

INFERMIERI PENITENZIARI

**LAVORARE IN CARCERE:
UN RIPIEGO O UNA
OPPORTUNITÀ**

**“La medicina penitenziaria
a un anno dal D. Lg. 230/99”**



IPASVI - ROMA

INDICE

Presentazione	5
<i>(Gennaro Rocco)</i>	
Aspetti storici: ruolo della Chiesa e presenza nel percorso rivolto all'assistenza sanitaria in carcere	7
<i>(Maria Pia Tozzi)</i>	
La relazione di aiuto nel rapporto con il detenuto	11
<i>(Laura Tienforti)</i>	
Epidemiologia penitenziaria	15
<i>(Andrea Franceschini)</i>	
Lavorare in équipe	19
<i>(Gino Maria Bravini)</i>	
Testimonianza di un'esperienza	23
<i>(Doriana Giordani)</i>	
Lettera degli studenti infermieri dell'Ospedale San Pietro F.B.F. di Roma	25
<i>(Angelo Di Nunzio - Tiziana Fossatelli)</i>	
Quale sanità per il Sistema Penitenziario Italiano	27
<i>(Sandro Quaglia)</i>	
Lavorare in carcere: cosa è cambiato oggi?	32
<i>(Gli infermieri di Regina Coeli)</i>	
Ritardi ed omissioni nell'applicazioni del D.Lg. 230/99	35
<i>(Sandro Quaglia)</i>	
Tavola Rotonda	38
<i>(Michela Mancini)</i>	
Relazione sul coordinamento del Servizio Infermieristico	40
<i>(Tamara Mattei)</i>	

Tavola Rotonda	43
<i>(Francesca Ferrara)</i>	
Tavola Rotonda	45
<i>(Salvatore Ludovico Ariosto)</i>	
Infermiere: formatore ed educatore sanitario	47
<i>(Gino Maria Bravini)</i>	
Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n°230	51
Il Servizio Infermieristico negli Istituti di Prevenzione e di Pena - Documento di Lavoro - PROGETTO	67
Patto Infermiere Cittadino	79

PRESENTAZIONE

Gennaro Rocco - Presidente del Collegio IPASVI di Roma

La fase sperimentale nel trasferimento delle funzioni concernenti la salute dei detenuti, dall'amministrazione penitenziaria alle Aziende USL del Servizio Sanitario Nazionale, è stata avviata in tre regioni: Toscana, Lazio e Puglia, con il Decreto Interministeriale Sanità-Giustizia-Tesoro-Funzione Pubblica del 20 aprile 2000. Per la verità in ritardo rispetto alle disposizioni del Dls 230/99, che ne prevedeva l'avvio entro 30 giorni.

D'altra parte si tratta di passaggio delicato e importante, al quale gli infermieri, circa 2000 tra dipendenti e liberi professionisti in forza al 1° gennaio 2000, prestano particolare attenzione. Gli aspetti rilevanti sono:

- individuazione del personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al SSN, secondo le forme e le procedure definite in sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali;
- trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria, dal 1° gennaio 2000, con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, del relativo personale, delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali, nonché delle risorse finanziarie;
- sperimentazione di un graduale trasferimento delle restanti funzioni sanitarie in almeno tre regioni e, al termine della fase sperimentale, in tutto il territorio nazionale.

La riflessione e la discussione circa gli investimenti che la piena attuazione del Dls 230/99 e del decreto correttivo richiede al ruolo dell'infermiere, interpretato alla luce delle leggi 42/99 e 251/2000, è l'obiettivo del II Convegno Nazionale "La medicina penitenziaria a un anno dal D. Lgs 230/99" organizzato dal Collegio IPASVI di Roma in collaborazione con l'ACOS e realizzato, il 10 novembre 2000, presso la Casa Circondariale "Regina Coeli".

A distanza di un anno dal I Convegno Nazionale "Lavorare in carcere: un ripiego o un'opportunità", gli obiettivi originari si sono rafforzati: occorre diffondere la consapevolezza dei cambiamenti in atto e assumere un atteggiamento propositivo per ottimizzare le prestazioni di promozione della salute e di cura negli istituti penitenziari. Tuttavia occorre anche denunciare le gravi carenze negli organici, in particolare di quelli infermieristici, e gli scarsi investimenti in termini di formazione, sviluppo e organizzazione delle risorse umane.

Diamoci appuntamento tra un altro anno per allargare ulteriormente il confronto e valutare i risultati ottenuti.

Gennaro Rocco

ASPETTI STORICI: RUOLO DELLA CHIESA E PRESENZA NEL PERCORSO RIVOLTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA IN CARCERE.

Maria Pia Tozzi,

Segretaria del Centro Diocesano di Roma,

ACOS (ASSOCIAZIONE CATTOLICA OPERATORI SOCIO SANITARI).

Siamo qui oggi , ospiti per la prima volta in questo complesso penitenziario per presentare e far conoscere all'opinione pubblica, una fascia di operatori sanitari che da molti anni lavorano per gli **Istituti di Pena** il loro lavoro fino ad oggi si è svolto silenzioso tra le mura delle carceri, che oltre ad essere chiuse agli uomini hanno carcerato anche i gravi problemi che riguardavano e riguardano tuttora questi professionisti.

L'ACOS e l'IPASVI di Roma, hanno sentito la necessità di occuparsi del problema, ed insieme ai colleghi infermieri che lavorano nei penitenziari cercare una svolta e una valutazione professionale degna.

Elaborare moduli specifici per la formazione e l'aggiornamento professionale.

Piani di lavoro anche sperimentali di assistenza ovviamente rivolta ai reclusi.

La relazione che presento sarà un passaggio storico che sottolineerà quanto la chiesa ha fatto per recare conforto e migliorare le condizioni di vita dei detenuti e di tutti coloro che sono preposti alla custodia.

Andiamo indietro nel tempo, e già nel 320- che Costantino Imperatore cristiano, emanò un'ordinanza che potrebbe essere definita primo emendamento carcerario: l'ordinanza enunciava che gli uomini e le donne recluse, dovevano essere divise le une dagli altri, e le catene che li tenevano prigionieri, dovevano essere più leggere e meno costrette, dando modo all'individuo di muoversi, fece anche costruire specifici cortili, attigui alle prigioni, per permettere il passeggio e l'ora d'aria.

Nei secoli che seguirono, questo emendamento fu adottato da molti altri paesi, e non subì sostanziali modifiche.

Più tardi, nel 1200, fu affidata ai monaci la custodia dei reclusi, essi resero disponibili le celle dei loro monasteri, introducendo così il sistema cellulare che sostituì, da allora, la reclusione in luoghi angusti, malsani e privi di luce.

Inoltre erano affiancati per quanto riguarda la custodia vera e propria, da uomini assoldati dal Potente del luogo.

La storia riporta notizie di epidemie indicibili, tipo la peste. Nelle carceri il fenomeno fu circoscritto proprio grazie a tutte le regole igieniche rispettate, e i monaci insegnarono ai detenuti, che la prima regola era la pulizia, sia della persona che dell'ambiente in cui vivevano.

Anche queste divengono norme che tuttora sono in vigore.

Nel medio evo, ci sono ancora grandi esempi di sensibilità da parte della chiesa ai gravi problemi della detenzione. E' Papa Sisto v, che fece istituire le carceri pubbliche, perché fino a quel tempo esistevano carceri che erano di proprietà dei Signori del tempo, possiamo immaginare come i soprusi erano all'ordine del giorno, un esempio, sono alcune carceri romane, appartenute alla famiglia Savelli.

Il Papa fece anche separare i condannati a pena definitiva, dai detenuti in attesa di giudizio, anche questa norma è 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.

Affidò questo ai Gesuiti, che insieme alle persone che abitavano nei pressi delle carceri, in particolar modo i bottegai, si curavano dei ristretti in tutti i loro bisogni. Per meglio riuscire in ciò, i bottegai si organizzarono in confraternite, che unendosi a loro volta formarono il sodalizio. All'interno di questo veniva organizzato il volontariato e con l'autotassazione provvedendo alla richieste pecuniarie delle varie confraternite.

In questo modo oltre che curare i reclusi riuscirono ad occuparsi anche dei loro familiari, in modo particolare dei bambini, creando istituti di accoglienza dando conforto e insegnando loro un mestiere per dare modo ai figli di non fare gli errori dei padri.

Sensibilizzavano, inoltre, l'opinione pubblica, chiedendo e raccogliendo offerte per i loro assistiti.

Nel 1929, con il Concordato fra Stato Italiano e Santa Sede, le confraternite per la maggior parte verranno riconosciute Enti Pubblici.

A seguito tra i primi anni Trenta e la fine della guerra, ci sarà un periodo buio, vissuto drammaticamente, sia dai detenuti che dagli operatori carcerari.

Solo negli anni cinquanta, l'amministrazione penitenziaria, rivolgerà attenzione ai problemi sanitari, e elaborerà una sostanziale riforma, riguardante i medici penitenziari, gli infermieri, invece erano considerati operai specializzati.

L'assistenza infermieristica era demandata per la maggior parte a gli agenti di custodia, che su sommaria selezione o particolari attitudine erano scelti a svolgere questo servizio.

Dopo un breve aggiornamento teorico –pratico, gli agenti seguivano le infermerie e assistevano i detenuti, senza che loro stessi fossero tutelati da eventuali rischi che l'assistenza comporta.

Negli anni sessanta-settanta, l'amministrazione penitenziaria, permette che nella struttura carceraria, entrino a lavorare infermieri civili in possesso di Diploma di infermiere, e appartenenti ad una struttura ospedaliera, per affiancare gli agenti infermieri, inadeguati alle emergenze ecc.

Tali infermieri civili, avevano però un libero rapporto professionale, perché era assente ogni forma contrattuale.

Per l'assenza del contratto è chiaro che tale tipo di lavoro risultava accettato solo per arrotondare lo stipendio, nonostante ciò molti di tali infermieri riuscirono a formare all'interno delle sezioni, piccole equipe che coinvolgevano il personale di custodia, gli psicologi il medico responsabile, organizzando così con la loro esperienza e le nuove tecniche di assistenza, piani di lavoro più idonei e specifici.

Nel 1997, fu emanata la legge che regolamentava l'attività intramoenia, quindi gli infermieri che svolgevano il secondo lavoro in carcere non autorizzati dal-

le strutture da cui provenivano , dovettero lasciare il carcere e tutto quello che fino a quel giorno avevano insieme a gli altri realizzato e creduto in un miglioramento della struttura,.

Gli infermieri che invece non avevano la seconda attività rimasero a svolgere silenziosamente il loro lavoro, senza avere nessun vantaggio dallo stravolgimento che questa legge ha portato, questi colleghi hanno continuato a mantenere il rapporto libero professionale , non hanno mai percepito nulla che potesse salvarli da ogni forma di rischio , anzi da quello che percepivano e percepiscono debbono sottrarre tutto ciò che sono tasse (IVA, IRPEF, ASSICURAZIONE di INDENNITA'), si trovano di contro a non avere alcuna di quelle garanzie che hanno invece gli operatori di ruolo. Sappiamo di infermiere che hanno lavorato e lavorano in stato di gravidanza e che per loro non vi è nessuna tutela alla maternità. No oggi , come cattolici che sono sempre stati attenti e sensibili ad attivi (il percorso storico lo ha evidenziato), non possiamo rimanere a guardare o semplicemente ad ascoltare le voci di questi colleghi, senza fare nulla.

Lo spirito dell'associazione che rappresento e di collaborare insieme alla istituzioni a far si che non ci siano categorie di professionisti e lavoratori che non siano tutelati dalle stesse istituzioni.

Siamo molto attenti anche al passaggio che sta per avvenire con l'introduzione del SSN all'interno dei penitenziari, a riguardo dell'assistenza sanitaria, la gestione dell'assistenza sarà di competenza delle ASL di zona, dove si trova il carcere, inoltre viene proposto che nell'organico , oltre al personale di ruolo , venga assorbito anche il personale a rapporto libero professionale, sappiamo che le ASL, hanno proposto a questi infermieri lo stesso trattamento che tuttora hanno con il Ministero della Giustizia. Proponiamo come Associazione Cattolica e Collegio infermieri, che a questi professionisti, siano riconosciuti gli stessi diritti degli infermieri di ruolo.

La storia si ripete, sono i cattolici che evidenziano e abbracciano una causa così importante, proponendo e mettendo a disposizione strumenti che permettono di essere al passo con i tempi e vivere con orgoglio e dignità l'alternativa di lavorare in carcere ed essere al servizio degli ultimi.

LA RELAZIONE DI AIUTO NEL RAPPORTO CON IL DETENUTO

D.ssa Laura Tienforti Psicologa-Psicoterapeuta

E qui utile fare una premessa poiché; quanto sto per accennare si basa su un modello di approccio integrativo di due punti di vista:

- punto di vista teorico: la mia posizione si fonda sulla personale **formazione** professionale e sulla letteratura psicologica e psicoterapeutica, sui seminari, convegni, studi multidisciplinari ecc. che oggi sempre più si stanno intensificando e che permettono il confronto immediato e continuo delle varie posizioni teoretiche (un inciso la mia personale formazione professionale ha un training di tipo psicanalitico successivamente aggiornato sulle psicoterapie brevi) ed un parallelo training formativo di tipo rogersiano che nell'approccio psicologico al detenuto - a mio parere - aiuta moltissimo se non è addirittura necessario (empatia, autenticità, ecc.);
- punto di vista pratico: si fonda sulla mia personale **esperienza professionale ed assistenziale** nonché su quella dei numerosi colleghi e studiosi di altre (e analoghe) discipline che si interessano della persona del detenuto e con i quali puntualmente analizzo le varie problematiche inerenti il detenuto e la vita penitenziaria al fine di ottimizzarne i risultati.

Questi due aspetti interferiscono ed interagiscono spesso nel nostro lavoro.

L'attività psico-trattamentale (e così la relazione di aiuto) nell'istituzione Penitenziaria è di particolare importanza poiché la maggior parte dei soggetti atti a delinquere, manifestano una sintomatologia legata sia a fattori socio-culturali che affettivo-relazionali.

La relazione di aiuto verso una persona (paziente, individuo, cliente ecc. -il nome cambia appunto a secondo della formazione professionale dell'operatore, del settino che si struttura ecc.) può essere attuata con diverse tecniche e dispositivi a secondo del punto di vista teorico/pratico a cui il professionista fa riferimento. Ma la relazione di aiuto deve comunque avere un unico obiettivo:

“**L'EFFICACIA DELL'AIUTO** che deve condurre **AL CAMBIAMENTO**, psichico e comportamentale, positivo cui si mira e per il quale la persona richiede il nostro intervento.

La relazione di aiuto prevede appunto una relazione psicologica/psicoterapeutica (emotiva -empatica), di solito duale, in cui coloro che fanno richiesta (e sottolineo farne richiesta) dovranno ottenere dei vantaggi (anche se minimi) tramite tale relazione e quindi tramite il consulente/professionista.

Quindi” noi” (psicologi-operatori in genere) ci mettiamo a disposizione dell’altro(nel nostro caso del detenuto) per raggiungere insieme un certo obiettivo che di solito è quello del benessere psico/fisico dell’interessato.

La relazione di aiuto con il detenuto diventa un po’ più complessa, in quanto il percorso per avviare qualsiasi forma di intervento psicologico nel penitenziario, a mio parere, é già all’inizio perverso poiché ad esempio; l’istituzione prevede che il professionista che effettua il primo colloquio con il soggetto incriminato non deve essere lo stesso che poi dovrà prenderlo in carico per i successivi colloqui di sostegno e/o per l’eventuale osservazione e trattamento (non si tiene conto dell’imprinting ma, attualmente, qualcosa sta già cambiando).

Inoltre, un altro elemento di particolare rilevanza negativo, e degno di attenzione, è uno dei dispositivi del setting: l’ambiente, dove e come si svolgono i colloqui (ambienti poco gradevoli, deprimenti, con barriere fisiche ecc.).

Ancora, é da tenere presente che il soggetto non é quasi mai automotivato alla consultazione dello psicologo (e/o operatore); aggiungo che -per la mia formazione professionale - il fatto che il detenuto spesso (anzi quasi sempre, specialmente per il primo colloquio all’entrata in Istituto) non e’ lui che richiede la relazione di aiuto(ecco perché sopra ho sottolineato il problema della richiesta che è poi la motivazione), per me ciò è molto importante poiché sono convinta che il primo colloquio é notevolmente strategico e propedeutico all’avvio di una precoce e positiva alleanza “psicoterapeutica” (o di sostegno, o di aiuto o di consulenza). QUESTO PUNTO É DETERMINANTE!! A tale riguardo è facile comprendere come le modalità in cui si svolge il colloquio diventano altrettanto significative e determinanti. A confronto di quanto asserisco, potrei descrivere un “caso “ di come tale perversione di trattamento iniziale e di setting possa inficiare e/o ostacolare un buon imprinting nella relazione psicologica terapeutica nell’istituzione carceraria ma, per ovvii motivi di tempo mi riservo di farlo in altra occasione.

Da ultimo, ma non certo per importanza, c’è da considerare che in particolar modo nel settore penitenziario l’approccio - sanitario, psicologico e pedagogico- al detenuto dovrebbe ampiamente prevedere un’operatività di equipe che invece- a mio avviso- ritengo tuttora sporadica, piuttosto latente e lasciata alla “buona volontà (e capacità) di pochi professionisti, ben intenzionati, se non “ utopisti” fautori di tali dinamiche lavorative.

Come interviene lo psicologo all'interno dell'istituto detentivo? (È utile fare una breve panoramica dei vari Servizi: Nuovi Giunti- Osservazione e Trattamento Osserv.e Tratt. Per T:D).

Settore Nuovi Giunti:

- per primo c'è da dire che siamo i primi operatori che il detenuto vede in borghese (senza divisa; senza camice) e ciò è piuttosto rilevante;
- la finalità dell'approccio è quella di aiutare la persona cercando di diminuire e/o arginare lo stato ansioso (e/o abnegare l'angoscia spesso reattiva allo stato detentivo attuale) e di determinare il migliore inserimento ambientale per poterne favorire l'adeguato adattamento (si cerca di identificare lo spessore di etero ed autolesionismo persistente nel soggetto al momento del colloquio); c'è da considerare che al momento dell'arresto il detenuto viene sradicato, in un attimo, dal proprio "spazio vitale" ed ovviamente dalla sfera affettiva; c'è una netta amputazione emotiva/affettiva e sono ormai noti gli effetti di tale privazione (Bowlby); per parafrasare il Prof Vittorino Andreoli oserei dire che per il detenuto sembra che si realizzi **l'agonia del desiderio**: il desiderio è un progetto, spesso il carcere fa pensare che per "Te/Lui" i progetti sono finiti; noi dobbiamo "aiutare il detenuto" a non rinunciare al desiderio e continuare a progettare; **bisogna rinnescare la forza/bisogno di desiderio**;
- porsi in "attento ascolto" a ciò che egli verbalizza (e non -vedi casi in cui il detenuto attua un certo mutismo, anche questo ha un comportamento ed un significato ben preciso);
- aiutarlo ad esprimersi senza preceder/o nell'esposizione verbale;
- nel racconto e cercare di risponder adeguatamente in modo che l'individuo si accorga di essere seguito e che siamo interessati a quanto dice;
- usare un linguaggio facile e comune (termini tecnicismi possono usare nella stesura della relazione che, nel nostro caso, va compilata dopo il colloquio);
- prescrivere, laddove si ritiene necessario, ulteriori colloqui e/o "sistemazioni protette" con relativa presa in carico dagli altri Servizi Psicologici;

ci sono elementi più specifici che vado ad analizzare (insieme a dei piccoli test psicologici usati in casi particolari) ma quanto sopra esposto per il colloquio di primo ingresso è già sufficiente per poter aiutare l'individuo ad accettare il soggiorno detentivo.

Settore Osservazione e Trattamento:

- il percorso psicologico in questo caso ha -oltre alle stesse finalità del precedente- soprattutto lo scopo di favorire e promuovere una più approfondita esplorazione del vissuto del-

l'interessato in termini di vita relazionale in cui il ruolo principe é svolto dal “rapporto emotivo/affettivo”;

- per fare ciò bisogna saper “ascoltare empaticamente” (questo implica tutto un training formativo alle spalle del professionista/consulente/terapeuta/educatore ecc.) e ciò significa che lo psicologo attraverso atteggiamenti sinceri ed autentici ascolta con altre parole gli stessi sentimenti comunicati dall'interessato e contemporaneamente prendere coscienza di quelli provati da se medesimo (controtrasfert) e lavorare anche su questi con una adeguata elaborazione,
- nel caso della persona atta a delinquere (e qui c'è da fare una distinzione tra coloro che recidivano e coloro che hanno una prima e sola circostanza a delinquere) ho già esposto prima quali sono le iniziali difficoltà che si interpongono ad un proficuo processo di relazione di aiuto con gli operatori preposti a tale compito e vorrei qui soffermarmi per poter porre l'accento su modello di intervento che preveda un maggiore coinvolgimento delle diversificate figure professionali che operano all'interno degli Istituti cosiddetti di “pena” (a questo vocabolo io stessa spesso do un significato poco simpatico). Mi chiedo: perché gli psicologi non hanno mai incontri professionali con il settore medico-sanitario (medici-infermieri)? Perché chi opera nel settore N:G: non ha mai incontri professionali con i colleghi dei settori Oss.e Tratt.? (intendo qui incontri strutturati e stabiliti da opportune normative); non si interagisce con gli Assistenti Sociali, con gli educatori, per non parlare degli psichiatri?! Insomma vorrei dire che nel settore Penitenziario si nota un notevole scollamento professionale tra i vari settori che intervengono sul e per il detenuto; pertanto ritengo che vi sia un'enorme ed urgente necessità di una collaborazione, interazione e cooperatività più pregnante da parte di tutte le figure professionali che operano negli Istituti Detentivi.

A tale riguardo però, è doveroso riconoscere da parte mia (lavoro nelle carceri dal 1985), che il settore penitenziario sta attraversando una fase transitoria e di imminente evoluzione spero che si prefiguri un futuro in cui le risorse preposte “alle cure” del detenuto dovranno univocabilmente e sinergicamente interagire con il precipuo scopo del recupero e del benessere psico/fisico del soggetto e non (come avviene ora) con le uniche finalità di poter stabilire le possibili ed eventuali misure alternative alla pena di reclusione.

EPIDEMIOLOGIA PENITENZIARIA

Dr. Andrea Franceschini, Dirigente Sanitario C.C Regina Coeli.

Per la stesura dei decreti di attuazione della Legge 230 del Luglio 99, riguardante il passaggio della Sanità Penitenziaria al SSN, è stata creata una commissione cui sono stati affidati i compiti di individuare le figure professionali interessate dal passaggio, tra le quali, ovviamente, sono stati compresi gli infermieri, e con il compito di provvedere alla stesura del Progetto Obiettivo per la tutela della salute dei detenuti ed internati.

Nell'affrontare il Progetto Obiettivo, diversi membri della commissione, privi di esperienza penitenziaria, hanno chiesto notizie sull'epidemiologia penitenziaria per individuare le necessità e le risorse adeguate al raggiungimento degli obiettivi di salute, notizie che però non erano in possesso del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Quest'ultimo ha provveduto allora all'acquisizione di dati con un sistema che definirei tanto "curioso" quanto poco adatto al chiarimento: agli istituti è stata inviata la richiesta di fornire il numero di detenuti presenti in un determinato giorno dell'anno, affetti da singole patologie individuate in un apposito elenco, non considerando la scarsa significatività di un'unica rilevazione in un giorno in rapporto all'ampio turnover annuale di soggetti.

In realtà una significativa valutazione epidemiologica nell'ambito della popolazione detenuta è già stata realizzata sulla base della costante attività del personale sanitario degli istituti e, volendo rappresentarla sommariamente, può essere riferita per categorie e frequenza di incidenza.

Al primo posti osservano patologie dell'apparato digerente, nella maggior parte dispepsie gastriche, enteriche, epatiche, e pancreatiche, da somatizzazione, ma anche frequentemente malattia ulcerosa gastrica e duodenale, specie nella popolazione tossico dipendente.

In successione le patologie odontoiatriche.

Seguono le malattie infettive, di massima prevalenza epatopatie croniche, più raramente episodi di insorgenza acuta HBV ed HCV correlate, e malattie da HIV.

Quasi assenti, nonostante il regime di comunità chiusa, le malattie epidemiche.

Le patologie psichiatriche, meno rappresentate le psicosi maggiori, più frequenti i disturbi della sfera comportamentale e caratteriale.

Patologie dell'apparato osteo muscolare, spesso correlate ad esiti di lesione traumatica, ma in prevalenza a patologia articolare degenerativa, con il particolare dato dell'età dei soggetti decisamente inferiore rispetto alla media della popolazione nazionale.

Patologie chirurgiche, in prevalenza di piccola e media chirurgia, con esempi di chirurgia più impegnativa come l'artroprotesi d'anca e la cisti idatidea epatica.

Le malattie dell'apparato cardiovascolare, ipertensione essenziale ma anche cardiopatie reumatiche spesso misconosciute, e cardiopatie ischemico coronariche anche in questo caso con il dato di età di insorgenza media più bassa rispetto a quella della popolazione nazionale, 35/40 anni.

Le patologie endocrine e metaboliche, diabete, ecc.

Infine tra le ancora significative per incidenza le patologie dermatologiche, dermofizie e psoriasi, con elevata frequenza di parassitosi dermiche che si presentano in casi individuali, provenienti dall'esterno, senza mai assumere carattere epidemico nonostante la facilitazione offerta da una comunità chiusa e sovraffollata come quella detentiva.

Questa può essere una valutazione epidemiologica eventualmente corredabile con dati statistici e numerici.

Ma, dovendo procedere all'individuazione degli obiettivi di salute per stilare il Progetto Obiettivo per la tutela della salute delle persone detenute ed internate, l'elenco per patologie non è a mio parere sufficiente.

Si deve tener conto infatti di diversi altri elementi indispensabili alla valutazione di cosa c'è da fare in realtà all'interno delle strutture detentive, elementi quali, ad esempio, la prevenzione primaria e la situazione igienico ambientale.

La popolazione detenuta è stimata in circa 50.000 unità (oltre 100.000 se si considera il turnover) e la capienza degli istituti è stimata ai 35.000 posti.

Il che pone seri problemi in relazione alla prevenzione primaria agita in una comunità chiusa e sovraffollata.

Si tratta di una comunità non assimilabile a quella esterna perché caratterizzata da un fattore che è comune ad ognuno dei suoi componenti: la perdita della libertà.

Una comunità in cui sono presenti 15.000 tossicodipendenti, oltre il 20% del totale, con tutte le patologie ed il disagio alla tossicodipendenza correlato.

Di questi, 2.500 siero-positivi HIV accertati, molti di più se si considera che il test HIV non è obbligatorio.

Contrariamente a quanto si verifica nella popolazione nazionale, nella quale la sieropositività è ormai appannaggio della eterosessualità, in ambiente detentivo essa continua ad essere legata prioritariamente alla tossicodipendenza, essendo rarissimi i casi di diversa motivazione.

Sono in detenzione circa 4.000 casi di interesse psichiatrico, che, come detto, sono rappresentati da psicosi maggiori, con le comprensibili difficoltà di gestione, e nella maggior parte da anomalie del comportamento e della caratterialità, con altrettante difficoltà gestionali dovute al gran numero di esse.

Si è soliti tendere a valutare l'effetto dell'impatto dell'ambiente sul soggetto, ma a mio avviso, in quei casi, proprio in ambito detentivo, si deve anche valutare l'impatto del soggetto sull'ambiente, sui compagni di detenzione e sul personale ed operatori che lo devono gestire.

Non per ultimo voglio ricordare il fenomeno della detenzione di stranieri ed extracomunitari, circa 13.000, i quali manifestano diverso "senso di malattia" con diverso modo di espressione di patologie, sintomi e manifestazioni di disagio, per diversità di tradizione, cultura e pensiero.

Diversità che peraltro devono essere interpretate e mediate dagli operatori.

Questi sono a mio avviso aspetti che devono essere tenuti in considerazione, alla pari dei dati epidemiologici convenzionali, se si vuole confermare un Progetto Obiettivo per la salute di detenuti ed internati.

Quella dell'infermiere è la prima figura dell'area sanitaria diretta all'assistenza del paziente. Svolgere la propria professionalità in ambito detentivo rappresenta un compito più impegnativo rispetto a quello svolto in altri ambienti, tanto da far ritenere quella dell'Infermiere Penitenziario una vera e propria Specializzazione.

LAVORARE IN ÉQUIPE

Ispettore, Gino Maria Bravini, Coordinatore, Nucleo e Traduzioni, della Casa Circondariale di Regina Coeli.

La legge 395/90 art.5-La legge di riforma del Corpo di Polizia Penitenziaria, da di fatto un ruolo importante agli appartenenti al suddetto Corpo nel lavoro in équipe per il trattamento al fine del recupero del detenuto all'interno della struttura penitenziaria.

Se da un lato è chiaro il lavoro in équipe perché ufficializzato, esiste un altro lavoro che viene svolto anch'esso in équipe ogni giorno: è il lavoro svolto tra il personale di Polizia Penitenziaria e il personale sanitario (medici ed infermieri) nel trattare le esigenze della popolazione detenuta.

Nella mia esperienza di 14 anni di operatore penitenziario di cui 10 nella realtà di un carcere, oserei dire particolare, come quello di Regina Coeli. Particolare perché tale Istituto penitenziario ospita maggiormente quella popolazione detenuta che fa uso di sostanze stupefacenti. Trattare la tossico dipendenza da un punto di vista medico sanitario (e qui non voglio in alcun modo entrare in un campo che non è il mio) è molto difficile.

Capire le esigenze delle persone che sono in crisi di astinenza è un lavoro che impegna moltissimo.

E' in questo momento che diventa importante il lavoro in équipe. Gli agenti di Polizia Penitenziaria che lavorano nei reparti detentivi devono vivere queste realtà. Se non vi fosse un interscambio di notizie tra loro e il personale sanitario diventa difficile operare d'altro canto anche per gli operatori sanitari diventa importante il lavoro della Polizia Penitenziaria perché diventa un serbatoio di informazioni vitali per la conoscenza delle problematiche soggettive. Nel trattamento sanitario l'osservazione svolta dalla polizia penitenziaria, che se da un primo approccio potrebbe essere solo come qualcosa a livello di sicurezza, diventa importante perché dà la possibilità all'operatore sanitario di capire quelle che sono le problematiche anche al fine di una prevenzione sanitaria. In qualità di Coordinatore di un Nucleo Traduzioni e Piantonamenti ho molti contatti con strutture sanitarie esterne. Da ciò ho potuto riscontrare la profonda differenza professionale tra il personale infermieristico operante

all'interno di una struttura ospedaliera pubblica e il personale operante all'interno di istituti penitenziari.

Il concetto di lavoro in équipe meglio si materializza in quest'ultimi.

E' vero che all'interno delle strutture sanitarie pubbliche esiste il lavoro in équipe ma qui non abbraccia un campo così ampio. I membri della équipe sono comunque in qualche modo legati all'ambiente sanitario.

Mentre nelle strutture penitenziarie i componenti di queste équipe sono eterogenei, abbracciano membri che per la loro tipologia e cultura professionale sono molto diversi tra loro. Il confronto con persone così diverse tra loro danno quell'accrescimento professionale, non solo nel settore sanitario, utile a trattare il "malessere sociale".

Anche nel trattamento di situazioni difficili, come l'avere di fronte un tossicodipendente, l'importanza dell'interscambio diventa utile sia per la trattazione dell'emergenza sia per stabilire un particolare programma terapeutico per il superamento della crisi da astinenza. L'osservazione da parte della polizia penitenziaria dei comportamenti del detenuto durante la giornata, ma soprattutto durante la notte (a: soprattutto la normale vita all'interno della camera, b: segnalare quelle che per un appartenente al corpo possono sembrare anomalie, ecc...), è utile al personale sanitario sia per capire meglio le condizioni del soggetto, che per poter meglio intervenire da un punto di vista sanitario.

Sembra che i problemi sanitari all'interno del carcere siano solo legati alla tossicodipendenza, non voglio dire questo, comunque sono quelli che maggiormente impegnano sia la polizia penitenziaria che il personale assistenzialistico e medico.

Il primo contatto del detenuto che chiede assistenza sanitaria è con la Polizia penitenziaria, quindi fornire giuste informazioni al personale infermieristico, o il saper collaborare in maniera produttiva, diventa importante nel trattamento delle emergenze da parte del personale infermieristico e medico.

Parlo spesso di emergenze e di rischio, ciò non a caso visto che le persone in crisi di astinenza sono soggette a numerose e diverse crisi che possono loro causare seri problemi. Considerando che la polizia penitenziaria interviene soprat-

tutto in questi casi, il collaborare con il personale sanitario diviene importante per la salvaguardia della vita delle persone e per il bene comune.

Il lavoro in èquipe tra il personale sanitario e la Polizia penitenziaria non è solo limitato alla realtà circoscritta del carcere, ma spesso è portata all'esterno del carcere. Ritornando al mio impegno di Coordinatore di un Nucleo Traduzione e Piantonamenti, tra i compiti specifici vi sono quelli legati ai ricoveri dei detenuti. Quando ci si trova a dover ricoverare presso una struttura esterna un detenuto "eccellente", (eccellente perché con una particolare situazione giudiziaria), prima del trasferimento si effettua come anche disposto, con specifiche direttive, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, un sopralluogo per la trattazione della parte sanitaria, ciò per meglio garantire la giusta simbiosi tra sicurezza ed interventi sanitari. Collaborazione che dura per tutto il ricovero con un costante contatto tra direzione sanitaria dell'istituto, polizia penitenziaria e Direzione Sanitaria della struttura esterna.

Ovviamente tale rapporto di collaborazione vi è anche quando si trattano detenuti comuni.

Questo tipo di collaborazione si ha anche quando si accompagnano detenuti all'esterno per visite specialistiche che non possono essere effettuate all'interno dell'istituto penitenziario. Quando il personale viene a conoscenza di particolari situazioni, anche comportamentali, che possono essere importanti da un punto di vista sanitario, queste notizie vengono segnalate nella stessa misura e per lo stesso motivo di quanto si segnalano comportamenti anomali come già descritto.

TESTIMONIANZA DI UN'ESPERIENZA

Doriana Giordani, 39 anni Infermiera Professionale, ha lavorato come libera professionista a convenzione presso la casa di reclusione di Pianosa, un carcere di massima sicurezza definita dall'opinione pubblica "l'Alcatraz del Tirreno", e in seguito presso la casa circondariale don Bosco di Pisa.

In questi anno ho vissuto da protagonista il disagio ed i rischi connessi al luogo di lavoro e posso dirvi di avere al mio attivo una collisione con un mercantile egiziano, otto trasbordi effettuati in condizioni meteo-marine proibitive, un soccorso in mare ad una barca a vela in difficoltà durante una libeccata, percorse da un detenuto extra comunitario, una convocazione da parte della D.I.A come persona informata dei fatti riguardo un detenuto ristretto nella massima sicurezza, vari accompagnamenti per assistenza via mare all'ospedale di Portoferraio e un numero illimitato di interventi a cittadini che, invece dovevano godere della copertura assistenziale da parte dell'U.S.L.

Il tutto, naturalmente, a titolo gratuito e senza alcun riconoscimento, eccetto una lode da parte del Ministero degli Interni per un soccorso effettuato ad un gruppo di giovani poliziotti in un incidente avvenuto sull'isola.

Il mio bagaglio d'esperienza, tutto sommato è unico, ricco e positivo ma nonostante ciò, non ho mai potuto godere di alcun beneficio, quale il giusto punteggiamento per il lavoro svolto per una pubblica Amministrazione.

Chi è qui presente conosce molto bene le difficoltà di questa professione (mal pagata , col timore del licenziamento arbitrario, a fianco di rischi biologici di altissimo livello).

Chi non lavora in carcere non può minimamente immaginare quale siano le problematiche legate alla popolazione detenuta, può solo immaginarlo.

Il nostro è frutto dell'esperienza fatta sul campo poiché nelle scuole per infermieri, non esistono materie che ti preparano per svolgere le mansioni assistenziali in carcere, che ti formano in maniera tale da poter superare gli ostacoli di carattere procedurale o trattamentale.

Il personale infermieristico è entrato relativamente da poco negli istituti di pena, poiché prima il servizio era affidato agli agenti di custodia, sprovvisti di qualsiasi titolo e competenza; oggi gli operatori sanitari hanno i giusti requisiti ma, ahimè, quante incertezze: quale è la nostra identità, quale tutela del posto di lavoro?

L'esercizio professionale nell'istituzione carceraria ha avuto la sua evoluzione acquisendo competenze superiori, un'autonomia diversa e responsabilità sempre maggiori, ma nonostante ciò la nostra esperienza è valutata NIEN-TE quando ci affacciamo sul mondo del lavoro pubblico, quando partecipiamo ad un concorso grazie alla mancanza di regole e normative che regolano la libero-professione.

E' necessario puntualizzare alcuni punti che credo siano ormai non più procrastinabili, elaborando una piattaforma ristrutturata e credibile del servizio infermieristico negli istituti di pena sul territorio.

Spesso sentiamo dire che svolgiamo un lavoro ad alto rischio; il vero rischio è quello di lavorare nell'incertezza, di non avere un'identità precisa, di vivere costantemente con la paura del posto di lavoro e di non aver riconosciuto alcun punteggio. Come se svolgessimo altre mansioni.

LETTERA DEGLI STUDENTI INFERMIERI DELL'OSPE- DALE S.PIETRO F.B.F., DI ROMA, CHE HANNO PARTECI- PATO AL CONVEGNO.

Angelo Di Nunzio - Tiziana Fossatelli

L'ACOS Centro Diocesano di Roma (rappresentato dal Presidente Claudio Rossi e dalla segretaria M. Pia Tozzi), e il Collegio IPASVI di Roma (rappresentato dal Dott. Gennaro Rocco), hanno sentito la necessità di affrontare questo tema mai trattato in precedenza, allo scopo di rappresentare le difficoltà incontrate da questi professionisti, nel lavorare in carcere.

“Professionisti”, infatti, la denominazione utilizzata nel convegno, “infermieri penitenziari”, assume una funzione provocatoria, poiché evidenzia che, seppur questa categoria ha svolto per anni le medesime funzioni assistenziali dei colleghi operanti nelle strutture sanitarie, è comunque considerata di serie “B”.

Attualmente gli infermieri che lavorano negli Istituti penitenziari vengono retribuiti non più dal Ministero della Giustizia, bensì dal Ministero della Sanità e vengono considerati come Libero Professionisti e pagati a parcella.

Nel corso del dibattito previsto nel Convegno, c'è stato l'intervento effettuato da un infermiera penitenziaria che ha messo in evidenza la sua esperienza negativa. Infatti, dopo alcuni anni di lavoro non le è stato riconosciuto alcun punteggio utile ai fini concorsuali. Il suo problema è stato esposto alla ASL, ma nulla ancora è stato risolto.

Anche la società sembra essersi dimenticata di loro, poiché il carcere è ritenuto da molti un luogo nel quale il detenuto debba esclusivamente scontare la propria pena; conseguentemente a ciò perde la propria dignità e rispetto; si ritie-

ne pertanto giusto che questi uomini e/o cittadini non siano degni di avere un'assistenza sanitaria adeguata ai loro bisogni. Questo si evince anche dall'esiguo numero di personale infermieristico. Nella maggior parte delle carceri italiane infatti, il numero degli infermieri non riesce a supplire alle esigenze sanitarie dei tanti detenuti, prevalentemente extracomunitari e tossico dipendenti.

Per questo motivo il corpo di Polizia Penitenziaria si trova spesso costretto a svolgere attività improprie come quelle infermieristiche.

Ma tutto questo cosa comporta? Gli infermieri, loro malgrado, demandano alcune delle proprie prestazioni a terzi, perdono di dignità professionale, gli agenti di guardia, di converso, sono costretti a supplire ad alcune attività infermieristiche, compiono il doppio del lavoro; i detenuti, non riuscendo ad usufruire delle adeguate assistenze, risultano infine i più penalizzati.

Su questo ultimo punto ha chiaramente discusso il Monsignore Brambilla, cercando di spiegare che il detenuto sebbene abbia commesso dei crimini, alla luce degli insegnamenti evangelici, deve essere visto come un uomo meritevole del perdono da aiutare alla redenzione e come un cittadino verso il quale la società ha l'obbligo di prestare l'assistenza sanitaria quando necessario.

In qualità di allievi infermieri tuttavia, riconosciamo di non comprendere completamente le problematiche evidenziate durante il convegno; la motivazione è forse riscontrabile nel fatto che l'Università non prevede una formazione di base al riguardo.

Questo convegno ci ha comunque dato la possibilità di una potenziale crescita culturale, sulle vaste opportunità di questa professione. Sul piano etico ci ha presentato uno spaccato della nostra società, verso il quale tutti abbiamo delle responsabilità, anche se la maggior parte di noi dimentica spesso queste persone che, pur avendo commesso colpe molto gravi, chiedono aiuto e sostegno per riassaporare la libertà.

QUALE SANITÀ PER IL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO

I.P. Sandro Quaglia

Sono Sandro Quaglia, un infermiere professionale, iscritto al SITAP, che lavora in attività “libero-professionale” presso la casa circondariale di Velletri.

Porgo un caloroso saluto all’assemblea ed in particolare agli organizzatori che, chiamando in questo Consesso noi infermieri che nelle carceri ci lavoriamo, hanno permesso di far conoscere anche il nostro pensiero su un argomento molto delicato e in un altrettanto delicato momento, in presenza cioè di un D.L., il n°230, con il quale si stabilisce il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Sanità e quindi alle AA.SS.LL., passaggio che, prevedo, non sarà semplice. E che non sarà semplice è già in parte dimostrabile con il fatto che, almeno così risulta a noi del SITAP, ancora non ci sono, e neanche sulla carta, le Commissioni di studio per la preparazione dei decreti attuativi della suddetta Legge, e ciò a scadenza dei termini stabiliti già prorogati.

Venendo all’argomento dell’assemblea, nel parlare del servizio sanitario futuro negli Istituti di Pena, o se il lavorare in carcere é un ripiego o un’opportunità, non si può non fare una considerazione sul tipo di utenti che abbiamo.

Essi sono persone che giungono a noi in modo involontario e che vengono inseriti in un contesto che non é sanitario; vengono inseriti in un contesto dove la sanità c’entra solo perché l’obbligo dell’istituzione a garantire, oltre che la sicurezza, anche la corretta espiazione della pena, dove il malato va curato ed il sano non va fatto ammalare.

Ma è anche vero che all’obbligo dell’Istituzione si inserisce quello che io chiamo il diritto/dovere del detenuto a provare in ogni modo ad accorciare il proprio periodo di detenzione e che spesso si avvale della malattia come mezzo per raggiungere il proprio scopo.

A noi giunge un’utenza che spesso ai requisiti sanitari risponde in modo vago o deviante e quindi di difficile interpretazione.

Arrivano persone sane che somatizzano, con autentici malesseri, i propri disagi dovuti all'ambiente, alla solitudine o alla lontananza dai propri cari.

Abbiamo malati veri che collaborano pienamente, ma anche malati che nascondono la propria patologia perché non si fidano, e non si fidano perché hanno paura di venire emarginati o perché hanno difficoltà di comunicazione dovuta a timidezza o al fatto di essere stranieri.

Ci sono poi i sani che dovrebbero essere salvaguardati ma che difficilmente lo sono in quanto vivono nella più assoluta promiscuità e che non si lasciano intimorire dalla paura delle malattie non facendo così caso a quel che fanno o con chi stanno, a loro basta potersi godere al meglio quelle ore di socialità che hanno.

Ed infine non dimentichiamo, perché anche questo ha la sua importanza, che a noi giungono in grandissima percentuale utenti appartenenti alle fasce più emarginate della società, persone che all'interno difficilmente ricorrono alle cure di un sanitario, ma che una volta in carcere pretendono check-up completi.

Altra considerazione importante da fare è quella riguardante la tipologia degli Istituti, infatti sparsi su tutto il territorio abbiamo: i Penali, le Case Circondariali, i femminili, i Maschili, i Promiscui, le Case a Pena Attenuata, i Minorili, i Centri Clinici, gli OPG ecc., e tutti con esigenze diverse in quanto sono diversi, oltre al tipo di utente da trattare, anche i fattori epidemiologici del luogo dove si trovano.

In tale contesto, per quanto riguarda l'argomento all'ordine del giorno della tavola rotonda pomeridiana, sembra molto difficile parlare di un modello di assistenza sanitaria penitenziaria, perché per modello si indica un qualcosa che può essere adottato in ogni situazione.

Ed io credo che proprio l'aver voluto dare un modello assistenziale unico sia stata la causa di quelle disfunzioni sanitarie che ci sono.

Infatti, si è voluto artificialmente creare un parametro quale quello che prevede che ad ogni ora di assistenza medica debba essere corrisposta conseguenzialmente un'ora e mezza di assistenza infermieristica.

Parametro che non può tenere in considerazione altro che l'esigenza della presenza del medico, forse per evitare problemi legali alla custodia, e l'esigenza di erogare quanto prescritto dal medico coniugando poi il tutto con l'esigenza del contenimento della spesa sanitaria.

Ma chiunque sa che il medico ha contatti solo con la persona malata (o presunta tale), mentre l'assistenza sanitaria all'interno degli Istituti, proprio per gli obblighi istituzionali sopra richiamati dovrebbe essere rivolta alla globalità della popolazione detenuta, certamente con particolare riguardo verso la cura del malato, ma anche favorendo la salute del sano, ma anche favorendo l'individuazione di quei soggetti che per eccessiva riservatezza o per timore non parlano dei propri problemi sanitari ma che possono risultare una vera e propria mina epidemiologica vagante.

E chi se non l'infermiere, la cui preparazione professionale di base è incentrata proprio sulla globalità dell'essere, ha la possibilità di rispondere alle suddette esigenze?

Del resto chiunque ha un minimo di esperienza carceraria sa che è l'infermiere che, durante il proprio giro per la somministrazione dei farmaci, viene a contatto con tutta la popolazione detenuta riuscendo pian piano a costruire rapporti professionali più genuini ed aperti.

E se l'infermiere riuscisse a svolgere con serenità il proprio lavoro, risolvendo a monte quelle problematiche di cui si è parlato, allora si che si riuscirebbe ad avere quella visione globale della situazione sanitaria delle strutture che è l'unico sistema per poter programmare interventi mirati per quella pianificazione assistenziale che infine risulterebbe utile anche alla razionalizzazione delle spese in quanto eliminerebbe sprechi inutili e tagli indiscriminati ed illogici.

Per quanto riguarda invece l'argomento "RIPIEGO O OPPORTUNITÀ", è opportuno precisare, per chi non lo sapesse, che il 70% del proprio lavoro, l'infermiere lo svolge in solitudine e in contatto con due figure, il detenuto e l'agente di PP, che spesso sono in conflitto tra loro, e l'infermiere che accede nel carcere per la prima volta, nel trovarsi in un contesto dove il detenuto è un utente particolare che non ha eguali nel mondo sanitario e che gli è completamente sconosciuto perché durante la sua preparazione di base non ha mai sentito parlare di

carcere, si trova smarrito ed indifeso; e se a questo aggiungiamo che siamo malpagati, che in molti siamo malvisti e senza tutela, che dobbiamo fare i facchini, i burocrati ecc., si capisce chiaramente che la nostra professione in carcere oggi ma anche domani se non modifichiamo certi atteggiamenti non potrà essere considerata altro che un ripiego.

Da quanto fin qui detto, emergono due chiare esigenze:

- la prima è che chiunque avrà in carica il servizio sanitario penitenziaria, sia esso l'amministrazione Penitenziaria o la ASL, dovrà necessariamente formare delle Commissioni di lavoro con al proprio interno l'infermiere;
- Commissioni che operino su base regionale e che, sulla base dei piani sanitari regionali, sulla base delle statistiche epidemiologiche degli Istituti presenti nella Regione, e sulla base dei piani assistenziali dei vari Istituti, piani che verranno fatti tenendo conto oltre che della tipologia dell'utente anche della presenza e della utilizzabilità delle strutture sanitarie territori, possa elaborare degli interventi mirati ad ottimizzare l'assistenza per meglio ottemperare ai dettati Istituzionali, intervenendo altresì presso quegli Istituti che continueranno a mettere in essere quelle discriminazioni che ha denunciato il mio collega e che creano solo quei disservizi e malumori che sono un grosso ostacolo per la realizzazione di ogni progetto migliorativo.
- La seconda esigenza è quella di rendere più appetibile la nostra professione nelle carceri, e qui vorrei chiamare esplicitamente in causa in nostro Collegio affinché elabori interventi sia per inserire nella preparazione di base anche la sanità penitenziaria, sia per creare corsi di specializzazione in infermiere penitenziario; ed inoltre che si adoperi affinché le Amministrazioni che avranno in carico il servizio sanitario penitenziario, assolvano a quegli obblighi di aggiornamento del personale che fino ad oggi non sono mai stati attuati, o che, in alternativa, sia il Collegio stesso ad approntare corsi di aggiornamento specifici in quanto non solo noi infermieri ne abbiamo il diritto, ma ne sentiamo anche il dovere; diritto e dovere che vengono però elusi per mancanza di strutture di aggiornamento specifico di riferimento:

A questa esigenza, e qui mi rivolgo all'amministrazione Penitenziaria, si lega anche l'assoluta necessità di garantirsi il mantenimento dell'enorme ed importantissimo patrimonio di esperienze fin qui acquisite, evitando il ripetersi di fatti che ritengo assurdi e, permettetemi di aggiungere, anche vergognosi e che oggi vedono coinvolti i medici incaricati provvisori; infatti sembrerebbe che moltissimi medici incaricati provvisori perderanno il proprio incarico in virtù di un concorso per soli titoli che non ha minimamente salvaguardato le esperienze acquisite sul campo.

Non lo ritengo giusto.

No non ritengo giusto che, in un settore delicato come il nostro che si basa principalmente sull'esperienza dei vari operatori, l'esperienza, in alcuni casi anche decennale, maturata sul campo e spesso sulla pelle dell'operatore stesso, possa essere sopravanzata da titoli che con la sanità penitenziaria non hanno nulla a che fare.

LAVORARE IN CARCERE: COSA È CAMBIATO OGGI?

Gli Infermieri di Regina Coeli

A un anno dal primo convegno svoltosi presso il Nuovo Complesso di Rebibbia, che ospitò tutti noi infermieri, provenienti da tutti i paesi d'Italia, per esporre e far conoscere all'opinione pubblica le peculiarità e disagi di lavorare in carcere come infermiere.

Anche se il Governo ha emanato il Decr.Leg.230/99, che regola e disciplina il lavoro nei penitenziari. Nulla è decisamente cambiato, anzi in un anno si sono avuti ancora disagi, oltretutto legati all'esiguo numero di infermieri, che sono rimasti a lavorare all'interno dei penitenziari, e anche di fronte a questa grave evenienza, molte Regioni compresa la Regione Lazio, non hanno provveduto ad applicare ciò che la Legge permette; siamo certi della volontà da parte del Ministero della Giustizia a provvedere ad esempio, con un concorso interno, a risolvere il problema degli infermieri a parcella rimasti a lavorare per questa Istituzione.

Abbiamo fatto cenno ai disagi, tra i quali, quelli di maggiore importanza sono legati alla difficoltà della turnazione, proprio per l'esiguo numero di risorse rimaste.

Altro disagio forte che va sottolineato, le difficoltà in cui gli infermieri erogano assistenza ai detenuti, ciò è sostanzialmente legato alla tipologia dei detenuti stessi e all'ambiente dove essi sono ristretti, per ambiente intendiamo i "bracci" di reclusione.

L'esperienza che abbiamo fatto in tutti questi anni, ha consentito a noi infermieri penitenziari, di studiare, formulare e applicare linee guida e protocolli che hanno permesso, tra le enormi difficoltà di svolgere comunque sempre a livelli eccezionali il nostro lavoro.

Lavoro che ha comportato anche di fare educazione sanitaria, non solo ai ristretti, ma di rivolgersi anche al personale di polizia penitenziaria, istruendoli con gli elementi base di questa materia e con nozioni di pronto soccorso.

Abbiamo inserito nel nostro programma di lavoro questa prima regola, perché tra il detenuto e noi ci sono gli agenti, i quali sono a contatto tutto il giorno con i detenuti, e quindi solo loro possono realmente riferirci le condizioni sia di salute o altro che riguarda loro.

Fare educazione sanitaria ai detenuti invece, comporta avere persone più responsabili, per quel che riguarda le regole di una comunità, nella fattispecie un nucleo di persone che dividono lo spazio di una cella.

Quindi ci preoccupiamo di spiegare loro come devono mantenere l'igiene dell'ambiente in cui "vivono", di mantenere, cosa importante, l'igiene della persona, si informano anche dell'orario in cui vengono somministrati i farmaci, si invitano soprattutto a rispettarli a coloro che assumono particolari terapie.

L'infermiere che segue l'ambulatorio della sezione a cui è preposto, ha il compito di occuparsi dell'ambiente per ciò che riguarda l'aspetto sanitario, segue i detenuti nei loro bisogni di salute compreso anche la sorveglianza sanitaria e terapeutica dei detenuti tossico dipendenti i quali oggi attualmente vengono trattati con terapia di Metadone, e che nel carcere sono il numero maggiore di reclusi. Da queste poche righe si comprende quanto possa essere difficoltoso per noi lavorare in un ambiente così particolare dove le capacità di relazione e di empatia sono messe ogni giorno a dura prova dagli stessi. Altro compito che l'infermiere svolge giornalmente è quello di organizzare le visite mediche, e di mantenere la custodia, l'ordine e soprattutto la privacy delle cartelle sanitarie.

Altro incarico importante è la custodia dei farmaci. In un registro viene annotato lo scarico e il carico di questi e inoltre si annotano tutti i presidi medico/chirurgici, necessari alla sezione.

È evidente che il lavoro che si svolge è altamente gravoso, legato a responsabilità che non si possono dividere con nessuno, perché per ogni sezione vi è un solo infermiere, ed è solo lui che si organizza e decide ciò che è più o meno giusto fare.

Oggi chiediamo in questa sede che vengano finalmente riconosciuti quelli che sono i nostri diritti, e cioè:

- l'adeguamento retributivo,
- rivisitazione delle turnazioni,
- reintegro delle risorse umane (assunzioni di personale infermieristico),
- giusta valutazione della professione e riconoscimento di questa,
- indennità penitenziaria.

Sappiamo bene che le Istituzioni oggi qui presenti, sanno e conoscono le condizioni in cui operano gli infermieri penitenziari. Confidiamo in loro che si adopereranno nella maniera più forte e quindi ci supporteranno, per farci ottenere e riconoscere i diritti sopra descritti.

Siamo stati i testimoni di un cambiamento radicale del costume del carcere, apprezziamo l'umanizzazione che si è cercata di fare emergere e siamo certi che questo cammino intrapreso sia esteso a tutti coloro che lavorano nei penitenziari, e in particolar modo agli infermieri, che in silenzio e per molti anni, hanno lavorato per gli ultimi, senza mai chiedere nulla.

RITARDI ED OMISSIONI NELL'APPLICAZIONE DEL D.LG. 230/99

I. P. Sandro Quaglia

Sono Sandro Quaglia, un infermiere professionale che lavora in attività libero professionale presso la Casa Circondariale di Velletri e sono il vice-segretario del Sindacato Autonomo Infermieri.

Sono chiamato qui quest'oggi sia come infermiere che come operatore sindacale, per parlare dei ritardi e inadempienze sul Decreto Legislativo sulla riforma della sanità penitenziaria; decreto che, è giusto ricordarlo, è nato nel giugno dello scorso anno in quanto si riteneva che il passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità, e quindi alle AASSLL, avrebbe meglio garantito l'assistenza sanitaria al detenuto.

Da quando si è cominciato a parlare di questa volontà politica, si è avuto subito una divisione di pensiero tra chi, stando al di fuori del sistema penitenziario asseriva la giustezza della nascita di tale legge, e chi, standone dentro in qualità di operatore sanitario, vedeva moltissime difficoltà nella creazione di una normativa che pur motivata da nobili intenti, non poteva essere risolutiva in quanto, ritenendo che le problematiche sanitarie penitenziarie fossero dovute alle esigenze di sicurezza, nasceva con premesse sbagliate, dimostrando così, a mio avviso, una scarsissima, o falsata, cultura carceraria oltre che una non buona conoscenza di quello che è il SSN con ritardi e disfunzioni certamente maggiori.

Purtroppo la superficialità con la quale coloro che sono al di fuori del sistema penitenziario hanno affrontato tale argomento, superficialità dimostrata anche dalla scarsissima considerazione che si è avuta delle opinioni espresse dagli operatori interni, ha fatto partorire una legge già monca in partenza perché ha previsto un passaggio a costo zero senza minimamente andare ad analizzare preventivamente le strutture sanitarie penitenziarie, le diverse normative vigenti nei due ministeri interessati (Giustizia e Sanità) riguardo al personale, i parametri assistenziali e soprattutto senza un minimo di conoscenza di quella che è l'utenza degli Istituti penitenziari, utenza che non mi stancherò mai di qualificare come particolare e con esigenze senza eguali nel mondo della sanità.

Varata la legge, si è cominciato a vederne le modalità di applicazione facendo così venire fuori le prime problematiche legate alla individuazione delle regioni pilota che sono poi state individuate con il decreto del 20 aprile in Lazio, Puglia e Toscana.

Malgrado il decreto legislativo prevedesse che fin dal 1° gennaio 2000 importanti funzioni, quali l'assistenza alla popolazione detenuta e la prevenzione, passassero alle AASSLL di competenza, soltanto il 31 dicembre in tutti gli Istituti è arrivata una circolare del nostro Ministero che, dettando disposizioni sulle autorizzazioni ad entrare negli Istituti del personale del SSN, ha dato segni di vita su ciò che ormai sembrava già caduto nel dimenticatoio tanto era il silenzio che circondava e circonda tale vicenda, quasi fosse un segreto di Stato da conservare gelosamente.

Oggi a distanza di 10 mesi dall'entrata in vigore del D.L. 230/99, noi che dentro le carceri vi lavoriamo, possiamo dire che niente è cambiato sul fronte della prevenzione, mentre pochissimo è cambiato nell'assistenza dei T.D., malgrado che con un decreto del 21 aprile scorso, sia stato approvato quel progetto obiettivo che sembra essere un libro dei sogni per quanto è ben fatto, ma destinato, come tutti i sogni, a non essere mai realizzato anche perché fortemente in contrasto con quel famoso costo zero.

La commissione che tra l'altro dovrebbe interessarsi dell'art. 6 del D.L. 230/99, quell'articolo che per noi riveste grande importanza riguardando il personale, ha difficoltà persino a riunirsi.

Le richieste d'incontro da noi fatte agli assessori alla sanità delle varie regioni per poter cercare di salvaguardare al massimo le professionalità espresse fino ad oggi nei vari Istituti, nonché per contribuire fattivamente alla costruzione di modelli organizzativi ed assistenziali, considerato che sicuramente il ruolo da noi rivestito negli Istituti che ci ha visto e ci vede costantemente a contatto con tutte le realtà interne, ci ha fatto accumulare tanta di quella esperienza da permetterci senza presunzione alcuna, di poter dare validi suggerimenti, sono rimaste completamente prive di risposta malgrado i nostri continui solleciti.

In questo quadro piuttosto caotico, cercare responsabilità non è semplice, o meglio sembra molto semplice in quanto sembrano tutti responsabili: i politici che han-

no voluto una legge senza sapere effettivamente in che vespaio andavano a cacciarsi; gli amministratori regionali che preferiscono il silenzio ad atti di indicazione o anche di solo studio del fenomeno, gli amministratori delle AA.SS.LL. locali, per fortuna non tutti, che probabilmente il D.L. neanche l'hanno letto in quanto altrimenti non si spiega il perché, per fare un esempio, moltissimi Istituti ancora neanche conoscono quei SERT che tra l'altro essendo istituzionalmente preposti alla cura dei T.D. all'esterno, per impegno professionale dovrebbero da sempre, e non solo dalla emanazione della legge, aver avuto interesse ad entrare nelle carceri se non altro per garantire quella continuità terapeutica necessaria ai T.D.; ed infine responsabilità sono da individuare anche tra i vertici della nostra Amministrazione che a mio avviso non hanno saputo per tempo prevedere gli sviluppi di una normativa come quella emanata dalla legge delega del novembre 1998.

Ma cercare responsabilità non serve certamente ad affrontare i problemi esistenti, per risolvere i quali c'è invece la necessità di trovare unità di intenti tra tutti gli interessati, e vedendo carceri che nel frattempo continuano a svuotarsi sempre più in quanto gli infermieri che vi lavorano vi lavorano nell'ansia, nella insicurezza non solo del proprio posto di lavoro ma anche del monte ore assegnatogli, nel timore che un Direttore o un Dirigente sanitario all'improvviso si svegli e si metta a chiedere revoche di convenzioni basandosi sul niente o su antipatie personali, approfitto di questo Consesso per invitare tutti, in principal modo il nostro Ministero che è quello a cui più dovrebbe interessare, ad un serrato confronto per fare in modo che da una legge nata male come la 230/99, possa scaturirne ugualmente un qualcosa di utile, rinnovando nel frattempo l'invito rivolto, al nostro collegio affinché venga studiata la possibilità di inserire l'assistenza sanitaria in carcere nei programmi di studio di base dell'infermiere e a corsi di infermiere penitenziario al fine di incentivare come <opportunità> tale professione se non vogliamo che si torni a prima della prima riforma sanitaria quando tutta l'attività assistenziale veniva svolta dagli agenti di polizia penitenziaria, cosa questa che in tanti Istituti purtroppo sta già avvenendo.

TAVOLA ROTONDA

I. P. Michela Mancini

Mi chiamo Michela Mancini e lavoro presso questa casa circondariale come infermiera professionale a parcella da cinque mesi.

L'arrivo degli infermieri professionali negli Istituti di detenzione, ha apportato migliorie in diversi campi: dall'organizzativo al tecnico, fino allo psicosociale, "dando più corpo" e maggiore professionalità alla gestione lavorativa.

Come in ogni ambiente di lavoro anche qui le problematiche non mancano.

Rispetto alla mole di lavoro non c'è il giusto corrispettivo. Manca un riscontro sul piano economico e sulla messa in regola del professionista, ed è per questo che la situazione diventa instabile demotivando il personale stesso.

Il ricambio degli infermieri professionali parcellisti avviene a ritmi sempre più elevati, questo comporta una discontinuità lavorativa e una maggiore inesperienza professionale, poiché viene a mancare il tempo necessario per formare gli infermieri con ripercussione sulla qualità dell'assistenza.

L'assenteismo costringe gli infermieri professionali a parcella a dei doppi turni durante i quali il professionista non sempre può usufruire della pausa pasto e del locale mensa ed anche quando questo è possibile, rimane comunque una figura reperibile in caso di necessità.

Se poi l'emergenza che si verifica richiede il trasferimento in un ospedale esterno del detenuto, l'infermiere professionale a parcella viene a trovarsi in una posizione difficile poiché la sua presenza è richiesta sul mezzo di trasporto ma la stessa non è tutelata fuori dalle mura dell'Istituto.

La figura infermieristica penitenziaria a parcella viene spesso a trovarsi "tra l'incudine e il martello", si trova in difficoltà nel dover riuscire a bilanciare tutte le svariate situazioni che gli si presentano quotidianamente.

L'infermiere professionale parcellista si trova, all'interno degli Istituti Penitenziari, a dover interagire la popolazione detenuta con tutte le altre figure pro-

fessionali che operano all'interno degli Istituti di Pena, ed inoltre deve adattarsi a svolgere il proprio lavoro "costretto" in regole rigide, orari fissi e ad esporsi a rischi senza copertura assicurativa.

Riassumendo, l'infermiere professionale parcellista che opera negli Istituti Penitenziari, deve fronteggiare diversi disagi: dalla sicurezza durante il trasporto esterno, al ritagliarsi brevi momenti per consumare i pasti. Dalla carenza del personale, al quale sopperisce con prolungamenti di turni fino alle sedici ore consecutive, al dover sottostare ai disagi della precarietà e pertanto venire in servizio anche quando si è malati con il rischio di diventare fonte d'infezione per tutta la popolazione che vive all'interno degli Istituti.

RELAZIONE SUL COORDINAMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO.

I. P. Tamara Mattei

Mi chiamo Tamara Mattei e presto servizio come infermiera professionale a parcella presso la Casa Circondariale di Regina Coeli, dal febbraio 1997. Da circa 8 mesi mi occupo del servizio infermieristico dei colleghi a parcella che lavorano presso questo Istituto, in qualità di referente. Durante questo periodo, sulla base delle esperienze da me maturate, posso affermare che la figura dell'infermiere penitenziario ha raggiunto un livello qualitativo e di dignità professionale certamente rilevante. In questo ambito dove per molto tempo la nostra figura è stata considerata di secondaria importanza, attualmente è possibile identificare in maniera netta la figura ed i ruoli svolti dall'infermiere professionale. L'autonomia nella gestione dei turni rappresenta il primo e più significativo miglioramento nell'ambito infermieristico: fino a qualche anno fa, la programmazione dei turni veniva effettuata dal personale di Polizia Penitenziaria, mentre finalmente, tutta la turnazione viene gestita dal personale infermieristico.

Questo passaggio evidenzia e conferma il riconoscimento del ruolo professionale nell'ambito gestionale del servizio. Bisogna infatti tener conto che il coordinatore del servizio infermieristico deve essere sempre rappresentato da una figura in possesso dei requisiti atti a comprendere tutte le sfumature intrinseche nella nostra professione nell'ambito dei penitenziari, deve essere in grado di organizzare e collocare tutto il personale infermieristico, secondo i requisiti e le esigenze di ognuno, all'interno dell'istituto. È indubbio infatti che ognuno di noi svolge la propria attività professionale in un ambiente del tutto "particolare". Il coordinatore deve saper affrontare i problemi, gestire le risorse umane e tecniche, adattare ed organizzare il lavoro rispettando sempre le esigenze specifiche dell'universo carcerario.

Date tali premesse, è logica conclusione che solamente la figura dell'infermiere professionale con notevole esperienza pratica di vita carceraria può farsi carico della molteplicità delle problematiche sin qui rappresentate. Ora descrivo sinteticamente la realtà operativa del mio Istituto. Il servizio è organizzato con turni di mattina, pomeriggio e di notte, rispettivamente dalle ore 8 alle 15, dalle ore 15 alle 23 e dalle ore 23 alle ore 8. L'istituto è organizza-

to in 8 sezioni di detenzione ordinaria e 3 reparti inseriti nel Centro Diagnostico Terapeutico. La prima sezione è adibita alla 1° accoglienza e alla custodia di persone in stato di isolamento sanitario e giudiziario. La 3° sezione ospita persone in detenzione ordinaria e al suo interno vi si trovano anche delle stanze utilizzate per l'osservazione psichiatrica (ossia persone che hanno manifestato disturbi di tipo psichiatrico).

In 4° sezione sono presenti persone in detenzione ordinaria e persone collocate nella cosiddetta area infermeria, attrezzata al momento per la gestione di pazienti che non richiedono ricovero di tipo ospedaliero, ma che tuttavia necessitano di particolare attenzione da parte del personale sanitario. Queste tre sezioni si affacciano sulla 1° rotonda e la loro popolazione complessiva è di circa 550 persone equamente distribuite fra i 3 reparti. Le rimanenti sezioni 5°, 6° e 8°, sono così articolate: la 5° sezione ospita i cosiddetti giovani- adulti, persone cioè comprese in una fascia di età tra i 18 e i 25 anni. La 6° sezione ospita i detenuti ammessi al lavoro interno.

L'8° sezione contiene detenuti per i quali è necessario un regime di custodia particolarmente attento. La popolazione complessiva di queste tre sezioni, la cosiddetta 2° rotonda, ammonta a poco più di 300 persone variamente distribuite. La 2° e la 7° sezione sono in fase di ristrutturazione e il loro completamento è previsto in tempi brevi. Per quanto riguarda il Centro Diagnostico Terapeutico, abbiamo 3 reparti: 2 di medicina ed 1 di chirurgia. Dei 2 reparti di medicina il primo è dedicato alle patologie di tipo infettivo principalmente connesse all'infezione da HIV, il secondo reparto è dedicato alla medicina generale, dunque patologie per lo più croniche ed il terzo reparto è dedicato ai pazienti di tipo chirurgico con degenza pre e post operatoria di piccola e media chirurgia. La capienza complessiva del C.D.T. è di circa 86 persone. Sempre all'interno del C.D.T., è presente un'area di poliambulatori nella quale sono rappresentate le principali branche mediche e chirurgiche ed una farmacia interna per le necessità dell'istituto.

Data la descrizione della organizzazione dell'Istituto, si può capire quanto complesse e diversificate possano essere le esigenze sanitarie della popolazione presente. Conseguentemente complessa è la gestione del servizio nel suo insieme ed in particolare dell'organizzazione dei turni di lavoro degli infermieri professionali. L'attuale incertezza sul futuro dell'intero servizio sanitario penitenziario, ag-

giunge un'ulteriore nota di complessità. Il tipo di contratto attualmente in essere, convenzione "libero- professionale" tra virgolette, con scarse tutele previdenziali, assenza di copertura assicurativa per infortuni da parte dell'ente, nessuna certezza di continuità del lavoro una volta effettuato il passaggio nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, rendono estremamente difficile il reperimento di nuove unità di personale da inserire nell'organico dell'istituto. Inoltre la suddetta incertezza, oltre alle difficoltà obiettive e alla pericolosità intrinseca del servizio nell'ambito penitenziario, favoriscono l'esodo delle unità attualmente in servizio, verso altre occasioni lavorative. Le unità rimaste in servizio, pertanto, devono sopperire alle necessità della popolazione detenuta, attraverso turni spesso prolungati, tali da costringere l'amministrazione ad aumentare il monte orario mensile individuale da 168 ore a oltre 200 ore. Questo dato, naturalmente, incide sulla possibilità dell'infermiere di godere dei giusti riposi e di avere una vita personale e familiare adeguate.

Questi sacrifici uniti all'impegno personale e professionale, si scontrano poi con la nebbia dell'incertezza del futuro, rendendo ancora più gravoso l'impegno richiesto a favore della popolazione detenuta e dell'amministrazione. Passando alla fase progettuale e propositiva, si può affermare che il monte orario giornaliero di 194 ore è da ritenersi inadeguato ai bisogni sanitari della popolazione ristretta. Anche se non tutte ammalate le persone comunque private della libertà, aumentano le richieste di attenzione sanitaria, per compensare il disagio della perdita di libertà e della promiscuità nella quale sono costretti dall'istituzione.

Le sezioni ordinarie richiedono comunque una costante presenza almeno infermieristica, mentre per l'area di tipo ospedaliero la necessità di adeguarsi agli standard attuali, che prevedono l'infermiere ogni 5-8 posti letto, non può far prescindere da un rapporto di 1 infermiere ogni 10 malati. Il monte orario giornaliero va pertanto adeguato. Ogni ulteriore proposta di modifica del servizio infermieristico deve essere quindi concertata con il coordinatore del servizio stesso, in qualità di figura centrale e di riferimento di tutto il personale infermieristico e raccordo tra questo, la Direzione Sanitaria e l'amministrazione tutta.

TAVOLA ROTONDA

I. P. Francesca Ferrara

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria noi infermieri rivestiamo un ruolo molto importante negli Istituti di Pena, in quanto in veste di operatori sanitari oltre ad assolvere i nostri compiti specifici relativi alla preparazione e somministrazione delle terapie farmacologiche, al prelievo di campioni biologici e interventi di primo soccorso, il più delle volte siamo quelli che, in prima linea all'interno delle sezioni, raccogliamo le problematiche presunte o reali dei detenuti.

Il tipo di assistenza che viene erogata in carcere è molto diversa da quella delle strutture ospedaliere, questo si evince dal fatto che i nostri utenti sono innanzitutto dei reclusi e non solo, ma anche soprattutto degli emarginati sociali.

Sto infatti parlando di una popolazione detenuta rappresentata in ampia percentuale da tossicodipendenti, extracomunitari, barboni, prostitute ecc. In comunità di questo tipo l'infermiere affronta quotidianamente rischi infettivi molto elevati, legati all'incisiva presenza numerica di portatori di malattie infettive quali epatiti virali, HIV, TBC, sifilide, per non parlare poi delle varie forme di parassitosi.

È proprio in ambienti come questi che l'incidenza di tali patologie si fa' allarmante e pertanto dovrebbe essere monitorata ulteriormente mediante controlli diagnostici periodici, ma soprattutto sin dal momento dell'ingresso dei detenuti in Istituto.

Uno dei compiti fondamentali dell'Infermiere Professionale è proprio la prevenzione e quindi l'educazione sanitaria. È fondamentale informare la popolazione detenuta e non solo, mi riferisco cioè anche alla custodia, circa le modalità di trasmissione di certe malattie, nonché circa i comportamenti a rischio di contagio da evitare. È necessario chiarire l'importanza di curare l'igiene personale e dell'ambiente soprattutto in carcere, dove condizioni di soprapopolamento e di comunione di piccoli spazi con più persone, talvolta di razza e cultura diversa, favoriscono l'insorgenza e la diffusione di condizioni morbose.

Purtroppo la carenza di personale infermieristico implica un aumento dei carichi di lavoro, nonché la difficoltà, per gli operatori stessi, di produrre tali attività. L'assistenza infermieristica non è soltanto di tipo pratico, ma anche e soprattutto di tipo psicologico, in quanto in carcere sovente è necessari assistere pazienti psichiatrici e individui che sviluppano stati di ansia, depressivi e psicosi che, se non affrontati adeguatamente e tempestivamente spesso sfociano in comportamenti di tipo autolesionistico.

Prontezza, professionalità, capacità organizzativa e relazionale sono tutte qualità necessarie per chi come noi lavora in carcere. L'Infermiere Penitenziario non può però farsi carico soltanto di responsabilità, in quanto necessita anche di una adeguata tutela dei propri diritti, mediante un adeguamento retributivo commisurato ai rischi sopramenzionati, mediante un giusto riconoscimento della propria attività e professionalità in ambito carcerario e riconoscendo che per affrontare al meglio quotidianamente le diverse attività sanitarie si rende necessario incrementare le risorse umane all'interno degli Istituti di Pena.

TAVOLA ROTONDA

I. P. Salvatore Ludovico Ariosto

Sono l'Infermiere Professionale Ariosto Salvatore Ludovico, parcellista presso la Casa Circondariale di Regina Coeli dal febbraio del 2000. Vorrei innanzitutto dire quanta importanza abbia per noi la vostra presenza qui oggi, essa permette di sottolineare e di focalizzare l'attenzione sul delicato e non privo di difficoltà, rapporto tra noi Operatori Sanitari e questo lembo di umanità così varie per razza, cultura, condizioni sociali, con cui ogni giorno siamo a stretto contatto.

Per noi infermieri si tratta prima di tutto di uomini malati, sottolineo uomini e poi di detenuti da aiutare nel processo guarigione con un rapporto improntato sulla fiducia, sulla continuità e sulla convinzione che il vantaggio sia reciproco, l'infermiere fornisce un'insieme di prestazioni tecniche, fornisce un supporto umano e un intervento educativo. Da parte sua il detenuto-malato, può fornire non solo informazioni essenziali per la condotta della terapia, ma anche un insieme di opinioni, esperienze che arricchiscono il rapporto inter-umano e rendono gratificante questa professione. Vorrei fermare l'attenzione oltre che sul rapporto umano, sull'intervento educativo fornito da noi infermieri.

L'educazione sanitaria diventa essenziale soprattutto all'interno del carcere, che può essere il luogo idoneo, userei dire "l'occasione buona" affinché il detenuto prenda coscienza dell'importanza di alcune misure profilattiche (come le vaccinazioni) e della necessità di apportare profonde modifiche ai comportamenti, abitudini lesive quali alcool, droga, fumo.

Basti pensare che, in certi casi, e solo all'interno del carcere il detenuto tossicodipendente viene a conoscenza della sua condizione di sieropositività o di malato di AIDS. È proprio a questo punto che il lavoro dell'infermiere va oltre la semplice somministrazione farmacologica, diventa educatore del malato, gli fornisce le basilari informazioni igienico-sanitarie per convivere con la sua condizione clinica e con gli altri detenuti. Il carcere può essere veramente l'unica vera occasione per fornire un minimo di coscienza sanitaria a queste persone.

L'attenzione al rapporto umano, all'educazione sanitaria, alla prevenzione, sono tutti propositi e obiettivi del nostro lavoro giornaliero. Obiettivi che spesso sono in contrasto, per cause oggettive, con i tempi, con gli ambienti, con l'organizzazione della struttura carceraria.

Non sempre è facile lavorare in tempi ristretti che compromettono la qualità delle nostre prestazioni, né lavorare in condizioni igienico-sanitarie non ottimali. Così come non rende semplice il nostro lavoro la sproporzione tra numero di detenuti e numero di Operatori Sanitari o ancora, la discontinuità del rapporto infermiere-detenuto, dato dalla brevità della prestazione lavorativa degli infermieri all'interno del carcere che, scoraggiati dagli ostacoli appena elencati, guardano a questo lavoro come "occasionale", e lo lasciano non appena trovano un'alternativa migliore.

Alla luce del fatto che più del 60 – 70% della popolazione carceraria è portatrice di patologie di diversa natura, vorrei sottolineare l'importanza della figura infermieristica, figura integrata al resto della struttura e non parte a se stante esterna. È questo che noi chiediamo "la nostra integrazione" per offrire al meglio delle nostre possibilità un servizio utile al detenuto.

INFERMIERE: FORMATORE ED EDUCATORE SANITARIO.

Ispettore, Gino Maria Bravini

Al precedentemente convegno ho trattato la figura dell'infermiere penitenziario, del suo lavoro e della sua opera all'interno di una équipe eterogenea composta di diverse figure professionali.

Ora vorrei andare oltre, e parlare in maniera più approfondita di tale figura, vorrei parlare di una figura non solo come è ma come dovrebbe essere.

Si è molto parlato dell'infermiere penitenziario, della sua opera all'interno del carcere, delle sue difficoltà nel trattare un particolare tipo di paziente, molto diverso da quello che normalmente si vede e si tratta presso gli Ospedali e le Cliniche esterne. Un paziente che vive la sua condizione di malato da detenuto con tutte le difficoltà legate alla mancanza di libertà. Questo l'ho potuto notare anche grazie alla mia esperienza di Coordinatore di un Nucleo Traduzioni e Piantonamenti, un'esperienza che mi ha portato a dovermi confrontare con tali figure che operano all'esterno del mondo carcere.

Recentemente le A.S.L. hanno assunto le incombenze relative alla medicina penitenziaria, ciò ritengo sia una cosa importante perché così viene rivalutata la figura dell'infermiere che lavora all'interno del carcere. Finalmente si supera quel dubbio, che per altro è stato l'oggetto del convegno dello scorso anno, se il lavoro in carcere è un "ripiego o una opportunità".

Prendere conoscenza che il lavoro dell'infermiere penitenziario è un lavoro che in qualche modo esce da quelli che sono gli schemi di chi lavora in un ambiente diverso, fa superare in maniera forte e consapevole quello che per molto tempo è stato un ripiego, e spesso la frustrazione di tutti coloro a cui non veniva riconosciuto il proprio lavoro anche solo eticamente, in attesa di qualcosa di meglio o di più valutato. Anzi diventa un'opportunità per coloro che vogliono lavorare in un ambiente diverso, per certi versi ricco da un punto di vista umano e che ti accresce professionalmente in maniera diversa e più completa.

Il dover trattare il paziente che vive in un mondo di cui ne è in qualche modo vittima, spinge chi lavora in questa realtà a dovere operare in maniera diversa e oserei dire unica rispetto a coloro che vivono e lavorano al di fuori di tale mondo.

È proprio su questo che in qualche modo tale figura deve essere rivalutata.

La rivalutazione avviene attraverso una formazione specifica mirata per coloro che vogliono andare a prestare la propria opera all'interno di una struttura penitenziaria. Superare così quella considerazione di un lavoro, quello all'interno del carcere come ripiego in attesa di qualcosa di meglio.

Esistono specializzazioni nel campo infermieristico legate al settore in cui tali figure professionali devono prestare la propria opera.

Specializzazioni necessarie perché chi vi lavora deve trattare con un certo tipo di paziente che lo differenzia da quello che è il motus operandi di qualsiasi altro reparto ospedaliero. Mi riferisco a chi lavora nei Reparti Psichiatrici o Pediatrici.

A ragione di ciò perché non prevedere una specializzazione anche per chi lavora negli Istituti di pena?

Tale formazione deve avvenire anche con il contributo di tutti gli operatori penitenziari che vanno dal Direttore e attraverso le figure del trattamento giungono alla sicurezza con il contributo della Polizia Penitenziaria. Perché, non ci dimentichiamo, chi lavora all'interno di un istituto penitenziario, al di là di quello che è il suo specifico lavoro, non può e non deve non prendere in considerazione anche quello che è il problema sicurezza.

Il problema sicurezza non è solo quella prettamente legata alla custodia, ma è anche quella sanitaria.

Questa possibilità di avere un interscambio di notizie con gli altri operatori è spesso di vitale importanza per il detenuto paziente e a questo, a mio avviso, contribuirebbe in maniera incisiva una conoscenza, acquisita attraverso

uno specifico corso di formazione arricchita successivamente da una specifica esperienza, di coloro che operano presso gli istituti penitenziari.

La formazione aiuta ad affrontare in maniera costruttiva quello che è il disagio sociale di chi è costretto a vivere in un mondo che “naturalmente” non è il suo, che non accetta e lo sente ostile. Per questo è necessaria una conoscenza primaria, anche se non diretta, di quel mondo che poi dovrà affrontare. Conoscenza acquisita anche con il contribuito, durante la formazione, del personale della Polizia Penitenziaria. Quella parte di operatori con cui in maniera più diretta ci si dovrà confrontare e con cui si dovrà contribuire.

È proprio in questo momento che il lavoro dell’infermiere penitenziario si amplia fino ad assumere in maniera forte il ruolo di “Educatore Sanitario”.

La convivenza di persone di diversa cultura, estrazione sociale ed etnia crea quello che potrebbe essere un problema sanitario. Attraverso l’osservazione attenta e soprattutto attraverso l’acquisizione di notizie da un serbatoio importante come quello della Polizia Penitenziaria permette di conoscere situazioni di rischio riguardante la sicurezza sanitaria. Come, di conseguenza, diventa importante l’acquisizione di notizie da parte della Polizia Penitenziaria, grazie al personale infermieristico, circa la sicurezza legata alla custodia.

Fino ad oggi gli infermieri penitenziari hanno acquisito tale esperienza, consentitemi il termine, sulla loro pelle. Hanno dovuto all’inizio della loro esperienza professionale affrontare i molteplici disagi di coloro che sono detenuti senza averne gli strumenti confidando solo sul loro buon senso e sulla loro professionalità.

Quando parlo di disagio non mi riferisco solo a ciò che è prettamente medico ma anche e soprattutto a disagi legati alla condizione di persona privata della libertà.

Non dimentichiamoci che il detenuto la prima figura che incontra, in determinati situazioni, dopo la Polizia Penitenziaria è l'infermiere, pertanto si rende quanto mai necessario formare tale personale. Perché diventa inconcepibile che come esiste una specializzazione per chi opera nei reparti psichiatrici non deve esistere una specializzazione per chi opera nei reparti detentivi.

Perché solo così riuscendo a formare tutto il personale possiamo finalmente entrare in Europa con una cultura e un modo di pensare veramente moderno. Teso all'osservazione e all'analisi delle problematiche sia sociali che sanitarie in quanto il carcere è, come altre strutture, uno specchio della società quindi saper capire ed agire nei giusti tempi e modi in questa realtà da i fondamenti su di un corretto modo di capire ed agire nel mondo esterno.

DECRETO LEGISLATIVO 22 GIUGNO 1999, N. 230

**“RIORDINO DELLA MEDICINA PENITENZIARIA A
NORMA DELL'ARTICOLO 5, DELLA LEGGE
LEGGE 30 NOVEMBRE 1998, N. 419”**

**PUBBLICATO NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 165
DEL 16 LUGLIO 1999 - SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 132**

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'articolo 5, comma 1, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione
del 18 giugno 1999;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro
della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, con il
Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, con il
Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro per gli affari regionali;

E M A N A

il seguente decreto legislativo:

Art. 1

Diritto alla salute dei detenuti e degli internati

1. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati:
 - a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
 - b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
 - c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;
 - d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
 - e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
 - f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

3. Ogni Azienda unità sanitaria locale, nel cui ambito e' ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati. Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.
4. I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica.
5. Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.
6. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Art. 2

Principi

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati e' organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

Art. 3

Competenze in materia sanitaria

1. Il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.
2. Le regioni esercitano, le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.
3. Alle Aziende unità sanitarie locali sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Il direttore generale risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria nei suddetti istituti.
4. L'amministrazione penitenziaria segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio dei poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del presente decreto legislativo.

Art. 4

Competenze in materia di sicurezza

1. Al Ministero di grazia e giustizia sono riservate tutte le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati.
2. Sulla base degli indirizzi formulati con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro della sanità, il direttore dell'istituto penitenziario sentito il direttore generale dall'Azienda unità sanitaria locale, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto medesimo del personale appartenente al servizio sanitario nazionale.
3. Il Personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e' tenuto all'osservanza delle norme previste dall'ordinamento penitenziario dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell'istituto penitenziario, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto medesimo in materia di organizzazione e sicurezza.
- 4. In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria e' definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da destinare al-**

l'Amministrazione penitenziaria. Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti e i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale.

Art. 5

Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario

1. Nell'ambito del Piano sanitario nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, e' previsto un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.
2. Il Progetto obiettivo di cui al comma 1 ha durata triennale ed e' approvato con decreto di natura non regolamentare del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. In sede di prima applicazione, il Progetto obiettivo è approvato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.
3. Nel Progetto obiettivo di cui al comma 1 sono definiti gli indirizzi alle regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati. Il Progetto obiettivo indica, in particolare:
 - a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;
 - b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto;
 - c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;
 - d) le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo

sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;

e) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio nell'ambito degli istituti penitenziari.

4. Nella determinazione dei criteri generali di valutazione dell'attività dei direttori generali le regioni tengono conto anche del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari, con riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari medesimi.
5. Le regioni danno attuazione, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario nazionale, sentiti i provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, anche prevedendo specifici, progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti e degli internati. La mancanza del Piano sanitario regionale comporta l'applicazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di cui al comma 1.
6. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Progetto obiettivo di cui al comma 1 senza che la regione abbia provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal comma 5, il Ministero della sanità sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso tale termine il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Progetto obiettivo per

la tutela della salute in ambito penitenziario, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

7. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, e' integrata con un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, redatto d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, nel quale sono:
- a) illustrate le condizioni di salute della popolazione detenuta e internata;
 - b) descritte le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;
 - c) esposti i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi finali stabiliti nel Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;
 - d) illustrati i risultati conseguiti dalle regioni rispetto all'attuazione di piani sanitari regionali;
 - e) fornite indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi in ambito penitenziario.

Art. 6

Personale e strutture

1. Con uno o piu' decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, e' individuato il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale. Si applica l'articolo 19 della legge 15 marzo 1997, n. 59.
2. In sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le forme e le procedure per il trasferimento del personale individuato ai sensi del comma 1, anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza.
3. Con uno o piu' decreti del Ministro di grazia e giustizia e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo e' disciplinato nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali di proprietà della amministrazione penitenziaria da destinare al servizio sanitario nazionale.

Art. 7

Trasferimento di risorse

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente decreto legislativo e dei decreti legislativi di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419, si provvede mediante utilizzazione delle risorse assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria.
2. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono assegnate al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero di grazia e giustizia. Con il medesimo decreto sono definiti, altresì, i criteri e le modalità della loro gestione.
3. Dall'applicazione del presente decreto legislativo non possono derivare oneri a carico del bilancio dello Stato superiori all'ammontare delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria.

Art. 8

Trasferimento delle funzioni e fase sperimentale

1. A decorrere dal 1 gennaio 2000 sono trasferite al servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. Sono contestualmente trasferiti il relativo personale, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni strumentali nonché le risorse finanziarie, nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
2. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali, sono individuate almeno tre regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie. Con il medesimo decreto e' stabilita la durata della fase sperimentale, tenuto conto dei termini previsti dall'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419.
3. Nella fase sperimentale prevista dal comma 2 al rapporto di lavoro del personale non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6. Tale personale e' posto alle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale. I beni strumentali restano nella titolarità della amministrazione penitenziaria; la gestio-

ne degli stessi e' affidata al Servizio sanitario nazionale.

4. Con i decreti previsti dal comma 2 dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, al termine della fase sperimentale, si provvede al trasferimento delle altre funzioni in tutto il territorio nazionale, anche sulla base della sperimentazione svolta.

Art. 9

Trasferimento delle funzioni alle regioni a statuto speciale e
alle province autonome

1. Per il trasferimento delle funzioni di cui al presente decreto legislativo si provvede, per le Regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, con norme di attuazione ai sensi dei rispettivi statuti.

**AL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE
PENITENZIARIA**

AL MINISTERO DELLA SANITÀ

**IL SERVIZIO INFERMIERISTICO
NEGLI ISTITUTI
DI PREVENZIONE E DI PENA
- DOCUMENTO DI LAVORO -**

PROGETTO

LUGLIO 1998

PREMESSA

La revisione dell'emanazione di uno o più decreti legislativi di riordino della Medicina Penitenziaria come previsto dal disegno di legge N°3299 approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 02 luglio 1998. ipotizza l'istituzione del Servizio Infermieristico negli Istituti di Prevenzione e di Pena.

Infatti nella considerazione che siano garantite specifiche modalità *per il diritto alla salute delle persone detenute* risulta essenziale, unitamente a quello degli altri componenti dell'équipe Sanitaria, il ruolo degli infermieri.

LA “MISSION” DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

La “MISSION” del servizio infermieristico previsto in ogni Istituto di Prevenzione e di Pena esercita funzioni di programmazione e controllo delle risorse umane e professionali qualitativamente idonee per svolgere il processo assistenziale e contribuire alla tutela della salute delle persone detenute ed internate.

Per tale scopo il Servizio Infermieristico effettua la programmazione, la selezione e l'inserimento degli infermieri, la relativa allocazione, l'orientamento lo sviluppo, l'aggiornamento e la formazione finalizzati al miglioramento continuo della funzione svolta, al corretto utilizzo delle risorse nell'ottica dell'efficacia e dell'efficienza qualitativa.

Il Servizio Infermieristico attuato negli Istituti di Prevenzione e di Pena si configura, a tutti gli effetti, come pubblico servizio pertanto appartiene alle norme ad esso afferenti, anche in relazione al periodo di servizio prestato a fini concorsuali.

QUADRO DI RIFERIMENTO CONCETTUALE

Al fine di specificare e chiarire le motivazioni che portano ad affermare le necessità di istituire il Servizio Infermieristico negli Istituti di Prevenzione e di Pena vengono qui analizzati la natura, il ruolo e la funzione infermieristica che sottende alla specificità del servizio e dei suoi obiettivi.

I principi secondo i quali organizzare l'attività professionale infermieristica derivano da un modello concettuale che, per quanto qui di specifico interesse è

riferito alla teoria del NURSING psicodinamico di Hildegard e Papleu.

Il lavoro scientifico elaborato da questa infermiera è concentrato fondamentalmente sui processi interpersonali che danno esito alla relazione professionale di aiuto, metodo con il quale l'infermiere può facilitare la trasformazione dell'energia o ansietà del paziente aiutandolo al controllo dei contenuti.

Nel pensiero di Pepleu l'assistenza alla persona è un processo interpersonale che diventa, se opportunamente incanalato, una vera terapia; tant'è che subordina gli aspetti tecnici a quelli relazionali.

Il curriculum teorico e pratico dell'autrice in esame è basato fondamentalmente sul nursing psichiatrico e per questo si è avvalsa delle teorie di Sullivan e degli psicologi della scuola della motivazione umana, tra cui Maslow, che hanno dato un notevole contributo allo studio del perché la persona si motivi a produrre comportamenti.

La validità della teoria della Paplou è essenziale quale metodo da utilizzare nell'assistenza infermieristica alle persone che oltre ad avere problemi di salute vivono situazioni particolari legate alla sfera psico/sociale ed affettivo-relazionale.

L'assistenza infermieristica è vista pertanto come processo terapeutico attraverso una serie di moli che l'infermiere deve essere disponibile e preparato ad assumere passando da "estraneo" a consigliere, moli dunque caratterizzati da competenze e abilità sul piano relazionale.

Gli infermieri che erogano l'assistenza infermieristica negli Istituti di Prevenzione e di Pena sono tenuti ad approfondire, interiorizzare ed utilizzare il modello qui proposto e basato sui concetti di aiuto, salute, persona e nursing e nella natura delle relazioni che li lega.

QUADRO DI RIFERIMENTO PROFESSIONALE

L'organizzazione Mondiale della Sanità nel definire nell'accordo di Strasburgo del 25 ottobre 1967 sulla formazione e istruzione degli infermieri, ratificato dall'Italia con legge 5 novembre 1973 N°795, definisce il ruolo del-

l'infermiere come segue: "L'Infermiere Professionale" esercita, in conformità alla legislazione nazionale le seguenti funzioni essenziali:

- a) Prodigare negli ospedali, a domicilio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle carceri una assistenza infermieristica competente alle persone il cui stato di salute lo richieda, tenuto conto delle loro esigenze fisiche, affettive e spirituali;
- b) Osservare le condizioni e gli stati fisici ed emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario;
- c) Formare, guidare altro personale a collaborare per rispondere alle esigenze del servizio e ai bisogni delle persone assistite.

Il secondo documento dell'O.M.S. al quale è d'obbligo fare riferimento riguarda il "Progetto Infermiere per l'Europa del futuro" che per l'intensità e la specificità del ruolo infermieristico viene integralmente riportato.

Il ruolo dell'assistenza infermieristica nella società è di aiutare gli individui, le famiglie e i gruppi a determinare e raggiungere il loro potenziale fisico, mentale e sociale, nel contesto mutevole dell'ambiente in cui essi vivono e lavorano.

Ciò significa che gli infermieri devono sviluppare e svolgere funzioni legate alla promozione, al mantenimento della salute, alla prevenzione della malattia. L'assistenza infermieristica comprende inoltre la pianificazione e la prestazione dell'assistenza nel corso della malattia e della riabilitazione, e interessa gli aspetti fisici, psichici e sociali della vita che hanno influenza sulla salute, sulla malattia, sulla disabilità e sulla morte.

Gli infermieri assicurano l'attivo coinvolgimento della persona, della sua famiglia, dei suoi amici, del suo gruppo sociale e della comunità in tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria incoraggiando la fiducia in se stessi e l'autodeterminazione.

Gli infermieri lavorano inoltre come partners dei membri di altre professioni e attività implicate nelle prestazioni di assistenza e nei servizi collegati.

L'assistenza infermieristica è un'arte ed una scienza che richiede la compren-

sione e l'applicazione della conoscenza e delle capacità specifiche della disciplina. L'assistenza infermieristica utilizza conoscenze e capacità derivate dalle scienze umane, sociali, fisiche, mediche e biologiche.

L'infermiere accetta le responsabilità ed esercita l'autorità necessaria per la prestazione diretta di assistenza infermieristica: è una professione autonoma, responsabile dell'assistenza che presta: ha la responsabilità di valutare i bisogni di aggiornamento o di formazione complementare nella gestione, nell'insegnamento, nella pratica clinica e nella ricerca, e deve prendere iniziative adeguate per soddisfarli.

Le funzioni dell'infermiere derivano direttamente dal ruolo dell'assistenza infermieristica nella società.

Queste funzioni restano costanti in qualsiasi luogo esse vengono esercitate (casa, luogo di lavoro, scuola, università, carcere, campo profughi, ospedale, centro di assistenza sanitaria di base o altro) e in ogni momento in cui l'assistenza infermieristica è prestata quale che sia lo status sanitario dell'individuo o del gruppo che deve essere servito, o le risorse disponibili.

Le funzioni dell'infermiere devono essere riflesse dalle legislazioni nazionali che regolano l'assistenza infermieristica.

Riassumiamo di seguito le quattro funzioni principali

La prima interessa la prestazione e la gestione dell'assistenza infermieristica diretta legata alla promozione, alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione o al sostegno degli individui, le famiglie o i gruppi.

Tale assistenza sarà maggiormente efficace se seguirà una serie logica di fasi, conosciuta come processo infermieristico:

- la valutazione dei bisogni della persona, delle famiglie o delle comunità e l'identificazione delle risorse necessarie e disponibili per soddisfare tali bisogni;
- l'identificazione dei bisogni che possono essere soddisfatti in modo adeguato ed efficace dall'assistenza infermieristica e di quelli che invece possono essere soddisfatti da altri servizi di assistenza socio sanitaria o da altri operatori professionali;

- la definizione delle priorità fra i bisogni sanitari che possono essere soddisfatti dall'assistenza infermieristica;
- la pianificazione e la prestazione dell'assistenza infermieristica necessaria
- il coinvolgimento dell'individuo (e, se necessario, della sua famiglia e degli amici) in tutti gli aspetti dell'assistenza, incoraggiando la partecipazione delle comunità (se necessaria e accettabile), l'autocura e l'autodeterminazione in tutte le questioni sanitarie;
- la documentazione delle attività svolte ad ogni fase del processo infermieristico e l'impegno delle informazioni per valutare i risultati dell'assistenza infermieristica prestata considerati:

- a) l'individuo, la famiglia, il gruppo, la comunità;
- b) il personale infermieristico coinvolto;
- c) il sistema all'interno del quale l'assistenza infermieristica è prestata;

inoltre

- il riferimento a standard culturali, etici e professionali accettati ed adeguati.
La seconda funzione riguarda L'insegnamento rivolto ai pazienti/clienti e al personale sanitario mediante:
 - la valutazione delle conoscenze individuali e delle capacità relative al mantenimento ed al ristabilimento della salute;
 - la preparazione e la prestazione adeguata delle informazioni necessarie;
 - l'organizzazione e/o la partecipazione alle campagne di educazione sanitaria;
 - la valutazione dei risultati di questi programmi educativi
 - il contributo all'educazione del personale infermieristico e sanitario in generale, identificando i suoi bisogni ed aiutandolo ad acquisire nuove conoscenze e capacità;
 - il riferimento a standard culturali, etici e professionali accettati ed adeguati.

L'azione in qualità di membro dell'équipe sanitaria ai vari livelli del sistema sanitario è la terza funzione, che comprende:

- la collaborazione con gli individui, le famiglie, le comunità e altri operatori sanitari o di settori correlati per pianificare, organizzare, gestire e valutare i servizi infermieristici in quanto elemento del sistema sanitario.
- L'azione la qualità di leader dell'équipe infermieristica: questa può includere altri infermieri e il personale ausiliario, così come i clienti dei servizi infermieristici;

- La delega delle attività e dei compiti infermieristici ad altro personale infermieristico e il sostegno al suo lavoro;
- La contrattazione della partecipazione dei clienti all'attuazione del piano di assistenza;
- La collaborazione con altri operatori professionali per mantenere un ambiente di lavoro sicuro ed armonioso, che consenta di prendere decisioni utilizzando conoscenze complementari piuttosto che competitive;
- Il coinvolgimento attivo nelle politiche e nella pianificazione, nello stabilimento delle priorità e nello sviluppo e allocazione delle risorse;
- La partecipazione alla redazione di relazioni e documenti sulla salute e gli aspetti ambientali, da sottoporre alle autorità sanitarie e politiche a livello locale, regionale o nazionale e, se necessario, ai rappresentanti dei mezzi di comunicazione di massa.

La quarta funzione è lo sviluppo di una pratica infermieristica attraverso il pensiero critico e la ricerca.

Essa comprende:

- l'impiego di forme innovative e di attività che consentono di raggiungere migliori risultati
- l'identificazione di aree per la ricerca o studi speciali, destinati ad accrescere la conoscenza o a sviluppare abilità nella pratica infermieristica o nella formazione, partecipando, se necessario, a dette attività l'impiego di standard culturali, etici e professionali adeguati ed accettati.

Con l'emanazione del profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/1 994) l'Italia ha definito le funzioni infermieristiche così come previsto a livello europeo.

Infatti l'allegato I del presente documento: Profilo professionale dell'infermiere (decreto del Ministro della Sanità 14/9/1 994 n°739 G.U. n°6 del 9/1/95) evidenzia che l'infermiere professionale è l'operatore sanitario che in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale e dell'iscrizione al relativo albo è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

L'assegnazione della responsabilità è il requisito fondamentale affinché l'infermiere possa operare in autonomia rispetto alle sue competenze. Sempre nel profilo si riconosce che "l'assistenza generale infermieristica preventiva, curativa palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa".

In relazione al processo infermieristico il profilo è particolarmente esplicito affermando che l'infermiere “partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”

QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

Il quadro normativo di riferimento per l'istituzione del Servizio Infermieristico attiene alle seguenti norme:

L.833/78 - istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nella quale i principi di tutela della salute del cittadino, espressi all'art.1, sono correlati all'art.32 della Costituzione e rappresentano il fondamento del sistema sanitario nazionale stesso.

Il Decreto Legislativo n° 502/92 modificato dal Decreto Legislativo n° 51 7/93 all'art. 6 comma 3 sancisce le modalità di formazione del personale infermieristico finalizzate all'acquisizione della professionalità e dell'abilitazione all'esercizio della professione come definito dal già citato D.M. 739/94 “Profilo dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica”.

Il Piano Sanitario Nazionale 1 998-2000 “Un patto di solidarietà con la salute”, richiede l'assunzione di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi in esso previsti, da parte di ciascun operatore sanitario rispetto all'ambito e alla tipologia di popolazione che assiste.

Il Disegni di Legge “Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale - Modifiche al DL VO n°502/I 992 e n° 51 7/93” che rappresenta quindi un ulteriore strumento per dare piena attuazione alla L. 833/78; prevede il riordino della medicina penitenziaria per “garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate anche attraverso forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, del personale e delle strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria”.

Questo presupposto, ancorché in discussione, avvalorata ulteriormente la necessità che negli Istituti di Prevenzione e di Pena sia istituito un Servizio Infermieristico specifico e/o correlato a quello delle Aziende USL nell'ipotesi espressa dal suddetto capoverso.

L'ipotesi di “superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario” la cui complessità è facilmente intuibile, richiama la necessità che il personale infermieristico, oggi impegnato nell'assistenza nei suddetti ospedali, sia considerato risorsa professionale esperta che può, per le specifiche competenze, contribuire al raggiungimento di questo obiettivo nell'ambito del progetto in esame.

IPOTESI DI ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO NEGLI ISTITUTI DI PREVENZIONE E DI PENA

- 1 - DIRIGENTE SERVIZIO INFERMIERISTICO
- 2 - COORDINATORE
- 3 - INFERMIERI PROFESSIONALI

1. Il Dirigente del Servizio Infermieristico è dotato di:

- autonomia organizzativa
 - autonomia professionale
 - autonomia gestionale
- di cui assume la totale responsabilità.

Osserva e fa osservare comportamenti etici e deontologici.

Spettano inoltre al Dirigente del Servizio Infermieristico funzioni di ricerca, progettazione, sperimentazione, sviluppo e valutazione di:

- risorse umane infermieristiche e di supporto
- modelli assistenziali e modalità di integrazione con le altre figure professionali
- qualità dell'assistenza infermieristica
- bisogni e produttività assistenziali
- promozione di iniziative formative
- ricerca infermieristica ed educazione sanitaria

- umanizzazione dell'assistenza e relazioni con gli organismi specifici e di volontariato

inoltre

- verifica e valutazione del fabbisogno del personale infermieristico e di supporto
- selezione ed allocazione del personale infermieristico
- verifica e valutazione dei livelli organizzativi

2.Coordinatore del servizio Infermieristico: CAPO SALA

L'Operatore Professionale coordinatore (CAPO SALA) assume un molo di coordinamento e di responsabilità nella gestione delle risorse a lui affidate, per il raggiungimento degli obiettivi/risultati.

Risponde al Dirigente del Servizio Infermieristico per quanto di sua competenza.

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

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

Al Capo Sala 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'équipe, 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 équipe dei piani di lavoro e relativa supervisione;
- implementazione di modelli organizzativi assistenziali per obiettivi e relativi strumenti 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;
- promozione e valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica;
- umanizzazione dell'assistenza e relazioni con gli organi specifici 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 équipe della ricerca infermieristica; Osserva e fa osservare comportamenti etici e deontologici.

3. INFERMIERE PROFESSIONALE

La responsabilità di questo livello attiene all'Operatore Professionale collaboratore: Infermiere Professionale.

Il livello professionale, nell'ambito della corrispondenza alla specifica funzione, afferisce al livello di coordinamento (Capo Sala) in una logica di integrazione e continuità.

Nell'attuazione di quanto previsto nel profilo, *di cui nell'allegato 1*, l'infermiere professionale 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 e dalle restanti norme che regolano l'esercizio professionale e nell'ambito delle risorse assegnate, deve essere garantita la risposta quali-quantitativa ai bisogni della persona.

Gli infermieri professionali concorrono 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 ed umani;
- Individuazione degli ambiti di autonomia specifici e di quella interdipendente con il medico 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 professioni sanitarie, tecniche, riabilitative sociali e di 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-deonologici della professione infermieristica e il rispetto dei principi affermati nel "*Patto infermiere cittadino*" di cui l'allegato 2

PATTO INFERMIERE CITTADINO

IO INFERMIERE MI IMPEGNO NEI TUOI CONFRONTI A: **PRESENTARMI** AL NOSTRO PRIMO INCONTRO, SPIEGARTI CHI SONO E COSA POSSO FARE PER TE

- **SAPERE** CHI SEI, RICONOSCERTI, CHIAMARTI PER NOME E COGNOME.
- **FARMI RICONOSCERE** ATTRAVERSO LA DIVISA E IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO
- **DARTI RISPOSTE** CHIARE E COMPRENSIBILI O INDIRIZZARTE ALLE PERSONE E AGLI ORGANI COMPETENTI
- **FORNIRTI INFORMAZIONI** UTILI A RENDERE PIÙ AGEVOLE IL TUO CONTATTO CON L'INSIEME DEI SERVIZI SANITARI
- **GARANTIRTI** LE MIGLIORI CONDIZIONI IGIENICHE E AMBIENTALI
- **FAVORIRTI** NEL MANTENERE LE TUE RELAZIONI SOCIALI E FAMILIARI
- **RISPETTARE** IL TUO TEMPO E LE TUE ABITUDINI
- **AIUTARTI** AD AFFRONTARE IN MODO EQUILIBRATO E DIGNITOSO LA TUA GIORNATA SOSTENENDOTI NEI GESTI QUOTIDIANI DI MANGIARE, LAVARSI, MUOVERSI, DORMIRE, QUANDO NON SEI IN GRADO DI FARLO DA SOLO
- **INDIVIDUARE** I TUOI BISOGNI DI ASSISTENZA, CONDIVIDERLI CON TE, PROPORTE LE POSSIBILI SOLUZIONI, OPERARE INSIEME PER RISOLVERE I PROBLEMI
- **INSEGNARTE** QUALI SONO I COMPORTAMENTI PIÙ ADEGUATI PER OTTIMIZZARE IL TUO STATO DI SALUTE NEL RISPETTO DELLE TUE SCELTE E STILE DI VITA
- **GARANTIRTI** COMPETENZA, ABILITÀ E UMANITÀ NELLO SVOLGIMENTO DELLE TUE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI
- **RISPETTARE** LA TUA DIGNITÀ, LE TUE INSICUREZZE E GARANTIRTI LA RISERVATEZZA
- **ASCOLTARTI** CON ATTENZIONE E DISPONIBILITÀ QUANDO HAI BISOGNO
- **STARTI VICINO** QUANDO SOFFRI, QUANDO HAI PAURA, QUANDO LA MEDICINA E LA TECNICA NON BASTANO
- **PROMUOVERE** E PARTECIPARE AD INIZIATIVE ATTE A MIGLIORARE LE RISPOSTE ASSISTENZIALI INFERMIERISTICHE ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONE
- **SEGNALARE** AGLI ORGANI E FIGURE COMPETENTI LE SITUAZIONI CHE TI POSSONO CAUSARE DANNI E DISAGI.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2000

Tipolitografia Gemmagraf s.n.c.
Lungotevere Prati, 16 - 00193 Roma
Tel. 06 687 98 67 - Fax 06 687 52 70