsabile di una corretta ed idonea gestione dell'assistenza infermieristica: l'infermiere spesso rimane soltanto colui che eroga terapia o

prestazioni assistenziali secondo una visione antiquata della professione che tutta la categoria contrasta oramai da tempo.

Le innovazioni in campo assistenziale e professionale che riguardano gli infermieri arrivano limitatamente e soltanto in parte, e poco vengono recepite, da coloro che esercitano la gestione della sanità penitenziaria.

Poche sono le menti disponibili all'accettazione della nuova identità della figura dell'infermiere così come dovrebbe essere in ogni realtà lavorativa.

Dunque a parte poche isole felici, se esistono, l'assistenza infermieristica è erogata ancora con modelli esclusivamente di tipo "a prestazione".

Non ultimo il problema dell'inquadramento giuridico: gli infermieri di ruolo dell'Amministrazione penitenziaria sono qualificati come operai specializzati e la retribuzione economica, senz'altro inferiore a quella dello stesso personale appartenente al SSN fa sì che non vi siano grossi flussi di personale verso questa tipologia di impiego.

Inoltre le possibilità di carriera in senso verticale sono limitate alla sola qualifica di caposala, titolo conseguibile con percorsi di riqualificazione interni ottenibili a domanda del personale su uscita di bandi previsti dal CCNL in merito appunto alla riqualificazione del personale.

Dette riqualificazioni non tengono minimamente conto della professionalità della categoria, assegnando il titolo, oltretutto valido con soltanto 3 giorni di corso, che ha valore esclusivamente per un passaggio di livello minimamente più elevato economicamente.

Il titolo non ha alcun significato al di fuori dell'Amministrazione.

Queste realtà, nella loro complessità, sono sconosciute agli organismi rappresentativi della categoria che, nella convinzione di chi scrive, potrebbero fare moltissimo per una ridefinizione legittima della qualificazione professionale presente e futura di coloro che lavorano nel così detto Terzo Settore.

## *CAPITOLO 3*

### *LE RISORSE*

#### **3.1 –La comunicazione**

L'argomento in questione mi ha permesso di andare a rispolverare i testi di studio degli anni di conseguimento del diploma e di ritrovarvi quei principi che, enunciati oramai a partire dai lontani anni '20 con la Henderson, e poi con Maslow ed altri illustri ricercatori in campo infermieristico, sono ancora fortemente moderni.

Tutti noi infermieri giovani e meno giovani, ricordiamo tra i primi studi l'enunciazione dei bisogni fondamentali dell'uomo sui quali si basa l'offerta dell'assistenza, bisogni derivanti dalla carenza del:

- BISOGNO FISIOLÓGICO
- BISOGNO DI SICUREZZA
- BISOGNO DI APPARTENENZA
- BISOGNO DI STIMA
- BISOGNO DI AUTOREALIZZAZIONE

Fig.1(3)

Piramide dei  
Bisogni di  
Maslow



L'idea di gerarchia dei bisogni indica che la loro priorità e collocazione all'interno della piramide è conforme all'ordine di valori che l'essere umano attribuisce loro in quel momento: lo stesso bisogno può non essere importante per un individuo mentre lo è per un altro.

Parallelamente le concezioni di V.Henderson e N.Roper ci parlano dell'assistenza fondata sul riconoscimento dei bisogni fondamentali umani e delle attività vitali in senso lato.

La comunicazione è una di tali attività "vitali": essa è complessa e connaturata all'uomo e ne coinvolge tutti i livelli .

Non possiamo negare poi che nell'esercizio della professione la comunicazione sia uno degli aspetti su cui si fondano tante altre attività: nella cura del soggetto malato e di quello sano, che sono obiettivo del nostro operare, la costruzione delle basi che ci permetteranno poi di edificare il rapporto di collaborazione per una miglior finalizzazione degli interventi, passano senz'altro dalle vie tracciate dalla comunicazione

Non si può "NON COMUNICARE" (P.Watzlawick): anche quando le parole vengono sostituite da silenzi c'è comunicazione.

Quei silenzi ci dicono che chi ci è di fronte ha discrezionalmente deciso di non parlare sopprimendo quindi l'utilizzo della verbalizzazione ma, anche che inconsciamente, non può reprimere in modo assoluto gli altri livelli di cui la comunicazione si avvale e che rientrano nella sfera della comunicazione non verbale.

La valenza che è da attribuire alla comunicazione e alla comunicazione terapeutica nasce dalla considerazione che l'operatore sanitario debba prendersi cura del paziente anche dal punto di vista psicologico ed anche che i mezzi e le possibilità offerti dall'utilizzo di tali risorse sono un valido aiuto per il lavoro quotidiano.

L'unità psicofisica che caratterizza ognuno di noi è il centro d'interesse e di azione dell'attività infermieristica: il nostro lavoro si focalizza sulla cura della "salute" avvalendosi di conoscenze tecniche che ci consentono di farlo.

Problemi di salute fisica minano la salute psichica e del resto è vero il contrario: possiamo riferirci quale modalità di lavoro alla conoscenza che ci insegna lo studio della COMUNICAZIONE per percorrere la giusta strada e adottare le strategie vincenti che ci permetteranno di aiutare i nostri pazienti ed anche noi stessi.

Ognuno di noi è in grado di dare una definizione della COMUNICAZIONE.

Essa è un **processo** naturale che s'impura da piccoli e che si insegna ai nostri bambini per far sì che ci si possa comprendere, mettendo in comune idee, fantasie, obiettivi e progetti finalizzati alla condivisione della vita con "gli altri".

Più tecnicamente:

"la **COMUNICAZIONE** è quel procedimento attraverso il quale si emettono e si ricevono dei segnali con simboli, parole, segni, gesti o altre azioni".

E' un'attività complessa della quale non siamo mai consapevoli in tempo reale.

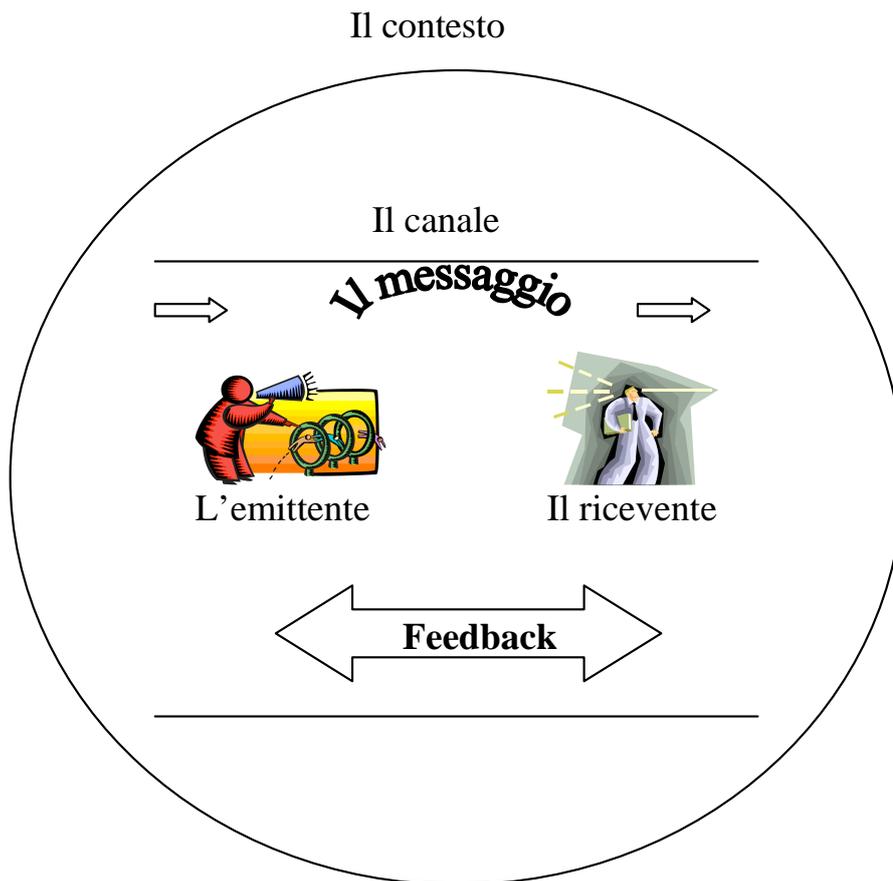
Gli elementi della comunicazione si possono identificare in:

- ❑ contenuti che identificano il nostro **messaggio**;
- ❑ **il canale** attraverso il quale il messaggio transita;
- ❑ **un emittente** e un **ricevente**;
- ❑ **il contesto** in cui la comunicazione avviene:

- **il feedback** ossia ciò che in risposta ritorna dal ricevente all'emittente.

Fig.2 (3)

Il diagramma della comunicazione



Molte sono le variabili che possono influenzare il processo comunicativo: fra queste ricordiamo soprattutto i comportamenti interpersonali, i rapporti tra coloro che ne sono coinvolti e gli obiettivi dell'emittente, e non ultimo il contesto del messaggio.

Tuttavia anche se comunicare avviene istintivamente, perché questo è un aspetto proprio della natura del genere umano, la stessa cosa non può dirsi perché ci sia una buona comunicazione.

Comunicare in maniera produttiva ottenendo dei risultati che possano essere usati per perseguire obiettivi precisi, significa ricevere dal destinatario del messaggio una conferma di ricezione, un feedback.

Questo è il segnale che il contenuto del messaggio è stato ricevuto.

Potremmo anche ricevere un feedback negativo quindi la conferma di una non corretta decodifica del messaggio: sarà nostra cura ripresentare il contenuto della comunicazione e rivalutare tutte le variabili che potrebbero averla resa indecifrabile al destinatario.

Il contesto dei nostri messaggi, il canale di trasmissione degli stessi, la loro codifica e decodifica sono legati al contesto in doppia misura.

La prima s'identifica nella veste professionale di ognuno e la seconda nella tipologia dell'ambiente in cui si esercita la propria attività lavorativa: nello specifico l'Istituto Penitenziario.

La comunicazione coinvolge l'intera persona nella sua totalità come centro dell'essere e riflette ciò che accade dentro e fuori di noi.

Essa è efficace e funzionale solo quando ciò che accade dentro di noi è conforme a ciò che manifestiamo all'esterno.

La nostra attività in qualità di professionisti deputati alla cura della salute dell'individuo sano e malato è di natura tecnica, relazionale ed educativa e

gli ambiti nei quali esercitare tale attività, sono quelli molteplici delle realtà assistenziali che possiamo ritrovare ovunque.

La specificità e unicità dell'ambito lavorativo preso in considerazione è un buon terreno su cui poter esercitare l'attività professionale orientata alla pratica del Nursing nel campo della psicologia applicata alla professione di cui la comunicazione ne è un aspetto.

L'identità dell'Istituto Penitenziario ne fa un mondo chiuso e circoscritto, qualità che lo rende quasi impermeabile alla realtà esterna, alla vita di tutti noi che stiamo da quest'altra parte del muro.

In Istituto la figura dell'infermiere è un ponte con l'esterno, un tramite rappresentativo “ **del mondo che c'è fuori** “ e non appartenendo in maniera evidente all'organizzazione della quale i reclusi si sentono parte sottomessa, ha sicuramente un riconoscimento positivo, solitamente, da parte loro.

Ma dobbiamo essere sempre attenti a rilevare e intendere i segnali critici che spesso arrivano: l'impossibilità nel soddisfacimento dei bisogni crea la frustrazione e da essa deriva una delle risposte inadeguate più frequenti: l'aggressività.

Questo può essere uno dei tanti aspetti tipizzanti l'assistenza infermieristica negli Istituti, aspetto verso il quale dobbiamo avere una attenzione particolare.

L'aggressività incontrollata può essere etero o autodiretta e in entrambi i casi i risultati sono più che prevedibili.

Procedere correttamente nel processo comunicativo ed esercitare con coscienza professionale, sono passaggi del momento assistenziale dal quale non possiamo assolutamente prescindere.

Dunque la comunicazione è alla base dell'analisi del momento iniziale di contatto con il soggetto, della fase successiva di conoscenza dei suoi bisogni, della stesura del piano di assistenza.

Si può facilmente intuire come siano difficili i rapporti tra infermiere/paziente-recluso.

Il carcere è un mondo circoscritto, chiuso non soltanto da mura fisiche ma anche psichiche.

La privazione della libertà sotto ogni aspetto nella vita quotidiana tende a modificare le menti e i comportamenti: le relazioni, la comunicazione sono realtà complesse governate da principi diversi da quelli che si riconoscono governare le relazioni e la comunicazione al di fuori delle mura.

### 3.2 –La comunicazione terapeutica

La dicitura “ comunicazione terapeutica” è una espressione tipica che si confà naturalmente al rapporto infermiere-paziente e ci indica la relazione che si instaura tra l’infermiere e il cliente e che viene usata solo e soltanto nei confronti di quella specifica persona, quale approccio terapeutico.

E’ ovviamente una relazione reciproca in cui tutte e due le parti impegnano i loro sentimenti, le loro idee, le loro potenzialità (1995 Arnold e Boggs) e da parte dell’operatore sanitario vengono messe in campo le strategie e gli strumenti operativi, propri del processo della comunicazione menzionati nel paragrafo precedente, finalizzandoli alla stesura di un piano terapeutico ed usandoli nel processo di Nursing.

Il processo della comunicazione terapeutica viene simbolicamente raffigurato come il gioco del pallone: entrambi i partecipanti devono essere attivi e prestare attenzione alla palla!

Il lancio e la ricezione della palla sono due azioni estremamente importanti e chi compie la prima azione deve stare attento a farlo in modo da attuare un tiro facilitando la presa di chi riceve e che la restituzione avvenga con altrettanta precisione.

Ovviamente non tutti i “ tiri ” potranno andare a buon fine.

In termini non figurati questo significa che **il messaggio** lanciato dall’infermiere deve essere preciso e inviato in maniera chiara ed attenta,

come altrettanto chiaro dovrà essere **il linguaggio** (il codice) usato in modo che la ricezione sia intesa dal paziente (**il ricevente**).

Quindi come ricevente l'infermiere dovrà essere attento a cogliere i messaggi verbali e non verbali che il paziente potrebbe inviargli quale risposta (**il feedback**).

La scelta del canale e del linguaggio giusto per l'invio dei messaggi è l'abilità professionale dell'infermiere che fa tesoro della sua formazione e del suo bagaglio personale di informazioni e sensazioni.

La differenza sostanziale tra COMUNICAZIONE TERAPEUTICA e rapporti interpersonali è proprio nell'enfasi con cui si ricerca lo stato di benessere del nostro paziente ed ecco perché la stessa rientra nella categoria dei "MODELLI D'AIUTO".

Le capacità comunicative e soprattutto il loro reale effetto terapeutico sui pazienti sono argomento di grande risalto in epoca moderna: sembra che ve ne sia enorme carenza in termini sia quantitativi che qualitativi e che ciò porti ad "effetti collaterali" sensibili: pazienti più vulnerabili, isolati e costretti ad affrontare situazioni difficili.

Ambientiamo queste difficoltà in un Carcere e capiamo quanto amplificati siano gli esiti di un cattivo o mancato utilizzo della comunicazione terapeutica.

### **3.3 –Il modello di Egan**

Uno dei modelli validamente riconosciuti che ci permette di sviluppare meglio le abilità comunicative è quello di Gerard Egan (1998) che ben si adatta all'ambiente infermieristico e in modo particolare al processo del Nursing.(Fig 1 (3) A-C)

Esso venne formulato agli inizi degli anni Ottanta e inizialmente venne indicato come modello di gestione dei problemi in campo psicologico, anche se a detta dello stesso teorico, il suo modello si confà a tutti quei processi in cui si ricerca aiuto.

La capacità di praticare un ascolto attivo, l'empatia, il rispetto, la genuinità e un approccio non giudicante sono elementi essenziali nel contatto con il nostro paziente.

La visione di Egan si basa molto sul concetto di "aiuto" e uno degli aspetti fondamentali del suo modello è che le persone sono responsabili del proprio comportamento e, fino ad un certo punto, della situazione in cui si trovano.

Conseguentemente non è possibile risolvere i problemi altrui ma offrire un aiuto per tentare di risolverli.

La relazione tra l'infermiere e il suo assistito è di PARTECIPAZIONE non di direzione, anche se il primo dei due

deve assumersi la responsabilità di guidare il rapporto in ragione della conoscenza delle metodologie da adottare per il raggiungimento degli obiettivi.

Quanto si chiede ad un infermiere è un aspetto molto importante: da lui ci si aspetta ascolto, insegnamento, supporto e consigli e il giusto intervento al momento giusto.

Secondo Egan è fondamentale impostare il rapporto sulla CHIAREZZA: perciò egli divide il processo di supporto in 3 fasi, ciascuna delle quali ha requisiti specifici e indica specifiche direzioni.

Ogni fase è gerarchicamente dipendente dalla successiva.

### **PRIMA FASE: individuare il problema.**

Questa è la fase di partenza che indica come per prendere in esame un problema in modo efficace, è necessario avere un quadro completo della situazione in termini di esperienze e necessità.

Ciò vuole significare che il primo passo da compiere è esplorare il vissuto del nostro paziente e spingerlo a raccontare la sua storia creando un'atmosfera rilassata e cercando di fargli esprimere i sentimenti in modo naturale.

Questa prima fase è di notevole importanza: non conta il nostro punto di vista ma quanto chi abbiamo di fronte corrisponde con noi: stiamo già gettando le basi per un futuro rapporto produttivo o per la creazione di un rapporto con un paziente "DIFFICILE".

Importanti sono determinate qualità che, riconosciute fondamentali in tutto il processo, acquistano rilievo soprattutto in questa prima fase: l'empatia, le capacità di risposta sia del "detto" che del "non detto", la partecipazione,

l'ascolto attivo, l'accompagnamento delle espressività della partecipazione verbale e quella non verbale.

Individuati i problemi e come li percepisce il nostro paziente siamo pronti a passare alla seconda fase del processo.

### **SECONDA FASE: identificazione degli obiettivi**

In questa fase si deve riuscire ad identificare gli obiettivi da raggiungere e ci si riesce soprattutto se si è lavorato bene nella prima.

Per riuscire a focalizzare gli obiettivi è necessario avere un quadro chiaro della situazione dato da un'analisi neutrale della realtà.

Chi è coinvolto in primo luogo in una vicenda riesce difficilmente ad essere obiettivo, qualità che in questo contesto è richiesta all'infermiere che in un certo senso fa da traduttore della realtà in maniera neutra non essendone direttamente coinvolto e non essendo egli stesso soggetto che è influenzato dai sentimenti che prova l'altro, ansia, dolore, rabbia, ect.....

Bisogna focalizzare lo SCENARIO e quindi identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere per la soluzione dei problemi.

Gli obiettivi devono essere semplici, perseguibili, ottenibili, ancorati sempre e comunque alla realtà e importante, decisi dal soggetto stesso, mai dall'operatore.

Il paziente sta per affrontare l'ultima fase in cui incontrerà finalmente l'AZIONE.

### **TERZA FASE: facilitazione dell'azione.**

Questa è l'ultima fase e la più impegnativa per l'infermiere.

Egli deve agire da catalizzatore ossia deve accompagnare e facilitare le azioni del paziente verso gli obiettivi prefissati nella fase precedente.

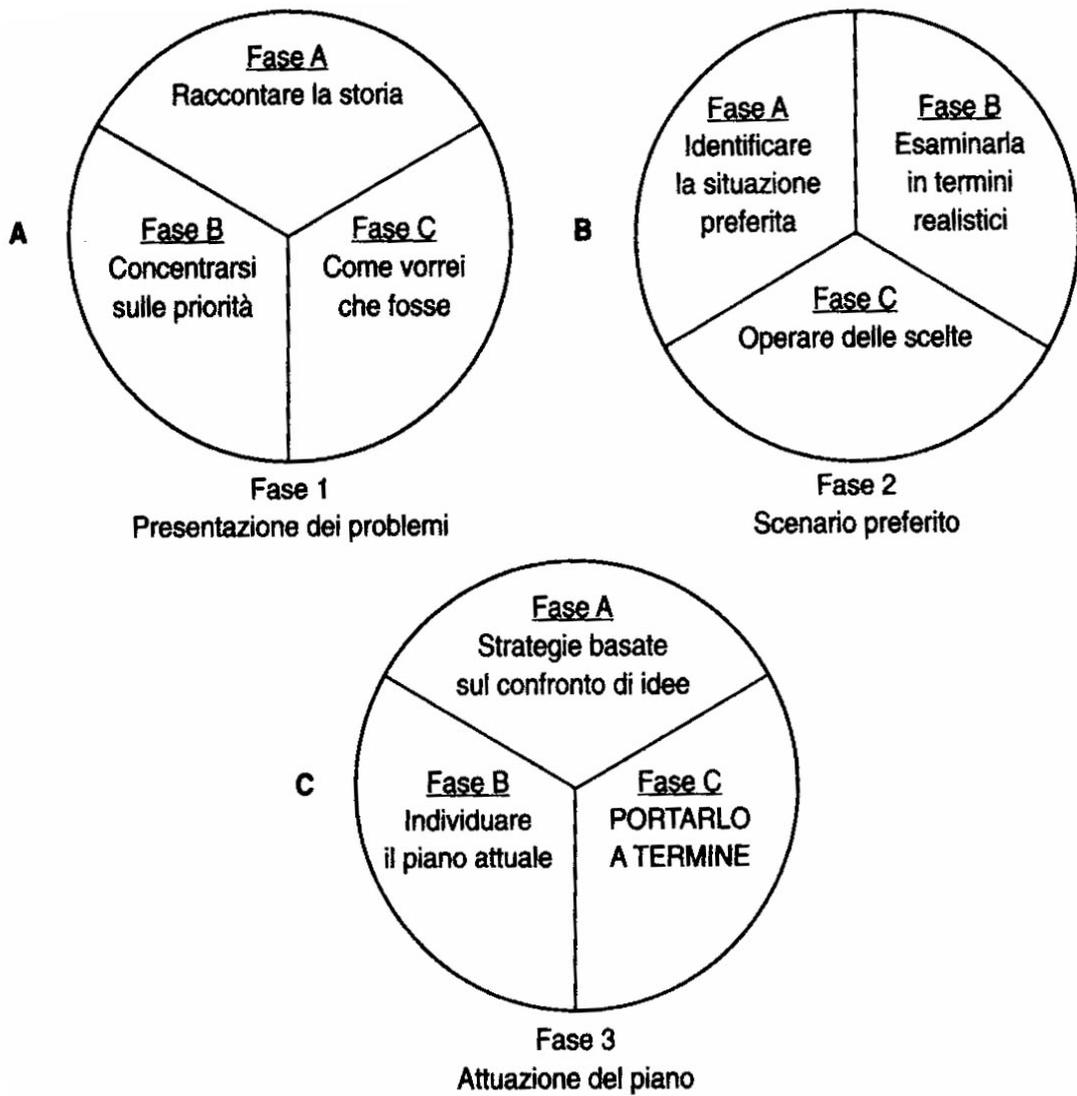
Per molto tempo si è vista la figura dell'infermiere come colui/lei che si sostituisce all'assistito: le visioni più moderne riconoscono in questa modalità assistenziale fattori negativi che portano a passività ed eccessiva dipendenza.

In parte questo tipo di atteggiamento era favorito dal carattere tipicamente di supporto e prescrittivo tipico della figura professionale fino agli anni '90 (e il mansionario ne è sicuramente l'esempio tipico).

Bisogna preparare il paziente ad affrontare gli eventi e a fargli riscoprire le proprie capacità nella soluzione dei problemi senza sostituirgli mai (capacità di facilitazione dell'azione).

Fig. 1 (3)A-C

Schema delle tre fasi e relative sottofasi (Egan,1998)



### **3.4 – Il paziente difficile : strategie ed interventi**

La denominazione di “paziente difficile” può avere un doppio significato a seconda del punto di vista dal quale si considera la difficoltà, ossia come aggettivo che qualifica un soggetto come complicato, problematico o dal punto di vista dell’infermiere cioè della difficoltà di interventi e dunque della programmazione del piano di assistenza.

Certamente dobbiamo tutti riconoscere che l’ambiente in cui si lavora ha una rilevanza notevole nella buona riuscita o quantomeno nel dare una definizione qualitativa agli interventi che vi si svolgono quotidianamente e che può significare anche la riuscita o meno del raggiungimento degli obiettivi .

Premesso questo è ovvio tenere sempre bene presente, leggendo questa tesi, che seppur valide e riconosciute le teorie e le applicazioni delle stesse nello svolgimento della attività professionale, comunque a volte le tesi rimangono tali e le applicazioni non riescono a concretizzarsi.

C’è da sottolineare anche che la formazione, oggi universitaria, dell’infermiere quale professionista della salute pubblica e non, non prevede alcun orientamento che riguardi nello specifico il campo degli Istituti Penitenziari, perlomeno a quanto risulta a chi scrive.

Riconosciamo che le difficoltà formative in questo campo sono concrete: poter esercitare un tirocinio in un Istituto di pena non è forse idea

facilmente accettabile, ma credo soltanto se non organizzato in maniera che lo sia.

Nulla vieta che, seguiti da un tutor, gli allievi possano invece praticare l'esercizio didattico e formativo al pari di quelli che lo praticano in strutture "aperte".

Questo per affermare che seppur professionalmente preparato un infermiere che si ritrova a lavorare in una struttura carceraria incontra difficoltà a volte grandi e a volte meno, che riguardano l'applicabilità delle conoscenze all'ambito in cui opera.

Gli aspetti tipici strutturali e organizzativi di un carcere non facilitano, anzi ostacolano l'esercizio della professione: la distanza interpersonale imposta tra chi assiste e chi è assistito, la spersonalizzazione dei rapporti istituzionalizzata, la diffidenza, la repressione dei sentimenti e delle loro manifestazioni, la frustrazione, l'aggressività e tantissime altre puntualizzazioni facilmente identificabili negano e contrastano fortemente la comunicazione terapeutica e non solo.

La lotta quotidiana per un infermiere che lavori in un ambito professionale tale è sia la costruzione di un legame TERAPEUTICO con gli assistiti, sia far riconoscere e rispettare tale legame quale elemento fondamentale della cura.

Parliamo ora di come dobbiamo noi infermieri affrontare e risolvere i problemi assistenziali dei nostri pazienti "difficili" in un ambiente difficile

pensando positivamente che comunque il nostro interesse e le nostre capacità professionali debbano sempre guidarci ovunque esse siano esercitate.

Il legame terapeutico di cui si è già accennato indiscutibilmente inizia ancor prima che noi veniamo in contatto con il nostro assistito: è una fase importante questa, in cui raccogliendo i dati anamnestici già progettiamo il “COME” proporci.

Le informazioni possono essere adeguatamente raccolte da documentazioni esistenti se la persona proviene da un'altra struttura penitenziaria e dunque ha un Diario clinico, una cartella clinica a tutti gli effetti in cui è riportata la storia sanitaria per tutto il periodo della carcerazione (anamnesi familiare e personale, esami eseguiti, patologie e prescrizioni terapeutiche).

Ma se egli proviene dalla libertà, niente ci testimonia, al momento, la sua storia e dunque si raccolgono personalmente i dati che potrebbero interessare.

In questa fase le elaborazioni dei dati raccolti sono influenzate in ognuno di noi dal nostro vissuto, dalla nostra formazione culturale e non ultima anche dalla nostra formazione professionale: intervengono pregiudizi e atteggiamenti non neutrali verso quegli elementi che in virtù delle considerazioni precedenti vengono valutati negativamente (la tossicodipendenza, l'etilismo, il crimine il vagabondaggio, l'omosessualità, le malattie mentali).

Gli operatori possono o meno essere consapevoli dei pregiudizi delle proprie aspettative o di quelli degli altri, e dunque il riconoscimento e la consapevolezza sono parti importanti degli stadi iniziali di una relazione aperta e fiduciosa.

Negli stadi iniziali di ogni rapporto o incontro tra infermiere-paziente è possibile trovarsi di fronte a persone molto spaventate, ansiose, stanche, senza speranze o anche semplicemente che parlano una lingua diversa dalla nostra ed hanno difficoltà a farsi comprendere.

In altre parole “pazienti difficili”.

E' RESPONSABILITA' di ogni infermiere mettere il paziente a proprio agio e iniziare a gettare le basi di una relazione terapeutica.

Il proporci in maniera positiva, con modi sicuri e rassicuranti, diretti ma comprensivi è il modo migliore per iniziare il nostro lavoro con l'utente.

Una rappresentazione che colpisce definendo le fasi della valutazione iniziale e il percorso successivo tra infermiere-paziente è quella di Newell (1994) che la assimila ad una partita a scacchi in cui i giocatori si studiano reciprocamente in attesa di definire meglio le mosse da fare.

Questa fase in realtà ci accompagna sempre anche in quelle successive in cui veniamo a contatto diretto con il nostro assistito.

Il rapporto infermiere-paziente può essere molto sbilanciato e soprattutto se non ci si orienta verso le buone e riconosciute teorie della comunicazione di

cui si sta parlando, esso rischia di divenire uno strumento da usare contro chi invece ne dovrebbe essere il primo beneficiario.

Dobbiamo sempre ricordarci, nell'ambito professionale specifico di cui si sta parlando, di "COSA FACCIAMO" piuttosto di "DOVE SIAMO": spesso si rischia di assumere un ruolo che non ci spetta e di far spostare l'ago della bilancia tristemente verso di noi.

Dunque esercitare correttamente e con coscienza le metodologie comunicative.

Il Codice Deontologico (1999) può esserci di grande aiuto.

Stabilito il primo contatto con il soggetto, potranno finalmente essere valutate le regole cui attenersi e secondo cui programmare gli interventi per il raggiungimento dei risultati.

In sostanza si stipula un contratto alla luce delle aspettative, delle abilità e delle esperienze.

Esso descrive la natura e le regole del rapporto: implicito sarà il rispetto reciproco di tali regole che ovviamente saranno ridiscusse e ridefinite nel momento in cui potrebbe capitare che siano infrante.

Questa fase della definizione delle regole è molto delicata: per definizione il reato è un soggetto che subisce una condanna per l'aver infranto regole: si vuole soltanto sottolineare che le persone recluse lo sono in virtù del loro rifiuto, momentaneo per alcuni,

inconsapevole per altri o che dura una vita per altri ancora, delle regole societarie dunque di quelle norme che regolano i rapporti umani.

L'impegno maggiore sta proprio nell'identificare la qualità e la quantità delle regole che devono essere prese in considerazione per lavorarci insieme.

Spesso la regola del rispetto, della educazione, della verità sono in soggetti particolarmente difficili enormi vittorie che precludono a progressi futuri.

Bisogna tenere sempre presente che la comunicazione è un processo bidirezionale.

Gli infermieri dovranno assumersi le responsabilità della propria condotta professionale e condividere il lavoro di gruppo; anche i pazienti dovranno lavorare sul rispetto delle regole e controllare il loro comportamento.

Gestire, orientare e incoraggiare un rapporto fa parte delle responsabilità dell'infermiere, facilita la comunicazione e mette il paziente in condizione di tornare ad un livello di benessere.

Ma nel caso in cui le cose non dovessero funzionare e il comportamento "DIFFICILE" dei nostri assistiti fosse lo scalino più alto da superare senza possibilità di farcela, sarà necessario accettare quel comportamento.

Bisognerà anche esaminare il proprio approccio personale e professionale e ridiscuterlo, imparare da esso e non lasciarsi abbattere dagli scarsi o nulli risultati raggiunti, ma lavorarci sopra.

## *CAPITOLO 4*

### I NUOVI ORIZZONTI DELLA PROFESSIONE

#### **4.1 –La riforma sanitaria penitenziaria : il Decreto 390/99**

Nel nostro paese sono state emanate riforme legislative contenenti principi giuridici molto avanzati che hanno posto l'Italia all'avanguardia tra i paesi europei nel rispetto delle garanzie proprie ad uno Stato democratico di diritto.

Tali principi, però, sono rimasti altrettanto spesso vuote formule non essendo stato possibile trasformarle in esempi di “diritto vivente”.

In una situazione di questo tipo sembra trovarsi la recente riforma della sanità penitenziaria prevista dal decreto legislativo n.230 del 22 giugno 1999 che discende dalla delega legislativa del Governo contenuta nell'art.5 della legge n.419/1998.

La legge costituisce un importante strumento attraverso il quale si cerca di porre delle soluzioni che nascono dal mancato collegamento tra le Istituzioni che si occupano e dovrebbero occuparsi della salute degli internati.

Nel provvedimento si prevedeva una assegnazione di competenze fra il Ministero di Grazia e Giustizia e il Ministero della Sanità con passaggio graduale delle competenze di ordine sanitario e di programmazione, indirizzo e coordinamento tra strutture penitenziarie, amministrazioni

centrali, Regioni e AASSLL, in materia al secondo, di tutela e salvaguardia della sicurezza e di quanto già di competenza istituzionale al primo.

Il provvedimento affronta anche il problema della spesa sanitaria carceraria prevedendo il trasferimento delle risorse economiche dal sistema penitenziario al Fondo Sanitario Nazionale, come anche il trasferimento del personale sanitario disponendo una equiparazione tra le figure professionali operanti negli istituti e quelle del SSN ( la cui mancanza ha fatto sentire soprattutto i suoi effetti dal punto di vista retributivo e di crescita professionale).

Il decreto è composto da 9 articoli dei quali i primi 2 sono molto importanti.

L'art.1 "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati" al 1° comma recita:

"I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli locali".

La norma specifica il PRINCIPIO DI GLOBALITA' delle prestazioni previsto dall'art.1 della legge 833/78, prevedendo in funzione dell'uguaglianza, collegamenti al PSN per una uniformità di prestazioni e degli obiettivi a livello locale.

Da parte sua il SSN si appropria della assistenza sanitaria dei detenuti assicurando :

- a. livelli di prestazioni analoghi ai cittadini liberi;
- b. azione di protezione, informazione ed educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- c. informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- d. interventi di prevenzione, cura e sostegno dei disagio psichico e sociale;
- e. assistenza sanitaria della gravidanza e maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori;
- f. assistenza pediatrica e i servizi di puericoltura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Per garantire il rispetto di questi diritti, il decreto prevede una serie di strumenti organizzativi, i più importanti dei quali sono la Carta dei servizi sanitari per i detenuti che ogni ASL dovrebbe predisporre, dopo aver consultato organismi di rappresentanza dei detenuti e associazioni di volontariato per la tutela dei loro diritti, e il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di durata triennale, attraverso il quale il ministero della Sanità definisce gli indirizzi e gli obiettivi-salute di politica

sanitaria penitenziaria delle regioni, indica i modelli organizzativi per tipologia d'istituto, rileva le esigenze specifiche della formazione del personale in ambito penitenziario e stabilisce le linee guida per garantire la verifica di qualità dei servizi erogati.

Sull'insieme della situazione penitenziaria dovrebbe riferire il ministro della Sanità nella relazione annuale sullo stato sanitario del paese.

Il decreto prevedeva nell'immediato soltanto il passaggio delle funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti a partire dal 1° gennaio 2000.

Per le altre funzioni soltanto tre regioni, in via sperimentale, potevano al momento rendere operativa la legge.

Il legislatore ha fatto seguire alla normativa generale un Progetto obiettivo triennale relativo alla tutela della salute in ambito penitenziario approvato nell'aprile del 2000 che riteneva la sperimentazione nelle regioni Puglia, Toscana e Emilia-Romagna fondamentale per la revisione delle misure previste dal decreto qualora essa avesse evidenziato problematiche o carenze.

Questo Progetto obiettivo di largo respiro (pone l'attenzione alla qualità della vita in carcere, alla salubrità ambientale, alla igiene degli alimenti e alla nutrizione, alla idoneità delle strutture sanitarie e non etc,etc....)

prevedeva che fossero coinvolte le ASL con la predisposizione di programmi mirati di educazione alla salute, in riferimento soprattutto alle malattie infettive, di prevenzione della tossicodipendenza, della sofferenza mentale, dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e dell'alcolodipendenza.

Oltre a questa prevenzione primaria e secondaria dovrebbe sovrapporsi la cura delle patologie vera e propria, con la previsione di suddividere in 7 grandi sottosectori le attività: medicina generale;

1. medicina specialistica;
2. medicina d'urgenza;
3. assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
4. assistenza alle persone immigrate;
5. le patologie infettive;
6. tutela della salute mentale.

Senza puntualizzare la previsione organizzativa dei vari settori basta riferire che insieme a questi aspetti propositivi ve ne sono altri di carattere critico che fotografano una realtà non organicamente strutturata, vecchia e comunque potenzialmente da rimodernare.

Si metteva in discussione l'intera struttura organizzativa dell'istituzione carceraria e si poneva in discussione l'efficienza e la efficacia dell'attuale servizio sanitario penitenziario.

Si sono cercate delle modalità per far passare una riforma scomoda e non voluta dagli operatori del settore interessati.

La programmazione e la stesura della riforma stessa, sono state realizzate senza la partecipazione di chi già operava nell'ambito del sanitario penitenziario e dunque aveva alle spalle esperienze "vissute" e sperimentate: la rivendicazione della posizione autonoma del personale penitenziario nei confronti della amministrazione è stata da sempre un dato di fatto.

Il regime giuridico del personale richiedeva certo una chiarificazione e definizione, il sistema andava certo rivisto e riorganizzato nei suoi aspetti funzionali, ma la peculiarità della medicina penitenziaria così come la specificità del settore andavano certo rispettati e preservati, proprio per la grande esperienza che essa ha acquisito negli anni nella cura e la tutela della salute in un ambito così particolare.

Di questo la riforma non ne ha tenuto affatto conto.

Le resistenze dunque non sono mancate ad ogni livello da Direttori di istituti al personale infermieristico, che già nella molteplicità delle situazioni giuridiche del rapporto professionale vede un grosso scoglio da superare.

Il risultato della riforma, a detta degli operatori del settore, è rappresentato da una facile omologazione della sanità nelle carceri con quella ordinariamente garantita dal SSN.

La medicina penitenziaria non è semplicemente solo un diverso modulo organizzativo: alla base vi deve essere la coscienza della peculiarità del

settore che importa una seria qualificazione professionale e non, come sta accadendo, praticamente ignorata.

Quanto sul campo è richiesto ad un operatore in ambito penitenziario è davvero molto, una conoscenza specifica, un patrimonio insostituibile di nozioni di buon livello di medicina generale, medicina legale, igiene, psichiatria, infettivologia, economia sanitaria, cardiologia, gastroenterologia, chirurgia, psicologia, legge statistica, tossicologia, etica.

Non si tratta di rivendicazioni politiche o politicizzate: la Medicina penitenziaria non ha bisogno di riconoscimenti altrui per identificarsi in se stessa, quanto di porre l'accento sulla verità e perseguirla.

Il SSN già oberato da costi elevati, prestazioni difformi su territorio nazionale, scompensi a vario livello, mal gestirebbe il settore della assistenza penitenziaria ai detenuti, settore così particolare e complesso.

Anche la popolazione detenuta, che si pensava potesse essere illusoriamente orientata verso un intendimento dell'assistenza tale e quale a quella di un "libero cittadino", si è schierata dalla parte degli operatori penitenziari quando rivendicavano la loro autonomia.

Illusoriamente si è sottolineato perché basti pensare alle problematiche delle fruizioni di servizi assistenziali che inducono molti cittadini a rivolgersi all'assistenza privata, alla qualità attuale delle prestazioni

del SSN, che in nome di una giusta razionalizzazione della spesa, è giunta alla ospedalizzazione domiciliare, ai ricoveri in Day Hospital o Day Surgery, alle cure a pagamento, alle prenotazioni per l'accesso alle cure con tempi dilatati.

Il recluso non può, per la sua fattispecie, attendere tempi titanici o prestazioni diluite nel tempo: la particolarità della sua condizione (vita di collettività, status psicofisico, urgenza degli interventi) necessita di risposte rapide e precise.

Inoltre e per concludere la conoscenza che il mondo della sanità ha in campo penitenziario è del tutto insufficiente e inadeguata per pensare soltanto di organizzare i molteplici aspetti della assistenza sanitaria , così come è del tutto all'oscuro dei problemi che riguardano il settore della sicurezza che da sempre collabora ed è strettamente correlato con quello della sanità penitenziaria, e dal quale non può assolutamente prescindere.

Lo stesso Consiglio di Stato (C.d.S.), oltre al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) prende posizione in termini molto chiari e convincenti a favore dell'autonomia della Medicina penitenziaria.

Il C.d.S. ribadisce la piena validità della legge 740/70 che prevedeva e organizzava il settore quale SETTORE STATALE, istituzionalmente incardinato nell'Amministrazione penitenziaria.

Affianco alle convinzioni che motivano una inadeguatezza del passaggio delle funzioni della sanità penitenziaria alla sanità pubblica, ovviamente, vi sono anche quelle che invece ritengono che questo passaggio sia positivo ed anzi auspicabile sostenendo soprattutto che esso garantirà una maggiore libertà operativa e di autonomia della valutazione sanitaria ed anche maggiori livelli retributivi e di formazione professionale e di progressione verticale di carriera.

Comunque qualsiasi idea o convinzione si abbia approposito, l'unico vero sforzo richiesto è che ci sia la volontà di provvedere all'organizzazione ed all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sotto ogni forma, ai detenuti che sono coloro che in primis devono essere tenuti in debita considerazione, essendo i veri destinatari e fruitori dei servizi e delle prestazioni.

L'obiettivo più sensato sarebbe quello di integrare le risorse già esistenti, in un'ottica di economizzazione e valorizzazione per entrambi i mondi sanitari, quello pubblico e quello penitenziario.

Ovviamente è implicito che entrambi dovrebbero mettere l'uno a disposizione dell'altro le migliori e più adatte specificità del settore.

Chi avrà la caparbietà ed anche il coraggio di rimanere nel settore penitenziario per portare avanti un lavoro difficile e complesso, forse in un immediato futuro, avrà anche la possibilità, sempre che gliene sia dato il modo, di partecipare a questa auspicata e saggia integrazione, che come

sempre accade, conferma ancora una volta che la verità così come l'equilibrio stanno nel mezzo.

## **4.2 –I nuovi orizzonti assistenziali e l’infermiere penitenziario**

L’esistenza di una Commissione specifica esistente quale organo della Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI., denominata del III settore, ci aiuta a capire come si comincino a sentire le eco dei professionisti che lavorano in settori particolari, altro dalla Sanità pubblica.

Gli istituti penitenziari sono soltanto una parte di questo “ALTRO” ed assorbono professionalità diverse; infermieri, infermieri generici, tecnici radiologi, di laboratorio, fisioterapisti.

Questi numeri sono persone, professionisti che ogni giorno praticano il loro lavoro secondo scienza e coscienza in un ambito difficile e spesso complicato da vivere.

La competenza e la professionalità sono i punti cardini da cui si auspica inizi il processo assistenziale di questi professionisti il cui futuro non è sempre ben delineato, né certo.

La specialità che caratterizza i loro percorsi assistenziali, dovrebbe indurre l’Amministrazione a cui appartengono a preservare detto aspetto favorendone e coltivandone la peculiarità.

Si pensa poi , non in ultimo, alla formazione ECM divenuta obbligatoria nel 2002 e in qualche maniera in parte, almeno per le AASSLL divenuta obbligo istituzionale verso i suoi dipendenti.

Il Ministero della Giustizia, non si è ancora espresso in merito, almeno per quanto riguarda il profilo professionale degli infermieri, non accreditandosi

come Provider né accreditando corsi di formazione a livello regionale, interregionale o nazionale.

Dunque la categoria degli infermieri che lavora negli istituti, provvede autonomamente alla propria formazione dal lato economico quanto da quello delle scelte: l'inquadramento come "OPERAIO SPECIALIZZATO" nel ruolo cosiddetto tecnico e la non esistenza di un profilo specifico entro cui rientrare compromettono seriamente il riconoscimento come categoria professionale, di retribuzione ed anche di carriera verticale.

Non esistono allo stato attuale vertici di dirigenza infermieristica quindi dirigenti illuminati e capaci che conoscano appieno le problematiche del settore ed operino per i loro colleghi e per il miglioramento della condizione lavorativa attuale e futura: forse soltanto qualche sindacato autonomo e non, si sta orientando verso un tavolo comune con rappresentanti dell'Amministrazione per il miglioramento e la definizione del profilo professionale.

I tempi sono oramai maturi per poter istituire, anche come figura specialistica, quella dell'"INFERMIERE PENITENZIARIO" data la sua attuale specificità e unicità.

Nei percorsi formativi universitari, che ci sono alla fine stati riconosciuti, anche se la molteplicità degli iter di formazione sono ancora notevoli, sarebbe interessante che accanto alla formazione specialistica in sanità pubblica ci sia anche quella espressamente dedicata al settore penitenziario.

Chi ha redatto questa tesi, crede fermamente che riconoscendo palesemente una realtà a attribuendo ad essa il nome che merita, questa avrà il pregio di essere notata e valutata.

E sicuramente è meglio parlare delle realtà piuttosto che soffrire del silenzio.

Infine la convinzione che nel campo del penitenziario ci sia molto da dare professionalmente ed umanamente, porta l'infermiere a darsi interiormente la risposta che ovunque c'è bisogno di assistenza alla salute e alla malattia, sicuramente là è **INDISPENSABILE** la sua partecipazione.

Concludo questa tesi, riflettendo che la Laurea che ne conseguirà, spero, sarà anch'essa un piccolo mattone in più da usare per la costruzione di una nuova realtà più facilmente raggiungibile da altri colleghi, che con ansia stiamo aspettando.

## CONCLUSIONI

Nonostante il tempo a disposizione per redigere questa tesi sia stato più che sufficiente, spesso l'impossibilità alla stesura ha riguardato i dubbi e le riflessioni che sono sorte preparando il materiale .

La conoscenza , diretta ed indiretta, di quanto documentato ha richiesto anni di esercizio professionale in un istituto penitenziario e la volontà di capire i meccanismi che muovono i fili di questo complicato mondo.

Orientarsi non sempre è stato semplice né tantomeno facile e a volte sono mancate figure di supporto a cui riferirsi: credo che il lavoro maggiore io lo abbia fatto soprattutto con me stessa, cercando di rimanere saldamente ancorata alla figura del professionista che può e deve essere un infermiere ovunque egli/ella si trovi a lavorare e cercando di non rimanere chiusa “dietro le sbarre” reali e immaginarie di un mondo dove siamo figure atipiche e disuguali allo standard.

Ma la sfida è proprio questa: tipizzare quello che già “fuori” lo è, far conoscere a tutti “dentro” reclusi e non che la nostra professione è una PROFESSIONE da ogni punto di vista, dimostrare con i fatti, giorno dopo giorno, che siamo davvero competenti, abili, capaci, e laddove ci è possibile anche....laureati!

Ringrazio soprattutto la mia famiglia che con la fiducia di sempre mi ha permesso di realizzare quella che finora era rimasta una aspirazione segreta.

## *BIBLIOGRAFIA*

1. BOTTARI, M., Principi costituzionali e assistenza sanitaria, Giuffrè, Milano, 1991.
2. CERAUDO, F., Principi fondamentali di medicina penitenziaria, Archimedia, Pisa, 1988.
3. CERAUDO, F., La carcerazione. Eventi psicologici, in Atti del I Congresso Nazionale Amapi di psichiatria penitenziaria, Parma, 1993.
4. CONSO, G., Manuale di diritto penitenziario, Giuffrè, Milano, 1999.
5. DI GENNARO, G., BONOMO, M., BREDA, R., Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione, IV ed., Giuffrè, Milano, 1991.
6. GREVI, V., Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario, il Mulino, Bologna, 1981.
7. LEX, M., Rapporto studio dal carcere sul carcere con particolare riferimento all'area sanitaria vista da uno dei maggiori penitenziari del Centro-Nord, Firenze, 1994.
8. MAROTTA GIGLI, A., L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, in "Rassegna italiana di criminologia", 1984.
9. MORTATI, C., La tutela della salute nella Costituzione italiana, in "Raccolta di scritti", III, Giuffrè, Milano 1972.
10. ZUCCHETTI, A., I Servizi sanitari, Giuffrè, Milano, 1995.
11. D'AMBRA, M., Le nuove tecniche di comunicazione De Vecchi Editore, Settimo Milanese (MI), 1995; 9-22.

12. JUCHLI, L., VOGEL, A., L'assistenza infermieristica di base 2° Ed. italiana rielaborata sulla 4° Ed. tedesca, La comunicazione; (12) 284-295.

13. DUXBURY, J., Il paziente difficile modalità di comunicazione, McGraw-Hill, 2001

***Riferimenti legislativi in merito ad assistenza sanitaria***

14. Lettera circolare n. 613010/12 del 30.11.1984 Oggetto: aggiornamento elenchi cittadini assistibili dal SSN.

15. Circolare n. 3132/5582 del 12.9.1985.

16. Circolare n. 3154/5604 del 2.1.1986. Oggetto: assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati

17. Circolare n. 3182/5632 del 21.7.1986. Oggetto: tutela della vita e della salute delle persone detenute.

18. Circolare n. 643295/12 del 24.11.1990. Oggetto: indirizzi e direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria.

19. Circolare n. 3337/5787 del 7.2.1992. Oggetto: costituzione e funzionamento delle aree.

20. Circolare n. 808139/4127 del 14.7.1995. Oggetto: ricovero dei detenuti e degli internati nei luoghi esterni di cura.

21. Lettera circolare n. 576541/2 del 24.2.1999. Oggetto: organizzazione dei servizi sanitari.

22. Lettera circolare n. 156511/3 del 30.6.1999. Oggetto: riordino della medicina penitenziaria.

23.-Decreto legislativo recante “Disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria a norma dell’art. 5 della legge 30 novembre 1998,n.419”

- Art. 32 Costituzione italiana

- L.833/78

- L.230/99