

PRINCIPIO DI EQUIVALENZA DELLE CURE E IL DIRITTO ALLA SALUTE IN AMBITO CARCERARIO

Sabina Gainotti, Carlo Petrini
Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Il carcere è un'istituzione che, per i suoi obiettivi di sicurezza e "rieducazione" delle persone detenute, tende a privare in tutto o in parte i propri ospiti della libertà, limitando in qualche modo anche la loro possibilità di esercitare scelte rilevanti per la salute.

In una delle sue opere più importanti, "Asylums", il sociologo canadese Erving Goffman annovera il carcere tra le cosiddette "istituzioni totali", in quanto istituzione che "serve a proteggere la società da ciò che si rivela come un pericolo intenzionale nei suoi confronti, nel qual caso il benessere delle persone segregate non risulta la finalità immediata dell'istituzione che li segrega" (1).

Eppure, garantire il diritto alla salute delle persone detenute significa riconoscere il loro valore di persone, da cui non può prescindere un vero programma di rieducazione e reinserimento nella società civile.

L'assistenza sanitaria penitenziaria ha un ruolo fondamentale nell'identificazione dei bisogni di salute delle persone detenute, e nella rilevazione di condizioni di sofferenza acute e croniche.

La richiesta di applicare alla sanità penitenziaria gli stessi standard diagnostici e terapeutici del sistema sanitario nazionale, in termini di qualità e specificità, si fonda sul cosiddetto principio di "equivalenza delle cure".

Il principio di equivalenza delle cure in ambito carcerario si fonda sui principi etici più generali di uguaglianza e giustizia, secondo cui tutti gli esseri umani hanno uguale valore e possiedono uguali diritti, indipendentemente dal loro status giuridico, e la società deve mettere in atto forme di giustizia redistributiva al fine di contrastare e ridurre il più possibile le disuguaglianze esistenti.

L'importanza etica del diritto alla salute e, dunque, del principio di equivalenza, deriva dal ruolo fondamentale della salute nel garantire altri diritti umani fondamentali della persona, come il diritto al lavoro e la piena partecipazione alla vita sociale e civile di una società democratica.

Nonostante la rilevanza etica del principio di equivalenza esistono difficoltà oggettive nella sua realizzazione pratica, attribuibili in parte alle specificità dei bisogni di salute della popolazione carceraria che richiedono di elaborare interventi sanitari e di promozione della salute adatti al contesto, e in parte agli imperativi di sicurezza e controllo tipici dell'ambiente carcerario che possono limitare l'autonomia della persona detenuta nelle proprie scelte sanitarie e, in mancanza di regole chiare, ostacolare l'instaurarsi di un rapporto fiduciario tra medico e paziente, fondamentale in ogni progetto di cura.

È importante riconoscere e analizzare queste difficoltà per elaborare politiche sanitarie che siano in grado di garantire in modo efficace il diritto alla salute delle persone detenute e favorire l'equivalenza delle cure in carcere anche da un punto di vista etico.

Principio di equivalenza delle cure in carcere

Il principio di equivalenza delle prestazioni sanitarie è citato in numerosi documenti e dichiarazioni nazionali e internazionali sui diritti delle persone detenute.

Ad esempio, la risoluzione 45/111 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) del 14 dicembre 1990 concernente i principi fondamentali per il trattamento dei detenuti afferma che i detenuti dovrebbero godere degli stessi standard di assistenza sanitaria di cui si avvale la comunità e dovrebbero avere accesso ai servizi sanitari necessari a titolo gratuito, senza che vi sia discriminazione sulla base del loro status giuridico (2).

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'ambito del progetto "Health in Prisons", riporta tra i suoi obiettivi strategici quello di promuovere tutti i servizi sanitari penitenziari, compresi i servizi di promozione della salute, per raggiungere standard equivalenti a quelli presenti nella comunità più ampia (3).

A livello europeo il principio di equivalenza appare per la prima volta nel 1973 in una relazione del Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) del Consiglio d'Europa, tra gli standard dell'organizzazione dell'assistenza delle persone detenute, dove si includono: accesso a un medico, equivalenza delle cure, consenso del paziente e riservatezza, assistenza sanitaria preventiva, assistenza umanitaria, indipendenza professionale e competenza professionale (4).

A seguire, la Raccomandazione N. R (98) 7 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa dell'8 aprile 1998 concernente gli aspetti etici e organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere, riporta come standard fondamentali l'equivalenza delle cure, l'accesso a un medico, il consenso del paziente e il rispetto della sua riservatezza, e l'indipendenza professionale (5).

L'ultima versione delle *European Prison Rules*, adottate dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa nel gennaio 2006, dedica un ampio paragrafo all'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, dove si raccomanda che in ogni carcere presti servizio almeno un medico di medicina generale qualificato e altro personale con formazione in ambito sanitario e siano previsti meccanismi di tutela della salute al momento dell'ingresso in carcere della persona detenuta, e per tutta la durata della sua permanenza.

Inoltre, per la prima volta si fa specifico riferimento alla necessità di organizzare i servizi sanitari penitenziari in stretta relazione con i servizi sanitari pubblici locali (7).

La Dichiarazione di Mosca sulla Salute carceraria come parte della Sanità Pubblica dell'OMS (*The Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*) (8) riporta le principali motivazioni che rendono urgente il rafforzamento di questo legame:

- la popolazione carceraria è composta in buona parte da persone vulnerabili e marginalizzate, con problemi di salute e condizioni croniche non trattate, e con comportamenti a rischio come prostituzione e tossicodipendenza;
- il movimento di persone infette o ad alto rischio di sviluppare malattie infettive all'interno del carcere e di ritorno alla vita civile comporta il rischio di diffusione di malattie trasmissibili all'interno e all'esterno del sistema penitenziario;
- in quasi tutte le carceri del mondo le condizioni di vita sono malsane. Sovraffollamento, violenza, mancanza di luce, di aria fresca e acqua pulita, cibo scadente e pratiche rischiose per la diffusione delle infezioni come i tatuaggi, sono realtà molto comuni. I tassi di infezione per tubercolosi, HIV ed epatite sono molto più elevati rispetto alla popolazione generale.

Diversi Paesi hanno avviato iter specifici per garantire la collaborazione tra servizi sanitari penitenziari e territoriali, mentre in alcuni Paesi si è deciso di trasferire direttamente la competenza per la tutela della salute delle persone detenute ai servizi sanitari territoriali (9).

In Norvegia ad esempio, il processo di affidamento dell'assistenza sanitaria penitenziaria alle autorità sanitarie locali è stato completato negli anni '80. In Francia la tutela della salute della popolazione carceraria è stata affidata alla Direzione Generale della salute per le questioni di salute pubblica del Ministero della Salute, già dal 1994. In Inghilterra e Galles, l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri è stata formalmente presa in carico dal National Health Service (NHS) nell'aprile 2003, e il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha pubblicato linee guida dedicate rispettivamente alle procedure da adottare per garantire la salute fisica dei detenuti (10) e la loro salute mentale (11).

In Italia il principio di equivalenza è in qualche modo insito nell'idea di diritto alla salute come diritto inalienabile di ogni persona, indipendentemente dalla condizione di libertà o detenzione, sancito dalla Costituzione all'art. 32:

“La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti” (12).

Tuttavia, anche in seguito all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) nel 1978, la tutela della salute delle persone detenute è rimasta a lungo di competenza del Ministero della giustizia, ritenendosi che sussistesse, a causa delle esigenze di sicurezza, una specialità legittima dell'assistenza sanitaria in carcere (13).

La Legge 419/1998 ha introdotto il principio di equivalenza all'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria), in cui si delegava il Governo ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria prevedendo il trasferimento dal Ministero della Giustizia all'SSN di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali riguardanti la sanità penitenziaria (14).

Lo stesso principio è riaffermato nel DL.vo 230/1999 sul riordino della medicina penitenziaria all'art. 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 e 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” (15).

A partire dal 1° gennaio 2000, sono transitate all'SSN le funzioni relative alla tossicodipendenza, mentre per le altre funzioni è iniziato un periodo di sperimentazione in alcune Regioni, con la costituzione di un Tavolo di consultazione permanente, che ha il compito di verificare l'attuazione del transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale e di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (16).

Bisogni di salute nella popolazione carceraria tra diritto alla salute, controllo e sicurezza

I bisogni di salute della popolazione carceraria presentano importanti specificità, e richiedono un adattamento allo speciale contesto carcerario di interventi sanitari programmati per la popolazione generale.

Alcuni rapporti a cura dell'OMS dedicati alla salute dei detenuti a livello mondiale delineano un quadro costituito prevalentemente da una popolazione giovane e affetta da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale (17, 18).

In Italia la salute della popolazione detenuta è stata oggetto di un recente studio multicentrico finanziato dal Ministero della salute che ha coinvolto oltre 15.000 detenuti (arruolati nel 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) nelle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno (19).

Secondo i risultati dell'indagine il 67,5% delle persone detenute in Italia è affetto da almeno una patologia (anche non grave), con differenze importanti per regione, ma soprattutto per sesso (uomini: 67%, donne: 75% e transgender: 95,7%) e fascia d'età (18-29 anni: 58,4%; 30-39 anni: 63,9%; 40-49 anni: 70,9%; 50-59 anni: 76,7%; >60 anni: 82,6%).

Le patologie più frequenti sono i disturbi psichici, che interessano il 41,3% delle persone detenute, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie infettive e parassitarie che coinvolgono rispettivamente il 14,5% e 11,5% delle persone detenute visitate.

Nonostante l'elevato consumo di tabacco nella popolazione carceraria (71% contro 22% della popolazione generale in Italia), i disturbi respiratori, prevalenti nella popolazione generale e nei soggetti più anziani, sono tra i più rari in carcere, essendo l'età media delle persone detenute relativamente bassa (19).

Dunque, l'assistenza sanitaria penitenziaria è prevalentemente orientata alla cura delle dipendenze e dei disturbi psichici, e di patologie frequenti nella popolazione carceraria come epatite, HIV, tubercolosi e malattie a trasmissione sessuale (10, 17, 18).

I bisogni di salute e il "consumo" di servizi sanitari della popolazione carceraria sono tendenzialmente più elevati rispetto alla popolazione generale, anche a causa degli effetti negativi per la salute dell'ambiente carcerario.

Secondo alcune stime epidemiologiche, la permanenza in carcere è predittiva non solo di un peggiore stato di salute degli ospiti, ma anche di un più rapido processo d'invecchiamento rispetto alla popolazione generale. Ad esempio, le probabilità di ammalarsi di una persona detenuta dell'età di 50 anni sarebbero le stesse di un individuo di 60 anni al di fuori dal carcere (20, 21).

Per garantire alle persone detenute un accesso corretto e tempestivo ai servizi sanitari sarebbe necessario aumentare la disponibilità di trattamenti all'interno del carcere anche se, come rilevano alcuni, un principio di equivalenza unicamente centrato sulla disponibilità di trattamenti rappresenterebbe uno standard minimo e non potrà mai bastare a rispondere agli specifici bisogni di salute della popolazione carceraria (22, 23).

Il principio di equivalenza dunque, più che sulla disponibilità di trattamenti, dovrebbe misurarsi sugli obiettivi e sui risultati di salute delle persone detenute, che dovrebbero essere gli stessi osservati nella popolazione generale (24, 25, 26).

La psichiatria è l'ambito in cui il principio di equivalenza è più difficile da realizzare. L'elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici tra le persone detenute è un fenomeno comune a tutte le carceri del mondo.

Spesso il carcere è il triste punto di arrivo di persone per cui le cure psichiatriche normalmente offerte all'esterno non hanno funzionato, e i casi con doppia diagnosi di malattia mentale e dipendenza da sostanze sono molto frequenti (27). Nell'indagine italiana, ad esempio, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze costituiscono quasi la metà del totale dei disturbi psichici (49,6%) e il problema affligge circa il 24% della popolazione detenuta arruolata nello studio (28).

Spesso per queste persone il motivo della detenzione è legato all'aver commesso atti di violenza, e nelle valutazioni sul loro trattamento le considerazioni di pubblica sicurezza assumono un peso notevole.

Le cure disponibili per affrontare queste condizioni sono limitate e mai equivalenti alle cure disponibili all'esterno, e spesso i medici psichiatri sono chiamati a concentrarsi sulle situazioni più urgenti come il rischio di suicidio, lo scompenso psicotico acuto e i principali disturbi comportamentali.

Secondo alcuni, infine, l'equivalenza delle cure in psichiatria non è semplicemente pensabile perché il carcere è un ambiente di per sé nocivo per la salute mentale, e il medico penitenziario non potrà mai dare al paziente psichiatrico ciò di cui avrebbe davvero bisogno: una famiglia o una relazione emotiva stabile, un lavoro appagante e, naturalmente, la libertà (29).

Anche la cura delle tossicodipendenze si svolge in un contesto diverso rispetto alla popolazione generale, rendendo difficile anche in questo caso parlare di "equivalenza" delle cure. In carcere le persone con tossicodipendenza sono praticamente costrette a smettere di assumere sostanze, e la cura con metadone è iniziata in assenza di una vera e propria volontarietà.

La domanda da porsi dunque è se l'ambiente carcerario soddisfi le condizioni essenziali per l'adozione di uno stile di vita sufficientemente sano da parte delle persone detenute, quanto a disponibilità di risorse, corretta alimentazione, possibilità di svolgere attività sociali e presenza di personale medico.

Per migliorare lo stato di salute delle persone detenute, accanto alla disponibilità di trattamenti e vaccinazioni, sarebbe necessario adottare misure preventive che includano l'offerta di informazione, l'educazione, campagne di screening e campagne contro i comportamenti a rischio, adattate al particolare contesto dell'ambiente carcerario (30).

La conoscenza di specifiche patologie e fattori di rischio sono elementi indispensabili nella definizione di azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio e promozione della salute.

Queste azioni non possono essere semplicemente mutate dai modelli ritenuti validi per la popolazione generale, ma devono essere adattati ai bisogni e caratteristiche della popolazione target e specificamente mirati ai comportamenti ad alto rischio associati alla vita in carcere: scambi di strumenti, iniezione di droghe e relazioni intime tra persone dello stesso sesso (31).

La progettazione e implementazione di misure preventive deve fondarsi su una comprensione approfondita dei concetti di malattia e salute, fisica e mentale e di ciò che costituisce un problema di salute in ambiente carcerario, al fine di mettere in atto procedure adeguate per promuovere comportamenti salutari.

Rapporto medico paziente tra autonomia limitata del paziente e dovere di neutralità del medico penitenziario

In ambito carcerario, il rapporto medico paziente è condizionato in molti modi dalla mancanza di risorse e dagli obiettivi di controllo e sicurezza che limitano la possibilità per le persone detenute di scegliere le proprie cure in modo autonomo.

L'esempio più ovvio di questa limitazione dell'autonomia è l'impossibilità per la persona detenuta di scegliere il proprio medico curante, poiché la scelta è affidata a monte al Servizio Sanitario Nazionale e all'amministrazione penitenziaria.

Anche la "domanda" di assistenza sanitaria è regolata in modo rigido in carcere, essendo i bisogni di salute della popolazione carceraria sempre superiori alle risorse disponibili mentre l'"offerta" di cure primarie è proposta in modo più interventista rispetto alla popolazione generale, ad esempio quando, al proprio arrivo in carcere, la persona detenuta è chiamata a sottoporsi ad una visita medica. In quel caso, la persona detenuta deve dare il proprio consenso informato a ricevere la visita che deve essere il più rapida e completa possibile. Tuttavia, essendo obbligatoria, la visita medica è "offerta" in modo attivo e, per motivi di sicurezza, la possibilità di un rifiuto non è prevista.

Secondo Niveau, queste due caratteristiche dell'ambiente carcerario, la "regolazione della domanda" e l'"offerta attiva" dei controlli sanitari, evidenziano alcuni limiti di attuazione del

principio di equivalenza delle prestazioni sanitarie rispetto alla popolazione generale, e lo sforzo speciale a cui sono chiamati i professionisti che si impegnano a perseguirlo (30).

Infine, l'autonomia delle persone detenute nelle scelte sanitarie può essere influenzata da vincoli legati al contesto di privazione della libertà e alla possibilità di sottrarsi, seppur per poco tempo. Spesso la salute della persona detenuta è un fattore determinante nelle decisioni circa la durata della detenzione o le condizioni in cui questa si svolge, e ciò potrebbe condizionare le scelte della persona detenuta relative ai propri trattamenti sanitari. Un detenuto, ad esempio, potrebbe decidere di sottoporsi a un intervento di chirurgia elettiva per prolungare la propria permanenza in ospedale, o accettare di assumere un trattamento farmacologico anti-androgeno o anti-psicotico nella speranza di anticipare la propria scarcerazione o ottenere la libertà condizionale.

Quindi, spesso, nella medicina penitenziaria il concetto di autonomia è più complesso rispetto alla medicina di comunità e il personale sanitario che opera in questo ambito deve prestare particolare attenzione ai condizionamenti che potrebbero portare il paziente ad assumere dei rischi per il proprio corpo e la propria salute.

Infine, un aspetto difficile da comprendere nella sua interezza, ma molto tipico nell'assistenza sanitaria in carcere, è il problema della simulazione di malattia e di altre manipolazioni, con le difficoltà che queste creano nella relazione terapeutica tra medico e paziente.

Da un lato il medico che lavora in ambito carcerario deve prestare particolare attenzione al tentativo di manipolazione da parte delle persone detenute, tentativo che può condizionare pesantemente la qualità di una relazione terapeutica, al punto che alcuni autori raccomandano ai medici penitenziari di praticare anche al di fuori del carcere per evitare il fenomeno della "acculturazione"(30). Dall'altro per il medico i tentativi di manipolazione possono provenire dallo stesso personale carcerario e, se un medico è molto coinvolto nel funzionamento del carcere, può essere difficile per lui/lei mantenere la neutralità necessaria a garantire alle persone detenute le cure di cui hanno bisogno (3).

In alcuni casi, il medico penitenziario può essere chiamato a trascorrere l'intera vita lavorativa all'interno di un carcere, instaurando con l'amministrazione carceraria un rapporto di stretta collaborazione. In queste situazioni può capitare che la direzione del carcere richieda l'assistenza del medico nella gestione dei prigionieri che stanno creando difficoltà. Ad esempio, il personale di sicurezza potrebbe richiedere al medico di sedare le persone con comportamenti violenti contro sé stessi, gli altri detenuti o il personale di sicurezza. In alcune giurisdizioni, le amministrazioni penitenziarie potranno richiedere ai medici di fornire informazioni riservate sullo stato di sieropositività di una persona detenuta.

Il valore della neutralità è particolarmente importante per il medico e i professionisti sanitari che operano in ambito carcerario, e l'indipendenza professionale è un valore richiamato in diverse dichiarazioni internazionali sul diritto alla salute in ambito carcerario.

Il giuramento di Atene del 1979 dello *International Council of Prison Medical Services* (32) ad esempio afferma:

We, the health professionals who are working in prison settings, meeting in Athens on September 10, 1979, hereby pledge, in keeping with the spirit of the Oath of Hippocrates, that we shall endeavour to provide the best possible health care for those who are incarcerated in prisons for whatever reasons, without prejudice and within our respective professional ethics.

[Noi, professionisti della salute occupati in ambito carcerario, riuniti ad Atene il 10 settembre 1979, con la presente ci impegniamo, in linea con lo spirito del giuramento di Ippocrate, a fare del nostro meglio per fornire la migliore assistenza sanitaria possibile alle persone detenute per qualsiasi motivo, senza pregiudizi e nel rispetto delle nostre rispettive etiche professionali] (Traduzione non ufficiale a cura degli autori)]

Il medico penitenziario non dovrebbe mai perdere di vista il fatto che il suo rapporto con la persona detenuta dovrebbe essere prioritario rispetto ad ogni altra considerazione. Un medico non dovrebbe mai intraprendere azioni che non siano nel migliore interesse del proprio paziente.

Allo stesso modo, come per tutti gli altri pazienti, i medici dovrebbero sempre cercare il consenso del paziente prima di intraprendere qualsiasi azione clinica, a meno che il paziente per motivi clinici non sia in grado di esprimere il proprio consenso.

Nel documento "Health in prisons" l'OMS ha elaborato una lista di raccomandazioni etiche specifiche per l'assistenza sanitaria carceraria che danno indicazioni anche pratiche al personale sanitario che voglia:

- Indipendentemente dalle circostanze, l'obiettivo finale per il personale sanitario penitenziario deve sempre essere il benessere e la dignità del paziente.
- I risultati di test ed esami medici effettuati in carcere nella pratica clinica con il consenso del paziente devono essere trattati con lo stesso rispetto per la riservatezza accordato ai dati di qualunque altro paziente.
- Al fine di evitare ogni confusione relativa al ruolo del medico, tra le visite mediche effettuate a scopo di cura quelle effettuate per scopi forensi, il medico all'inizio della consultazione dovrebbe chiarire con il paziente che, nel secondo caso, il segreto professionale non si applica ai risultati dei test.
- Indipendentemente dai problemi di sicurezza, il personale sanitario deve avere accesso illimitato a tutti i detenuti in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, compresi i detenuti sottoposti a misure disciplinari.
- Il personale sanitario non deve in alcun caso partecipare all'applicazione di sanzioni contro i detenuti o alle decisioni che le determinano, in quanto ciò pregiudicherebbe la fiducia nel rapporto medico-paziente.
- Il personale medico non dovrebbe intraprendere alcuna azione medica su persone sottoposte a contenimento (incluse le manette), fatta eccezione per le persone con malattia mentale in fase acuta che rappresentano un potenziale rischio grave e immediato per sé stessi e per gli altri.
- I medici che effettuano ricerche in parti intime del corpo intimo devono spiegare alle persone detenute, prima di procedere con l'ispezione, che stanno intervenendo puramente come esperti e che i loro atti non hanno uno scopo diagnostico o terapeutico.
- Durante uno sciopero della fame, il medico deve evitare il rischio che i detenuti, l'amministrazione penitenziaria o le autorità giudiziarie strumentalizzino le loro decisioni mediche.
- Se un detenuto presenta segni fisici e/o sintomi mentali compatibili con l'essere stato sottoposto a tortura o trattamento crudele, inumano e degradante, il medico ha il dovere di documentarli prendendo in considerazione le preferenze del paziente, e segnalare tali atti attraverso canali appropriati.
- Il servizio sanitario penitenziario può svolgere un ruolo molto importante nella lotta ai maltrattamenti all'interno e all'esterno dello stabile. L'esame fisico e psicologico eseguito all'arrivo di un nuovo ospite è particolarmente importante in questo senso.
- Tutto il personale sanitario che lavora con i detenuti su base continuativa dovrebbe avere accesso a uno specifico programma di training. Dovrebbe essere in grado di analizzare problemi, specificità e meccanismi interni di prigionie diverse, gestire situazioni potenzialmente pericolose o violente e riconoscere i rischi di violazioni etiche specifiche per le loro attività (3).

Conclusioni

L'equivalenza delle cure in carcere è un principio affermato nelle dichiarazioni e raccomandazioni dei più importanti organismi internazionali sui diritti delle persone detenute, ed è richiamato nelle normative e politiche di numerosi Paesi sull'assistenza sanitaria carceraria. Per garantire alle persone detenute un'assistenza sanitaria disponibile, accessibile, accettabile e di qualità (traduzione dell'acronimo AAAQ: *Availability, Accessibility, Acceptability and Quality of services*), che sono i quattro imperativi del diritto alla salute (33), è necessario uno sforzo conoscitivo delle più importanti specificità a livello clinico, ambientale, sociale e anche etico dell'assistenza sanitaria in carcere, che permettano di programmare politiche sanitarie adatte al contesto e quindi più efficaci, a partire dal riconoscimento del valore della salute fisica e mentale della persona e della sua importanza nell'intero processo riabilitativo e di reinserimento nella vita civile, che dovrebbe essere il fine ultimo dell'istituzione penitenziaria.

Bibliografia

1. Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday, a division of the Doubleday Broadway Publishing Group, a division of Random House, Inc. ; 1961. Cit. in: Goffman E. *Asylums: Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Traduzione di Franca Basaglia, Torino: Einaudi, 2003.
2. United Nations. Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. New York, United Nations; 1990 Disponibile all'indirizzo: <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm> Ultima consultazione: 30 Ottobre 2018.
3. WHO Regional Office for Europe. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
4. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Resolution (73) 5, The European Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the Committee of Ministers on 19 January 1973*. Strasbourg: Council of Europe; 1973.
5. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (87) 3 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted by the Committee of Ministers on 12 February 1987*. Strasbourg: Council of Europe; 1987.
6. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. Strasbourg: Council of Europe; 1998.
7. Committee of Ministers of the Council of Europe. *Recommendation No. R (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Adopted 11 January 2006*. Strasbourg: Council of Europe; 2006.
8. WHO Regional Office for Europe. *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
9. Tomascovski K. *Prison health: international standards and national practices in Europe*. Helsinki: The European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations (HEUNI); 19; 1992.
10. National Institute for Health and Care Excellence. *Physical health of people in prison*. London: NICE; 2016. NICE guideline [NG57]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng57> ultima consultazione 30/10/2018.
11. National Institute for Health and Care Excellence. *Mental health of adults in contact with the criminal justice system*. London: NICE; 2017. NICE guideline [NG66]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66>; ultima consultazione 30/10/2018.

12. Italia. Costituzione della Repubblica Italiana. *Gazzetta Ufficiale* n. 298 del 27 dicembre 1947.
13. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale* n. 360 del 28 dicembre 1978, Suppl. Ordinario.
14. Italia. Legge 30 novembre 1998, n. 419. 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 decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale* n. 286 del 7 dicembre 1998.
15. Italia. Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999, Suppl. Ordinario n. 132.
16. Ministero della Giustizia. Diritti dei detenuti. Disponibile all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page; ultima consultazione: 30 Ottobre 2018.
17. WHO Regional Office for Europe. *Prisons and health*. Copenhagen, (Denmark) WHO 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1; ultima consultazione 30/10/2018..
18. WHO Regional Office for Europe. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, Denmark, WHO, 2007.
19. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 2015. (Documenti ARS Toscana, n. 83).
20. Mitka M. Aging prisoners stressing health care system. *JAMA* 2004;292:423-4.
21. Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. The health and social needs of older male prisoners. *Int J Ger Psychiatry* 2012;27(11):1155-62.
22. Birmingham L, Wilson S, Adshead G. Prison medicine: ethics and equivalence. *Br J Psychiatry* 2006;188:4-6.
23. Exworthy T, Samele C, Urquía N, Forrester A. Asserting prisoners' right to health. Progressing beyond equivalence. *Psychiatric Services* 2012;63(3):270-5.
24. Lines R. From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health* 2006;2(4):269-80.
25. Charles A, Draper H. 'Equivalence of care' in prison medicine: is equivalence of process the right measure of equity? *J Med Ethics* 2012;38:215-8.
26. Jotterand F, Wangmo T. The Principle of Equivalence reconsidered: assessing the relevance of the principle of equivalence in prison medicine. *Am J Bioethics* 2014;14(7):4-12.
27. Farrell M, Boys A, Bebbington P, et al. Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *Br J Psychiatry* 2002;181:393-8.
28. I disturbi psichici. In: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Settore Sociale, Osservatorio di Epidemiologia. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Collana dei Documenti ARS, n. 83. (Cap. 4) Disponibile a: <https://www.ars.toscana.it/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2015/2977-la-salute-dei-detenuti-in-italia-i-risultati-di-uno-studio-multicentrico-2015.html>; ultima consultazione 30/10/2018.
29. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *Br Med J* 2003;327:480.
30. Niveau G. Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine. *J Med Ethics* 2007;33:610-3.

31. Belenko SR, Shedlin M, Chaple M. HIV risk behaviors, knowledge, and prevention service experiences among African American and other offenders. *J Health Care Poor Underserved* 2005;16(4 Suppl B):108-29.
32. Prison Health Care Practitioners. *Oath of Athens*. London: Prison Health Care Practitioners. 1979. Disponibile a: http://www.medekspert.az/ru/chapter1/resources/The_Oath_of_Athens.pdf; ultima consultazione 30 ottobre 2018.
33. World Health Organization. *The right to health. Factsheet*. Geneva: WHO. Disponibile a: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/Health/RightToHealthWHOFS2.pdf>; ultima consultazione 30 ottobre 2018.