

**Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica

**Corso di Master di I livello**

**“ Funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie”**

**RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI  
ISTITUTI PENITENZIARI DI MODENA, A SEGUITO DEL DPCM**

**1° APRILE 2008**

**Relatore**

**Dr.ssa Giuliana Bulgarelli**

**Correlatore**

**Dr.ssa Maria Borsari**

**Studente**

**Federica Zucchi**

Anno Accademico

2010-2011

***“Ogni essere grida in silenzio,  
per essere letto altrimenti”  
Simone Weil***

***Alla mia famiglia allargata***

**Introduzione** pag. 6

## **Capitolo 1**

**Medicina Penitenziaria** pag. 7

**1.1 Costituzione della Medicina Penitenziaria: cenni storici**  
pag. 13

**1.2 Evoluzione dell'assistenza infermieristica nelle carceri**  
pag. 15

**1.3 DPCM 1° Aprile 2008** pag. 22

**1.4 Lavoro di Gruppo Regione Emilia Romagna** pag. 24

## **Capitolo 2**

**Situazione nei tre Istituti Penitenziari di Modena e provincia a tre  
anni dal provvedimento legislativo** pag. 27

**2.1 Realtà organizzativa e assistenziale** pag. 29

**2.2 Casa Circondariale di Modena S. Anna** pag. 31

**2.3 Casa di Lavoro Saliceta S. Giuliano** pag. 36

**2.4 Casa di Reclusione a Custodia Attenuata di Castelfranco**  
pag. 40

**2.5 Realtà comune ai tre gli istituti** pag. 43

<b>2.6 Piano Attuativo Locale</b>	<b>pag. 45</b>
-----------------------------------	----------------

### **Capitolo 3**

#### **Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle carceri**

##### **3.1 Proposte di miglioramento Assistenziali**

<b>3.1.1 Stranieri in carcere</b>	<b>pag. 48</b>
-----------------------------------	----------------

<b>3.1.2 Tossicodipendenza e carcere</b>	<b>pag. 51</b>
--	----------------

<b>3.1.3 Psichiatria dietro le sbarre</b>	<b>pag. 53</b>
---	----------------

<b>3.1.4 Prevenzione del rischio suicidario</b>	<b>pag. 55</b>
---	----------------

<b>3.1.5 Gruppi di educazione alla salute</b>	<b>pag. 57</b>
---	----------------

<b>3.1.6 La richiesta dei detenuti ad accedere ai servizi sanitari</b>	<b>pag. 61</b>
--	----------------

<b>3.1.7 La terapia: somministrata o distribuita?</b>	<b>pag. 64</b>
---	----------------

<b>3.1.8 Emergenze in carcere</b>	<b>pag. 67</b>
-----------------------------------	----------------

<b>3.1.9 Reparto "I Care"</b>	<b>pag. 69</b>
-------------------------------	----------------

##### **3.2 Proposte di miglioramento Gestionali e Organizzative**

<b>3.2.1 Medicina Legale: privacy, lettera di dimissione e cartelle cliniche</b>	<b>pag. 72</b>
--	----------------

<b>3.2.2 Area Vasta Emilia Nord</b>	<b>pag. 77</b>
-------------------------------------	----------------

<b>3.2.3 Prodotti e farmaci acquistati dai detenuti attraverso l'area sanitaria</b>	<b>pag. 80</b>
<b>3.2.4 Definizione dei percorsi di sanificazione degli ambienti sanitari</b>	<b>pag. 81</b>
<b>3.2.5 Gestione del materiale da inventariare</b>	<b>pag. 85</b>
<b>Sintesi delle Proposte di Miglioramento</b>	<b>pag. 86</b>
<b>Conclusioni</b>	<b>pag. 90</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>pag. 93</b>
<b>Sitografia</b>	<b>pag. 94</b>

## INTRODUZIONE

La scelta di svolgere una tesi sulla Medicina Penitenziaria è stata per me obbligata. Sono testimone di un passaggio storico: quello dell'assistenza sanitaria prestata all'interno degli Istituti Penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute.

La medicina che si occupa dei pazienti ristretti, quelli che entrando in carcere perdono l'assistenza del proprio Medico di Medicina Generale e si affidano completamente alla sanità penitenziaria, finalmente è "tornata a casa".

Già dal 1997, anno in cui approdai per vincita di concorso al Ministero di Grazia e Giustizia (negli anni per onestà ha perso la Grazia), mi si diceva fosse prossimo il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale, avvenuto nel 2008 con il DPCM del 11°Aprile.

Nel 2000 vi fu la cessione legislativa al SerT del servizio PTAS (presidio tossicodipendenze assistenza sanitaria), e furono i primi segnali di un passaggio molto faticoso e contestato che sarebbe avvenuto, definitivamente, da lì a pochi anni. Cambiamento difficile perché ha, a mio avviso, messo in crisi alcuni interessi di parte, che si opponevano, in nome di una certa "autonomia assistenziale", al SSN.

Il passaggio del servizio tossicodipendenze al SerT è stato l'inizio di una visione di medicina globalizzata, inserita in un contesto territoriale, utile al benessere della collettività, dentro e fuori la detenzione.

Con questa Tesi, ho voluto descrivere nella prima parte che cos'è la Medicina Penitenziaria, i percorsi storici, l'evoluzione della figura infermieristica, fino ad approdare alla riforma del DPCM del 2008, facendo una sintesi schematica della realtà territoriale degli istituti di Modena. Nella seconda parte, e perciò dall'ultimo capitolo, ho cercato di mettere in rilievo alcune problematiche concrete, da me constatate negli istituti di Modena nei vari anni di lavoro che hanno preceduto la riforma. Ho descritto il contesto in cui ho rilevato le criticità, e ho cercato di proporre alcune soluzioni di miglioramento.

## Capitolo1

### MEDICINA PENITENZIARIA

La Medicina Penitenziaria è quella branca della medicina che si occupa della tutela della salute della persona detenuta, attraverso attività di prevenzione, diagnosi e cura del paziente, all'interno delle strutture carcerarie, in sinergia con il servizio sanitario territoriale e ospedaliero, oltre che con il servizio di sicurezza del Ministero della Giustizia.

La persona che entra in carcere, mantiene il diritto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e gli operatori sanitari nell'esercizio della propria attività, si fanno garanti di tale diritto.

Antonio Gramsci nel 1933 scrive dal carcere: “ *...il medico non deve solo venire per un consulto di tipo personale, per indicarmi un metodo di cura personale, ma essere in grado ufficialmente di fare dei rapporti alle autorità superiori sull'andamento generale delle cose in quanto influiscono o possono influire sulle condizioni di salute dei carcerati (...) tu capisci che prendere una medicina e fare una cura quando continuano a sussistere le condizioni che determinano la malattia è una burletta*”<sup>1</sup>

La Costituzione Italiana sancisce che la Repubblica “*tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo (straniero o cittadino italiano che sia, la Costituzione parla di individuo) e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, che non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della natura umana*” Art.32

Quale riferimento troviamo nella Costituzione Italiana al carcere?

L'art.27 si occupa delle pene che, “*non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*”

---

<sup>1</sup> Antonio Gramsci (1988) “Lettere dal Carcere 06/03/1933” Editrice L'Unità

*“Ogni detenuto è malato in quanto detenuto”*<sup>2</sup> questo concetto è alla base dei principi ispiratori della medicina penitenziaria, in un ambiente in cui la persona condannata è costretta a vivere: *“l’applicazione della vendetta sovrana, il punto di ancoraggio per una manifestazione di potere, l’occasione di affermare la dissimmetria delle forze”*<sup>3</sup>

Inevitabilmente, anche noi operatori sanitari viviamo l’incontro con “l’altro” come una sorta di misurazione di potere fra individui, logica perversa che distanzia dall’instaurazione di relazioni reciproche e nello specifico, allontana il patto di alleanza terapeutica tra medico-infermiere e paziente. Il sistema sanitario del carcere dovrebbe offrire quanto possibile per trovare soluzione ai problemi sanitari dei detenuti, ma se le cure o gli accertamenti non possono essere svolti all’interno dell’istituto, i detenuti possono essere trasferiti in ospedali civili o altri luoghi di cura, su provvedimento del Magistrato di Sorveglianza, del Magistrato competente per gli imputati, o del Direttore dell’istituto in caso di assoluta urgenza. Finché possono essere disposte cure presso l’area sanitaria del carcere, o centri clinici dell’Amministrazione penitenziaria, o ancora in un luogo esterno di cura, non ci saranno condizioni per il rinvio della pena del detenuto. Questi, da parte sua, non può impugnare il provvedimento che nega il suo ricovero in ospedale.

Casi particolari vengono trattati all’ art.146 del Codice Penale, il quale prevede il differimento della pena del condannato: *“ quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative”* questo articolo viene particolarmente applicato nella pratica ai detenuti con AIDS conclamato, i quali, o per motivi naturali legati al decorso della malattia, o per strumentalizzazioni da parte degli stessi (es. non assunzione della terapia antiretrovirale e di conseguenza un aggravamento dal quadro clinico), si ritrovano

---

<sup>2</sup> Nicola Valentino (1984) *“I linguaggi della medicina come codici di controllo sul corpo”* Ed. Sensibili alle Foglie

<sup>3</sup> Michel Foucault (1976) *“Sorvegliare e punire. Nascita della prigione”* Ed Einaudi



ad avere una incompatibilità al regime carcerario per motivi di salute e pertanto devono essere scarcerati.

Per quanto riguarda i Tossicodipendenti, vi è la possibilità di sospendere l'esecuzione della pena per cinque anni, per i soli condannati a pena detentiva non superiore a sei anni, e la successiva concessione dell'affidamento in prova.

Per quale motivo è importante conoscere queste eccezioni?

Perché i detenuti, una volta scoperte le possibilità di intervenire a proprio favore in termini giudiziari, possono adottare atteggiamenti sfavorevoli la loro condizione di salute (sospensioni terapie, simulazioni di malattie, gravi autolesionismi...) per usufruire di sconti della pena.

Altro punto su cui gli operatori sanitari debbono scontrarsi è il problema piantonamento. E' prassi che la Polizia Penitenziaria sia presente al ricovero esterno del detenuto per il piantonamento (solo l'autorità giudiziaria competente può decidere che non sia necessaria), ciò crea difficoltà di organico al personale già carente di Polizia Penitenziaria nel momento del ricovero ospedaliero di un detenuto.

Il personale sanitario si trova così a dover fare valutazioni che vanno ben oltre all'aspetto di salute-malattia del paziente-detenuto.

Per i detenuti che ne fanno richiesta è possibile essere visitati, a proprie spese, da un sanitario di loro fiducia (gli imputati debbono chiedere l'autorizzazione al magistrato competente) e previa autorizzazione all'ingresso in istituto da parte della Direzione.

Con il passaggio all'Ausl del personale e dei presidi sanitari, è inteso che le prestazioni sanitarie private non debbano avere alcun peso sulla spesa della sanità pubblica, come per esempio l'uso di materiale odontoiatrico e/o l'affiancamento di assistenti alla poltrona a dipendenza Ausl, a favore dell'attività privata.

Sempre nell'ambito di una medicina attiva, ancor prima della presenza dell'Ausl, il DPR 230/2000, dispone che si svolgano attività per rilevare, segnalare e intervenire, le situazioni che possono favorire forme patologiche nei detenuti, eventualmente legate alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del

movimento e dell'attività fisica. Un vero monito alla costituzione di una medicina preventiva di comunità!

Il Regolamento Esecutivo dell'Ordinamento Penitenziario prevede che (art.23) il primo momento che l'Amministrazione dedica alla prevenzione di eventuali stati di malattie, inizia con la visita di primo ingresso, da effettuare non oltre il giorno successivo dall'entrata del detenuto. Da parte del personale sanitario, ogni detenuto è registrato come paziente, con tanto di cartella clinica informatizzata e cartacea. Ad ogni persona, viene dedicata l'attenzione dovuta, a seconda dell'indice di stato di salute (ISS).

E' compito del SSN, fornire il supporto terapeutico di tutti farmaci in classe A.

I farmaci e parafarmaci non rimborsati dal SSN possono, non devono, essere acquistati dai detenuti a loro spese, previa autorizzazione del Medico di Guardia (MdG) e del Direttore o Comandante.

Dopo la visita di ingresso, e prima che il detenuto venga assegnato in reparto, il Regolamento stabilisce lo svolgimento di un colloquio psicologico. L'intento è quello di individuare l'eventuale tendenza del nuovo giunto (NG) a compiere atti di violenza, autolesionismo e suicidio.

Il suicidio è una pratica fortemente diffusa nei luoghi di restrizione. Si è visto essere molto più frequente nei primi tre mesi dall'ingresso in istituto del detenuto, indipendentemente della gravità del reato, e nelle persone alle prime esperienze detentive, oppure, ironia della sorte, al termine di una pena detentiva lunga. Il rischio suicidario, ai primi ingressi, dipende dalla possibilità del detenuto di ridefinire lo stato degli affetti lasciati all'esterno del carcere e dalla capacità di creare relazioni interpersonali di supporto all'interno della realtà austera del penitenziario.

Gli psicologi affermano che la detenzione sia un forte stato di stress, in grado di avere effetti nocivi sullo stato di salute degli individui: *“L'ansia e la paura provocano un costante deterioramento del sistema nervoso, dimostrandosi patogeni per l'organismo umano. Nelle carceri, dove l'isolamento non è più una minaccia, ma la norma, la paura e l'ansia provocate da uno stato di insicurezza*

*totale per la propria integrità psicofisica, sono elementi concreti che agiscono come scientifici mezzi di distruzione*<sup>4</sup>.

*“Modificazioni dell’ambiente, possono modificare permanentemente lo schema dello stress di reazione dell’adulto, sia dal punto di vista comportamentale, che dal punto di vista fisiologico (endocrino ed immunitario)”*<sup>5</sup>.

Non va infine dimenticato che il carcere è pensato e strutturato per ospitare uomini, viene calcolata la presenza sul territorio delle detenute donne a meno del 5% e per la maggior parte sono “costole” inserite nei carceri maschili. La legislazione prevede che ogni struttura che ospita detenute, deve essere in grado di garantire “*servizi speciali per puerpere e gestanti*” e, negli istituti dove questo è previsto, le madri possono tenere i loro figli fino ai tre anni, per i quali saranno organizzati degli asili nido nella sezione. E’ previsto, a seconda del reato, il differimento obbligatorio della pena per le donne gravide e con figli minori di un anno. Pertanto ogni carcere che ha al suo interno detenute donne, deve prevedere la presenza di uno specialista in ostetricia e ginecologia e, nel caso vi siano minori, di un pediatra di comunità.

Il contesto in cui gli operatori sanitari si trovano ad esercitare la loro attività non è indifferente, non solo per qualità del servizio da erogare, ma anche per la quantità di attenzioni da prestare. Un problema sicuramente importante e condiviso da più settori che lavorano in campo penitenziario è il sovraffollamento.

*“Il sovraffollamento delle carceri è un problema drammatico, in questi ultimi anni in Italia ha raggiunto livelli senza precedenti. Secondo gli ultimi dati dell’Amministrazione Penitenziaria, il 31 Gennaio 2011 i detenuti in Italia erano 67.634, quasi il doppio di vent’anni fa, a fronte di una capienza regolamentare di 45.165 posti. Un tasso di sovraffollamento del 149%, che ci pone al terzo posto in Europa, dopo la Bulgaria (155,6%) e Cipro (152,7%).*

*E’ in seguito al ricorso di un detenuto, che la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo, ha condannato l’Italia per reato di “tortura”, considerando il sovraffollamento una pratica di per sé “inumana e degradante”, che acuisce i problemi endemici nelle*

---

<sup>4</sup> AA.VV. (1983) “*Articolo 90 la paura*” Laterza Editrice

<sup>5</sup> Paolo Pancheri (1980) “*Stress, emozioni e malattia*” Ed Mondadori

*carceri, già aggravati dalla crescente penuria di fondi, peggiorando le condizioni sanitarie, riducendo le attività che consentono di uscire durante il giorno dalle celle e accentuando i casi di autolesionismo.<sup>6</sup>*

Come abbiamo visto precedentemente, l'art.27 della Costituzione Italiana sancisce che: *“le pene non possono essere trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”* alla base della valutazione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo sulla situazione carceraria italiana, c'è l'accusa di “tortura”, per questo motivo il governo brasiliano nel giugno 2011, ha impedito la estradizione del pluripregiudicato Cesare Battisti, adducendo a sua difesa, la tutela dei diritti umani che l'Italia non rispetterebbe nel sistema carcerario attuale.

Il carcere, così come inteso in Italia e con l'introduzione del reato di clandestinità (che di per sé è un reato amministrativo), rischia di diventare il “setaccio finale” di una società incapace di offrire una via di uscita all'emarginazione. L'aumento della popolazione detenuta in questi ultimi anni, segna un legame stretto tra carcerati ed esclusione sociale: c'è una prevalenza di uomini provenienti da paesi stranieri e dall'Italia meridionale, spesso giovani, tossicodipendenti e privi di istruzione.

Il Capo dello Stato Giorgio Napolitano, il 28 Luglio 2011 al convegno sulla Giustizia organizzato da Marco Pannella, ha affermato: *“...occorre rispetto degli equilibri nei rapporti tra politica e giustizia (...) su cui pesano oscillanti ed incerte scelte politiche e legislative”* che in modo altalenante *“passano dalla depenalizzazione alla depenitenziarizzazione (ved. indulto del 2006) e ciclica ripenalizzazione con crescente ricorso alla custodia cautelare, abnorme estensione della carcerazione detentiva (...) c'è un abisso a separare la realtà carceraria di oggi dal dettato costituzionale sulla funzione rieducatrice della pena e sui diritti e la dignità della persona. E' una realtà non giustificabile in nome della sicurezza che ne viene più insidiata che garantita, dalla quale non si può*

---

<sup>6</sup> Antonella Barina (22 Aprile 2011) *“Le nostre carceri scoppiano e l'Europa ci accusa di tortura”* La Repubblica

*distogliere lo sguardo, arrendendosi all'obbiettiva constatazione della complessità del problema*"<sup>7</sup>

La Medicina all'interno delle carceri non può non tener conto del contesto in cui opera, deve adattarsi a praticare in un ambito in cui entrano in gioco sia fattori sanitari, che "abitativi", che sociali peculiari, non si può operare in modo avulso rispetto alla contestualizzazione del vissuto dei propri assistiti, da questo la sfida alla creazione nel tempo, di una medicina specifica in ambito penitenziario.

D'altra parte la riforma del 2008 prevede che il Governo debba riordinare la Medicina Penitenziaria rispettando due principi coesistenti:

- Garantire il diritto alla salute dei detenuti
- Assicurare la tutela della esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'Amministrazione penitenziaria

La Conferenza Unificata del 20/11/2008 prevede la messa in opera di strumenti di collaborazione interistituzionale, collegando le funzioni di salute, di sicurezza e di trattamento e afferma: *"il personale sanitario, ferma restando la propria autonomia professionale, è tenuto all'osservanza dell'ordinamento penitenziario, nonché dalle disposizioni impartite dell'Amministrazione penitenziaria (AP) e dal Direttore dell'Istituto in materie di sicurezza(...) il Direttore coordina le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori che non appartengono all'AP i quali, peraltro, svolgono compiti affidati in autonomia professionale di competenza..."*

## **1.1 COSTITUZIONE DELLA MEDICINA PENITENZIARIA: CENNI STORICI**

Tracce di ordinamento penitenziario risalgono al 320 d.c. Costantino Imperatore cristiano emanò un'ordinanza che potrebbe essere definita "*primo emendamento carcerario*". L'ordinanza enunciava che gli uomini e le donne reclusi dovevano

---

<sup>7</sup> Giorgio Napolitano (28 Luglio 2011) "Convegno "Giustizia! In nome della Legge e del Popolo sovrano" La Repubblica

essere divise le une dagli altri e *“le catene che li tenevano prigionieri dovevano essere più leggere e meno strette”*.

Nel Medioevo Papa Sisto V fece istituire le carceri pubbliche e fece separare i condannati a pena definitiva dai detenuti in attesa di giudizio, norma tuttora in vigore. Sempre Papa Sisto V visitando le prigioni evidenziò che i reclusi *“abbisognano non solo di conforto spirituale ma anche di cure assistenziali vere e proprie”*, e affida questo compito all'ordine dei Gesuiti.

Torniamo a tempi più recenti e troviamo il Codice Rocco del 1931 che è il primo a prevedere formalmente la presenza di un Medico all'interno di ogni istituto penitenziario, però nel 1970 la legge 740 definisce il ruolo del personale sanitario nelle carceri come *“eccezionale”*, cioè non inserito nell'organico dell'Amministrazione penitenziaria.

A porre rimedio alla legge 740, nel 1975 con la legge 354 sulla Riforma Penitenziaria, viene prevista la presenza di un Servizio sanitario nell'Ordinamento Penitenziario, senza indicarne i criteri di appartenenza. La salute dei detenuti rimane pertinenza del Ministero di Grazia e Giustizia.

La legge 833 del 1978 che crea il Servizio Sanitario Nazionale, non comprende al suo interno la Medicina Penitenziaria, che rimane con carattere autonomo.

Il Consiglio di Stato del 1987 ribadisce *“la specificità legittima dell'assistenza sanitaria ai detenuti a causa delle esigenze di sicurezza, affermando la necessità istituzionale che la Medicina Penitenziaria collabori all'opera di trattamento dei detenuti”* un modo legittimo di creare dei ghetti rappresentati da ogni singolo Istituto, non rispondenti a nessuno al di fuori della Direzione.

E' con il Dlg 230/1999 che prende l'avvio all'inserimento della Medicina penitenziaria nel SSN. A tutti i detenuti viene garantito il servizio di *“prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”* mantenendo l'iscrizione al SSN e l'esenzione a partecipare alle spese sanitarie erogate.

Il 1° Gennaio 2000 vengono trasferite le competenze delle Dipendenze Patologiche all'Ausl, all'interno del SerT.

Nel 2005 la legge Meduri affida al Direttore penitenziario il compito di *“garantire la tutela della salute delle persone detenute e internate anche attraverso l’integrazione con i servizi sanitari del territorio”*.

Il 1° Aprile 2008 il passaggio definitivo della Medicina Penitenziaria al SSN, una svolta epocale.

## **1.2 EVOLUZIONE DELL’ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE CARCERI**

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 ancora troppo sconosciuto ai professionisti del settore e non solo.

L’assistenza sanitaria nella carceri ha subito nel tempo diverse trasformazioni, avvenute grazie anche alla presenza, all’interno delle carceri stesse, delle opere assistenziali religiose.

Solo negli anni cinquanta del secolo scorso, l’Amministrazione penitenziaria ha rivolto una particolare attenzione ai problemi sanitari, ed ha elaborato una sostanziale riforma riguardante i Medici penitenziari, come ho già descritto precedentemente nell’evoluzione storica della Medicina penitenziaria.

La considerazione della figura dell’Infermiere, è invece iniziata non prima degli anni Settanta, quando l’Amministrazione penitenziaria li ha inquadrati nel proprio ordinamento come “operai specializzati”.

Fino ad allora l’assistenza infermieristica era demandata, in massima parte, agli agenti di custodia che, su sommaria selezione o particolari “attitudini sanitarie”, erano scelti a svolgere questo servizio. Ancora oggi si possono trovare agenti prossimi alla pensione, che vantano capacità professionali infermieristiche perché esercitate all’inizio della loro carriera. Dopo una breve formazione teorico-pratica, gli agenti seguivano l’attività dei pochi infermieri, se presenti, oppure improvvisavano su commissione del Medico di Guardia, senza che a loro volta

fossero tutelati da eventuali rischi che l'assistenza sanitaria fin da allora comportava.

Negli anni settanta l'Amministrazione penitenziaria ha permesso che nella struttura carceraria entrassero a lavorare gli "infermieri civili", in possesso di diploma e appartenenti ad una struttura ospedaliera locale, e questi vennero messi in affiancamento all'"operaio specializzato" Infermiere assunto per concorso dal Ministero di Grazia e Giustizia.

Nella formazione dell'infermiere non è mai esistita una preparazione professionale specifica in ambito penitenziario e dunque, coloro che sono approdati a lavorare in questo settore, hanno imparato da soli come muoversi sul campo.

La preparazione in questo ambito, sia strettamente professionale che di tipo giuridico, deve essere specifica, 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, l'attività professionale riguarda tutto ciò che rientra nella gestione della tutela e cura della salute esercitata entro le mura del SSN e sul territorio.

L'attività infermieristica negli Istituti di pena riguarda molti aspetti: dalla prevenzione delle malattie infettive e non, all'assistenza in campo chirurgico, patologico e oncologico, di malattie croniche, psichiatriche, di disagio mentale, di tossicodipendenza, di emergenza-urgenza.

Soprattutto negli Istituti più piccoli, dove il turno medico notturno non viene espletato e vi è soltanto un limite di ore diurno, il personale infermieristico è 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 poco applicata. Il numero elevato degli assistiti e la disponibilità ridotta di tempo e di personale, rendono difficili interventi mirati e duraturi nel tempo.



La funzione dell'infermiere spesso viene relegata a colui che eroga la terapia o interventi assistenziali secondo una visione a prestazione, e non di presa in carico del paziente secondo un lavoro di equipe.

Come abbiamo visto, gli infermieri di ruolo dell'Amministrazione penitenziaria erano qualificati fino al 2008 come "operai specializzati", con una retribuzione economica inferiore di tre livelli rispetto a quella del personale del SSN, senza possibilità di avanzamento di carriera, senza l'attivazione di controlli di medicina preventiva, così come di acquisto, lavaggio e cambio delle divise e calzature, ed ancora l'impossibilità (salvo accordi con le amministrazioni sanitarie locali) di svolgere corsi ECM in orario di servizio e con l'impossibilità, per carenze di organico, di mobilità ad altro Ministero.

Tutto ciò ha fatto sì che nel tempo non vi siano stati grossi flussi di personale verso questa tipologia di impiego, anche in considerazione in passato, della cronica carenza di personale infermieristico in ambito nazionale, ed è comprensibile la contentezza dei pochi dipendenti che attendevano, come la sottoscritta, il passaggio da sempre annunciato al SSN.

In realtà il personale infermieristico di ruolo negli istituti di pena è sempre stato disomogeneo su tutto il territorio nazionale. Dei 468 Infermieri e Tecnici di radiologia dipendenti per concorso del Ministero di Giustizia nel 2007, la sola Emilia Romagna ne aveva in carico dodici su tredici istituti presenti in regione, di cui sette infermieri al solo OPG di Reggio Emilia. Il rimanente personale infermieristico era composto da operatori libero professionisti, oppure da personale di Aziende sanitarie concesso per convenzione ai singoli istituti, addetti a svolgere attività straordinaria e perciò in grado di garantire una presenza mensile non superiore alle 50-80 ore, secondo gli accordi contrattuali.

E' possibile immaginare che l'impegno e la continuità del suddetto personale ad espletare l'attività sanitaria in carcere (come secondo lavoro, da svolgere durante la giornata di riposo e con la presenza incostante in istituto per un massimo di due turni a settimana), non potesse essere, come qualità e quantità, dei più adeguati.

Per ovviare a problemi di turnazione, spesso il personale infermieristico non di ruolo era assunto tra le schiere dei pensionati, dove dal punto di vista lavorativo non veniva fatta distinzione tra Infermieri Professionali (ante riforma del 2001) e Infermieri Generici, la differenza era solamente nell'aspetto economico: i Generici infatti erano preferibili perché venivano pagati 1,0 euro all'ora in meno rispetto ai Professionali.

Un esempio di come la professione infermieristica fosse considerata in ambito ministeriale locale e regionale è dato da un evento accaduto nel 2002 durato diversi mesi, dove in un istituto della provincia di Modena è stato assunto un Medico straniero non comunitario, in attesa del riconoscimento della laurea, a ricoprire il ruolo di Infermiere senza averne il titolo.

Oggi, come prima della riforma, viene data importanza prevalente all'assistenza medica come cardine della tutela sanitaria nelle carceri. L'assistenza infermieristica viene colta come professione delegata e ausiliaria della professione medica, in parte anche per scarso merito degli infermieri stessi, molti dei quali mantengono l'eredità passata della troppa attenzione alla quantità alle ore svolte, più che alla qualità del servizio e al bisogno di aggiornamento.

Ci vorrà il suo tempo anche per questa svolta culturale, è un processo sicuramente avviato con la riforma del 2008, ed in continua evoluzione.

Il personale di assistenza dell' Ausl afferente alle carceri è così composto:

- 1) Coordinatore Infermieristico/Referente Assistenziale
- 2) Infermiere
- 3) Personale di supporto: Logista/OSS/Amministrativo

### **COORDINATORE INFERMIERISTICO/REFERENTE ASSISTENZIALE**

Il coordinatore infermieristico assume un ruolo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse a lui affidate, per il raggiungimento degli obiettivi/risultati stabiliti per il settore infermieristico.

Il livello di coordinamento, nell'ambito della corrispondenza alla specifica funzione, afferisce alla dirigenza infermieristica in una logica di integrazione e continuità.

L'operatore coordinatore persegue, congiuntamente agli infermieri, gli obiettivi di qualità tecnico professionale, nell'ambito di tutti i processi assistenziale e delle finalità del servizio infermieristico.

Al Coordinatore afferisce il corretto utilizzo del patrimonio immobiliare, mobiliare, sanitario e delle scorte di materiale di consumo, tutto ciò anche con sistematici e costruttivi rapporti con i servizi di approvvigionamento di risorse.

Le principali funzioni attribuite al livello di coordinamento, nell'ambito della gestione del personale e delle risorse materiali, tenuto conto della specificità del ruolo e del lavoro dell'equipe, sono le seguenti:

- Partecipazione alla definizione degli obiettivi assistenziali e valutazione dei risultati; e inserimento e valutazione del personale infermieristico e di supporto
- Definizione in equipe dei piani di lavoro e relativa supervisione
- Implementazione di modelli organizzativi assistenziali per obiettivi e relativi strumento informativi
- Tenuta e verifica di certificazioni, registrazioni e documentazioni di carattere infermieristico e clinico, per quanto di competenza
- Programmazione, gestione e controllo delle risorse materiali e professionali sul personale infermieristico e di supporto, sull'attività specialistica e sul lavorante addetto alla igienizzazione degli ambienti
- Aggiornamento della ubicazione dei pazienti nelle sezioni
- Gestione delle prenotazioni visite esterne, in collaborazione con il personale addetto alla sicurezza
- Promozione e valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica
- Umanizzazione dell'assistenza e relazioni con gli organi specifici dell'Amministrazione penitenziaria, della Sanità e di volontariato

- Individuazione e programmazione del bisogno formativo del personale assegnato e valutazione dei risultati a medio e lungo termine in relazione allo sviluppo professionale
- Progettazione e sviluppo in equipe della ricerca infermieristica; osserva e fa osservare comportamenti etici e deontologici

## **INFERMIERE**

L'infermiere assicura l'assistenza infermieristica alla persona con l'erogazione di prestazioni in autonomia totale, o in interdipendenza con il medico, applica conoscenze, competenze tecniche relazionali, osserva il Codice Deontologico, assume la responsabilità totale del proprio operato.

Pertanto, sulla base delle attribuzioni organizzative, amministrative ed assistenziali, definite dal Profilo Professionale e dalle restanti norme che regolano l'esercizio professionale e nell'ambito delle risorse assegnate, deve garantire la risposta quali - quantitativa ai bisogni della persona.

L'infermiere concorre direttamente al proprio aggiornamento; al miglioramento della qualità dell'assistenza e allo sviluppo dell'assistenza e della ricerca infermieristica. Tutto ciò richiede:

- L'assunzione diretta della responsabilità dell'assistenza infermieristica erogata in ambito preventivo, curativo, palliativo, riabilitativo espressa ad alti livelli professionali e umani
- Individuazione degli ambiti di autonomia specifici e di quella interdipendente con il medico e dell'area sicurezza, in relazione alla tipologia di pazienti da assistere e alla natura dell'intervento tecnico, relazionale, educativo
- L'adozione di strumenti informativi infermieristici formali (piani di lavoro, cartella infermieristica, linee guida, protocolli) a garanzia dell'attuazione e della valutazione del piano di assistenza (pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale), delle prescrizioni mediche ricevute, dell'integrazione con le altre figure professionali sanitarie, tecniche, riabilitative sociali e l'area della sicurezza

- L'individuazione delle risorse necessarie all'erogazione diretta e indiretta nell'ottica dell'efficacia, dell'economicità e della qualità del servizio erogato
- La rispondenza ai valori etici– deontologici della professione infermieristica e il rispetto dei principi affermati nel “Patto infermiere cittadino”

### **PERSONALE DI SUPPORTO: LOGISTA/OSS/AMMINISTRATIVO**

E' necessaria la presenza di personale di supporto all'attività infermieristica per la particolare dislocazione del presidio sanitario in carcere rispetto ai servizi ospedalieri e territoriali.

A seconda del tipo di Istituto Penitenziario, può essere utile la presenza di una o più figure professionali specifiche che si occupino di tutte quelle comunicazioni e trasporto di materiale da e per l'esterno, come per il logista; nelle attività di assistenza sanitaria di supporto infermieristico, come per l'OSS e per le richieste di appuntamenti, fotocopie di cartelle cliniche e gestione degli archivi, come per l'amministrativo. Attività queste, che in molti istituti ricadono sul personale infermieristico e/o coordinatore, togliendo tempo all'assistenza diretta al paziente.

I compiti del logista/OSS/Amministrativo sono:

- Supporto e interazione con i vari professionisti nelle attività sanitarie, coordinato dal responsabile assistenziale
- Trasporto prelievi nei centri di raccolta locali
- Recupero delle refertazioni e materiale farmaceutico per l'area sanitaria
- Organizzazione del magazzino farmaceutico, compreso l'inventario e il carico e scarico dei farmaci nel sistema informatizzato
- Rifornimento del materiale sanitario negli ambulatori in collaborazione con il personale di assistenza
- Coadiuvare il personale addetto alla sanificazione degli ambienti (come abbiamo visto si tratta di detenuti) nella movimentazione delle attrezzature sanitarie che altrimenti non potrebbero essere dislocate dal “lavorante”
- Accompagnamento in Istituto dei tecnici che operano in ambito sanitario
- Richieste degli appuntamenti di visite esterne e collaborazione con l'area sicurezza per l'organizzazione dei percorsi

- Fotocopie delle documentazioni sanitarie e copie conformi dei diari clinici
- Archiviazione delle cartelle cliniche e altro materiale sanitario in gestione

Nel caso specifico l'OSS potrebbe:

- Partecipare in autonomia ad attività specialistiche ambulatoriali quali: oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, infettivologia, radiologia, dermatologia e fisioterapia
- Supportare l'infermiere ambulatoriale nel controllo dei parametri vitali dei pazienti, medicazioni semplici, sistemazioni visite nelle cartelle cliniche e riordino carrelli

Sebbene non sia ancora un servizio del tutto implementato, il lavorante-detenuto dell'area infermeria dovrà svolgere attività di igienizzazione degli ambienti, il progetto prevede l'assunzione da parte dell'Ausl per l'igiene dello specifico settore sanitario, diventerà personale dipendente ausiliario da supervisionare durante l'esercizio dell'attività.

### **1.3 DPCM 1° APRILE 2008**

Il Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri (DPCM) sancisce, in via definitiva, il trasferimento della Medicina Penitenziaria all'interno del SSN e ne regola le modalità e tempi di passaggio, così titolato in Gazzetta Ufficiale:

*“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”<sup>8</sup>.*

**Art. 2** Trasferimento delle funzioni sanitarie al SSN.

Tutto ciò che è sanitario passa in gestione alle Ausl di competenza.

---

<sup>8</sup> Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n°126 del 30.05.2008

### **Art.3** Trasferimento dei rapporti di lavoro

*“Il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercita funzioni sanitarie nell’ambito del Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria, e del Dipartimento di giustizia minorile nel Ministero della giustizia, è trasferito alle Aziende sanitarie locali del Servizio Sanitario Nazionale, nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili ove tale persona presta servizio. (...) il servizio prestato alle dipendenze del Ministero della giustizia, viene interamente riconosciuto per le finalità giuridiche, previdenziali ed economiche”.*

E’ l’articolo che sancisce il passaggio del personale dipendente, con mantenimento del ruolo acquisito e i diritti maturati nel Ministero della Giustizia.

### **Art.4** Trasferimento delle attrezzature e dei beni strumentali

*“Le attrezzature, gli arredi, i bene strumentali afferenti alle attività sanitarie del Dipartimento di Giustizia, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto...in apposito inventario redatto dal Ministero delle Giustizia (...) vengono trasferiti alle Aziende sanitarie di competenza (...) I locali adibiti all’esercizio delle funzioni sanitarie (...) sono concessi in uso a titolo gratuito...”.*

Manifesta la necessaria ricezione, da parte delle Ausl, delle attrezzature e beni strumentali appartenenti al Ministero della Giustizia, ma ancora utili all’espletamento della attività sanitaria. La presa in carico serve sia dal punto di vista della manutenzione degli oggetti, che per la gestione degli infortuni.

Ad oggi, l’Ausl ha preso in carico i presidi tecnici funzionanti, ma non la parte logistica (tavoli, sedie, armadi, lettini, archivi, ecc..) che rimangono di pertinenza del Ministero della Giustizia.

L’inventario con passaggio formale è un punto su cui lavorare, solo attraverso questo è possibile smaltire il materiale obsoleto, sostituirlo con il nuovo, ed averne la cessione gratuita da parte del primo ministero. Dei locali concessi in uso a titolo gratuito alla Sanità, è compresa la manutenzione garantita dal Ministero della Giustizia. Difficilmente però, la regole che normano gli ambienti sanitari, sono le stesse in grado di essere garantite dal sistema penitenziario, e

non sempre la manutenzione è in grado di osservare i bisogni logistici in ambito sanitario.

**Art.5** Ospedali Psichiatrici Giudiziari e case di cura e custodia.

Fino al termine del 2010, la Regione E.R. aveva preventivato la possibilità di spostare l'OPG di Reggio Emilia, presso la Casa di Reclusione di Castelfranco, ora è tutto sospeso.

**Art.6** Trasferimento delle risorse finanziarie.

157,8 milioni di euro nel 2008, fino ad arrivare a 167,8 milioni di euro nel 2010, il decreto non aggiunge altro.

**Art.7** Rapporti di collaborazione

*Collaborazione tra ordinamento sanitario e penitenziario (...) anche in materia di patologie da dipendenza.*

Viene sancita la necessità di collaborazione tra Area Sicurezza/Trattamentale e Sanitaria, tra ordinamento penitenziario e sanitario. E' un bene che ci sia questa sottolineatura da parte del legislatore, per evitare il rifiuto di collaborazione da parte di uno dei due interlocutori.

La presenza di un settore sanitario dinamico, ha delle ricadute sulla qualità e sul carico di lavoro degli addetti alla sicurezza, che potrebbero reagire in modo poco collaborativo alle richieste di attività sanitarie da svolgere.

## **1.4 LAVORO DI GRUPPO REGIONE EMILIA ROMAGNA<sup>9</sup>**

Il DPCM 1 Aprile 2008, al fine di favorire un maggiore coordinamento tra il Ministero della Giustizia e il Ministero della Salute, ha stabilito che venissero sanciti in sede di Conferenza Unificata, una serie di accordi relativamente ai

---

<sup>9</sup> Sanità Penitenziaria: Monitoraggio Regionale sull'attuazione del DPCM 1° aprile 2008, ed. Regione E.R. 12/2010



Rapporti di collaborazione, riparto delle risorse finanziarie, e all'utilizzo dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie.

Sono stati inoltre istituiti, al fine di monitorare e portare a definizione normativa le tappe del passaggio:

- Il Tavolo di Consultazione permanente sulla Sanità Penitenziaria per garantire uniformità nell'intero territorio Nazionale per gli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, internati e minorenni sottoposti a provvedimento penale.
- Il Comitato Paritetico Interistituzionale per l'attuazione delle Linee Guida per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici giudiziari e nelle casa di cura e custodia.

La Regione Emilia Romagna nel 2009 ha proceduto con la somministrazione di una scheda di monitoraggio in tutti gli Istituti della regione, in modo da garantire una analisi comparata del territorio, inoltre nel 2010, ha istituito una serie di incontri mensili con Medici Responsabili di Programma di Medicina Penitenziaria Ausl, Infermieri coordinatori delle carceri e dei Servizi Infermieristici locali e Medici Incaricati di ogni singolo istituto, con lo scopo di confrontare e redigere procedure di accoglienza, gestione della permanenza e dimissione del detenuto dalle carceri.

Il documento del lavoro di gruppo regionale, è stato nella prima parte presentato e verrà presentato alla sua conclusione, al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria, a tutte le Direzioni, ai responsabili dell'area educatori e ai Comandanti della Polizia Penitenziaria di tutti gli istituti della regione, con lo scopo di essere il punto di riferimento a cui aspirare, nella pratica, per gli operatori sanitari e come confronto per tutti gli altri operatori che prestano la propria attività nell'ambito delle carceri.

Confrontarsi con le diverse realtà dei tredici istituti nella regione, oltre a definire linee guida comuni di lavoro, offre un punto di riferimento anche in termini di sicurezza del proprio operato e rafforza la definizione dei ruoli lavorativi.

In supporto al gruppo regionale allargato, con i referenti sopra elencati, sono andati costituendosi in questo ultimo anno altri due gruppi di lavoro: uno vede la

partecipazione del solo personale infermieristico rappresentante delle carceri della regione, a confronto con le diverse realtà per la condivisione di protocolli di lavoro; il secondo è un gruppo integrato tra rappresentanti dei medici referenti di programma, medici incaricati, e coordinatori infermieristici che si occupano della stesura della nuova cartella clinica multiprofessionale, con all'interno la cartella infermieristica non ancora presente in ambito sanitario.

E' ancora al vaglio il riconoscimento di una particolare indennità per chi lavora nei penitenziari, ogni Ausl della regione E.R. si comporta in modo differente in merito alle indennità, a seconda del Dipartimento di appartenenza e della presenza o meno del servizio SerT negli istituti. Sarebbe opportuno procedere al più presto con una contrattazione sindacale uniformando il servizio attraverso la creazione di direttive nazionali.

Siamo "fiduciosi" che il riconoscimento delle indennità possa avvenire entro "breve tempo".

Man mano che il lavoro di gruppo regionale prosegue nell'attività di analisi dell'accoglienza, permanenza e dimissione dei detenuti, sono in sperimentazione le schede di lavoro formulate dal gruppo stesso, con lo scopo che gli operatori sanitari di ogni istituto, rimandino le criticità al gruppo regionale, prima che la stesura del documento sulla sanità penitenziaria diventi modello unico di lavoro.

## **Capitolo 2**

### **SITUAZIONE NEI TRE ISTITUTI DI MODENA E PROVINCIA, A TRE ANNI DAL PROVVEDIMENTO LEGISLATIVO**

Cosa è cambiato dal 2008 ad oggi negli Istituti modenesi?

Fin dall'inizio dal passaggio, è stato nominato un Medico "Referente di Programma" dell'Ausl, la cui funzione è quella di rappresentare e risolvere le problematiche in ambito sanitario e fare da "ponte" tra medicina dei servizi e medicina penitenziaria.

L'Ausl di Modena, a differenza di altre realtà della regione, con la riforma ha mantenuto tutto il personale libero professionista in forze nella precedente gestione.

Dal punto di vista infermieristico, il personale libero professionista dipendente di una cooperativa, è stato trasferito, con assunzione, ad una Agenzia Interinale che ha già un contratto di appalto con l'Ausl. Tale Agenzia, a differenza della precedente cooperativa, riconosce ai dipendenti le ferie, la malattia, i contributi previdenziali e una contribuzione al pari del SSN. L'Agenzia inoltre, si fa garante della formazione annuale ECM del personale infermieristico loro dipendente.

Nel 2010, l'attività infermieristica delle carceri di Modena è stata affidata al Servizio Infermieristico del Dipartimento di Cure Primarie del Distretto3 di Modena.

E' stato necessario ridefinire con il personale infermieristico un limite ore mensili per l'esercizio dell'attività, in accordo con le norme sindacali, e si è cominciato a prevedere la cessazione dal servizio, entro la fine del 2011, del personale pensionato in forze al servizio infermieristico stesso.

Sono stati ridefiniti i turni di servizio riducendo quelli di quattordici ore consecutive, notturne e/o diurne a dieci, ed introdotto il turno serale al S. Anna, utile per la preparazione e somministrazione della terapia da parte di un unico operatore.

Il personale sanitario all'interno delle carceri è così previsto: Medico Dirigente Sanitario (referente dei medici incaricati negli istituti di grande dimensioni, oltre ai

mille detenuti) Medico Incaricato (responsabile), Medici di Guardia, Medici Specialisti; Infermiere Coordinatore e/o Referente, Infermieri turnisti, Operatori Socio Assistenziali, Amministrativi e Logisti. Per quanto riguarda gli istituti di Modena sono presenti le figure del: Medico Incaricato, Medici di Guardia, Medici Specialisti, Infermiere Referente, Infermieri turnisti e Logista. In seguito verrà illustrata una scheda tecnica per istituto.

Dal punto di vista tecnologico un cambiamento importante è avvenuto attraverso l'adeguamento del servizio informatico per usufruire di Intranet, e successivamente con l'assegnazione della posta elettronica aziendale a tutto il personale, entrambi strumenti efficaci di comunicazione tempestiva, per mettere anche gli Istituti Penitenziari in Rete con il resto dell'Ausl. E' stata costituita in infermeria al S. Anna una linea telefonica aziendale e la dotazione di un fax. Successivamente è avvenuta l'installazione dei marcatempo Ausl, con distribuzione dei relativi badge personali e la possibilità di conteggio delle ore sul portale.

E' stato istituito un servizio di guardaroba per il personale dipendente ed è stata ripristinata la Radiologia presso il Sant'Anna, che entro l'anno dovrebbe essere attivata, così dicasi per la telemedicina nella refertazione degli ECG.

Nell'Istituto di Castelfranco c'è in progetto la costituzione di un ambulatorio Odontoiatrico.

La Casa di Lavoro di Saliceta ha una situazione logistica peggiore rispetto le altre due, in particolare rispetto alla posizione dell'infermeria che si trova all'interno della sezione di reclusione dei detenuti, e dunque più esposta dal punto di vista della non sicurezza. Per questo motivo è stato introdotto un sistema di vigilanza con telecamera davanti alla porta d'ingresso dell'infermeria, utile ad un miglior controllo degli accessi in ambulatorio, poiché non è sempre garantita la presenza di un agente di polizia penitenziaria durante l'esercizio delle attività.

Al S. Anna, istituto più grande e di maggior turnover dei detenuti, sono stati istituiti incontri di equipe tra il personale sanitario a cadenza mensile, momenti di confronto che hanno la finalità di mettere a confronto le operatività del personale

anche rispetto ad audit clinici. E' auspicabile che questi momenti di confronto siano estesi anche agli altri istituti, ed effettuati con frequenza settimanale.

La presenza dei Medici specialisti è garantita ora da accessi concordati, per un monte ore contrattuale programmato e, a differenza della precedente gestione, le prestazioni vengono saldate ad ore, non più a numero di prestazione.

Le modifiche tecniche, che in un contesto "normale" richiederebbero un'organizzazione minima, all'interno degli istituti di pena sono fatiche importanti, basti pensare anche solo le autorizzazioni all'ingresso e l'accompagnamento del personale nella presa visione dei contesti lavorativi da modificare.

## **2.1 REALTA' ORGANIZZATIVA E ASSISTENZIALE**

I tre istituti penitenziari di Modena sono differenti per tipologia di utenza, numero di detenuti, turn-over dei pazienti e conseguentemente, carichi di lavoro. Ogni istituto si è dato una modalità organizzativa differente per ottimizzare i tempi con le necessità della struttura, nonché con le persone ospiti.

Avere un quadro d'insieme leggibile attraverso gli schemi che seguono, credo sia un primo passo per rendersi conto della realtà in cui operiamo e poter così pensare a quanto occorra ancora modificare in meglio.

Per quanto, dal punto di vista numerico, il carico di lavoro all'interno delle due case di Lavoro di Saliceta e Castelfranco appaia minore, le schede descrittive che seguono non rendono però il peso relazionale che i pazienti cronici e reiterati di queste strutture danno, essendo detenuti con una grande "esperienza detentiva" e con atteggiamenti fortemente strumentalizzanti.

In termini numerici, modo banale ma concreto per dare un peso ai carichi di lavoro, appare evidente quanto i 1.507 ingressi, 14.343 di visite ordinarie e la presenza di undici specialisti per un totale di 4.393 visite specialistiche l'anno al S. Anna, comportino una diversità di carico di lavoro al personale sanitario rispetto agli 82 ingressi annui di Saliceta e 99 ingressi di Castelfranco. Da qui la minore copertura assistenziale nei due istituti, sebbene Saliceta rimanga

comunque la più penalizzata in termini di ore di assistenza infermieristica rispetto alle altre due carceri.

A Saliceta nel 2010 sono state fatte 2.268 visite mediche ordinarie, con tre specialisti per un totale di 480 visite specialistiche e 426 colloqui psicologici SerT. A Castelfranco invece sono state rilevate 4.853 di visite mediche ordinarie annue, anche loro con la presenza di tre specialisti, per un totale di 1.681 visite specialistiche comprensivo del SerT.

Negli istituti più piccoli, non avendo stabilito da contratto una presenza numerosa di personale medico specialistico, sono in proporzione maggiori le visite specialistiche esterne: 234 a Saliceta e 499 a Castelfranco, per un totale di 733 movimenti esterni. Il carico organizzativo per gli appuntamenti sul territorio è elevato, poiché questi movimenti prevedono il consenso del Magistrato di Sorveglianza per l'uscita e l'attivazione del Nucleo Traduzione Piantonamenti, servizio, che serve tutti e tre gli istituti di Modena ed ha sede al S. Anna.

In Casa Circondariale S. Anna, malgrado una presenza di detenuti notevolmente maggiore rispetto alla Casa di Lavoro e di Reclusione, poiché si ha la possibilità di eseguire molte attività specialistiche all'interno dell'istituto, sono state effettuate, sempre nel 2010, solamente 450 visite esterne.

Con l'attivazione, entro il 2011, del servizio interno di radiologia, è ipotizzabile che le visite esterne verranno ulteriormente ridotte di un terzo, con notevole sollievo del carico di lavoro sia sanitario che di sorveglianza.

Le attività specialistiche al S. Anna, fatta eccezione per il servizio di Psichiatria presente dal lunedì al sabato e di Odontoiatria che gode di una lunghissima lista di attesa (una media costante di cento persone) le cui sedute si svolgono la mattina due volte a settimana, le altre specialità vengono garantite nel pomeriggio, per un monte ore contrattuale specifico per ogni medico, programmate mese per mese e, dove è necessario, con l'affiancamento di un infermiere dedicato.

La difficoltà di esercizio dell'attività sanitaria è data, a mio parere, oltre che dalla tipologia dell'utente, anche dalla continua necessità di dover programmare settimanalmente il servizio con il personale sanitario, che comporta sempre il

coinvolgimento del servizio di Polizia Penitenziaria. Ciò rende impegnativa la parte organizzativa e difficile ogni cambiamento non concordato.

Occorre precisare che tutte le visite specialistiche debbono essere visionate dal MdG, il quale si occupa degli aggiornamenti delle terapie, può richiedere ulteriori accertamenti specialistici ed attivare nuove procedure assistenziali, il tutto, in collaborazione con l'infermiere in turno. Quindi anche all'attività specialistica esterna è seguita da un altro carico lavorativo per medici e infermieri in turno.

## **2.1 CASA CIRCONDARIALE DI MODENA S. ANNA**

*"Le reclusioni negli istituti di pena possono durare da un minimo di quindici giorni, ad un massimo di ventiquattro anni.*

*Le Case Circondariali assicurano la custodia degli imputati a disposizione di ogni autorità giudiziaria. Esse sono istituite nei capoluoghi di circondario. Solitamente vi sono ristrette persone in attesa di giudizio o con una detenzione nel massimo, o un residuo pena, di anni tre, salvo eccezioni (art.23 del Codice Penale) ”<sup>10</sup>*

La Casa Circondariale di Modena ha una capacità di accoglienza sulla carta di 222<sup>11</sup> persone, nel 2009 l'Osservatorio Regionale dell'E.R. riferisce che gli ospiti massimi sono stati 570 (nel 2010 il dato è pressoché invariato) di cui il 73% straniero e il 68% extracomunitario.

Nel 2009, il 12% degli stranieri era in carcere per il reato di clandestinità.

Il 60% dei detenuti stranieri aveva problemi di tossicodipendenza e tra i dei detenuti stranieri, il 50% stava scontando reati inerenti lo spaccio di sostanze stupefacenti.

---

<sup>10</sup> [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

<sup>11</sup> Rif. del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Il tasso di affollamento<sup>12</sup> nel 2009 è stato del 248%.<sup>13</sup> Inutile sottolineare quanto sia problematica, anche nell'ambito del disagio psichico, la convivenza in regimi restrittivi in condizioni tali di sovraffollamento.

Caratteristica Analizzata	Descrizione Caratteristica
n° posti autorizzati	222 posti Apertura a fine anno 2011 di una nuova struttura con 150/300 posti
n° posti reali max	580
n° posti medi	450
Logistica della struttura	6 sezioni ordinarie (due per piano su tre piani) 1transito 1piano terra lavoranti/isolamento 1 reparto I Care HIV+ 1 sezione femminile 1 semilibertà
Logistica spazi sanitari	743 m2 in gestione all'Area Sanitaria, di cui:  Primo Piano: 4 ambulatori sanitari 1 stanza SerT 1 stanza consegne e archivio 1 astanteria ospiti 1 sala d'attesa 1 farmacia con sterilizzatrice 1 ambulatorio ODT 1 stanza fotocopiatrice/manutenzione 1 stanza riunioni 1 stanza medici 1 archivio registri  Piano Terra: 2 stanze radiologia

<sup>12</sup> Il *tasso di affollamento* è calcolato sulla capienza regolare dei detenuti nella struttura, nella Casa Circondariale di Modena è di 222 posti letto, invece il *tasso di sovraffollamento* viene calcolato sulla capienza tollerabile dell'istituto che, nella Casa Circondariale di Modena è di 280 posti.

<sup>13</sup> Sanità Penitenziaria: Monitoraggio Regionale sull'attuazione del DPCM 1° aprile 2008, ed. Regione E.R. 12/2010



	1 stanza archivio radiologia 1 stanza infermieri 1 spogliatoio infermieri 2 archivi storici cartelle/registri 1 FKT dismessa Femminile: 1 ambulatorio sanitario Semilibertà: 1 ambulatorio sanitario Caserma Agenti: 1 ufficio Medico Incaricato
Entrati 2010	1.507 ingressi totali
Detenuti Stranieri	1.220 ingressi stranieri (287 Italiani)
Tot. detenuti Tossicodipendenti	479
Detenuti in terapia sostitutiva (metadone, Alcover)	10 persone in Metadone die 4 persone in terapia sostitutiva (Subutex) in un anno
Detenuti Epatite	Dato non quantificabile
Organico Infermieristico	6+ 1/2 Infermieri turnisti h/24 1 Infermiere SerT Diurno 1 Logista 1 Referente Assistenziale Ausl per tutti e tre gli istituti di Modena
Profilo di appartenenza	Agenzia Interinale per tutto l'organico, ad eccezione dell'Infermiere SerT e la Referente Assistenziale
Pianificazione delle presenza. Orario di servizio infermieri	Turni: 37h /die del personale interinale  Mattino 08.00-14.00 Pomeriggio 14.00-21.00 Sera 17.00-22.00 Notte 22.00-08.00 ODT 08.00-15.00 SerT 08.00-13.00 (+6 ore pomeridiane alla Casa di Lavoro Saliceta S. Giuliano) Logista 08.00-14.00 x 6gg/sett.
Funzione di Coordinamento	Uno, referente per tre Istituti, presente 36h settimanali
n° Medici interni	24h die Medico di Guardia

Presenza settimanale	6h die feriali (3h per sostituto Medico Incaricato e 3h per Medico delle Statistiche)  n°10 MdG per 24h die 7gg su7 n°1 Medico Incaricato 3h die 6gg su 7 n°1 Medico delle 3h die 6gg su 7
Disciplina Specialistiche le cui prestazioni vengono erogate internamente	Cardiologia 6h/mese Dermatologia 6h/mese Ecografia (volontaria) 1 accesso mensile Infettivologia: 40h/mese Ginecologia 3h/mese Oculistica 6h/mese ODT 2 accessi settimanali 40h mese ORL 3h/mese Psichiatria: 72h/mese Psicologia (SerT) 120h/mese x 2 operatori Assistente Sociale SerT 40h/mese Psicologa NG: 60h/mese
n° esami ematici	Proposti ad ogni NG Eseguiti nell'anno 670
n° terapia somministrate	Comprese: 238.345 cp (19.862 al mese, 640 al giorno) Gocce: 6.122 confezioni (510 al mese, 16,5 al giorno) Intramuscolari: 3.285 (9 al giorno) Colliri: 262 Pomate: 1.281 (Metadone: 10 persone die) Mattino 15% della terapia Mezzogiorno 15% della terapia Sera-Notte: 70% della terapia
n° altre prestazioni sanitarie	<u>Mantoux</u> : proposte a tutti i nuovi giunti nel secondo semestre 2010 <u>Somministrate</u> : 40 (per i primi sei mesi del 2010 erano state sospese per dubbia attendibilità del test) ai 27 positivi sono stati fatti RX e Quantiferon  <u>Medicazioni</u> : 120/anno  <u>Vaccinazioni</u> : 81 antinfluenzali e 12 antitetaniche

	<p><u>Garanzia di continuità assistenziale per gli scarcerati</u>: alla dimissione vengono consegnate le terapie salvavita per alcuni giorni, quasi mai però l'Area sanitaria viene avvisata delle scarcerazioni. Teoricamente il Medico dovrebbe rilasciare una lettera di dimissione, ma venendone a conoscenza solamente il giorno seguente la scarcerazione del paziente, fino ad ora non è stato possibile effettuarla.</p> <p><u>Consegna certificati vari agli uffici della Am.Penitenziaria</u>: 2.190 annui (6 /die)</p>														
n° visite annuali effettuate con Medico interno	Visite mediche di Medicina Generale TD e non TD: 14.343 (40 die)														
totale visite effettuate Internamente Branche Specialistiche	<p>Consulenze interne 2010:</p> <p>Cardiologia : 131 visite e altro (Holter, test da sforzo, ecografie)</p> <p>Dermatologia: 204</p> <p>Ecografia : 52 (in 6 mesi di attività)</p> <p>Infettivologia: 260</p> <p>Ginecologia: 78</p> <p>Oculistica: 146</p> <p>ODT: 564</p> <p>ORL: 138</p> <p>Psichiatria: 1.255</p> <p>Psicologa SerT: 1.219</p> <p>Psicologa NG: tutti i NG+ sostegno (dovrebbero essere almeno 1.507= ai NG) in realtà sono state 911</p>														
Branche Specialistiche effettuate esternamente Disciplina e totale visite	<p>Consulenze esterne 2010 : 450</p> <table border="1"> <tr> <td>Radiologia</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>Odontoiatria</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Cardiologia</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Gastro.gia</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>Neurologia</td> <td>8</td> </tr> </table>	Radiologia	148	Odontoiatria	3	Cardiologia	12	Ortopedia	60	Gastro.gia	10	Chirurgia	36	Neurologia	8
Radiologia	148														
Odontoiatria	3														
Cardiologia	12														
Ortopedia	60														
Gastro.gia	10														
Chirurgia	36														
Neurologia	8														

	<table border="1"> <tr><td>Otorino</td><td>10</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>25</td></tr> <tr><td>Urologia</td><td>12</td></tr> <tr><td>Medicina</td><td>0</td></tr> <tr><td>Fisiatria</td><td>0</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>3</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>0</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>7</td></tr> <tr><td>Pronto Soccorso</td><td>85</td></tr> <tr><td>Altro</td><td>24</td></tr> </table>	Otorino	10	Oculistica	25	Urologia	12	Medicina	0	Fisiatria	0	Dermatologia	3	Allergologia	0	Endocrinologia	7	Diabetologia	7	Pronto Soccorso	85	Altro	24	
Otorino	10																							
Oculistica	25																							
Urologia	12																							
Medicina	0																							
Fisiatria	0																							
Dermatologia	3																							
Allergologia	0																							
Endocrinologia	7																							
Diabetologia	7																							
Pronto Soccorso	85																							
Altro	24																							
		Prenotazioni consulenze esterne non effettuate (disdette): 37																						
URGENZA (presidi/materiale presenti e modalità gestionali adottate)	In allestimento lo Zaino delle Emergenze, il cui contenuto è stato deciso con il 118 di Modena. Sono in dotazione anche il Defibrillatore s/a, aspiratore, bombola O2, collari, cinghie per barella a cucchiaio.																							
Attrezzature sanitarie presenti	ECG (predisposto alla telemedicina) Spirometro, Riunito, 2 Sterilizzatrici, 2 pulsossimetri, Microscopio, Apparecchi Oculari, Ecografo, apparecchio per la misurazione della Troponina, apparecchio Radiologico in attesa di attivazione, Nebulizzatore per Aerosol.																							
Cartella Sanitaria (presenza utilizzo tipologia)	E' presente una cartella sanitaria sia informatizzata che cartacea (quest'ultima più completa perché contiene le consulenze effettuate all'esterno)																							

## 2.2 CASA DI LAVORO SALICETA SAN GIULIANO

*“La Casa di Lavoro e Colonia Agricola è una misura di sicurezza personale detentiva prevista dal Codice Penale. La scelta dell'una o dell'altra misura è a discrezione del giudice; egli deve solo valutare le attitudini del reo. Le misure di questo tipo si applicano ai soggetti imputabili e pericolosi. Ai sensi dell'articolo 216 del Codice Penale, sono assegnati alla colonia agricola o alla casa di lavoro:*

- *coloro che sono stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, una volta che abbiano scontato la pena alla reclusione;*
- *coloro che essendo stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o di tendenza, e non essendo sottoposti a misure di sicurezza, commettono un delitto non colposo che sia manifestazione di abitudine;*
- *i condannati o prosciolti nei casi espressamente indicati dalla legge.*

*La durata minima è di un anno, che divengono due per i delinquenti abituali e professionali, e quattro per quelli di tendenza.*<sup>14</sup>

I detenuti in Casa di Lavoro vengono definiti "internati".

Il numero degli ospiti a Saliceta S. G. è minore rispetto ad altri istituti di pena e la presenza degli stranieri, per ora, è pressoché inesistente.

Il tasso di affollamento nel 2009 è stato dell'81,3%<sup>15</sup>

<b>Caratteristica Analizzata</b>	<b>Descrizione Caratteristica</b>
n° posti autorizzati	79
n° posti reali max	125 ospiti massimi
Logistica della struttura	3850 mq distribuiti su due piani
Logistica spazi sanitari	120 mq
Entrati 2010	82, non è presente la sezione femminile
Detenuti Stranieri	4
Tot. detenuti	48
Tossicodipendenti	
Tossicodipendenti stranieri	1
Detenuti in terapia sostitutiva (metadone, Alcover)	6
Detenuti Epatite B	9
Organico Infermieristico	n. 2 +1/2 infermiere

<sup>14</sup> [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

<sup>15</sup> Sanità Penitenziaria: Monitoraggio Regionale sull'attuazione del DPCM 1° aprile 2008, ed. Regione E.R. 12/2010

Profilo di appartenenza:	contratto con Agenzia Interinale
Pianificazione delle presenza e orario di servizio	Turni:08.00-15.00 / 17.00-21.30 da lunedì a domenica
Funzione di Coordinamento	3h ½ ore sett. per le mansioni di coordinamento effettuate da una infermiera turnista
n° MEDICI interni Presenza settimanale	n° 3 medici presenze sett. :09.00-17.00 da lunedì a domenica  1 medico incaricato (18 ore settimanale)
Disciplina Specialistiche le cui prestazioni vengono erogate internamente	Infettivologia: 6 ore sett. Psichiatra: 6 ore sett. Sert: Medico 6 ore sett. Infermiera 6 ore sett.
n° esami ematici	Proposti : 156 Eseguiti : 132 Rifiutati: 24
n° terapie	Totale cpr /anno 58.692 flac/anno: 424 im /anno: 524 In terapia metadonica: 6/anno  Mattino: 25% Mezzogiorno: 15% Sera: 60% della tp
Altre prestazioni	Mantoux: proposte 0 effettuate 0  Medicazioni:5-6 die  Vaccinazioni: 40 antinfluenzali e 2 antitetaniche  <u>Garanzia di continuità assistenziale per gli scarcerati</u> : Consegna terapie e piano terapeutico, fotocopie referti e consulenze eseguite, lettera di

	<p>dimissione.</p> <p><u>Consegna certificati vari agli uffici della Am.Penitenziaria</u> tutti giorni (in media 4-5 al giorno)</p> <p><u>Prenotazioni consulenze esterne</u> circa 20 al mese (in media 25 % non vengono effettuate per mancanza della scorta)</p>
n° visite annuali effettuate con Medico interno	Visite mediche 2010: 2.268
totale visite specialistiche effettuate Internamente	<u>Consulenze interne 2010:</u> visite psichiatriche: 204 visite infettivologiche: 180 visite ortopediche: 96
Branche Specialistiche effettuate esternamente	Tot. consulenze esterne 2010: 234  Radiologia 32 Odontoiatria 102 Cardiologia 8 Pronto soccorso 12 Ortopedia 7 Gastroenterologia 5 Chirurgia 6 Neurologia 5 Otorino 6 Oculistica 14 Urologia 3 Dermatologia 5 Endocrinologia 1 Diabetologia 7 Altro 7
URGENZA (presidi/materiale presenti)	un carrello d'urgenza uno zaino attrezzato per le urgenze un defibrillatore

## 2.3 CASA DI RECLUSIONE A CUSTODIA ATTENUATA DI CASTELFRANCO

La caratteristica della Casa di Reclusione di Castelfranco è di avere al suo interno due tipologie di ospiti:

- la prima è data dagli ospiti in “custodia attenuata”, cioè un regime di trattenimento nato nel 1992 all’interno dell’Amministrazione Penitenziaria, al fine di favorire i detenuti tossicodipendenti nel reinserimento familiare e sociale.
- la seconda tipologia di detenzione presente a Castelfranco è data degli “internati”, cioè persone che, come per la Casa di Lavoro, sono reclusi che presentano caratteristiche di “cronicità” di reato e difficoltà di reinserimento sociale.

Anche in questo caso, come per la Casa di Lavoro di Saliceta la presenza di ospiti stranieri è per ora pressoché inesistente.

*Il tasso di affollamento nel 2009 è stato del 91,3%<sup>16</sup>*

Caratteristica Analizzata	Descrizione Caratteristica
n° posti autorizzati	27 Detenuti 27 Internati 4 infermeria Totali 58
n° posti reali max	39 detenuti 39 internati 4 in infermeria (117 ristretti massimi ospitati contemporaneamente)
n° posti medi	98
Logistica della struttura	Custodia attenuata 232 mq Infermeria 30 mq Casa di lavoro 246 mq su 1 piano

<sup>16</sup> Sanità Penitenziaria: Monitoraggio Regionale sull’attuazione del DPCM 1° aprile 2008, ed. Regione E.R. 12/2010



	I mq riportati non comprendono gli spazi comuni ma solo le celle
Logistica spazi sanitari	86 mq su un piano
Entrati 2010	99, non è presente la sezione femminile
Detenuti stranieri	12
Tot. detenuti Tossicodipendenti	117
Tossicodipendenti stranieri	5
Detenuti in terapia sostitutiva (metadone Alcover)	Media 4 al mese
Detenuti Epatite B	34
Organico Infermieristico Profilo di appartenenza:	nel 1° semestre : 6 infermieri part-time nel 2° semestre: 5 infermieri di cui 3 part-time Dipendenti agenzia interinale
Pianificazione delle presenza e orario di servizio	Dalle 8.00 alle 22.00 Turno 8/15 e 15/22 tutti i giorni
Funzione di Coordinamento	1 infermiere referente 30 h/settimana dipendente agenzia interinale
n° medici interni Presenza settimanale	n° 5 presenze sett. 56 ore da lun/sab 13/20 domenica 8.30/14.30 1 Medico Incaricato 18 ore settimanali
Disciplina Specialistiche le cui prestazioni vengono erogate internamente	Psichiatra 24 h/mensili Infettivologo 16 h/mensili SerT 12 h/sett
n° esami ematici	Eseguiti 216
n° terapie	Compresse: 9.052 Gocce: 1.639 flaconi Intramuscolari: 961 Colliri: 32 flaconi Pomate: 165 In terapia con metadone: 4
Altre prestazioni	Mantoux: proposte 0 somministrate 0  Vaccinazioni: antinfluenzali 48, antitetaniche 2 <u>Garanzia di continuità assistenziale per gli</u>

	<p><u>scarcerati:</u> Prevista solo in alcuni casi di programmi esterni trattamentali</p> <p><u>Consegna certificati vari agli uffici dell' Am.Penitenziaria:</u> in media 20 al giorno</p> <p><u>Prenotazioni consulenze esterne_ 756</u></p>																																						
n° visite annuali effettuate con Medico interno	<p>Visite mediche 2010: Internati 4.068 Detenuti 785</p>																																						
Totale visite specialistiche effettuate Internamente	<p>Consulenze interne 2010: Vis psichiatriche 364 Vis infettivologiche 199 Vis SerT 1.118</p>																																						
Branche Specialistiche effettuate esternamente Disciplina e totale visite	<p>Consulenze esterne 2010 Richieste 804 Prenotate 756 Effettuate 499</p> <table border="1"> <tr><td>Sert</td><td>72</td></tr> <tr><td>Radiologia</td><td>94</td></tr> <tr><td>Odontoiatria</td><td>86</td></tr> <tr><td>Cardiologia</td><td>22</td></tr> <tr><td>PS</td><td>24</td></tr> <tr><td>Ortopedia</td><td>47</td></tr> <tr><td>Gastro.gia</td><td>3</td></tr> <tr><td>Chirurgia</td><td>20</td></tr> <tr><td>Neurologia</td><td>18</td></tr> <tr><td>Otorino</td><td>22</td></tr> <tr><td>Oculistica</td><td>35</td></tr> <tr><td>Urologia</td><td>10</td></tr> <tr><td>Medicina</td><td>4</td></tr> <tr><td>Fisiatrice</td><td>1</td></tr> <tr><td>Dermatologia</td><td>10</td></tr> <tr><td>Allergologia</td><td>0</td></tr> <tr><td>Endocrinologia</td><td>5</td></tr> <tr><td>Diabetologia</td><td>3</td></tr> <tr><td>Altro</td><td>23</td></tr> </table>	Sert	72	Radiologia	94	Odontoiatria	86	Cardiologia	22	PS	24	Ortopedia	47	Gastro.gia	3	Chirurgia	20	Neurologia	18	Otorino	22	Oculistica	35	Urologia	10	Medicina	4	Fisiatrice	1	Dermatologia	10	Allergologia	0	Endocrinologia	5	Diabetologia	3	Altro	23
Sert	72																																						
Radiologia	94																																						
Odontoiatria	86																																						
Cardiologia	22																																						
PS	24																																						
Ortopedia	47																																						
Gastro.gia	3																																						
Chirurgia	20																																						
Neurologia	18																																						
Otorino	22																																						
Oculistica	35																																						
Urologia	10																																						
Medicina	4																																						
Fisiatrice	1																																						
Dermatologia	10																																						
Allergologia	0																																						
Endocrinologia	5																																						
Diabetologia	3																																						
Altro	23																																						

	<table border="1"> <tr> <td>Totali</td> <td>499</td> </tr> </table> <p>Disdette o non effettuate: 257 (Di cui 105 dal Nucleo Traduzioni Piantonamento)</p>	Totali	499
Totali	499		
URGENZA (presidi/materiale)	<p>Uno zaino non ancora attrezzato</p> <p>Un defibrillatore</p>		

## 2.4 REALTA' COMUNE A TUTTI E TRE GLI ISTITUTI

Caratteristica Analizzata	Descrizione Caratteristica
Dispositivi di Protezione Individuale	Guanti, mascherine con e senza visiera e FFP2-FFP3, occhiali, camici TNT, cuffia, calzari.
Divise e calzature	Per il personale Ausl è fornito e lavato dal guardaroba, l'agenzia interinale si occupa dell'attrezzatura del suo personale
Gestione dei Rifiuti Speciali (registro di carico- scarico SISTRI)	Registro di Carico e Scarico, la responsabilità è della Referente che ha delegato a due infermiere, una a Saliceta e una a Castelfranco
Decontaminazione e Sterilizzazione presidiato	Disinfettante in Perossido di O <sub>2</sub> . Due sterilizzatrici a vapore a norma solo in C.C. Mo, utilizzato anche per i ferri degli altri Istituti (ad opera del personale della C.C. Mo) Sterilizzatrici controllate con Bowie-Dick ed Helix Test ad ogni uso e Spore Biologiche una volta a settimana.
Sanificazione disinfezione ambienti	Pulizia quotidiana da parte di un detenuto lavorante dedicato, non formato per tale gestione. Responsabilità del personale Infermieristico per il Riunito ODT e altro presidio sanitario.  E' stato attivato servizio di disinfezione periodica degli ambienti da parte dell' Ausl, che dovrà partire entro fine anno 2011
Strumenti Comunicazione/	Consegna generale scritta su un registro

<p>Informativi (es.registro consegne)</p>	<p>informale o al computer nell'istituto di Castelfranco, e interventi Infermieristici scritti (non tutti, i piu' rilevanti) nella cartella clinica informatizzata e messi nella cartella clinica cartacea.</p> <p>In più gestione:  Registo '99 visite mediche/interventi infermieristici  Registri visite specialistiche, di ogni branca e registro controllo test delle urine.</p>
<p>Strumenti di registrazione dell'attività</p>	<p>Raccoglitori con schede di rilevazione Parametri Vitali, Glicemie, terapie Depot, Medicazioni, Terapie Ambulatoriali aggiornate automaticamente al PC e stampate ogni fine visite della giornata e/o qualora necessario.</p>
<p>Specifiche contrattuali (indennità specifiche Sistema premiante)</p>	<p>RAP a progetto (Referente Altamente Professionalizzato) per la facente funzione Coordinatrice.</p> <p>Indennità SerT per il solo operatore del SerT a dipendenza dell'Ausl.</p>
<p>Formazione Individuazione dei bisogni di formazione.</p> <p>Presenza e gestione studenti</p>	<p>Autogestita, ma obbligatoria.</p> <p>Ad inizio anno la Coordinatrice invia la richiesta di progetto formativo all'Agenzia Interinale e al Servizio Infermieristico.</p> <p>Gli aggiornamenti sono effettuati dall'Agenzia per il personale di loro dipendenza e dall' Ausl per il personale strutturato.</p> <p>C'è stata la sola presenza di uno studente di Scienze Infermieristiche per la compilazione di una Tesi sulla "psichiatria in carcere" presso la Casa Circondariale di Modena.</p>
<p>Conservazione della documentazione cinica</p>	<p>Tenuta delle cartelle cliniche in archivio, suddivisione annuale e in ordine alfabetico. Sono presenti tutti i cartacei di pre e post DPCM 2008.</p> <p>Previo consenso, copia cartella clinica a richiesta del detenuto (pagamento al DAP).</p>

## 2.4 PIANO ATTUATIVO LOCALE

Il Piano Attuativo Locale (PAL) è il principale strumento di programmazione dei servizi sanitari della provincia di Modena. Il 5 Luglio è stato presentato alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria il PAL del 2011-2013.

*“Azienda Usl e Azienda Policlinico hanno elaborato il documento sulla base delle linee di indirizzo fissate dall’assemblea dei sindaci: sviluppare il sistema a rete diffuso sull’intero sistema provinciale; aumentare la capacità di risposta del territorio; dare ulteriore impulso all’integrazione tra i servizi, con un’attenzione primaria ad Azienda Usl e Policlinico; rivedere la mission degli ospedali; semplificare le strutture di gestione; ridurre la burocrazia; assicurare la sostenibilità economica del sistema.”<sup>17</sup>*

La proposta verrà ora presentata a tutti i consigli comunali del territorio e dei cittadini e l’approvazione è prevista entro il mese di ottobre.

Nella parte dell’Assistenza territoriale, il PAL afferma che essa ricopre un ruolo chiave nella sanità del futuro e le verrà riservata una attenzione prioritaria sotto il profilo organizzativo e delle risorse.

Il nuovo modello sanitario territoriale si basa su quattro setting assistenziale:

1) Strutture Ambulatoriali; 2) Domicilio; 3) Strutture Intermedie Territoriali; 4) Istituti Penitenziari.

Il Pal descrive gli Istituti Penitenziari Modenesi in questo modo: sono caratterizzati da *“aspetti di particolare vulnerabilità e multi-problematicità (...) situazione resa ancora più complessa dalla nuova apertura di un nuovo modulo detentivo nella Casa Circondariale di Modena, che comporterà l’aumento della popolazione detenuta dai 500 odierni, ai 700-800 ristretti, numero condizionato dalle scelte politiche nazionali.”*

Il Pal pone, nella parte riguardante gli istituti di pena, degli obiettivi strategici da realizzare entro il 2012 definendo azioni e strumenti operativi:

- *Miglioramento dell’accoglienza e valutazione medica* (meglio il termine valutazione sanitaria ad ampio raggio) *a tutti i pazienti* (sarebbe più

---

<sup>17</sup> [www.pal.provincia.modena.it](http://www.pal.provincia.modena.it)

corretto usare la dicitura a “tutte le persone” per non indurre nell’errore della sola presa in carico del “malato”; in carcere tutte le persone, anche quelle in apparente stato di buona salute, sono in osservazione sanitaria come pazienti) *nel momento dell’ingresso negli istituti, ciò infatti avviene grazie alla visita di primo ingresso, in cui vengono avviate le misure primarie di profilassi a tutela della salute del singolo e della comunità, attraverso una costante opera di counseling, con la valorizzazione del ruolo dei sanitari medici e infermieri, la presenza di uno psicologo e con l’appoggio fondamentale di mediatori culturali.*

- *Sviluppo di una efficace azione di informazione sanitaria, promozione e sviluppo di una cultura della prevenzione, promuovendo una medicina dell’iniziativa piuttosto che dell’attesa. Attraverso interventi di prevenzione, screening, promozione della salute, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, i rapporti all’età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, rendendo disponibili per i percorsi programmati, esami di laboratorio o strumentali, sia all’interno degli istituti che nelle strutture sanitarie esterne.*
- *Presa in carico di pazienti affetti da specifiche patologie, con particolare riferimento di quanto di pertinenza psichiatrica, infettivologica e cardiologica. Attraverso la costituzione di una unità psichiatrica (medico psicologo, infermiere e terapeuta della riabilitazione psichiatrica); il mantenimento dell’attività SerT all’interno della Casa Circondariale e della Casa di Reclusione di Castelfranco, per la sezione a Custodia Attenuata; l’implementazione dell’attività infettivologica per diagnosi TBC, Epatite e AIDS; ed infine lo sviluppo della Telemedicina per la refertazione di tracciati e immagini radiologiche a distanza.”<sup>18</sup>*

Nel capitolo che segue, ho cercato di proporre miglioramenti che provengono dall’esperienza della mia attività fino ad ora svolta in carcere, con l’integrazione

---

<sup>18</sup> Piano Attuativo Locale 2011-2013 AuslMo, pag. 39

tra quanto è di mia conoscenza dell'Ordinamento Penitenziario e l'aspetto sanitario.

Alcune di queste innovazioni sono già menzionate nelle proposte operative del Piano Attuativo Locale.

## **Capitolo 3**

### **RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA**

#### **3.1 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO ASSISTENZIALI**

Lo scopo di porsi degli obiettivi di miglioramento assistenziali è utile per definire la diversità degli approcci alla persona che il carcere pone in essere. Il carcere mostra una ampia varietà di soggetti con problematiche di salute fisica, sociale, psicologica e problematiche di tipo culturale, ed è necessario attuare misure preventive e di cura, in quanto il “mondo carcere” è una grande “comunità povera”.

La detenzione inoltre, è di per sé una malattia.

##### **3.1.1 STRANIERI IN CARCERE**

Il Pacchetto Sicurezza del 2009 è una legge che si è posta l'obiettivo di definire degli interventi in merito alla sicurezza, per migliorare la tutela dei cittadini rispetto ai fenomeni delinquenziali.

Un punto rilevante che ha suscitato polemiche e discussioni, sia da parte del mondo politico che della stampa e delle associazioni, è la trasformazione in reato dell'ingresso e della permanenza illegale nel territorio dello Stato: il reato di immigrazione clandestina prevede la reclusione da sei mesi a quattro anni per lo straniero che entri illegalmente nel territorio dello Stato, con arresto obbligatorio in flagranza, con ammenda da 5.000 a 10.000 euro e procedimento con rito per direttissima. Non possiamo stupirci che le carceri italiane siano piene di persone straniere per reati amministrativi, con una legislazione di questo tipo. Inoltre la contrazione economica e il conseguente calo dell'offerta lavorativa ha fatto sì che per molti stranieri, lo spaccio al dettaglio di sostanze stupefacenti, sia un incentivo alla sopravvivenza...ma anche alla carcerazione.



Scrive Luigi Manconi su l'Unità: *"...illeciti amministrativi, quali erano fino a due anni fa, ingresso e soggiorno irregolari in Italia sono stati trasformati in fattispecie penale, con relativa detenzione. Il che ha portato in cella migliaia di stranieri, responsabili di violazioni che andrebbero punite, al più, con sanzioni amministrative o civili. Ecco una manifestazione di eccessiva criminalizzazione che, oltre a gridare vendetta davanti a Dio e agli uomini, incrementa il sovraffollamento del sistema penitenziario. Con esiti che sono sotto gli occhi di chi li vuole vedere."*<sup>19</sup>

Dal Forum sulle Migrazioni del 2011:

*"I rumeni sono tutti stupratori, i rom ladri, i maghrebini spacciatori. La lista degli stereotipi potrebbe continuare. Eppure è stato dimostrato (VII Rapporto Cnel sugli Indici di integrazione degli immigrati in Italia del luglio 2010) che non c'è alcuna relazione tra l'aumento degli immigrati e l'aumento delle denunce penali a loro carico.*

*Il tasso di criminalità degli immigrati regolari infatti non è diverso da quello degli italiani: secondo una recente indagine dell'Istat, il tasso di criminalità degli immigrati regolari nel nostro paese è "solo leggermente più alto" di quello degli italiani (l'1,3% circa, contro lo 0,75%) ed è addirittura inferiore tra le persone oltre i 40 anni. Diverso il dato se si guarda agli irregolari (che peraltro sono competenza specifica del Ministero degli Interni e non di Regioni ed Enti Locali) ma bisogna sottolineare che nei loro confronti, 4 volte su 5, pesa una denuncia di clandestinità; non quindi reati contro il patrimonio o la persona. All'aumento della presenza straniera insomma non corrisponde un aumento di criminalità; sempre secondo il rapporto Cnel nel periodo 2005-2008 i residenti stranieri sono cresciuti del 45,7% mentre le denunce contro stranieri sono aumentate solo del 19%."*

Ritornando al carcere, al fine di rendere più utile agli utenti il nostro servizio di operatori della salute, e maggiormente professionalizzante il lavoro in carcere,

---

<sup>19</sup> Luigi Manconi (29 Luglio 2011) articolo, L'Unità

sarebbe auspicabile che la Medicina Penitenziaria sviluppasse un interesse condiviso con la Medicina delle Migrazioni. Questa è una disciplina sviluppata sul finire degli anni ottanta sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia, si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque già presenti e numerosi sul territorio nazionale. La Medicina delle Migrazioni si occupa del terreno socio-culturale proprio di quegli individui quali gli immigrati che posti in relazione con la cultura ospitati devono comportarsi nella loro diversità, la Medicina delle Migrazioni cerca di conoscere le caratteristiche caratteriali della cultura di appartenenza, accogliendone i principi e i valori nell'ottica di un relativismo culturale, che non tenga conto di apprezzamenti di parte.

*Interessante notare come la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e gli studi epidemiologici, hanno definito, in venti anni di osservazione, che questa popolazione straniera era sana al momento dell'arrivo in Italia, ma a rischio elevato di ammalarsi, con un "intervallo di benessere" situato tra i 3 e i 9 mesi dal loro arrivo<sup>20</sup>.*

I principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato e molto similmente anche dello straniero carcerato sono:

- ✓ *Disoccupazione, precarietà e scarsa tutela sul lavoro;*
- ✓ *Inadeguatezza abitativa, sovraffollamento, carenze igieniche;*
- ✓ *Alimentazione insufficiente e/o inadeguata;*
- ✓ *Diversità climatiche;*
- ✓ *Mancanza di supporto psico-affettivo;*
- ✓ *Sradicamento culturale;*
- ✓ *Difficoltà comunicativa e di inserimento sociale;*
- ✓ *Discriminazione nell'accesso e utilizzo dei servizi socio-sanitari.<sup>21</sup>*

Anche in ambito psichiatrico sono stati definiti dei forti fattori di rischio con i quali dobbiamo fare i conti anche in carcere fra cui:

---

<sup>20</sup> Zucchi F. Tesi (2008-2009) "Stranieri trattenuti" Master Transculturale-Multi-etnico

<sup>21</sup> Geraci, Marceca, Mazzetti (1995) "Argomenti di medicina delle migrazioni in Italia" Ed. Busseto

- ✓ lo stress da transculturazione;
- ✓ l'emarginazione socio-economica;
- ✓ la minaccia o il fallimento del progetto migratorio.

Tutti elementi fortemente riscontrabili anche all'interno delle carceri e fonte di crisi del sistema penitenziario, ivi compresa la sanità.

Nella Casa Circondariale di Modena, unica ad avere la presenza costante di detenuti stranieri, nel 2010 abbiamo avuto 1.220 ingressi di persone straniere su 1.507 ingressi complessivi. Sono una presenza importante e carica di sfide culturali.

**Proposta di Miglioramento:** potenziare negli anni il servizio psicologico e psichiatrico, in collaborazione con la mediazione culturale e la Medicina delle Migrazioni, cercando di sviluppare una accezione etnica della medicina, a cui siamo completamente impreparati a livello formativo e cercare così di ridurre il ricorso al rimedio farmacologico-sedativo, che rimane una delle cause di rischio suicidarlo, e collaborare con i servizi stranieri del territorio.

### **3.1.2 TOSSICODIPENDENZA E CARCERE**

Come abbiamo visto precedentemente, il servizio delle tossicodipendenze in carcere è seguito dal SerT dal 1 gennaio 2000, attraverso visite quotidiane dedicate con MdiG, Infermieri e psicologi.

Al tossicodipendente che entra dalla libertà nel carcere e denuncia, al momento della visita medica di fare uso di sostanze stupefacenti, viene prescritto un trattamento terapeutico a scalare a base di antidolorifici e benzodiazepine, se necessario anche di metadone o buprenorfina cloridrato.

Se il nuovo giunto si dichiara tossicodipendente viene richiesto un campione di urine per documentare la reale dipendenza.

Il test è utile per affrontare richieste incongrue di programmi terapeutici in comunità di accoglienza, che come abbiamo visto, possono essere un'alternativa alla permanenza in carcere.

*"Il tossicodipendente che arriva in carcere è un soggetto che ha in sé, nel proprio modo di esistere, nel proprio vissuto, sviluppato al massimo l'indebolimento dell'Ego, di regressione ad un Ego infantile parassitario, ad una impossibilità di programmazione "contrattuale", se non nei farmaci, che caratterizzano la massima parte di coloro che delinquono"* <sup>22</sup>

La definizione di tossicodipendente è in genere connessa non alla sostanza assunta, ma alla sua "dipendenza fisica e psichica" dalla sostanza.

Nell'ottica di un trattamento coerente e globale della personalità e delle problematiche del tossicodipendente in carcere, è necessario che tutti gli operatori (dall'agente, all'educatore, all'assistente sociale e agli operatori sanitari) coinvolti nella vita istituzionale del detenuto tossicomane, posseggano una corretta informazione sul problema "droga".

La distinzione tra consumatore, tossicofilo, tossicomane, tra droghe leggere e droghe pesanti, tra droghe legali e illegali, assume un'importanza rilevante per il trattamento del tossicodipendente. Ad esempio spesso ci sono negli istituti atteggiamenti estremamente permissivi verso l'alcolista, e atteggiamenti repressivi e di rifiuto verso il consumatore di droghe leggere.

Il 30% dei detenuti presenti nelle carceri italiane, dato sicuramente sottostimato, risulta essere tossicodipendente, negli istituti di Modena, in particolare nella Casa Circondariale dove sono presenti detenuti in giovane età, il valore è percentualmente maggiore fino a raggiungere il 40%.

**Proposta di miglioramento:** ogni mese il SerT svolge una équipe di lavoro con tutti gli operatori sanitari del carcere che si occupano di tossicodipendenza. Sarebbe opportuno allargare il coinvolgimento anche ai Medici e Infermieri

---

<sup>22</sup> Gianfranco Garavaglia (1986) cit. "Argomenti di Psichiatria e Antropologia criminale"

turnisti, perché anche loro svolgono assistenza ai tossicodipendenti. Sarebbe anche utile che venissero integrati programmi di recupero con comunità terapeutiche e con i familiari, al fine di iniziare un reinserimento progressivo nella società della persona dipendente, ed infine, sarebbe opportuno che in ambito sanitario venissero definite le “categorie” di tossicodipendenza. Attualmente si chiede al detenuto se si ritiene tossicodipendente e si lascia all’esame tossicologico la prova della reale dipendenza, in tal modo una persona che non fa uso di sostanze stupefacenti da pochi mesi e non è seguito dai servizi sanitari, può non segnalare la tossicodipendenza e sfuggire alla possibilità di programmi di recupero.

Proporrei inoltre, gruppi di auto-aiuto per la dipendenza tabagica e da alcool, sullo stile dei gruppi tenuti dai servizi pubblici esterni, in modo da introdurre una ulteriore possibilità di reinserimento sociale per le dipendenze non ascrivibili in quelle da comunità residenziale.

### **3.1.3 PSICHIATRIA DIETRO LE SBARRE**

All’interno del carcere le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti: esse possono essere la continuazione o l’evidenziazione di disturbi psichici già esistenti, oppure possono insorgere in concomitanza o successivamente alla carcerazione.

I fattori che concorrono a determinare questi stati sono molteplici e sono sia legati all’ingresso in istituto e allo stato di detenzione, sia derivanti da situazioni pregresse di disagio familiare e sociale.

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, il DSM IV, rappresenta in un certo senso la “Bibbia” di psichiatri e psicologi per classificare le malattie mentali e i disturbi ad esse correlati. Sull’asse I sono classificati i disturbi clinici temporanei e non strutturati, sull’asse II i disturbi di personalità e il ritardo mentale, dunque disturbi stabili, strutturali, non reversibili, sull’asse IV le condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine.

Un “*sistema multi assiale*” comporta la valutazione di diversi ambiti, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che può aiutare il clinico nel pianificare il trattamento e prevedere l'esito. Le entità nosografiche che ci si trova ad affrontare in ambito detentivo descrivono quasi integralmente le classificazioni di Asse I e II del DSM IV, con l'integrazione, talvolta, dell'Asse IV, che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei Disturbi Mentali dell' Asse I e Asse II

All'interno delle Istituzioni Penitenziarie, si possono riscontrare delle Sindromi Psicopatologiche tipiche, che difficilmente si manifestano all'esterno delle mura carcerarie:

- **“Sindrome da ingresso in carcere”** : consiste in una serie di disturbi sia psichici sia psicosomatici riguardanti diversi organi e apparati ed è il più frequente in soggetti alla prima detenzione.
- **“Sindrome da Prisonizzazione”** : indica l'assunzione, in grado maggiore o minore, dei comportamenti, dei costumi e della cultura generale dell'istituto. Sono stati individuati dei “ *fattori universali della prisonizzazione*” quali: l'accettazione di un ruolo inferiore al proprio, l'acquisizione di dati relativi all'organizzazione interna e l'adozione di un linguaggio locale. All' assunzione di questi comportamenti si possono affiancare: sensazione di angoscia o fobie, insonnia, inappetenza, di solito presenti nel primo periodo di carcerazione.
- **“Sindrome di Ganser”**: è una sindrome isteriforme nella quale si verifica una produzione volontaria di sintomi psicologici che tendono a peggiorare quando il paziente si sente osservato. E' caratterizzata da deliri, allucinazioni uditive e visive, analgesia, disorientamento e amnesia.

L'elemento più significativo che caratterizza la sindrome è l'entrare e uscire da un alterato stato di coscienza, in cui il paziente può valutare più o meno inconsciamente il disconoscimento della realtà. Inoltre i soggetti non sono in grado di rispondere a domande semplici che vengono loro rivolte.

Nell'ambiente penitenziario, molti detenuti mettono in atto delle condotte di “*simulazione di malattia mentale*” con lo scopo di ottenere benefici o dei

miglioramenti delle condizioni di vita. La simulazione comprende tutte quelle forme patologiche che hanno in comune la volontà di trarre in inganno circa le proprie condizioni di salute, in particolare quella psico-somatica.

Ad onor del vero, essendo esiguo il servizio psichiatrico rispetto alle numerose richieste di aiuto delle persone e l'offerta, la specialista psichiatra si trova ad adottare una sorta di "contenimento del danno", approccio differente a confronto dei percorsi che possono essere effettuati nei servizi territoriali, perché la struttura penitenziaria non è in grado, per ora, di farsi carico delle "crisi" che possono indurre un lavoro introspettivo della persona.

**Proposta di miglioramento:** La particolarità della condizione detentiva impone un'assistenza sistematizzata e che preveda il coinvolgimento integrato di tutte le realtà che sono a stretto contatto con il detenuto, in particolare in ambito sanitario. Sono da ritenersi utili, oltre che necessarie, delle equipe di lavoro settimanali tra lo specialista Psichiatra, Psicologo, Educatori, MdG e Infermieri, per condividere ed apprendere tecniche di "gestione" del paziente "caratteriale e/o psichiatrico".

Il comportamento che ne deriva sarà da condividere con gli addetti alla sicurezza.

### **3.1.4 PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO**

In 10 anni nelle carceri italiane sono morti più di 1.500 detenuti: a causa di suicidi (circa un terzo del totale), assistenza sanitaria insufficiente, overdose o per cause non chiare. Il tasso di suicidi in carcere è altissimo: nel periodo che va dal 1980 al 2007 è stato di circa 20 volte quello registrato nella popolazione libera. I suicidi avvengono prevalentemente nelle carceri più affollate e nei periodi iniziali della pena - cioè quando l'individuo deve confrontarsi con la prospettiva del tempo vuoto da trascorrere rinchiuso - e in quelli finali, quando per l'individuo, ormai ridotto a dipendere anche mentalmente dall'istituzione totale in cui ha vissuto per

anni e anni, privato nel tempo di relazioni, di famiglia, di risorse economiche proprie, la porta del carcere si apre solo verso il nulla.

La tabella qui di seguito riporta un aggiornamento dei decessi totali e suicidi dal 2000 al 30 Settembre 2011, dati ricavati da Ristretti Orizzonti, agenzia di informazione carceraria.

<b>Anni</b>	<b>Suicidi</b>	<b>Totale decessi</b>
2000	61	165
2001	69	177
2002	52	160
2003	56	157
2004	52	156
2005	57	172
2006	50	134
2007	45	123
2008	46	142
2009	72	177
2010	66	184
30/09/2011	48	145
<b>Totale</b>	<b>674</b>	<b>1.892</b>

Nella Casa Circondariale di Modena, già con la gestione del Ministero della Giustizia era stato stabilito un controllo successivo alla visita medica di primo ingresso, da parte della Psicologa, per la valutazione del rischio suicidario. Tale servizio è stato però ridotto negli anni, fino alla sua soppressione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, a causa della mancanza di fondi, e di conseguenza preso in carico temporaneo dall'Ausl di Modena, fino a Marzo 2012.



Le ore di servizio della psicologa per i nuovi giunti al S. Anna sono 60 mensili (15 settimanali).

Negli altri istituti della provincia l'osservazione dei nuovi giunti è affidata solamente agli educatori, MdG, e Medico SerT.

**Proposta di miglioramento:** nel Giugno 2011, sulla spinta innovatrice dei lavori di gruppo regionali, presso la Casa Circondariale di Modena è stato istituito un protocollo di accoglienza dei nuovi giunti, in cui è previsto:

*“ ...il servizio di accoglienza deve essere articolato in due momenti diversi, prima e dopo l'udienza di convalida, che generalmente avviene entro 96 ore dall'arresto (...) un lato della sezione transito sarà dedicato ai detenuti nuovi giunti (...) e una stanza verrà tenuta sempre libera in modo da poter disporre di un isolamento sanitario (...) la permanenza nella sezione transito non potrà protrarsi oltre sette giorni, trascorsi i quali deve essere definito dal gruppo di lavoro dedicato a tale servizio (v. comandante di reparto, infermiere coordinatore, funzionario giuridico-pedagogico) un piano di interventi che consenta l'allocazione del detenuto in una delle sezioni detentive.*

*(...) per tutti i nuovi giunti sarà disposta la grande sorveglianza (è un regime di osservazione del detenuto a vista ogni mezz'ora) per le prime 48 ore.”<sup>23</sup>*

Al S. Anna inoltre, viene svolta una seconda visita di controllo del nuovo giunto il giorno seguente il suo ingresso, proprio per garantire un maggior controllo dei bisogni ad una lieve distanza dai primi momenti della carcerazione.

### **3.1.5 GRUPPI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE**

Il Programma Regionale per la salute negli istituti penitenziari 2010, dispone che le *“Aziende Sanitarie dovranno curare interventi e programmi di*

---

<sup>23</sup> Ordine di servizio n°18 del 27.06.2011, Direzione Casa Circondariale, dr.ssa R. A. Casella

*informazione/educazione alla salute estendendo le iniziative già attive sul territorio e studiando, nello specifico, le esigenze degli Istituti Penitenziari”.*

L'educazione alla salute/promozione alla salute è necessaria sia per rendere capaci le persone di tutelare il proprio stato di salute, sia per creare le condizioni affinché si tuteli la comunità attraverso il sapere (fare, essere) acquisito.

I principi di riferimento della riforma prevedono *“il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. La garanzia, compatibilmente con le misure di sicurezza, di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona, la garanzia della continuità terapeutica per l'efficacia degli interventi di cura dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile e dopo la scarcerazione e immissione in libertà”*

Altro elemento importante che il documento affronta è la considerazione, sul piano formativo, anche del problema del sovraffollamento delle carceri in Italia.

*“...l'implementazione di iniziative rivolte alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, persone nell'area dell'esecuzione penale o da essa provenienti, che affrontino, con attenzione alla differenza di genere, il miglioramento della qualità della vita in carcere(...) e si raccomanda anche “lo sviluppo di interventi formativi e seminari, rivolti agli operatori del settore sociale, per la condivisione delle esperienze nell'ambito della povertà e dell'esclusione, anche ricavandone buone pratiche”*

Gli obiettivi di salute e i livelli essenziali di assistenza da perseguire sono la: *“promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute; promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà; prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socioculturali, con riferimento anche alla popolazione*

*degli immigrati; riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio"*

Per promuovere/educare alla salute in carcere è necessario tenere conto dei seguenti fattori:

- Convivenza forzata in pochi metri quadrati
- Scarsa attenzione alle basilari norme di prevenzione
- Interesse, da parte di molti detenuti, per la libertà piuttosto che per la salute
- 25-34 anni è la fascia di età maggiormente rappresentata negli istituti dell'Emilia Romagna
- Presenza straniera pari al 52% in regione, 70% al S. Anna, 3% a Saliceta e Castelfranco
- Presenza di patologie contratte a causa o durante la detenzione
- Livello di alfabetizzazione: in E.R. nel 2007 vi erano 44 laureati contro 62 analfabeti, 198 con diploma di scuola media superiore, 43 diploma professionale, 1.389 licenza media, 394 licenza elementare, 126 nessun titolo.

All'interno della Casa Circondariale di Modena, dalla fine del 2010 e durante i primi sei mesi del 2011, sono stati strutturati una serie di eventi formativi ad opera di Educatori, Volontari, Medici e Infermieri dell'Ausl, con i detenuti dell'istituto, allo scopo di far comprendere loro l'importanza della cura di se stessi, che significa avere anche cura della comunità in cui si vive. Per questo è stato utile informare dell'importanza di adottare consigli basilari per la prevenzione e così far conoscere le modalità di diffusione delle principali malattie infettive (epatiti, malattie sessualmente trasmissibili...), per sfatare false credenze sul contagio delle malattie ed evitare stigmatizzazione di chi ne è colpito.

Gli incontri hanno adottato il sistema del coinvolgimento attivo delle persone detenute, per approfondire le tematiche di loro interesse, per far emergere i bisogni e produrre materiali divulgativi quali il "calendario della salute ristretta 2011" e creare momenti condivisi facilmente ricordabili attraverso la

“drammatizzazione” su temi di promozione della salute. Lo scopo condiviso tra operatori e detenuti è stato di lasciare un segno tangibile del lavoro svolto e creare continuità delle informazioni apprese durante gli incontri. Nel progetto sono stati coinvolti circa sessanta detenuti maschi, lasciando in una seconda progettazione l’effettuazione di incontri nella sezione femminile. La presenza agli incontri è stata di circa venti persone, con un range di età compresa tra i 19 e i 47 anni, con la partecipazione anche di alcuni detenuti stranieri di etnia magrebina e pachistana.

Come operatori, è stato fondamentale ascoltare i detenuti e lavorare con loro per trovare il modo migliore per diffondere le conoscenze sanitarie e rimuovere alcuni pregiudizi.

La stretta collaborazione con il personale sanitario interno al carcere, con l’Amministrazione penitenziaria, con le Associazioni di Volontariato, ha reso possibile l’attuazione del progetto che da sperimentale sta diventando istituzionale, infatti il progetto è stato inserito nelle azioni del Programma Territoriale dell’Ausl “ Comunicazione e Promozione della Salute”.

**Proposta di miglioramento:** è molto difficile proporre dei progetti di educazione alla salute in un contesto non abituato ad accogliere operatori esterni al carcere, i tempi per gli incontri con i detenuti non sono previsti nell’attività dell’Amministrazione penitenziaria, la sorveglianza deve essere sempre presente nelle occasioni di aggregazione e, vista la carenza di personale, i momenti di formazione non sono visti sempre di buon occhio. La Polizia penitenziaria tende inoltre, ad evitare raggruppamenti di persone, per timore di risse e tafferugli, pertanto questi incontri, non sono sempre ben accetti. Potrebbe essere opportuno allargare i momenti di formazione e di educazione alla salute anche al personale di Polizia Penitenziaria, per illustrare che la prevenzione serve alla collettività, anche a chi vi lavora, oltre che al singolo individuo.

L’educazione alla salute dovrebbe, inoltre, essere proposta sistematicamente a tutte le sezioni.

### **3.1.6 LA RICHIESTA DEI DETENUTI AD ACCEDERE AI SERVIZI SANITARI**

L'organizzazione dell'attività sanitaria è differente nei tre istituti modenesi per la diversa presenza dei detenuti in istituto e di conseguenza la differente copertura oraria da parte della guardia medica ed infermieristica.

Negli istituti più piccoli, di Saliceta e Castelfranco, dove il servizio è diurno ed è articolato dalle ore 08.00 alle 22.00, essendo un luogo in cui i detenuti sovente "escono" durante il giorno per svolgere attività lavorative, le visite mediche richieste dai pazienti vengono eseguite sia al mattino che al pomeriggio. Nel pomeriggio poi, momento della giornata dove i detenuti rientrano dal lavoro, vengono svolte anche le visite psichiatriche e infettivologiche. Le visite sono richieste sia agli infermieri durante il giro della terapia nelle sezioni per la distribuzione della stessa, sia raccolte al mattino dagli Agenti e segnalate all'infermeria.

In caso di necessità durante l'assenza del personale sanitario, viene attivato il servizio di Guardia Medica e/o il 118.

Al S. Anna la presenza del medico e dell'infermiere è 24h/24 tutti i giorni dell'anno, compreso i festivi.

Durante il giro serale nelle sezioni per la somministrazione della terapia, l'infermiere raccoglie le richieste di visite mediche, assumendosi, oltre che l'incarico di distribuire la terapia a quasi 200 detenuti, anche la valutazione dei bisogni sanitari di chi richiede la visita medica. Che un operatore svolga una sorta di "trage" valutativo delle richieste delle visite, mentre assolve al compito di distribuire la terapia nei tempi stabiliti, è estremamente complesso. L'infermiere, assolvendo ad entrambi i compiti contemporaneamente, si assume la duplice responsabilità: da una parte la corretta identificazione del paziente e somministrazione della terapia, dall'altra dell'osservazione dell'urgenza e segnalazione dei bisogni sanitari del paziente nella richiesta di visita medica.

Sembra una sciocchezza, ma la prima prevede la possibilità di errori di somministrazione e accumuli di terapie da parte dei detenuti (ricordo un dato, nel

solo S. Anna sono state somministrate nel 2010 più di 238.000 compresse, circa 19.800 al mese, 640 al giorno e 6.100 confezioni di sedativi in gocce, 540 al mese e 16 confezioni al giorno). La raccolta delle adesioni alle visite mediche prevede, invece, una assunzione particolare di responsabilità da parte dell'infermiere: di tipo sanitario, per il livello di importanza e grado di urgenza sanitaria e di tipo organizzativo, per la presa in carico del paziente in una lunga serie di passaggi non sempre da lui controllabili.

Succede spesso che le richieste di visita medica dei detenuti vengano eluse per varie ragioni organizzative, come ad esempio perché il detenuto al momento della visita viene chiamato ad altre attività amministrative che lui preferisce svolgere, o ai colloqui con i familiari, oppure non viene chiamato affatto dall'agente di sezione o dall'agente dell'infermeria.

La non continuità di una richiesta sanitaria del paziente fatta all'infermiere in presenza di testimoni, quali i compagni di cella, risulta responsabilità dell'infermiere che raccoglie la segnalazione di un bisogno non soddisfatto. Si tratta di un vero e proprio rischio clinico.

Di seguito un esempio: è quanto avvenuto nel caso del detenuto Stefano Cucchi, a Roma nel 2009. Sei Medici e tre Infermieri vengono accusati nel marzo 2011 di "favoreggiamento, abbandono di incapace, abuso di ufficio e falso ideologico". Agli infermieri viene contestato di non aver prestato attenzione ai bisogni di salute del sig. Cucchi, perché, secondo la testimonianza dei compagni di sezione, non hanno ottemperato la richiesta del detenuto di visita medica. Gli Infermieri da parte loro, non hanno avuto nessuno strumento e possibilità di dimostrare il contrario.

**Proposta di miglioramento:** creare un sistema di raccolta tutelante di richiesta di visita medica, che alleggerisca il carico di lavoro di chi somministra la terapia, e crei una "traccia" delle richieste dei detenuti, così che, in caso di contenziosi, vi siano valutazioni oggettive delle manchevolezze. Non solo: la tracciabilità delle richieste potrebbero essere uno strumento utile di valutazione tra quanti richiedono la visita medica e quanti la rifiutano e/o non vengono chiamati. La

proposta di far fare il giro nelle sezioni al MdG insieme all'infermiere in turno per una prima valutazione sanitaria delle richieste dei detenuti, è in fase di sperimentazione da parte di alcuni medici. Eppure sarebbe utile diventasse prassi, in modo che anche i medici si rendessero conto quotidianamente dei disagi sanitari di comunità a cui i detenuti sono sottoposti, attraverso la raccolta dei bisogni sanitari nel luogo di "residenza" dei detenuti stessi, vale a dire le sezioni e le celle dove sono ospitati.

Ritorniamo alla nostra distribuzione di terapia al S. Anna, al termine del così detto "giro terapia nelle sezioni", l'infermiere prepara un elenco delle richieste per gli agenti che dovranno chiamare i detenuti l'indomani mattina, e così tutte le cartelle dei detenuti, suddividendoli tra i due ambulatori del mattino in tossicodipendenti e non tossicodipendenti.

E' ben inteso che, avendo la guardia medica e infermieristica attiva 24h/24, per qualsiasi necessità sanitaria viene fatto riferimento all'infermeria in ogni momento del giorno e della notte. In tutti e tre gli Istituti sono gli Agenti di Polizia a segnalare all'infermeria le urgenze sanitarie, perché sono i primi ad avere il contatto con i detenuti.

Solo che, mentre per il giorno è sufficiente chiamare l'agente dell'infermeria per far scendere un detenuto in ambulatorio, la sera, dalle ore 19,00 alle 07,00 del mattino, occorre attivare la Sorveglianza Generale per permettere un detenuto di uscire dalla cella.

L'Infermiere, durante il giro notturno di distribuzione della terapia nelle sezioni, rappresenta la "sistemazione finale" della giornata, anticipando i possibili bisogni di sedazione dell'ansia, analgesie ed insonnie che richiama la notte.

Sono bisogni di tranquillità richiesti da parte dei detenuti, ma anche dell'agente che si trova a svolgere il turno di lavoro su due sezioni, cioè veglia su centocinquanta persone. Tranquillità implicitamente richiesta della Sorveglianza Generale, responsabile in quel momento di tutto l'istituto, che ambisce a non relazionare per ogni movimento straordinario e, non ultimo, bisogno di tranquillità

anche da parte del personale sanitario stesso, il turno notturno rappresenta per chiunque una condizione non confortevole di lavoro.

In carcere inoltre, occorre prestare particolare attenzione al rispetto di pratiche religiose in grado di creare periodici cambiamenti all'attività lavorativa dei sanitari. Avendo all'interno delle carceri un alto tasso di detenuti di religione islamica, il Ramadam rappresenta un momento critico dell'attività sanitaria.

Spesso, su richiesta del paziente, vengono sospese le pratiche sanitarie richieste all'esterno dell'istituto perché effettuate di giorno, cambiati gli orari di somministrazione delle terapie che vengono così maggiormente concentrati nel turno serale/notturno, diminuisce l'affluenza agli ambulatori durante il giorno e aumenta la richiesta di assistenza sanitaria le notte.

### **3.1.7 LA TERAPIA: SOMMINISTRATA O DISTRIBUITA?**

I detenuti sono per gli operatori sanitari dei pazienti, infatti ad ogni ingresso c'è l'apertura di una cartella clinica e la presa in carico in ambito sanitario della persona.

Chiunque, entrando in carcere verrebbe turbato dalle condizioni di restrizione a cui sottopone la detenzione, inoltre abbiamo visto nelle schede di osservazione degli istituti, che sono presenti molti tossicodipendenti che, in assenza di libero scambio delle sostanze stupefacenti, trasformano la visita ambulatoriale in un mercanteggio di richieste di psicofarmaci e analgesici che tendono a scambiarsi in sezione.

Se prendiamo come esempio il carcere ad alta densità di detenuti come il S. Anna, abbiamo una media di 200 terapie somministrate al giorno.

Sono realmente somministrate?

E' gergo comune usare il termine "distribuzione" della terapia, non a caso.

Il programma informatizzato della cartella clinica, prevede la prescrizione della terapia da parte del MdG come:



- Libera: può essere data liberamente al paziente senza bisogno di nessun controllo
- A vista: l'assunzione della terapia deve essere osservata direttamente da parte dell'infermiere
- Al bisogno il paziente richiede la terapia se necessaria (antidolorifici, antiacidi ecc..) e viene lasciata al detenuto

La terapia poi viene indicata come luogo di somministrazione:

- In cella: può essere somministrata nelle sezioni
- In ambulatorio: il paziente deve essere portato in ambulatorio per assumere la terapia, ad esempio per il metadone e iniezioni

Un esempio di distribuzione dei farmaci, è dato da: l'antibiotico o l'ipoglicemizzante orale così come l'antipertensivo, distribuiti la sera anche per il mattino, non possono essere assunti a vista, l'unico infermiere addetto alla terapia per turno, non può essere presente in ogni sezione nelle diverse ore del giorno per controllare l'assunzione del farmaco. Se ciò è valido per tutti quei farmaci il cui accumulo non ad elevato rischio di overdose, è ben diverso per gli psicofarmaci, in questo caso è importante che l'infermiere vigili che vi sia l'effettiva assunzione del farmaco da parte del detenuto. Sebbene anche per questi è necessaria la segnalazione "a vista", perché i tempi di assunzione dei farmaci induttori del sonno sono diversi a seconda del giro della terapia. L'infermiere è uno, ed inizia a distribuire/somministrare i farmaci nelle sezioni alle ore 19 e termina alle ore 22, i farmaci sedativi non possono essere assunti alle ore 19 da una persona adulta e che si assume la responsabilità di non accumulare il farmaco e/o farne oggetto di scambio.

La particolarità riguardo alla distribuzione dei farmaci degli istituti di Modena è che ogni turno infermieristico ogni giorno prepara i farmaci che dovrà poi somministrare, è molto importante, perché la quantità di terapia è notevole e spesso i detenuti tendono a strumentalizzare i farmaci.

In altri istituti della Regione i farmaci vengono preparati e consegnati al detenuto per la quantità di tre giorni, fatta eccezione per le gocce, però così facendo la

possibilità di errori di assunzione e di accumuli è notevolmente maggiore rispetto alla somministrazione quotidiana e ad orario.

Durante la somministrazione/distribuzione della terapia l'infermiere deve essere accompagnato dall'agente di sezione, il quale è tenuto a controllare l'assunzione del farmaco da parte del detenuto e fare ordine rispetto alle insistenti richieste dei detenuti nei confronti degli infermieri (es. farmaci non prescritti, creme, bicchieri, garze, cerotti, ecc...).

Sovente, durante le perquisizioni nelle celle dei detenuti da parte del Agenti di Polizia Penitenziaria, vengono trovati accumuli di terapie ad opera dei detenuti che utilizzerebbero i farmaci come merce di baratto e, nella peggiore delle ipotesi, per scopi autolesivi. Malgrado la premura da parte del personale infermieristico di osservare l'assunzione del farmaco "a vista", e la presenza dell'agente di sezione che ne garantisca il controllo, in caso di accumuli farmacologici non salvavita, il MdG è tenuto a sospendere la prescrizione al detenuto.

L'Ausl di Modena si è spesa in tal senso a favore del personale sanitario e per ora la sola Casa Circondariale S. Anna (unico Istituto nella Regione) nel Febbraio 2011 ha recepito la lettera a firma del Direttore Sanitario dell'Ausl, dr. G. Pedrazzini, in cui ribadisce quanto segue rispetto alla distribuzione della terapia a vista: *"...nella distribuzione della terapia, sia per carenza di personale che per una innegabile reale difficoltà ad essere assicurata dall'infermiere, verrà applicata, d'ora in avanti, solo in alcune situazioni particolari legate alla: finalità della prescrizione; tipologia del farmaco e particolarità della persona. Questo aspetto formale diviene necessario per rappresentare che il nostro personale svolge una funzione di somministrazione della terapia ad una persona, capace di intendere e di volere e, di conseguenza, di gestire, come ogni altro cittadino, la terapia prescritta, assumendosi una responsabilità ben definibile nel caso di uso illecito. La possibilità di effettuare, per tutti i ristretti, una osservazione puntuale dell'assunzione del farmaco richiederebbe ben altre risorse umane e manovre specifiche, forse non lecite e non ammissibili verso la persona. Inoltre, particolare non trascurabile, soddisfare tale obiettivo richiederebbe un irrazionale dispendio*

*di risorse economiche e un tempo talmente dilatato che non permetterebbe, qualsiasi altra attività, ricadendo negativamente anche sull'attività della Polizia Penitenziaria (...) E' obiettivo del nostro servizio ottenere dalla persona detenuta una partecipazione consapevole nella gestione dei farmaci e delle altre risorse sanitarie essendo ciò parte integrante del percorso di presa in carico della salute della persona detenuta. (...).*

**Proposta di miglioramento:** Sarebbe necessario che il provvedimento adottato ad opera del Direttore Sanitario dell'Ausl di Modena venisse recepito in tutti gli istituti della provincia (e non solo, anche a livello regionale). Inoltre occorrerebbe che i MdG segnalassero in modo più attento e congruo il detenuto che deve assolutamente attenersi alla somministrazione della terapia "a vista", ferma la generica indicazione rivolta a coloro che assumono psicofarmaci. Questo per evitare che automaticamente, in tutte le prescrizioni, venga data l'indicazione "a vista", non essendo in tal modo possibile garantire il controllo di tutte le prescrizioni, senza stabilire una priorità.

Durante il giro della somministrazione/distribuzione della terapia, l'infermiere non dovrebbe esser lasciato da solo, sarebbe utile la presenza del MdG che si ponga in un atteggiamento pro-attivo verso la soluzione dei problemi, ed entrambi dovrebbero essere costantemente affiancati da un agente preposto.

### **3.1.8 EMERGENZE IN CARCERE**

Le emergenze sono delle circostanze o eventualità impreviste che richiedono provvedimenti eccezionali. All'interno del carcere sono distinte le emergenze in caso di malore dei detenuti e del personale in servizio, ed emergenze straordinarie per eventi particolari quali incendi, terremoti e deflagrazioni.

Essendo l'area sanitaria l'unico presidio medico all'interno della "città- carcere", capita non di rado che gli operatori sanitari vengano chiamati nelle aree colloqui, per prestare assistenza ai famigliari visitatori dei detenuti.

I detenuti in regime di semilibertà poi, che svolgono attività di giardinaggio, coltivazione di prodotti agricoli, allevamento bestiame e apicoltura sempre all'interno le mura degli istituti, utilizzano trattori e strumenti di lavoro che predispongono gli infortuni. Anche in questo caso è l'area sanitaria a dover rispondere al primo soccorso.

Nell'eventualità di maxi-emergenze, vista la particolarità dell'ambiente carcerario, non è possibile prevedere un piano di evacuazione di facile accesso e simile ad altri ambienti studiati per le alte densità di popolazione: non esistono scale antincendio e nemmeno la possibilità di spostare persone liberamente, se non autorizzati dal servizio di Sorveglianza. Occorre perciò strutturare interventi che prevedano la collaborazione sinergica con l'area sicurezza gestita dagli agenti di polizia e la Direzione degli Istituti.

La costruzione del nuovo padiglione detentivo al S. Anna, che ospiterà dalle 150 alle 300 persone, ha previsto anche la costituzione di corridoi esteri che collegano il vecchio edificio al nuovo, e la conseguente chiusura di un accesso al piano terra dell'infermeria. L'ingresso, era utile per l'intervento tempestivo dell'ambulanza, ora, senza poter usufruire del vecchio percorso, i soccorsi sono costretti a seguire il passaggio che normalmente svolgono i pedoni per accedere in istituto, moltiplicando i tempi di intervento.

La prima fase della presa in carico delle emergenze, che ha reso operativo il personale sanitario delle tre strutture nei primi momenti dell'intervento in urgenza, è stata l'istituzione dello zaino emergenze. In collaborazione con il 118 di Modena è stata stilato fatto un elenco di materiale standard, utile per gli zaini dei tre istituti. Il personale sanitario si dovrà fermamente attenere al rifornimento del solo materiale in elenco.

E' previsto inoltre, il controllo settimanale a giorno fisso, a scelta degli operatori dei singoli istituti e a responsabilità congiunta del Medico ed Infermiere di guardia, del contenuto dello zaino e della scadenza dei farmaci.

**Proposta di miglioramento:** Sono stati definiti, in accordo tra area sanitaria ed area sicurezza, i percorsi che devono essere utilizzati per prestare assistenza in

caso di emergenza e di intervento esterno del 118. E' necessario programmare, per tutti gli operatori coinvolti, attività di simulazione delle emergenze, al fine di evidenziare eventuali criticità dei percorsi scelti e delle procedure stabilite nel raggiungere, in tempi utili, le aree di richiesta del soccorso. Deve essere strutturato poi un programma di emergenza da attuare nel caso di black-out del sistema elettrico, anche attraverso la formazione alle modalità di sblocco delle porte del personale addetto alla sicurezza.

### **3.1.9 REPARTO "I CARE"**

Presso la Casa Circondariale di Modena è attivo dal 1° Dicembre 2001 (giornata mondiale della lotta contro l'AIDS) un reparto per detenuti affetti da infezione da HIV. Si tratta di una struttura con un minimo di 6 e massimo 12 posti letto che, secondo le indicazioni del Ministero della Giustizia, avrebbe dovuto godere di una assistenza sanitaria superiore agli istituti ordinari, e consisterebbe in 60 ore mensili di specialista infettivologo e un'unità infermieristica dedicata.

Dal punto di vista logistico le persone ospiti del reparto, uno per cella (in casi eccezionali possono essere due) sono fuori dalla celle tutto il giorno e liberi di muoversi nella sezione, a differenza di qualsiasi altro detenuto ospite nelle sezioni comuni, che si trova a condividere la cella con altre due/tre persone e dove, per uscire da essa, occorre che svolga una attività prevista dell'ordinamento penitenziario: lavoro, scuola, visita medica, doccia, colloqui, campo sportivo, ed infine "l'ora d'aria".

Nel reparto "I Care" è presente una saletta ricreativa con il personal computer, cyclette, tavolo da ping-pong, attrezzature per il sollevamento pesi e frigorifero comune. I primi anni dall'apertura era anche funzionante un climatizzatore a muro. Gli ospiti possono preparare da mangiare insieme e possono condividere i pasti nella sala ricreativa.

L'obiettivo del reparto "I Care" è di garantire condizioni di migliori vivibilità della detenzione nei pazienti HIV positivi, ed una marcata attenzione agli aspetti relazionali, finalizzati a incentivare la motivazione alla cura dei pazienti.

*"Si tratterebbe dunque di una struttura destinata a garantire maggiormente la salute dei detenuti sieropositivi che, per qualsiasi motivo, non presentino una gestione ottimale presso l'Istituto di assegnazione. La segnalazione dei detenuti da trasferire, non dovrà avere il benché minimo intento punitivo o una motivazione disciplinare.*

*I criteri di eleggibilità per l'inserimento dei detenuti nel reparto vengono definiti dal consulente medico del Provveditorato con l'Infettivologo della Casa Circondariale di Modena che ne coordina l'attività del reparto.*<sup>24</sup>

Le caratteristiche degli ospiti del reparto devono essere:

1. Infezione da HIV accertata
2. Trattamento con farmaci antiretrovirali
3. Situazione assistenziale-relazionale non ottimale circa la cura dell'infezione da HIV
4. Necessità di un'assistenza sanitaria maggiore rispetto a quella disponibile nell'istituto di provenienza

Inoltre, il grado di precedenza dei detenuti trasferiti dovrebbe prevedere:

- Presenza di deficit fisici che riducano il performance status
- Difficoltà nell'assunzione della terapia o sospetto di scarsa compliance
- Necessità di assumere terapie di mantenimento o chemioprolifassi per patologie opportunistiche
- Fasi post-acuzie
- Manifestazioni di disagio legate alla condizione di sieropositività
- CD4+/mm<sup>3</sup> inferiori a 350 o valori di Viral Load superiore a 50.000 unità

Sono passati dieci anni dall'inaugurazione del reparto "I Care", e le cose sono cambiate rispetto agli obiettivi iniziali del provvedimento.

---

<sup>24</sup> Circolare Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del 13 Dicembre 2001

Si è persa nel tempo la spinta di coinvolgimento relazionale da parte del personale sanitario verso gli ospiti del reparto. Se nei primi anni dall'apertura venivano svolti incontri educativi e relazionali con i pazienti, oggi i momenti di aggregazione vengono garantiti dai soli volontari dell'istituto.

Non esiste più l'infermiere dedicato, è stato assorbito nelle attività sanitarie generali, e l'infettivologo è presente solo per le visite inerenti la sua specialità.

Negli anni il reparto ha perso la peculiarità di ospitare pazienti sieropositivi, piuttosto, vista la vicinanza del reparto all'area sanitaria, è diventato, senza averne le caratteristiche strutturali, una infermeria ad osservazione psichiatrica, oppure un luogo di sistemazione dei pazienti con disabilità fisiche.

**Proposta di miglioramento:** alla luce delle maggiori esigenze di osservazione psichiatrica e di pazienti ricoverati con doppia diagnosi, che si sono evidenziate negli ultimi anni, è opportuna una ridefinizione delle finalità del reparto I Care, sia per quanto riguarda la tipologia dei detenuti ospitati, che per la copertura medica, ed infermieristica dedicata.

E' fondamentale pensare a progetti condivisi di assistenza e sostegno in accordo con l'area pedagogica, infettivologo, psicologi e psichiatra, oltre che con la sicurezza e l'integrazione dei volontari che, come ho descritto precedentemente, in questi ultimi anni sono stati i soli ad aver dato una grande spinta relazionale positiva non medicalizzata tra gli ospiti.

### **3.2 PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO GESTIONALI E ORGANIZZATIVE**

Per la particolarità del contesto logistico delle carceri e per la quotidiana convivenza tra esigenze restrittive/trattamentali e sanitarie, è necessaria la definizione di percorsi condivisi e ben delineati in merito alla gestione e all'organizzazione degli strumenti di lavoro.

### **3.2.1 MEDICINA LEGALE: PRIVACY, LETTARA DI DIMISSIONE E CARTELLE CLINICHE**

Il Codice in materia di Protezione dei dati personale è entrato in vigore il 1° Gennaio 2004 con D.legs 196/2003. Il Codice Privacy, intende tutelare i Dati Personali (anagrafici, tessere sanitarie, impronte digitali ecc...), i Dati Sensibili (adesione a partiti e sindacati, stato di salute, vita sessuale ecc...) e i Dati Giudiziari (carichi pendenti, casellario giudiziario ecc...)

Cosa significa tutelare un dato? Recita il suddetto decreto 196/2003:

*“qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuate anche senza l’ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l’organizzazione, la conservazione, la consultazione, l’elaborazione, la modificazione, la selezione, l’estrazione, il raffronto, l’utilizzo, l’interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca dati”*

L’art. 76 del Codice Privacy, prevede l’obbligo di acquisizione del consenso del trattamento dei dati (da non confondere con il consenso al trattamento terapeutico dell’art. 32 della Costituzione), consenso che non è ancora richiesto all’interno degli Istituti penitenziari.

Il Segreto Professionale prevede l’obbligo di non rivelare le informazioni apprese all’interno di un contesto fiduciario, il Diritto alla Protezione dei Dati prevede l’obbligo di non rivelare le informazioni apprese in un contesto fiduciario, con l’obbligo di proteggere i dati personali. In ambito penitenziario, vige il principio di “leale collaborazione” tra istituzioni pubbliche. L’obbligo alla sicurezza dei dati è tenuto da:

- Titolare del trattamento: è l’Ausl, nel cui territorio di competenza ricade l’istituto penitenziario.
- Responsabile del trattamento: è il Medico Referente o Direttore del Dipartimento di dipendenza.
- Incaricato del trattamento: sono tutti gli operatori sanitari coinvolti nell’attività di assistenza in carcere.



La Conferenza Unificata Stato/Regioni del 20/11/2008 prevede la presenza di un diario clinico cartaceo e la cartella clinica, possibilmente informatizzata, adottata sull'intero territorio nazionale e di competenza del Servizio Sanitario, al fine di istituire uno strumento per la raccolta e la gestione dei dati sanitari. La loro consultazione, come abbiamo precedentemente visto, è tutelata dalla vigente normativa sulla privacy. Gli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile accedono, secondo modalità concordate, ai dati sensibili sanitari dei detenuti per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

Le aree di collaborazione rispetto alle quali i rappresentanti della sanità e dell'Amministrazione penitenziaria devono assumere *"impegni formali"* sono:

- Condivisione dei dati sanitari per la collocazione di soggetti con particolari problemi sanitari e osservazione nuovi giunti.
- Trasferimento di dati giudiziari al personale sanitario, quando è necessario, per migliorare la condizione sanitaria delle persone detenute

Il DGR RER 1706/09 stabilisce gli standard di corretta tenuta e gestione della documentazione sanitaria. La gestione della documentazione sanitaria è di competenza della Regione. I principi che sono alla base del corretto uso della documentazione sanitaria sono:

- COMPLETEZZA: tutti gli accadimenti relativi al processo di cura debbono essere annotati da parte dell'operatore che interviene.
- PERTINENZA: occorre evitare di annotare considerazioni personali non attinenti al processo di cura.
- CHIAREZZA: i contenuti debbono essere comprensibili per contenuto, forma e intelligibilità.
- RINTRACCIABILITA': deve essere riconoscibile l'operatore sanitario che è intervenuto.
- VERIDICITA': ogni annotazione deve essere vera, anche rispetto al momento di annotazione, cioè deve essere contestuale.

Durante l'esercizio dell'attività sanitaria, gli operatori sanitari assumono il ruolo di Pubblici Ufficiali e la cartella clinica è un atto pubblico con rilevanza giuridica.

Durante la gestione della documentazione sanitaria, l'errore che spesso viene riscontrato è la correzione di un atto sanitario con cancellazione, senza lasciare traccia dello scritto precedente e annotazione della correzione con ora e firma dell'operatore. Questo costituisce reato di *falsità materiale commessa da Pubblici Ufficiali in atti pubblici* (art. 476 del codice penale) punibile con reclusione da 1 a 6 anni. Un altro pericolo in cui l'operatore sanitario può incorrere è trattato all'art. 479 del codice penale, ed è la *"falsità ideologica commessa da Pubblici Ufficiali in atti pubblici"*, cioè il Pubblico Ufficiale che attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto, omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, modifica delle attestazioni anche a valutazioni posteriori, commette un atto di falsità ideologica.

### **Cartella clinica e Archiviazione**

Sul piano della gestione della documentazione sanitaria negli Istituti Penitenziari, la circolare RER 1/2011 riferisce che è auspicabile un modello di cartella clinica più adeguato rispetto all'attuale "Diario Clinico Modello 99/bis". E' stata creata una commissione regionale, in affiancamento al Gruppo Regionale di cui si è trattato precedentemente, che ha l'obiettivo di strutturare una nuova cartella clinica idonea agli Istituti penitenziari.

La caratteristica del nuovo diario clinico è di assimilare ogni occasione detentiva ad un ricovero. Occorrere prevedere l'apertura di una cartella clinica sia in caso di provenienza dalla libertà, che in caso di provenienza da altro istituto, così com'è tuttora. La provenienza del detenuto da un altro istituto, prevede l'apertura di una nuova cartella clinica, che viene allegata alla pregressa cartella cartacea dell'istituto di provenienza.

Il paziente trasferito in altro istituto (tradotto) deve essere accompagnato con la cartella clinica originale, così dicasi di tutto il materiale sanitario che lo riguarda.

Il trasferimento della cartella clinica deve avvenire in busta chiusa e indirizzata al medico referente della struttura di riferimento.

L'istituto che accompagna il detenuto in un altro carcere, deve archiviare una copia conforme della cartella clinica, con le sole attività sanitarie svolte dal detenuto nel periodo di permanenza in quell'istituto.

Le cartelle cliniche dei detenuti dimessi, devono rimanere negli Istituti di compilazione, ed essere identificate con numeri nosologici e progressivi.

La compilazione della cartella non dovrebbe seguire unicamente l'elemento cronologico così com'è ora, ma anche l'elemento funzionale e di integrazione, prevedendo parti in cui vengono raccolti esami, visite specialistiche, parametri vitali, medicazioni, consegna farmaci ecc... inoltre dovrebbe essere inserita la parte infermieristica o socio sanitaria, che, ad oggi, è presente in modo molto marginale nel programma informatizzato, alla voce "interventi infermieristici" generici, sulla falsariga del modello delle visite mediche.

Con una cartella clinica così articolata, viene garantita una migliore visione complessiva dell'assistenza e, semplificando la ricostruzione del percorso assistenziale, vi sarebbe anche una maggiore protezione degli operatori in caso di contenzioso.

L'archiviazione del materiale sanitario durante la presenza del detenuto in istituto (ovvero a cartella clinica aperta) deve avvenire in locali adibiti ad uso sanitario, con possibilità di consultazione riservata al personale sanitario (fatta eccezione di motivate esigenze da parte del personale dell'Amministrazione penitenziaria).

Ad oggi, l'archiviazione delle cartelle cliniche dei detenuti dimessi avviene in un locale che contiene la documentazione di tutta l'attività sanitaria pre e post riforma del 2008 e, per i detenuti presenti in istituto, le cartelle sono ubicate in infermeria, in un locale che, in caso di assenza del personale sanitario, deve essere chiuso a chiave.

Pur consapevoli che la gestione e responsabilità dei documenti sanitari è cambiata con il passaggio di Ministero dal 2008 in poi, e in attesa di una definizione delle nuove modalità di archiviazione da parte della Regione, ad oggi, seguiamo con la modalità di archiviazione nell'archivio comune di sempre, suddivisi per ordine alfabetico e anno di ingresso. Così come per la lettera di dimissione, non è stato attivato il sistema di rilascio di "copia conforme" della cartella clinica in caso di trasferimento del detenuto.

E' una realtà questa, adottata in modo parziale, da pochi istituti della regione Emilia Romagna.

### **Lettera di Dimissione**

Molto importante è anche la lettera di dimissione, ha la finalità di continuità assistenziale in caso di riammissione in libertà del detenuto.

La lettera di dimissione è un diritto della tutela della salute della persona, ma anche in questo caso una protezione per gli operatori sanitari. Può essere rilasciata una lettera di dimissione provvisoria, nel caso si sia in attesa di referti sanitari, e una lettera di dimissione definitiva.

Solamente dopo il rilascio della lettera di dimissione definitiva, si potrà procedere alla chiusura della cartella clinica, che deve avvenire al massimo entro 30 giorni dalla dimissione reale del paziente e previa verifica di completezza da parte del medico referente o delegato.

Attualmente, la lettera di dimissione non viene quasi mai rilasciata, fatta eccezione per richieste di continuità terapeutiche importanti, in cui si è preso precedentemente accordi con strutture pubbliche per la continuità terapeutica. Un elemento importante, che funge da deterrente, è la non comunicazione ai sanitari, da parte dell'ufficio Matricola, della scarcerazione del detenuto, per ragioni di sicurezza. Solo nel caso di trasferimento del detenuto il Medico viene informato, per rilasciare il nulla osta alla traduzione, e, solo in questo caso, la comunicazione ai sanitari avviene pochi minuti prima dell'effettivo trasferimento.

E' chiaro che così facendo risulta impossibile procedere con la fotocopia della cartella clinica per il detenuto. Spesso, risulta difficile fornire anche il supporto farmacologico salvavita o di farmaci importanti in continuità terapeutica per i detenuti dimissionari o trasferiti. Essere informati in tempo della dimissione o trasferimento del detenuto sarebbe anche utile per la compilazione di una lettera di dimissione multiprofessionale che coinvolga, oltre ai MdG, anche l'assistenza infermieristica, lo psicologo e psichiatra.

**Proposta di miglioramento**, occorre strutturare secondo le indicazioni previste dalla legge:

- ✓ Cartella Clinica sanitaria

- ✓ Archiviazione nosologica della cartella clinica
- ✓ Copia Conforme
- ✓ Lettera di Dimissione multi professionale

Negli istituti di grandi dimensioni, come per esempio nell'Istituto di Bologna, è stata introdotta in area sanitaria la figura professionale amministrativa, in supporto agli Infermieri e Agenti che, in altri istituti minori, svolgono attività di archiviazione del materiale sanitario e di gestione degli appuntamenti specialistici esterni. Un altro cambiamento che dovrebbe essere introdotto, è la distinzione chiara tra i ruoli sanitari con i ruoli degli addetti alla sicurezza. Indirettamente, anche gli agenti di polizia penitenziaria, figura professionale fortemente in contatto con l'attività sanitaria, grazie alla riforma sanitaria torneranno sempre più a svolgere le sole attività di cui sono responsabili che sono il controllo e sicurezza dei detenuti e, pertanto, si sta completamente delegando medici e infermieri nell'assolvimento di richieste amministrative di tipo sanitario, evitando così agli agenti, di occuparsi di pratiche che comportino la lettura delle cartelle cliniche e/o dati sensibili dei detenuti.

In tal senso sarebbe da abolire il "registro 99" che ancora oggi raccoglie le fotocopie di tutta l'attività sanitaria svolta nell'arco della giornata, gestito dagli agenti di polizia e in passato, oggetto di attenzione da parte della Direzione degli istituti. Questo, in termini di garanzia della privacy, non dovrebbe più esistere.

### **3.2.2 AREA VASTA EMILIA NORD**

Nel 1997, anno del mio incarico in qualità di Infermiera del Ministero della Giustizia, la gestione degli acquisti dei farmaci per i detenuti era gestita attraverso modelli cartacei che prevedevano l'invio al Ministero a Roma delle richieste trimestrali del fabbisogno farmaceutico di ogni istituto.

Una volta autorizzati, si procedeva a contattare le case farmaceutiche per l'offerta del miglior prezzo e successivamente, si procedeva con l'acquisto dei prodotti.

La responsabilità delle richieste e degli acquisti era a firma dei Medici Incaricati.

Al termine di questo paragrafo saranno note le ragioni di quanto questo metodo, durato decenni all'interno delle carceri, significasse rischiare di avere poco controllo in termini di rendicontazione dei beni pubblici.

Dal 2002, la regione Emilia Romagna stabilì degli accordi di collaborazione con le Ausl per l'acquisto dei farmaci tra Ministeri in ambito locale. Fu un primo modo per abbassare i prezzi dei prodotti farmaceutici, e, conseguentemente, per stabilire una linea comune di trattamento con le Ausl di riferimento uscendo così dal circolo, non sempre virtuoso, della dipendenza dalle case farmaceutiche.

Al termine di ogni anno, le Ausl presentavano il conto della spesa farmaceutica e degli esami di laboratorio alle Direzioni degli Istituti penitenziari.

Nel 2011 la regione Emilia Romagna ha avviato il sistema dell'Area Vasta. Si tratta di un sistema di approvvigionamento delle risorse strumentali, sulla base di offerte economicamente vantaggiose stabilite da commissioni di gara, centralizzando gli ordini in tre magazzini distribuiti in regione, che diventeranno punti di riferimento delle rispettive aree: Nord (PC, PR, RE, MO), Centro (BO e FE) e Romagna (FC, RA e RN).

L'elemento fondante alla base di questo sistema di controllo è che gli enti pubblici utilizzano denaro pubblico, perciò gli acquisti devono essere regolati dall'appropriatezza per la finalità del prodotto di cui si ha bisogno, occorre che vi sia il rendiconto dell'impiego di risorse pubbliche, che vengano stabilite le responsabilità nella gestione dei beni, ed infine è importante comprendere che le risorse, sebbene pubbliche, sono limitate.

Le risorse pubbliche devono essere utilizzate con coerenza, secondo l'impiego della pubblica amministrazione, ci deve essere la motivazione all'acquisto del bene e la congruità tra costi-benefici e prestazioni, la tracciabilità del percorso, il controllo degli acquisti ed infine, importante elemento del "governo clinico": la rendicontazione della gestione dei beni.

L'aggregazione della domanda in ambito sanitario ha la finalità di garantire minori prezzi di aggiudicazione (economie di scala) e minor impiego di materiale (economie nelle procedure). L'Area Vasta ha lo scopo di ridurre la duplicazione dei processi, intervenendo nella riduzione dei costi e delle scorte di magazzino,

aumentando il numero di prodotti gestiti, riorganizzando la logistica e mettendo in rete le specializzazioni sviluppate a livello di ogni singola azienda, per garantire la gestione associata dei progetti e suddividere i costi di realizzazione.

Tutte le amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di aderire alle convenzioni stipulate con il CONSIP (società per azioni del Ministero dell'Economia e Finanze che fornisce allo Stato Italiano servizi di consulenza, assistenza e soluzioni mirate nel sistema dell'informatica) salvo l'esperimento di eventuale gara in proprio, che conduca ad esiti di maggiore economicità. Il Consip riferisce all'INTERCENT-ER a livello regionale, che a sua volta invia alle Area Vaste, per terminare alle Ausl e così alle singole strutture sanitarie.

**Proposta di miglioramento:** in concreto, il cambiamento che riguarda le strutture penitenziarie di Modena sta nell'unica richiesta settimanale da inoltrare alla farmacia di Baggiovara il lunedì mattina, il giovedì verrà recapitato negli istituti il materiale richiesto, fatta eccezione per i farmaci antiretrovirali (ARV) e i piani terapeutici di cui si farà richiesta alle rispettive sedi del Policlinico, le richieste in urgenza, che sono tutte quelle richieste di farmaci infrasettimanali che esulano dall'ordine del lunedì, e parte della cancelleria per cui ci serviremo come sempre dal servizio economale di via Cimarosa.

Cambiano i referenti, le modalità di richiesta e il prontuario farmaceutico, ma i presidi da magazzino offrono più scelta di materiale rispetto al precedente.

Il ruolo del logista, unico "corriere" per i tre istituti, deputato al ritiro dei farmaci, cancelleria e refertazioni sanitarie, sarà ridotto alla gestione delle urgenze farmaceutiche, consegna e ritiro esami ematici, ritiro ARV, piani terapeutici e cancelleria. La sua presenza sarà maggiormente spendibile all'interno dell'istituto per attività amministrative, di archiviazione, copie conformi di cartelle cliniche e per l'inventario del materiale.

### **3.2.5 PRODOTTI E FARMACI ACQUISTATI DAI DETENUTI ATTRAVERSO L'AREA SANITARIA**

Sebbene il SSN garantisca ogni tipo di farmaco in classe A (o sostituto) è diritto di ogni detenuto poter acquistare prodotti sanitari a proprie spese.

Salvo rarissime occasioni, previa autorizzazione della Direzione e/o del Comandante dell'istituto, per farmaci salvavita e solo a confezione integra, alcuni prodotti possono essere portati dai famigliari dei detenuti. Ovviamente si tratta di casi del tutto eccezionali, in quanto l'area sanitaria, con le dotazioni Ausl, oppure attraverso richieste farmaco-personalizzate o ancora attraverso il ricettario dei MdG, dovrebbe riuscire a provvedere ad ogni necessità.

La richiesta viene esercitata in forma scritta, deve essere autorizzata dal Direttore e/o Comandante dell'Istituto, previo nulla osta sanitario.

Il controllo delle richieste e l'acquisto dei prodotti e farmaci, nonché la gestione degli stessi è, storicamente ma senza alcun mandato formale, a carico dell'area sanitaria, sebbene comporti un percorso puramente gestionale.

Le richieste dei detenuti, come abbiamo visto opportunamente autorizzate, debbono essere controllate sul piano economico prima di acquistare il prodotto.

Il detenuto deve disporre dei soldi sul conto corrente interno al carcere, perché l'Amministrazione penitenziaria non è tenuta a far credito sulla fiducia.

Il logista dell'istituto, a dipendenza Ausl, si trova a seguire un percorso farraginoso di controllo delle autorizzazioni, ritiro dei fondi al servizio economale del carcere, acquisto dei prodotti nelle farmacie e, non ultimo, gestione con il personale sanitario della consegna del prodotto.

I farmaci, debbono essere prescritti in terapia dal MdG con la dicitura di "farmaci personali" e assunti secondo posologia, i farmaci personali inoltre debbono essere "scaricati" ogni volta che vengono consegnati al paziente, per evitare "ammanchi" non autorizzati e gli infermieri, senza la tracciabilità, rischiano di non aver vigilato sul farmaco dato in gestione all'area sanitaria.

Prima della consegna dei prodotti ai detenuti, occorre fare attenzione che non vi siano oggetti di vetro, in tal caso il prodotto deve essere travasato in contenitori non taglienti.



Come si può comprendere, è un percorso complesso e intricato, la cui responsabilità è affidata per abitudine all'area infermeria, in particolare al logista che cura l'acquisto del prodotto, e all'infermiere che prende in carico i farmaci. Non si trova ragione perché continui ad essere responsabilità del personale sanitario.

**Proposta di miglioramento:** delineare i compiti dell'Amministrazione penitenziaria e del settore sanitario nell'ambito dell'acquisto e gestione dei farmaci personali dei detenuti.

### **3.2.6 DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI SANITARI**

L'igiene ambientale, nelle aree ad uso sanitario, riveste un ruolo di primaria importanza, in quanto elemento peculiare, per creare un ambiente garante del rispetto delle esigenze fondamentali dei detenuti da un lato e degli operatori sanitari dall'altro. Infatti livelli igienici insufficienti possono, ulteriormente, compromettere lo stato dei detenuti e causare danni alla salute degli operatori sanitari. L'idoneità di un ambiente dove si ricevono prestazioni sanitarie, per la persona, sia essa sana che malata, è subordinata ai seguenti requisiti:

- Assenza o livello accettabile di microrganismi patogeni
- Assenza di residui dei prodotti impiegati nei trattamenti di pulizia/sanificazione e disinfezione

Ancora oggi le pulizie nelle aree sanitarie delle carceri sono ad opera di un detenuto lavorante, non istruito sui processi di sanificazione e disinfezione, miseramente pagato dall'Amministrazione penitenziaria, la quale non fornisce gli strumenti idonei ad una corretta igienizzazione degli ambienti.

Attenti studi sistematici sull'igiene degli ambienti ci indicano che gli interventi di sanificazione e disinfezione non devono essere effettuati sempre e comunque.

La scelta dell'una o dell'altra metodica e della frequenza degli interventi dipende non solo dalle caratteristiche strutturali degli ambienti su cui si andrà ad agire, ma, soprattutto, in base alla complessità delle attività sanitarie che si svolgono in quello specifico settore, tenendo presente:

- livello di sporco/contaminazione presente e, quindi, di rischio infettivo connesso
- livello di sanificazione e disinfezione desiderato
- Risorse umane e di materiali presenti e/o disponibili

Per sanificazione s'intende: quella attività che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere salubre un determinato ambiente mediante le attività di pulizia e di detergenza. Si avvale pertanto dell'uso di detersivi per ridurre il numero di contaminanti batterici a livelli di sicurezza su oggetti e superfici. La sanificazione deve essere sempre preceduta dalla decontaminazione nel caso in cui vi sia la presenza di materiale biologico.

La disinfezione è: quella metodica che si avvale dell'uso di disinfettanti per ridurre la contaminazione microbica su oggetti/superfici inanimate per mantenere, per un tempo relativo, il livello di sicurezza, mediante l'applicazione di idonei agenti chimici (disinfettanti).

Nella scheda di osservazione dei tre istituti di Modena, è stata fatta una analisi della pericolosità infettiva nella sola Casa Circondariale in quanto istituto di maggior rischio infettivo per la presenza di specialisti che svolgono attività chirurgiche.

Si è prossimi alla implementazione di un servizio di sanificazione e disinfezione a carico dell'Ausl di Modena con relativo impiego di due o più lavoranti detenuti, che dovranno essere istruiti doverosamente sulle metodiche corrette di igiene.

I metodi, i criteri e la frequenza degli interventi di sanificazione e disinfezione devono essere adattati al grado di contaminazione ambientale ed ai livelli voluti di carica microbica controllata; per questo motivo può essere considerata valida la differenziazione della struttura sanitaria ambulatoriale in tre aree, ognuna

comprendente settori aventi caratteristiche affini e modalità di intervento di sanificazione e disinfezione simili:

- aree a basso rischio: si intendono tali per l'assenza di detenuti e sono rappresentate dagli uffici, aree di transito, servizi amministrativi, depositi, magazzini
- aree a medio rischio: sono aree dove sono presenti i detenuti ed operatori sanitari addetti all'assistenza diretta e dove si eseguono attività sanitarie con un livello basso di invasività
- aree ad alto rischio: sono aree dove sono presenti i detenuti ed operatori sanitari addetti all'assistenza diretta e dove si eseguono attività sanitarie con un livello medio - alto di invasività.

Ogni zona si differenzia per la metodologia di sanificazione e disinfezione e non tanto per la frequenza degli interventi di igiene ambientale.

In Casa Circondariale S. Anna sono state identificate queste tipologie di rischio infettivo ambientale suddivise per metratura:

Tipologia di rischio infettivo ambientale	Basso	Medio	Alto	Totale superficie
m2	438,54	283,8	22	743,85

Gli interventi di sanificazione e disinfezione delle superfici ambientali e degli arredi sono a carico del detenuto lavorante, mentre per ragioni di sicurezza, le attrezzature, gli arredi con materiale di uso sanitario e le apparecchiature sono di competenza del personale di assistenza. Il personale sanitario ha la supervisione dell'attività svolta dal lavorante che, essendo sempre presente in istituto, ha il vantaggio di essere reperibile per qualsiasi intervento straordinario.

L'igiene ambientale deve prevedere interventi giornalieri, settimanali e straordinari imprevedibili e non programmabili.

Oltre ad una idonea formazione, che preveda la certificazione dell'intervento formativo, utile anche al reinserimento del detenuto all'uscita dal carcere, il

lavorante dovrà essere messo in condizioni dall'Ausl di poter svolgere l'attività a lui richiesta, perciò dovrà essere fornito di tutta l'attrezzatura e i prodotti di disinfezione che, sempre per ragioni di sicurezza imposte dall'Amministrazione penitenziaria, dovranno essere gestiti dal personale sanitario.

**Proposta di miglioramento:** il percorso di igienizzazione degli ambienti è già avviato, almeno sulla carta. Fino ad oggi il personale sanitario è stato esposto a rischi di non corretta sanificazione e disinfezione degli ambienti, in particolare per ambulatori quali l'odontoiatria, la dermatologia e l'ambulatorio delle urgenze, ambienti soggetti a contaminazione biologica.

Si dovrà procedere con la formazione del/dei lavoratori che preveda: l'identificazione delle persone in base all'affidabilità e al tempo di permanenza in istituto, infatti sarebbe inutile formare persone che non recepiscano l'importanza del ruolo e che non garantiscano per lungo tempo la continuità del servizio.

La ragione per cui occorre l'intervento di più persone, è per suddividere il "privilegio" di un lavoro maggiormente retribuito rispetto ad altre attività svolte nel carcere e garantire continuità del servizio in caso di scarcerazione e/o traduzione del detenuto.

Il secondo passaggio del progetto è la fornitura del materiale, dopodiché si procederà con la formazione del personale.

Sarà necessario avere in dotazione: scopa trapezoidale, carrello sistema MOP, carrello multiuso, per contenere pannetti monouso, detersivi, secchi di diverso colore per differenziare la pulizia delle superfici, aste telescopiche tergi vetro, lavapavimenti, aspiraliquidi e monospazzole; detersivi inorganici, naturali e sintetici e disinfettanti specifici per ambienti e attrezzature. Tutto questo materiale dovrà essere in gestione alla sola area sanitaria.

Il progetto dovrà essere esteso, oltre che al Sant'Anna, anche negli altri due istituti della provincia ed avrebbe sui detenuti un forte impatto riabilitativo.

### 3.2.7 GESTIONE DEL MATERIALE DA INVENTARIARE

Il passaggio della Medicina Penitenziaria al Ministero della Salute ha creato un distinguo anche nell'attrezzatura in dotazione all'area sanitaria.

I locali presso cui si trovano ad esercitare gli operatori dell'Ausl, sono di proprietà e gestione del Ministero della Giustizia, ciò significa che ogni intervento di manutenzione è sotto la responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria, così come abbiamo visto le pulizie ordinarie degli ambienti.

Nei primi mesi dal passaggio normativo, l'Ausl ha preso in carico le attrezzature sanitarie "etichettandole" con un numero identificativo. Tutto quanto rimane all'interno degli ambienti, che fa parte dell'allestimento degli ambulatori, così come la mobilia, è proprietà del Ministero della Giustizia. Ogni oggetto andrebbe identificato e, se riconosciuto utilizzabile e a norma di sicurezza, andrebbe assunto dall'Ausl, se non a norma e obsoleto andrebbe smaltito o dato con cessioni gratuite ad enti benefici.

Stiamo parlando di vecchie autoclavi mai utilizzate, sterilizzatrici non a norma, presidi fisioterapici e mobili.

Lo saltimento del materiale obsoleto, lascia maggior spazio per l'archiviazione del materiale cartaceo sanitario, suddividendo anche in questo caso le responsabilità di gestione tra prima e dopo la riforma.

L'inventario ha una valenza:

- ✓ *contabile*, cioè serve dal punto di vista economico con le attribuzioni di centri di costo;
- ✓ *patrimoniale*, con la registrazione dei beni si costituisce parte del patrimonio aziendale
- ✓ *gestionale*, che riguarda le manutenzioni, le sostituzioni e la tracciabilità delle apparecchiature.

La dotazione della strumentazione e delle apparecchiature presenti presso una unità operativa e la loro evidenza documentale sono anche requisito di valutazione per l'eventuale accreditamento della struttura.

Che utilità ne ha il personale sanitario in questa normalizzazione?

**Proposta di miglioramento:** occorre mettere in chiaro le responsabilità di gestione del materiale in caso di infortunio, infatti a seconda che il danno venga esercitato con un oggetto di appartenenza al Ministero della Giustizia o al SSN, l'attribuzione del danno cambia. La responsabilità dovrebbe essere definita in modo formale.

Occorre procedere con un inventario di tutto il materiale in modo strutturato, dopodiché procedere con la cessione gratuita delle apparecchiature in uso al SSN e, per il materiale non in uso, la donazione ad enti benefiche.

## SINTESI DELLE PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

<b>CONTESTO</b>	<b>CRITICITA'</b>	<b>PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO <u>ASSISTENZIALI</u></b>
<b><i>STRANIERI</i></b>	Elevata presenza numerica e promiscuità culturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppare competenze nella Medicina delle Migrazioni, per essere in grado di comprendere i segnali sommersi del disagio culturale</li> </ul>
<b><i>TOSSICODIPEN DENZA</i></b>	Quasi la metà dei detenuti è tossicodipendente, in età giovane e dipendenti da molteplici sostanze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare correttamente il tossicodipendente e la dipendenza</li> <li>• Creare gruppi di auto-aiuto che fin dalla permanenza in carcere consentano il recupero dalle sostanze stupefacenti e il reinserimento esterno</li> <li>• Equipe condivise</li> </ul>
<b><i>PSICHIATRIA</i></b>	Il carcere "è" disagio psichico multiculturale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare il disagio psichico da "prisonizzazione", dalla malattia mentale vera e propria.</li> <li>• Costituzioni di equipe multi professionali di osservazione psichiatrica</li> </ul>

<b>RISCHIO SUICIDARIO</b>	Elevato nelle prime settimane della carcerazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulteriore visita in seconda giornata dal MdG, vista della Psicologa Nuovi Giunti e osservazione multidisciplinare dei casi complessi</li> <li>• Istituzione di una stanza Nuovi Giunti specifica di osservazione, nella sezione Transito</li> </ul>
<b>GRUPPI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE</b>	Necessità di informare gli utenti sull'argomento salute e sui servizi Ausl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interazione tra detenuti, volontari, esperti e operatori sanitari Ausl, in lavori di gruppo</li> <li>• Produzione e divulgazione di materiale educativo</li> </ul>
<b>RICHIESTA PER ACCEDERE AI SERVIZI SANITARI</b>	Attività infermieristica sovrapposta tra richiesta di visita medica e somministrazione della terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel giro della terapia serale, distinguere il momento della richiesta di visita medica, dalla somministrazione della terapia</li> <li>• Affiancamento del MdG all'Infermiere durante il "giro nelle sezioni" per concorrere alla soluzione di problemi imminenti e ridurre le visite mediche del mattino</li> </ul>
<b>TERAPIA</b>	Somministrata o Distribuita?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segnalazione corretta della diversa tipologie di somministrazione della terapia: a vista, libera e al bisogno</li> <li>• Estensione delle indicazioni del Direttore Sanitario Ausl a tutti e tre gli istituti</li> <li>• Contenimento della soluzione farmacologia</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare maggior compliance tra paziente e somministrazione</li> </ul>
<b>EMERGENZE</b>	Urgenze degli utenti e possibili maxi-emergenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire le corrette procedure di gestione delle emergenze e percorsi/ protocolli condivisi con gli addetti alla sicurezza</li> <li>• Simulazione di casi</li> </ul>
<b>REPARTO "I CARE"</b>	Perdita nel tempo della specificità di reparto di aderenza terapeutica HIV+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridefinire l'utilità del reparto che negli anni ha assunto la valenza di infermeria per pazienti complessi</li> <li>• Promuovere attività di auto-aiuto ed educative, integrate con varie professionalità anche esterne al carcere</li> </ul>

<b>CONTESTO</b>	<b>CRITICITA'</b>	<b>PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO GESTIONALI E ORGANIZZATIVE</b>
<b>MEDICINA LEGALE</b>	Privacy Cartelle cliniche Lettera di dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituire il foglio della privacy</li> <li>• Costituzione di una cartella clinica multiprofessionale</li> <li>• Archiviazione nosologica delle cartelle cliniche nel detenuto dimesso e copia conforme della cartella clinica nel paziente transitante</li> <li>• Istituire la lettera di dimissione multiprofessionale</li> <li>• Abolizione del "registro 99"</li> </ul>
	Nuovo sistema di	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrare in un'unica richiesta i</li> </ul>



<b>AREA VASTA EMILIA NORD</b>	approv.to e gestione delle urgenze	fabbisogni settimanali <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestire le richieste straordinarie da nuovi ingressi</li> <li>• Ridefinire i percorsi del logista che non effettuerà più il trasporto farmaci</li> </ul>
<b>FARMACI ACQUISTATI DAI DETENUTI</b>	Servizio “alberghiero” che dovrebbe essere soddisfatto dal Ministero della giustizia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridefinire le responsabilità del settore sanitario nell’acquisto dei prodotti e farmaci</li> </ul>
<b>SANIFICAZIONE AMBIENTALE</b>	Non esiste un servizio di sanificazione e disinfezione degli ambienti sanitari, ma solo un servizio di pulizia generica finanziata dalla struttura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare con l’Amministrazione P. almeno due detenuti che possano essere assunti dall’Ausl nel progetto di sanificazione</li> <li>• Fornire e gestire tutto il materiale necessario in carico all’Ausl</li> <li>• Istruire i lavoranti e affiancati negli ambiti di non pertinenza nell’esercizio dell’attività</li> <li>• Supervisionare il detenuto-lavorante nel corretto svolgimento della mansione</li> </ul>
<b>GESTIONE DEL MATERIALE DA INVENTARIARE</b>	Gestione del materiale mista tra i due ministeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventariare il materiale definendo la responsabilità di gestione</li> <li>• Cessione al SSN e/o Enti benefiche</li> </ul>

## **CONCLUSIONI**

Sono passati solamente tre anni dalla riforma, non si può sperare di completare velocemente tutte le tappe di un passaggio così importante.

Tanto, tantissimo si deve ancora fare perché si vedano tutti i lati positivi del cambiamento legislativo. Dominano la stanchezza e la resistenza al cambiamento, che è una manifestazione di difficoltà ad adattarsi ad una nuova situazione, soprattutto da parte di alcuni interlocutori appartenenti alla precedente gestione, rispetto alle nuove metodologie di lavoro.

La difficoltà al cambiamento dipende anche da problemi oggettivi, non solo dalle resistenze umane. Occorre adattare la nuova visione di medicina ad un sistema di per sé rigido, sovrastrutturato, verticistico e dedito alla “obbedienza per ordini imposti”.

Malgrado la mia stanchezza e le mie resistenze, è in me assoluta l’approvazione di questo cambio gestionale. In realtà, lo aspettavo da anni.

Nei primi tempi del passaggio, ho vissuto il timore del giudizio da parte dei nuovi operatori Ausl rispetto ad alcune consuetudini che io stessa avevo cercato di cambiare per anni dall’interno del sistema. Temevo di essere coinvolta in una valutazione a tutto campo, di essere così confusa con altri operatori rispetto ad alcune gestioni dei beni e del personale che io stessa valutavo non particolarmente limpide. Ad oggi, il timore ha lasciato spazio all’azione: la presenza di un Servizio Infermieristico di riferimento, la costituzione di un Gruppo Infermieristico Regionale, la presenza di validi interlocutori Medici, garantiscono il rinnovamento della Medicina Penitenziaria, in adeguamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

I problemi da affrontare sono tanti e, ogni volta che si cerca ottimizzare un sistema di lavoro, emergono complicazioni imprevedute che rendono molto faticoso il percorso di innovazione.

Al sistema lavorativo precedente alla riforma, si aggiungono nuovi ordini di servizio sanitari, della sicurezza e della direzione, conseguentemente nuove responsabilità e un necessario aumento di attività per il personale.

Nuova è anche la struttura detentiva al S. Anna, capace di ospitare dai 150 ai 300 detenuti, una sorta di istituto nell'istituto. Dal punto di vista sanitario sarà da prevedere un presidio distaccato, con tanto altro personale.

Come abbiamo visto nella situazione precedente alla riforma, l'area sanitaria era parte integrante di un sistema che, implicitamente, era fortemente autoreferenziale. Con la riforma si sono messe in atto importanti tutele, supportate da un sistema ben definito di norme in ambito sanitario, ma ha anche creato una scissione fra il servizio sanitario e le altre aree del sistema penitenziario.

Non siamo più tenuti a rendere conto del nostro operato alla Direzione degli Istituti, eliminando così il bisogno di complicità, piuttosto dobbiamo rispondere al mandato dei singoli ruoli sanitari e all'Ausl per committenza, in collaborazione e sinergia con tutto il contesto.

Ancora oggi, in questa fase di definizione degli spazi di azione, è prevalente la fiducia che si instaura attraverso la conoscenza reciproca delle persone, con il tempo, mi auguro ci sia una sempre maggiore professionalizzazione in ambito sanitario-penitenziario, così da lasciar minor spazio al rischio di chi si espone in una realtà di fatto nuova, come questa per l'Ausl e che si sta costruendo sull'esperienza e sul livello di "esposizione" degli operatori.

Credo di poter affermare, senza timore, che l'attività sanitaria in carcere è oggi sviluppata solamente in una minima parte rispetto a quanto si potrebbe fare. Per questo motivo andrebbe rivisto il numero di presenze del personale sanitario che, ad oggi, appare appena sufficiente per far fronte alle necessità di base: dovremmo definire l'importanza della prevenzione, la costituzione di gruppi di lavoro interattivi e multidisciplinari, occorrerebbe informare e formare i detenuti alla salute fisica e mentale, sarebbe necessario dare strumenti per allenarsi al prendersi cura di sé, fornire nozioni di igiene e di conoscenza del proprio corpo, così come informare all'uso consapevole dei farmaci, di cui in carcere si fa da sempre abuso, sarebbe utile istituire un servizio di colloquio sanitario con i familiari dei detenuti...un grande lavoro da pensare e riprogrammare, approfittando anche dell'opportunità che questo cambiamento legislativo offre.

Proprio per la complessità della situazione, occorrerà lasciare il tempo che le azioni degli operatori, supportate dai Servizi dell'Ausl, dalle Linee Guida e Procedure, costituiscano Piani di Lavoro scientificamente validi, sistematici, condivisi e tutelanti per i pazienti e per gli operatori. E' una innovazione quotidiana, da qui la mia tesi che mi auguro, al termine delle compilazione, possa essere, almeno in parte, superata dalla messa in pratica, ogni giorno, di azioni di miglioramento condivise.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Libri**

- AA.VV. (1983) *“Articolo 90 la paura”* Firenze, Laterza Editore
- Antonio Gramsci (1988) *“Lettere dal Carcere 06/03/1933”* Editrice l'Unità
- Geraci, Marceca, Mazzetti (1995) *“Argomenti di medicina delle migrazioni in Italia”* Ed. Busseto
- Gianfranco Garavaglia (1986) cit. *“Argomenti di Psichiatria e Antropologia criminale”*
- Michel Foucault (1976) *“Sorvegliare e punire. Nascita della prigione”* Ed Einaudi
- Nicola Valentino (1994) *“Ergastolo: I linguaggi della medicina come codici di controllo sul corpo”* Ed. Sensibili alle Foglie
- Paolo Pancheri (1980) *“Stress, emozioni e malattia”* Ed. Mondadori

### **Articoli, Circolari, Citazioni**

- Circolare Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del 13 Dicembre 2001
- Codice penale
- Conferenza Unificata Stato/Regioni 20/11/2008
- Costituzione Italiana
- DSM IV
- Forum sulle Migrazioni del 2011

- Giorgio Napolitano (28 Luglio 2011) *“Convegno “Giustizia! In nome della Legge e del Popolo sovrano”* La Repubblica
- Antonella Barina (22 Aprile 2011) *“Le nostre carceri scoppiano e l’Europa ci accusa di tortura”* La Repubblica
- Luigi Manconi (29 Luglio 2011) articolo, L’Unità
- Ordinamento dell’ Amministrazione Penitenziaria
- Ordine di servizio n°18 del 27.06.2011, Direzione Casa Circondariale S. Anna, dr.ssa R. A. Casella
- Piano Attuativo Locale 2011-2013 Ausl Mo
- Sanità Penitenziaria: Monitoraggio Regionale sull’attuazione del DPCM 1° aprile 2008, ed. Regione E.R. 12/2010
- Zucchi F. Tesi (2008-2009) *“Stranieri trattenuti” Master Transculturale-Multiethnico*

## SITOGRAFIA

[www.ministerodellagiustizia.it](http://www.ministerodellagiustizia.it) consultazione maggio 2011

[www.nuoviorizzonti.it](http://www.nuoviorizzonti.it) consultazione luglio e ottobre 2011

[www.pal.provincia.modena.it](http://www.pal.provincia.modena.it) consultazione agosto 2011

[www.regionemiliaromagna.it](http://www.regionemiliaromagna.it) consultazione luglio 2011

[www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it) consultazione giugno 2011