

L'AUTODETERMINAZIONE DEL PAZIENTE IN STATO DI DETENZIONE CARCERARIA: PROFILI ETICI DEL RIFIUTO DELLE CURE

MARIA RENATA BATTAGLIN* - STEFANO TOLIO**

SOMMARIO: 1. Due storie. – 2. Il problema. – 3. I presupposti teorici che guidano l'analisi del problema - 3.1. *Il presupposto della persona e il significato della dignità.* - 3.2. *Le definizioni.* - a) *La pluralità delle prospettive sulla vita buona.* - b) *L'ambito del consenso informato.* – 4. Il quadro di riferimento normativo. - 4.1. *Principi costituzionali e sovranazionali relativamente al consenso ai trattamenti sanitari e al trattamento dei detenuti.* - 4.2. *Legislazione italiana.* - a) *Il passaggio della Sanità penitenziaria alle ASL.* - b) *La compatibilità della detenzione carceraria con le condizioni di salute.* – 5. Lo stato di salute nelle carceri italiane. - 5.1. *Le condizioni generali* - 5.2. *Le condizioni psicologiche e il diritto alla salute.* - 5.3. *Il fenomeno dell'auto aggressività e il problema delle condotte "astensive".* – 6. Il problema della distinzione tra il rifiuto delle cure e i comportamenti auto lesivi. – 7. La rilevanza etica del paziente recluso. - 7.1. *Tre motivi di fondo.* - 7.2. *Una dialettica di riconoscimento.* - 7.3. *La posizione del medico.* – 8. Conclusioni: non pluralismo ma conflitto di valori.

Abstract – *Il rifiuto delle cure da parte del paziente detenuto negli istituti di pena presenta aspetti polivalenti e riferisce nodi strutturali relativamente al diritto alla salute e alla percezione soggettiva della dignità. Nella valutazione della validità e del significato del rifiuto, nonché nell'assistenza prestata, la posizione del personale di Sanità penitenziaria si colloca come parte terza nel dissidio tra i criteri della sicurezza e della custodia da una parte e l'autodeterminazione che il detenuto esercita dall'altra. Il rifiuto delle cure rimanda all'esigenza di connettere le azioni normate dal diritto ad un'etica del riconoscimento dei valori e dei doveri delle parti, capace di stemperare i rapporti di forza.*

* Docente di filosofia nei Licei - Vicenza.

** Direttore U.O. di Sanità penitenziaria C.C. Vicenza.

1. Due storie.¹

A) Detenuto da 2 anni, ex tossicodipendente non più in carico al Ser.T. La visita medica eseguita all'ingresso ha registrato una condizione di salute accettabile. Successivamente, il soggetto manifesta progressive e significative perdite di peso in breve tempo e all'apparenza senza eventi che le motivino. Ai controlli, l'assunzione di cibo risulta effettiva. Si chiede l'intervento del servizio nutrizionale e la dieta viene modificata, senza tuttavia riscontri positivi sul peso. Poiché si sospetta una patologia organica, viene proposto al detenuto di sottoporsi ad esami strumentali che possono essere effettuati solo in ricovero ospedaliero. Il detenuto oppone un rifiuto netto anche se l'energia per le azioni quotidiane è diminuita e il suo ambito vitale e delle relazioni risulta ulteriormente ridimensionato. A nulla valgono i colloqui di convincimento con gli operatori sanitari, che comunque confermano la valutazione fatta dal personale medico sulla capacità del detenuto di decidere in merito alla propria salute. Vengono fatti intervenire i familiari per tentare di convincere il detenuto, che però non modifica la sua decisione. Di fronte all'evidente progressiva perdita di interesse per le relazioni con gli altri e per la propria salute, viene richiesta anche la consulenza psichiatrica per stabilire in che misura il disinteresse dipenda dallo stato debilitato dell'organismo – che comunque continua ad essere nutrito – o non sia invece presente una decisione inespressa a lasciarsi morire. La perizia non riesce a disporre di elementi sufficienti a concludere. Interpellato sul caso, il Magistrato di sorveglianza risponde che il detenuto non può essere costretto a nessun accertamento. Le condizioni di salute vengono monitorate e si presta al detenuto assistenza, verificando l'assunzione giornaliera di cibo e utilizzando anche integratori alimentari, ma senza che nessun trattamento sanitario né alcuna disposizione di isolamento possano essere attivati, stante l'impossibilità di procedere ad una diagnosi.

¹ Per i casi sopradescritti si omettono informazioni che possono far risalire all'identità dei soggetti, compreso l'istituto di pena in cui sono reclusi.

B) Soggetto recluso da 5 anni, eseguita all'ingresso visita medica con prelievi di sangue, successive visite mediche per disturbi vari, non tossicodipendente, riferita familiarità per cardiopatia. Il soggetto riferisce sincopi pregresse e ripetute lipotimie. Sottoposto a visita cardiologica, manifesta significativa aritmia cardiaca. Si sospetta una miocardiopatia dilatativa. Alla proposta di essere sottoposto a coronarografia, il soggetto oppone rifiuto e accusa l'ambiente carcerario di essere responsabile dell'insorgenza di una patologia per la quale avrebbe una predisposizione. Curato per i sintomi, egli disattende le indicazioni dei medici e si sospetta che simuli l'assunzione dei farmaci che gli sono prescritti, così da danneggiarsi ulteriormente e dimostrare una responsabilità della struttura.

I casi descritti sono esempi di situazioni che si presentano con una certa frequenza negli istituti di pena e non rientrano nelle categorie per le quali sono previste particolari norme: non sono riferibili a incapacità mentale e a malattia psichiatrica, per le quali possa essere nominato un tutore o essere attivato un TSO²; non sono presenti AIDS conclamato o altre malattie infettive diffuse – per quanto nel primo caso se ne possa avanzare un'ipotesi; né vi è al momento altra chiara "grave infermità"³, per quanto i comportamenti adottati dai detenuti e forse lo stesso perdurare dello stato detentivo potrebbero produrla a breve.

Entrambi i detenuti mettono coscientemente in atto decisioni anticonservative, anche se con motivazioni che, almeno nel secondo caso, esprimono affermazione di sé e desiderio vitale e farebbero pensare a un atteggiamento strumentale e manipolativo nei confronti del personale sanitario e di se stessi.

Non entreremo nel merito di una distinzione concettuale – peraltro importante – tra la categoria generale di "autolesioni-

² Legge 23 dicembre 1978 n. 833.

³ L'art. 147 c. 1 del Codice penale introduce la nozione di "grave infermità" in presenza della quale viene disciplinata l'ipotesi del rinvio della pena e/o la sua esecuzione in modalità alternative alla reclusione carceraria.

smo”, in cui sono raccolti fenomeni differenti, e quella specifica del “rifiuto delle cure”, di cui intendiamo esplorare il significato nel particolare contesto dell’ambiente carcerario.

Presenteremo alcuni riferimenti normativi essenziali e specifici e una breve sintesi dei dati empirici sulle condizioni di salute nelle carceri, per poter poi discutere gli aspetti etici del problema in oggetto, con l’obiettivo di chiarirne gli elementi di fondo e di evidenziarne la peculiare rilevanza etica.

2. Il problema.

Quale sia il significato del rifiuto delle cure da parte del paziente recluso negli istituti di pena è una questione che mette in risalto due nodi fondamentali riferibili al godimento del diritto alla salute della popolazione carceraria, che deve essere riconosciuto paritariamente a tutti i cittadini⁴.

Il primo è che esso con il suo risvolto negativo – il diritto al rifiuto delle cure – definisce una parte importante dei limiti che l’istituzione deve rispettare nella sua azione penale, limiti che consentono al soggetto detenuto di far valere la propria dignità e i margini di autonomia residuale contro l’azione di custodia e la tendenza omologante dell’istituzione. Di fronte a questo aspetto, si evidenzia tuttavia un problema più generale e di fondo: quello che riguarda la compatibilità tra una condizione di limitazione forzata della libertà, quale è la detenzione carceraria, e il pieno godimento del diritto alla salute sancito dalle norme costituzionali italiane e internazionali. La questione può essere articolata nelle seguenti formulazioni:

- 1 ➤ Quanto può essere ritenuto libero un consenso agli accertamenti e ai trattamenti sanitari nel contesto carcerario ovvero in una condizione di restrizione forzata della libertà e in cui la percezione di sé e del proprio futuro può risultare compromessa? Si può cioè ritenere che si diano realmente le condizioni che permettono al rifiuto di essere valido, e cioè il risultato di un processo decisionale consapevole e ponderato?

⁴ Organizzazione mondiale della Sanità, direttive “Principio di equivalenza delle cure”.

rato sulla base del sistema dei valori in cui il soggetto si riconosce?

- 2 ➤ E il caso in cui il rifiuto delle cure sia determinato dalla volontà di trovare un'alternativa alla detenzione carceraria ha rilievo per la riflessione bioetica e per l'etica medica?

Il secondo nodo riferisce la necessità di raccordare due polarità di pari forza e valore. La prima riguarda la tutela dei diritti fondamentali delle persone che in carcere scontano una pena di restrizione della libertà personale. Sennonché il diritto alla salute, che deve essere garantito come un'articolazione del diritto fondamentale alla vita, nel sistema carcerario mostra una polisemia importante perché per un verso definisce i limiti che l'azione di pena e di custodia non può superare⁵, per l'altro la salute è anche la condizione che la struttura deve garantire affinché la pena sia rieducativa. Inoltre, il fatto stesso che la reclusione non sia volontaria, ma imposta alla persona come pena da scontare per aver violato i patti sociali, rende l'istituzione carceraria nel suo complesso interamente responsabile della salute del detenuto e da ciò deriva un obbligo di garanzia che potrebbe indurre a ritenere giustificate misure o strategie di imposizione dei trattamenti sanitari. Lo stato di reclusione, nondimeno non sottrae al detenuto la libertà di rifiutare gli accertamenti e i trattamenti sanitari, anche per sospetto di HIV o di tubercolosi ossia di patologie diffuse, particolarmente allertanti in un ambiente dove la promiscuità è elevata. E questo riconoscimento di autonomia o di libertà "negativa" trova il suo fondamento nell'impostazione democratica che subordina le esigenze e la razionalità della struttura carceraria all'insopprimibile diritto della persona.

Dall'altra parte si collocano due obblighi altrettanto ineludibili: quello che impone che la pena venga eseguita, e senza differimenti e quello che la struttura garantisca la sicurezza sanitaria di tutti i detenuti. Inoltre, la finalità riabilitativa e non meramente punitiva della pena carceraria comporta che un disconoscimento del diritto alla salute, compiuto anche nei modi della negligenza o incuria, si configurerebbe come una misura punitiva, con la colpevole riduzione del corpo della persona a strumento di pena e con

⁵ Costituzione italiana, artt. 27 e 32.

il venir meno del senso di umanità e del dovere di soccorso cui ogni cittadino è giuridicamente tenuto ed ogni essere umano è moralmente obbligato.

3. I presupposti teorici che guidano l'esame del problema.

3.1. Il presupposto della persona e il significato della dignità.

Il concetto di persona appare il più idoneo ad accompagnare la riflessione sui diritti⁶. In particolare esso risulta insostituibile se ci si riferisce al diritto alla salute, inteso come diritto non solo alle cure, ma anche all'accesso alle opportunità e alle risorse minime che concorrono allo sviluppo della identità individuale⁷. Questa concezione della salute rimanda ad un concetto di essere umano che si esprime appunto come persona, ossia come unità psico-fisica in relazione con il mondo e come unicità – singolare e cioè irripetibile e per questo portatore di diritti, primo tra tutti la dignità. La dignità le è connessa in forma ontologica ossia costituiva⁸ e ciò significa che la persona è portatrice di un valore intrinseco e, quindi, incomparabile.

In quest'ottica valgono dunque per i detenuti gli stessi principi che costituiscono le linee direttive di ogni azione sanitaria e sui quali ogni operatore sanitario è tenuto a giustificare le proprie scelte: si tratta, come è noto, dei principi di autonomia, benefi-

⁶ Si fa valere in questa sede la linea teorica di fondo dell'antropologia personalistica applicata alla riflessione bioetica, come risulta in VIAFORA CORRADO, *Introduzione alla bioetica*, Franco Angeli, Milano 2006.

⁷ L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità».

⁸ Per l'esame della nozione di "dignità umana" applicata all'ambito bioetico si veda l'ampio e documentato volume collettaneo *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, a cura di FURLAN ENRICO, Franco Angeli, 2009.

cienza, non-maleficenza e giustizia individuati dalla riflessione bioetica⁹.

Poiché le situazioni concrete mettono in evidenza possibili conflitti tra questi principi che dovrebbero guidare l'azione – ad esempio tra il principio di autonomia, che impone il rispetto della volontà del paziente, e quello di beneficenza, che richiama il dovere di promuovere il suo bene – e, ancora, tra questi e altri che sovrintendono a differenti contesti, risulta necessario individuare un criterio di riferimento ulteriore, che costituisca una sorta di orizzonte di senso, sulla base del quale possa essere valutata la moralità di un'azione.

Ora, la nozione di dignità sembra capace di svolgere questo ruolo, tanto che i principi summenzionati appaiono come sue articolazioni parziali¹⁰. E tuttavia, affinché la nozione di dignità umana possa costituire in modo efficace un riferimento ultimo, è necessario che accanto alla dimensione soggettiva ch'essa riferisce ne venga postulata una oggettiva. La dignità non può essere ridotta alla percezione di ciò che il singolo soggetto riconosce come "degnò" per la propria vita. Per poter fondare il dovere del rispetto, la rivendicazione della dignità deve esibire un lato obiettivo, quello appunto di costituire il nucleo di valore dell'essere umano come persona¹¹. Ammettere solo il risvolto soggettivo della dignità significa infatti farla dipendere dalla capacità di autorappresentarsi il proprio valore, una capacità che le esperienze di umiliazione e di disconoscimento possono compromettere anche

⁹ Per l'individuazione di questi principi nonché per la loro definizione e la problematicità della loro applicazione, BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2008. Commentando l'astrattezza dei principi assunti singolarmente e individuando nella non maleficenza il solo principio realmente assoluto dell'etica medica – in quanto il solo adeguato ai contesti di relazione asimmetrica tra i soggetti – Diego Gracia sottolinea il principio di giustizia e lo fa valere come decisivo nel conflitto tra beneficenza e autonomia. GRACIA DIEGO, *Fondamenti di Bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Edizioni San Paolo, Milano 1993. Accogliendo il ridimensionamento del principio operato da Gracia, Corrado Viafora considera la nozione di dignità come fondamento di senso dei principi e criterio morale ultimo nelle decisioni di cura.

¹⁰ VIAFORA C., *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, in *Bioetica e dignità umana*, cit. pp. 239-274. In particolare si veda il riferimento alla teoria di Gracia a p. 266.

¹¹ REICHLIN MASSIMO, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, in *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 143-162.

in modo irreversibile. Al di là dunque di ogni critica di essenzialismo o di metafisica, questo risvolto “oggettivo” del significato della dignità appare necessario per i soggetti che, come accade per i detenuti negli istituti di pena, provengono da esperienze-limite e che sono limitati nella libertà e nel possesso del corpo.

In sintesi, il ricorso al criterio ultimo della dignità appare dunque decisivo di fronte al conflitto che nel sistema carcerario oppone i criteri della sicurezza, della custodia e dell'organizzazione di una comunità involontaria con il rispetto dei margini di autodeterminazione che il detenuto esercita anche attraverso il rifiuto delle cure.

3.2. *La pluralità delle prospettive sulla vita buona.*

Il discorso in merito alle differenze culturali in ambito bioetico può essere considerato come un'articolazione del presupposto della pluralità delle concezioni del bene e delle conseguenti opzioni etiche in uno stato liberale¹². Si tratta di un assunto quanto mai necessario per operare nel contesto carcerario, sia per l'importante presenza di detenuti stranieri provenienti da più parti del mondo sia per le storie individuali spesso caratterizzate da esperienze di vita che hanno distorto la capacità di definire la propria identità e di costruire una gerarchia di valori. Di fronte a ciò, la tentazione di mettere in atto comportamenti paternalistici, che semplificano le relazioni assumendo una precisa conce-

¹² Un primo riferimento sul tema cui ci atteniamo è costituito dalla sezione *Global health ethics* nel volume *The Cambridge Textbook of Bioethics*, a cura di SINGER P.A. e VIENS A.M., Cambridge University Press, New York 2008. In particolare BENATAR SOLOMON R., *Global health ethics and cross-cultural considerations in Bioethics*, *ivi*, pp. 339-349. MARTHA NUSSBAUM in *Coltivare l'umanità*, Carocci, Milano 2006 identifica come essenziali nella comprensione del punto di vista tra differenti culture: 1) la capacità di esaminare criticamente se stessi e le proprie tradizioni; 2) la capacità di percepire se stessi come legati a tutti gli altri; 3) la capacità di immaginare cosa potrebbe essere desiderabile nei panni di una persona molto diversa da sé. Su una linea per alcuni aspetti analoga CADORÉ BRUNO, *A hermeneutical approach to clinical bioethics*, in VIAFORA (a cura di), *Clinical Bioethics. A search of foundations*, Springer, Netherlands 2005, pp. 53-60, in cui si richiama l'esigenza di una relazione comunicativa capace di produrre una “creatività etica” in virtù della quale la comprensione del punto di vista dell'altro si concretizza in azioni di responsabilità.

zione del bene per il paziente, appare comprensibile, ma non per questo giustificabile: considerata la complessa vulnerabilità delle persone recluse e la loro irrimediabile solitudine all'interno di questa comunità forzata, il prezzo della omologazione porterebbe il segno della violenza.

Il rispetto per le credenze individuali circa la "vita buona" (sia propria che dei gruppi culturali di appartenenza) non va confuso con il relativismo morale, che asseconda anche le posizioni irrazionali, produce indifferentismo e rischia di eludere i doveri deontologici del personale medico e di assistenza. Ci sono principi etici generali che ci vincolano più strettamente di quanto pensiamo e i quattro principi dell'etica medica che abbiamo sopra menzionato sono in gran parte riconosciuti come effettivi. Il problema piuttosto riguarda il come applicarli razionalmente, ovvero con un processo giustificato, nei contesti sociali specifici. Molto spesso i disaccordi nei processi decisionali su trattamenti e cure possono essere spiegati con il fallimento della comprensione del punto di vista dell'altro e con una comunicazione carente, in cui l'enunciazione o l'aspetto informativo prevale su quello della relazione, che comporta anche la disposizione all'ascolto.

3.3. *L'ambito del consenso informato.*

Per quanto riguarda la nozione di *consenso*, il significato del concetto include due prospettive teoriche differenti, quella che lo considera uno stato mentale di acquiescenza e quella che lo ritiene un atto performativo, che cioè realizza l'azione cui si riferisce. Il primo significato include una sfumatura di passività che accompagna l'accettazione della volontà altrui. Se da un punto di vista legale questo livello, che definisce uno stato mentale soggettivo, può essere sufficiente a stabilire l'approvazione, in una pratica terapeutica solo se il consenso si esprime con un atto comunicativo complesso – ovvero non riducibile alla mera enunciazione – è possibile che dia luogo ad una relazione di tipo morale, come è l'accordo su un piano terapeutico¹³.

Approvazione e consenso sono concetti e pratiche diversi, anche se contigui. Riferito all'ambito terapeutico, il consenso è un'*auto-*

¹³ *The Ethics of Consent. Theory and Practice*, a cura di MILLER FRANKLIN G. e WERTHEIMER A., Oxford University Press, 2010, p. 10.

rizzazione data ad altri a fare qualcosa, cioè a mettere in atto qualcosa che modificherà l'esistente. Non è dunque solo uno stato mentale, ma richiede l'assunzione di un obbligo, è quindi un atto moralmente trasformativo della relazione di cura. Per questa ragione il consenso presenta alcune condizioni sostanziali: deve essere libero, informato e dunque competente e intenzionato. In altre parole, la nozione include una costellazione di altre nozioni, tra le quali quella di "capacità"¹⁴ o di "competenza". I due termini sono usati spesso con sinonimia, in quanto appartenenti al medesimo spettro semantico. Nella lingua italiana "capacità" possiede un'ampiezza maggiore, riferendo l'effettiva possibilità di applicazione delle "competenze" o saperi nei contesti dell'esperienza e, quindi, si presenta forse più adeguato ad essere usato in riferimento al processo decisionale.

Ad un livello denotativo e che ancora non risente della discussione intorno ai problemi che l'uso solleva nei diversi e concreti ambiti dell'esperienza, "capacità" designa quel particolare insieme di abilità (*functional abilities*) di cui una persona necessita per poter prendere decisioni in modo razionale su quanto riguarda la propria vita. Il nucleo di queste abilità risiede nella comprensione delle informazioni essenziali relative al proprio stato di salute e alle possibilità e agli eventuali rischi connessi al trattamento proposto, nonché la comprensione delle possibili conseguenze derivanti dalle scelte personali operate.

Peraltro, alcuni studi hanno evidenziato che la presenza delle competenze aiuta la capacità del cosiddetto *decision-making* ma non la determina, nel senso che la capacità può esserci nonostante siano state perse alcune competenze, come nei casi di alcune psicosi o di depressione grave o di demenza lieve. Nella pratica clinica, si comincia a ritenere necessaria la valutazione della capacità quando un paziente rifiuta un trattamento che il medico presenta come particolarmente importante e giustificato. Ma si tratta di un pregiudizio che non tiene conto del sistema di valori e di credenze del paziente.

In altre parole, come si riconosce in una serie di studi sul problema della relazione tra capacità e consenso, il criterio che sembra più adeguato a valutare la capacità del *decision-making* si fonda sul principio liberale per il quale il paziente è ritenuto capace se

¹⁴ CHALMERS J., *Capacity*, in *Cambridge Textbook of Bioethics*, cit. pp. 17-23.

in qualche misura esprime una concezione di bene a partire dalla quale opera le sue decisioni sulle proposte di trattamento. Le differenti concezioni sono ugualmente legittime per un'etica pubblica, quale appunto quella richiesta al personale sanitario.

La nozione di *autonomia*, chiaramente collegata all'esercizio della capacità di scelta, riferisce una condizione che tradizionalmente è stata descritta come l'espressione della libertà ovvero di un diritto non derivato, ma costitutivo dell'essere umano. Il riconoscimento giuridico della libertà si concretizza nel diritto del soggetto all'autonoma ricerca della propria identità e della propria felicità. Beauchamp¹⁵ osserva che la valutazione dell'autonomia nel processo del *decision-making* dipende dalla soglia di che si decide di "fissare", essendo l'autonomia dipendente dai contesti di vita e dalle appartenenze culturali, non essendo cioè possibile stabilirla a priori.

Anche la nozione di *volontarietà* afferisce all'ambito semantico della libertà d'intraprendere o meno un trattamento. Intesa come "volontà libera", cioè non solo consapevole e razionale, ma anche indipendente da influenze esterne al soggetto, l'espressione assume un peso in senso morale, in quanto più che descrivere una condizione di fatto, prescrive il dover essere della decisione: non solo la conclusione di una deliberazione, ma anche la sua indipendenza dalla forza coercitiva dell'ambiente su un soggetto che, in quanto malato e dunque ulteriormente fragile, patisce ancor più la volontà degli altri.

Risulta quasi superfluo osservare quanto la nozione di *valido consenso* appaia problematica se riferita ai soggetti reclusi negli istituti di pena, a meno che non la si restringa dentro i limiti di un atto puramente formale. In particolare, l'appello al principio di autonomia del paziente, che sorregge il processo del consenso informato, nel contesto carcerario potrebbe prestarsi ad una delega di responsabilità per il personale sanitario, stretto tra opposte motivazioni: tra il complesso vissuto del paziente recluso da una parte e, dall'altra, il paternalismo e le istanze organizzative della struttura di reclusione.

Ne consegue che la presenza dei sanitari assume un rilievo etico forse maggiore rispetto ai contesti clinici ordinari: soprat-

¹⁵ BEAUCHAMP TOM L., *Autonomy and Consent*, in *The Ethics of Consent. Theory and Practice*, cit.

tutto in questo contesto di particolare sofferenza relazionale ai sanitari è richiesta la capacità di soccorrere la fragilità dei pazienti, applicando il principio di beneficenza, senza allinearsi al paternalismo dell'istituzione, e valutando l'effettiva volontarietà circa il consenso o il rifiuto delle cure.

4. Il quadro normativo di riferimento¹⁶.

Riportiamo in sintesi alcuni riferimenti normativi utili alla discussione del problema in esame.

A) Principi costituzionali e sovranazionali relativamente al consenso ai trattamenti sanitari e al trattamento dei detenuti:

- The Council of Europe's (1997) *Convention on Human Rights and Biomedicine states*, (Convenzione di Oviedo)¹⁷.
- O.N.U. (1999) – Protocollo di Istanbul: *Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena*

¹⁶ Ci limitiamo alla presentazione di alcuni riferimenti normativi specifici, presupponendo la conoscenza dei principi generali dei diritti umani, proclamati nelle Dichiarazioni internazionali, europee e nella Costituzione italiana. Per quanto riguarda quest'ultima, i riferimenti sono gli artt. 27 e 32, relativamente al significato riabilitativo delle pene e al divieto di trattamenti che violano "i principi di umanità", e gli artt. 13 e 32 che sono a fondamento della legislazione sul "consenso informato al trattamento sanitario", in quanto stabiliscono l'inviolabilità della libertà personale e il divieto di obbligo a trattamenti sanitari. Per quanto riguarda le Convenzioni europee contro la tortura e i "trattamenti disumani e degradanti" precedenti il Protocollo di Istanbul, acquisite nella legislazione nazionale con leggi di ratifica e di esecuzione, rimandiamo in particolare alla l. 2 gennaio 1989, n. 7, in cui si ratifica l'istituzione di un Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti degradanti. Ricordiamo la prima *Convenzione europea dei diritti dell'uomo*, (Roma 1950) - art. 3: *Prevenzione della tortura*, e la Convenzione adottata dall'ONU nel 1984 ed entrata in vigore nel 1987.

¹⁷ «An intervention in the health field may only be carried out after the person concerned has given free and informed consent to it. This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks. The person concerned may freely withdraw consent at any time». Cap. II, art. 5. A questo si aggiunge la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione* (l. 57/2005 e l. 130/2008) art. 3 ("Diritto all'integrità della persona"), 2° comma: "nell'ambito della medicina e della biologia deve essere rispettato «il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge»».

crudel, *disumano* o *degradante* – Ai §§ 54-72 è presentato il codice etico degli operatori sanitari penitenziari in cui si pone l'attenzione sull'importanza dell'indipendenza del personale medico nella tutela dei reclusi e sul dovere di limitare le pressioni che gravano sulla loro salute. Ne riportiamo alcuni passaggi¹⁸.

§ 60: I medici sono tenuti in ogni circostanza ad agire nel miglior interesse dei pazienti, anche quando si tratta di detenuti e di presunti criminali. Tale dovere è spesso espresso attraverso il concetto di *indipendenza professionale*, che ordina ai medici di conformarsi sempre alle migliori prassi mediche, qualunque siano le pressioni alle quali sono sottoposti.

§ 62: Nel caso di un paziente incosciente o incapace di esprimere per una qualsiasi ragione un libero consenso, compete ai professionisti della salute giudicare circa il miglior modo per tutelare gli interessi della persona in questione. In altri termini, *si delega agli infermieri e ai medici il ruolo di avvocati per conto dei loro pazienti*.

§ 63: Più gravi sono le conseguenze potenziali di una procedura di cura per il paziente, maggiore è l'obbligo morale di ottenere un *consenso pronunciato in piena libertà*.

§ 64: *Gli obblighi morali fondamentali* consistenti nel rispettare l'autonomia dei pazienti, nel difendere i loro interessi, nell'assisterli e preservarli dalla sofferenza *hanno la precedenza su tutte le altre considerazioni*, così i medici devono segnalare chiaramente al tribunale o ad ogni altra autorità che richiede tali informazioni che essi sono legati dal segreto professionale.

§ 65: I professionisti della salute hanno il duplice obbligo da una parte di servire innanzitutto gli interessi dei loro pazienti, e, dall'altra, di *vigilare per conto della società nel suo complesso sul rispetto della giustizia e dei diritti umani*.

§ 68 (sul segreto delle informazioni mediche che riguardano i detenuti) *Di fronte a tali dilemmi, l'obbligo di non causare danni ai pazienti deve prevalere*.

- Consiglio d'Europa - Comitato dei Ministri - Raccomandazione R(92)16 *Regole europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione*.
- Consiglio d'Europa - Comitato dei Ministri - Raccomandazione R(2006)2 - che sostituisce la R(87)3, *Regole penitenziarie europee*.
- Organizzazione mondiale della Sanità, direttiva del 2007, *La prevenzione del suicidio in carcere*.

¹⁸ Corsivo nostro.

B) Legislazione italiana.

B.1. *Il passaggio della Sanità penitenziaria alle ASL.*

- Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, relativo al passaggio dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria alle Aziende sanitarie locali (ASL) delle competenze relative a tossicodipendenze e prevenzione a decorrere dalla data del 1-1-2000.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria e Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*, in cui si sottolinea la necessità di approntare misure di accoglienza dei detenuti all'ingresso, in modo da limitare "gli effetti potenzialmente traumatici" della reclusione, nonché la valutazione dello stato di salute del detenuto e "l'accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni, ritenute necessarie".

L'obiettivo esplicito dei decreti, è di garantire ai detenuti, internati e condannati, livelli di prestazioni analoghi a quelli di tutti i cittadini, coerentemente al principio di uguaglianza dei diritti. La legge stabilisce la possibilità per i detenuti, alla pari di tutti i cittadini, di poter ricevere l'assistenza di un sanitario di fiducia, senza oneri di spesa per l'Amministrazione penitenziaria e sanitaria. Sottolinea inoltre la necessità di interventi di prevenzione del rischio di patologie diffuse e legate allo stato detentivo e regolarizza l'esame di salute dei detenuti all'ingresso del carcere. In aggiunta al principio dell'uguaglianza delle prestazioni sanitarie, con il passaggio della Sanità penitenziaria alle ASL, e in linea con le disposizioni internazionali, s'intende garantire maggiormente il *principio dell'indipendenza del personale sanitario*, come condizione che favorisce il compito di tutelare gli interessi di salute dei pazienti reclusi.

B.2. *La compatibilità della detenzione carceraria con le condizioni di salute.*

- Legge 231/1999 *Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave.*

La legge definisce l'incompatibilità della detenzione carceraria con lo stato di "grave infermità" e la precisa in relazione all'AIDS e HIV. Prevede il ricorso a misure di detenzione alternative al carcere, come gli arresti domiciliari, l'affidamento in prova, il trasferimento in luoghi di cura. Le misure alternative sono motivate dalla necessità di cure che non possono essere assicurate nell'ambiente carcerario e dipendono dal giudizio di "pericolosità sociale" emesso dal magistrato. Il comma 4-*quinquies* dispone che *La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trova in un fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.*

In altre parole, la legge interviene sulla compatibilità tra il regime carcerario e le condizioni di salute del soggetto che vi è detenuto. Si tratta di una delle questioni più dibattute dell'Ordinamento penitenziario, in quanto interroga "[...] tematiche dai confini esegetici particolarmente controversi, soprattutto in relazione al problema di *ricostruzione* della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto"¹⁹. La condizione di "grave infermità" impone all'istituzione di valutare l'applicazione degli istituti previsti dagli articoli 146, 147 e 148 del Codice penale, e gli articoli 47-*ter* e 47-*quater* dell'Ordinamento penitenziario²⁰: si tratta di misure come la detenzione domiciliare e la sospensione o il rinvio dell'esecuzione della pena, sui quali il Magistrato di sorveglianza decide in base alla relazione disposta dal medico responsabile della Sanità peniten-

¹⁹ CENTONZE ALESSANDRO, *L'esecuzione della pena detentiva e la ricostruzione sistematica della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 3, 2006, pp. 7-45.

²⁰ Legge 26 luglio 1975, n. 354, *Ordinamento penitenziario*. L'art. 47-*quater* in l. n. 231 del 12 luglio 1999 affronta nello specifico il problema della pena detentiva dei soggetti colpiti da HIV.

ziaria²¹. La relazione informa sulle condizioni di salute o di infermità nonché sui bisogni di assistenza del paziente detenuto, affinché il magistrato possa valutare la compatibilità o meno con il sistema carcerario e decidere in conseguenza.

Disposizioni specifiche sono previste nei casi di AIDS conclamato o di grave deficienza immunitaria accertata²² o in fasi della malattia così avanzata a non rispondere più alle terapie curative (art. 146 c. 1).

La nozione di “grave infermità”, che nell’art. 147 al comma 1 del Codice penale disciplina l’ipotesi del rinvio della pena, coinvolge il personale medico nella responsabilità della decisione che, seppur propria in ultima istanza solo del magistrato competente, viene a dipendere in misura forte dalla capacità con cui il personale sanitario non solo mette in atto procedure di cura sulla base degli esami clinici e strumentali, ma sa anche valutare l’evoluzione dello stato complessivo del paziente detenuto. La “grave infermità” riferisce, infatti, una situazione in cui lo stato di compromissione fisiologica del paziente detenuto è tale da non consentire più nessun percorso terapeutico nell’ambiente carcerario. Questo significa che la “grave infermità” si identifica con le fasi finali di una patologia esiziale e cioè con una condizione in presenza della quale la detenzione carceraria – incompatibile con i bisogni di cura – finisce per configurarsi come una violazione del principio costituzionale per il quale le pene debbono sempre ispirarsi ai principi di umanità e di rispetto per la dignità del detenuto. Va sottolineato che, per la concessione della detenzione domiciliare, non sono sufficienti le gravissime condizioni di salute del detenuto, è necessario che egli esprima la volontà di curarsi e,

²¹ CENTONZE, *L'esecuzione della pena detentiva*, cit., p. 10. Nel caso di grave infermità mentale e/o di reati particolarmente gravi per il quali il detenuto malato stia scontando la pena, al fine di disporre di un numero maggiore di pareri, il magistrato può incaricare di perizie mediche altro personale qualificato. L'eccezione alle pene alternative alla detenzione è prevista per i reati che rientrano in specifici articoli del codice penale. *Ivi*, p. 13.

²² *Ivi*, p. 16. Con la C.M. Del 29 aprile 1994, il Ministero della Sanità ha fissato i parametri a partire dalla presenza dei quali può essere affermata la sussistenza di una grave deficienza immunitaria. L'art. 47-*quater*, dell'Ordinamento penitenziario prevede il ricorso alla detenzione domiciliare solo nel caso in cui la sindrome da immunodeficienza acquisita sia in corso di svolgimento e che il detenuto intenda intraprendere un programma di recupero terapeutico.

se è possibile, anche di intraprendere un percorso di rieducazione²³.

- DPCM 1-4-2008 all. A: prevede tra gli obiettivi di salute “la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso la riduzione dei fattori di rischio”, anche con l’adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente drammatici della privazione della libertà.
- Accordo Stato-Regioni del 2012 su *Linee d’indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti*.
- Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri italiani, 18 maggio 2014, *Codice di deontologia medica*: la nozione di “paziente” viene sostituita con quella di “persona assistita”: la prima suggerisce l’idea della malattia come un’evenienza che rende il soggetto interamente in balia della necessità degli eventi e della volontà altrui. Diversamente, in linea con una nozione di malattia che include sia la dimensione oggettiva del male sia quella della percezione soggettiva della salute e della sua compromissione, la nozione di “persona assistita” richiama, oltre che il diritto alle cure, la relazione del soggetto con l’ambiente umano operativo delle cure, e, non da ultimo, la volontà di accettarle o meno, come un’articolazione della libertà che connota la persona. Riferimento esclusivo all’individuo e all’esperienza della malattia nel primo caso, riferimento al contesto umano e delle possibilità nel secondo.

5. Lo stato di salute nelle carceri italiane.

5.1. Le condizioni generali.

Una puntuale sintesi delle condizioni di salute eccede l’economia di questo intervento. Ci limitiamo a riportare alcuni dati di particolare significatività per il problema in esame e che evidenziano il livello di rischio di complicazioni patologiche cui è soggetta la popolazione carceraria²⁴. Secondo i dati forniti dal Mini-

²³ *Ivi*, p. 27. Spetta dunque al Magistrato di sorveglianza il bilanciamento tra le esigenze soggettive del detenuto e quelle di sicurezza sociale – nel caso, ad esempio, si valuti che sussista comunque la pericolosità sociale.

²⁴ Comitato nazionale per la Bioetica, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013 in <http://www.governo.it/bioetica>.

stero della Giustizia, al 31 ottobre 2014 il numero di detenuti presenti nelle 203 carceri italiane era 54.207; il 53,7 di cittadinanza italiana, il restante 46,3% straniero. L'età media è di 39,6 nei maschi, il 39,1 nelle femmine. La fascia di età più rappresentata è tra i 30-39 anni, equivalente al 33,1% della popolazione carceraria contro il 16 % della popolazione libera. In questa fascia il 40,8% è straniero. Il dato generale sulla popolazione straniera presenta peraltro importanti differenze regionali, corrispondenti alla presenza straniera nelle differenti aree nazionali. Ad esempio sfiora il 60% in Liguria e in Veneto dove, in alcuni istituti, raggiunge il 77%, mentre si abbassa fino all'8% nell'ASL di Salerno.

I rilievi a livello nazionale evidenziano lo scarto tra la popolazione carceraria e la popolazione generale relativamente alle condizioni di salute. Si calcola che in percentuali variabili tra il 60 e l'80% i detenuti nelle carceri italiane siano affetti da almeno una patologia²⁵. Relativamente alla mortalità per suicidio, nel 2014 vi sono stati a livello nazionale 7,5 decessi su 10.000 detenuti, un valore 12 volte superiore al dato relativo alla popolazione libera nel 2011²⁶.

In questa sezione riferiamo brevemente alcuni i dati presentati nell'ultimo studio della Regione Toscana, frutto di un'indagine su un significativo numero di detenuti – 15.751 – presenti in 57 strutture carcerarie di cinque regioni ed una ASL, precisamente Toscana, Lazio, Veneto, Liguria, Umbria e ASL n. 8 di Salerno²⁷.

La dipendenza da droghe è presente nel 21,5% dei detenuti rispetto al 2,1% della popolazione libera. Le malattie infettive (esclusa AIDS) nel 6,6% contro l'1,1% della popolazione libera. In generale, le malattie infettive e parassitarie sono presenti nell'11,5%. Il 2,8% presenta infezione da HIV (una percentuale calcolata sulla base del prelievo ematico, per il quale il tasso di adesione è piuttosto variabile), contro lo 0,2% della popolazione generale. Le malat-

²⁵ Per una sintesi generale riferita al 2012 cfr. STARNINI GIULIO, *Dati epidemiologici dalle carceri italiane*, in <http://www.quotidianosanita.it>

²⁶ Fonte Dipartimento Amministrazione penitenziaria (DAP) riportata in *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, a cura di DI FIAN-DRA TERESA e VOLLER FABIO, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n. 83, aprile 2015, in <https://www.ars.toscana.it>.

²⁷ Cfr. nota precedente. Il volume raccoglie i risultati su un numero che copre circa il 30% della popolazione carceraria in Italia ed offre una campionatura altamente rappresentativa.

tie dell'apparato digerente sono presenti nel 14,5% contro il 4,5% nella popolazione libera. I fumatori rappresentano il 71% del campione (pure con marcate differenze regionali) contro il 22% della popolazione libera a livello nazionale. Le ore mediamente trascorse in cella, che costituiscono il criterio per misurare la sedentarietà, risultano 16,5. Almeno una patologia (anche non grave) è presente nel 67,5% nella popolazione carceraria maschile (media tra percentuali regionali fortemente differenziate), nel 75% in quella femminile e raggiunge il 95,7 % nei transgender.

Per quanto riguarda l'ampia categoria dei disturbi psichici, questi sono presenti nel 41,3% dei detenuti, con una prevalenza maschile del 43,5% contro il 34,5% delle donne e il 46,1% dei transgender. Nello studio in oggetto si rileva che quasi la metà dei disturbi psichici è riferibile a dipendenza da sostanze. La seconda importante causa (27,6%) riguarda disturbi nevrotici e reazioni di adattamento, che colpiscono circa il 17% dei detenuti esaminati nell'indagine. I disturbi alcool-correlati coprono il 9% del totale dei disturbi psichici, corrispondenti al 6% del campione. L'indagine ha effettuato anche uno *screening* specifico (con scala di Blaauw, nella versione a maggior sensibilità e minor specificità) sui "nuovi giunti" per evidenziare il rischio suicidario ed è risultato positivo nel 53% dei casi di detenuti di sesso maschile, nel 77% nelle detenute donne.

5.2. *Le condizioni psicologiche e il diritto alla salute.*

La popolazione detenuta in carcere mostra un grado elevato di vulnerabilità sia per gli stili di vita, che in generale producono un livello di salute mediamente inferiore rispetto alla popolazione generale, sia perché le condizioni della detenzione carceraria possono facilitare la diffusione di malattie e/o aggravare stati di sofferenza mentale.

La condizione detentiva carceraria risulta nei fatti incompatibile con il diritto alla salute²⁸. Se infatti si assume che il concetto di salute, cui si riferisce il diritto, comprende non solo le cure e l'assistenza in stato di malattia, ma anche un insieme di situazioni ambientali e psicologiche in assenza delle quali lo stato di salute della persona è a rischio, se ne conclude che in carcere il diritto

²⁸ Comitato nazionale per la Bioetica, *La salute dentro le mura*, cit. pp. 5-6.

alla salute non è – e forse non lo può essere – equivalente a quello che può rivendicare la popolazione generale e che deve essere obiettivo delle amministrazioni sanitarie e delle politiche territoriali.

La condizione detentiva è infatti di per sé una condizione di sofferenza, anche nei casi in cui essa offra alla persona possibilità che altrimenti non avrebbe, come l'istruzione o l'assistenza e la cura agli stranieri clandestini. La limitazione della libertà in generale e, in particolare, la costrizione del corpo, producono nella persona la percezione di uno scarto tra il proprio sé e l'ambiente di vita, tra il corpo e lo spirito, tra il volere e la restrizione delle possibilità. La pena del carcere richiede il disciplinamento dei desideri ad una popolazione che, in grande maggioranza, proviene da esperienze di vita irregolare, presenta anomia e disturbi di personalità e di relazione con l'ambiente, non necessariamente di livello psicotico o che possano essere presi in carico dal servizio psichiatrico. E se pure questo disciplinamento, cioè questo differimento della soddisfazione di desideri e pulsioni, trova una legittimazione nell'obiettivo della rieducazione sociale cui la pena è finalizzata, la frustrazione che deriva ai detenuti produce il più delle volte solo sofferenza, o perché le alternative esistenziali ch'essa potrebbe aprire non sono percepite o perché sono a priori rifiutate.

Il nodo non si scioglie facilmente. Se non è riconosciuta e assunta dal soggetto come una condizione temporanea della propria esistenza – e difficilmente lo può essere quando le condizioni ambientali e di relazione producono un quotidiano disconoscimento del proprio sé – la coercizione in se stessa non solo contrasta il "diritto alla salute", ma può anche favorire l'insorgere di patologie, sia per i livelli di stress cui è sottoposto il soggetto sia perché abbassa la soglia di attenzione alla propria persona sia perché può "evocare" la malattia come un meccanismo di fuga da una realtà costretta e ristretta²⁹.

Accanto quindi a soggetti che riescono a trovare proprio nelle regole imposte dal carcere un equilibrio esistenziale che fuori non

²⁹ Si parla di "patologie della reclusione" per indicare una serie di disturbi collegati alla condizione di reclusione coatta e al disorientamento identitario provocato dall'esperienza del distacco dalla dimensione esistenziale ordinaria e dall'inserimento immediato e forzato nella nuova realtà. BACCARO LAURA, *Carcere e salute*, Edizioni Sapere, Padova 2002, pp. 41-42.

erano riusciti a costruirsi, altri danno vita a forme di resistenza, tra le quali la malattia – come somatizzazione di livelli alti di disagio psicologico – e/o il rifiuto delle cure.

5.3. *Il fenomeno dell'auto aggressività
e il problema delle condotte "astensive".*

Il fenomeno è molto diffuso in carcere e dovuto soprattutto alle condizioni psicologiche prodotte dallo stato di detenzione. Alcuni autori hanno coniato l'espressione *morte emotiva* per descrivere il livello di angoscia che può condurre alla decisione di sopprimere la propria vita³⁰: "Tale definizione evoca condizioni di vita emotivamente stressanti che non possono essere estranee alla storia personale del soggetto ma che, sicuramente, sono anche influenzate da un contesto detentivo, fisico e relazionale, che amplifica la terribile sensazione di angoscia interiore che innesca un abnorme processo difensivo di calmieramento auto aggressivo o, decisamente e drammaticamente, la scelta di fuga auto soppressiva"³¹. BUFFA ha messo in correlazione le dimensioni degli istituti di pena con il numero di casi di auto aggressività rilevati nel periodo 2006-2007, distinguendoli in quattro tipologie e precisamente: suicidio, tentato suicidio, autolesionismo e astensione³². In quest'ultimo gruppo sono inclusi gli atti di rifiuto di alimentazione o di assunzione di medicinali prescritti. I dati riportati nello studio registrano 7.626 casi di condotte auto aggressive messe in atto da 5.619 detenuti, su 8.939: 41 suicidi (pari al 0,5% del totale dei casi e ad un tasso del 4,6 per 10.000 detenuti), 544 tentativi di suicidio (7,1% del totale), 3.177 condotte autolesive (41,7% del totale) e 3.864 astensive (pari al 50,7% del totale). Relativamente al numero di casi, i dati mostrano oscillazioni anche significative di anno in anno, per le quali sembra difficile individuare una spiegazione definitiva. Ad esempio, nell'anno 2001 si registrano complessivamente 7.300 casi di condotte auto aggressive, di cui 69 sui-

³⁰ Un'indagine sulle forme di auto aggressività che assume questa espressione come esplicativa del fenomeno è di BUFFA PIETRO, *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti di penali italiani (2006-2007)*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 3, 2008.

³¹ *Ivi*, p. 53.

³² *Ivi*, p. 15 e segg. Nello studio l'autore specifica i criteri di raccolta e interpretazione dei dati che vengono riportati di seguito.

condotte auto aggressive e dimensioni degli istituti di pena conferma all'autore dello studio l'ipotesi che le condizioni di dispersività e di grande afflusso di ingressi, che caratterizzano gli istituti di grandi dimensioni, soprattutto se circondariali, favoriscano l'insorgere di forme acute di disagio. Il dato riporta infatti che, nel periodo oggetto dello studio, l'incidenza negli Istituti grandi (capienza fra 500 e 700 unità) e molto grandi (oltre 700 unità) è complessivamente del 48,8% sul totale degli eventi, mentre per gli istituti molto piccoli (inferiori a 100 unità) è del 2%. Peraltro, disaggregando il dato generale per tipologia di condotta, si ottengono risultati non riconducibili alle sole dimensioni degli istituti e all'affollamento, per cui i casi di astensione e di tentato suicidio risultano maggiormente rappresentati negli istituti medi (300-500 unità), piccoli (100-300 unità) e molto piccoli, mentre gli atti di autolesionismo sono più presenti negli istituti grandi e molto grandi. Più delle dimensioni e della tipologia degli istituti, a risultare decisivi sono i *contesti* detentivi e cioè le relazioni e le risorse ambientali e materiali che favoriscono o riducono la capacità individuale di adattamento.

Pur nella loro specificità, le condotte auto aggressive manifestano un comune sfondo auto soppressivo che sembra coinvolgere i soggetti meno capaci di fronteggiare situazioni di stress. I dati sulle motivazioni dichiarate dai detenuti evidenziano, nondimeno, la necessità di integrare l'osservazione soprattutto per le condotte astensive, che si esprimono prevalentemente nella scelta dichiarata di non nutrirsi e/o di non assumere liquidi o farmaci. Come si può facilmente osservare, la categoria comprende situazioni che, pur simili nella forma, sono fortemente differenziate nella motivazione: il rifiuto della nutrizione, soprattutto, è una condotta auto lesiva che può essere sia di tipo auto soppressivo che rivendicativo³³. In generale il problema è stato studiato più per

³³ Affronta il problema dell'autolesionismo il quaderno numero 8/2011 dell'Istituto superiore di studi penitenziari del Ministero della Giustizia: *La prevenzione dei suicidi in carcere. Contributi per la conoscenza del fenomeno*, "Quaderni ISSP", numero 8, 2011, <http://www.giustizia.it>. Numerosi gli interventi che discutono i limiti di liceità dell'alimentazione forzata, in caso di sciopero della fame, anche in riferimento all'art. 41 dell'Ordinamento penitenziario, che stabilisce l'obbligo per l'Amministrazione penitenziaria di intervenire per porre fine alle condotte autolesive. Si vedano i contributi di D'ANIELLO ANGELA, *L'autolesio-*

il fenomeno dello sciopero della fame che per quello del rifiuto delle cure, che costituisce invece un aspetto di specificità del paziente-recluso³⁴.

Attribuendo un valore di tendenza alle motivazioni raccolte da BUFFA in un'indagine pubblicata nel 2003 e riferita al carcere di Torino³⁵, colpisce lo scarsissimo peso dello stato emotivo dello sconforto (0,07% dei casi) e delle condizioni psicopatologiche (0,06%). Di contro, le motivazioni più rappresentate sono incluse nella categoria "giustizia" (31,6%). In generale, le motivazioni di carattere strumentale sono pari al 48,4%, un dato che sembrerebbe confermare il significato rivendicativo dell'astensione. Poiché, tuttavia, nella raccolta delle motivazioni il "non dichiarato" riguarda circa il 30% dei casi, ci si trova di fronte ad una buona probabilità che questa condotta rimandi ad un quadro di senso più complesso e non facilmente sussumibile in schemi di interpretazione e di intervento definiti. Solo se si classifica l'astensione e, in particolare, il rifiuto delle cure dentro l'alternativa dei disturbi mentali e del ribellismo o della strumentalizzazione gli schemi possono fornire certezze circa le risposte da dare e i comportamenti da attivare. Di certo sembra che si possa solo ritenere che all'origine della condotta astensiva, vi sia una modalità deliberativa, e cioè volontaria e ponderata, che interpella il personale medico come intermediario tra l'istituzione, che impone la costrizione, e la sofferenza accettata e agita dal detenuto.

nismo penitenziario. Il fenomeno suicidario: analisi criminologica e interventi gestionali in La prevenzione dei suicidi in carcere. Contributi per la conoscenza del fenomeno, "Quaderni ISSP", Numero 8, pp. 45-54, IANNAcone MARIAROSA, Il ruolo della polizia penitenziaria nell'attività di prevenzione e di gestione di eventi critici: gesti autoleisionistici, ivi, pp. 85-90.

³⁴ MORAMARCO ROBERTA, *Il problema della sussistenza di un diritto a lasciarsi morire del detenuto. Profili di responsabilità del Comandante di reparto e strumenti di prevenzione del disagio, ivi, pp. 153-173.* "Più che desiderio di morire [lo sciopero della fame] rivela il desiderio di vivere, di trasmettere alla società esterna messaggi su problemi singolari e collettivi". Il contributo affronta anche l'aspetto non rivendicativo del rifiuto dei trattamenti sanitari e lo discute alla luce del diritto all'autodeterminazione, con la lucida conclusione che: "La scelta del detenuto di non alimentarsi, purché libera, paralizza qualunque possibilità di intervento dell'Amministrazione, anche dove vi sia pericolo di morte, stante il rilievo assoluto attribuito dai principi costituzionali al diritto all'autodeterminazione terapeutica". *Ivi*, p. 168.

³⁵ BUFFA, *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive*, cit. p. 37.

6. Il problema della distinzione tra il rifiuto delle cure e i comportamenti auto lesivi.

Il diritto al rifiuto delle cure da parte di un soggetto autonomo e capace di deliberare sulla propria vita, anche fino al punto di compromettere in misura irreversibile lo stato della salute, non può essere interpretato come un diritto all'autolesionismo e al suicidio, anche se viene portato alle conseguenze estreme del lasciarsi morire. Tuttavia, la problematicità del nesso tra suicidio e lasciarsi morire, che appare in gran parte risolta nella concettualizzazione bioetica e nella pratica medica, riemerge in tutta la sua complessità nel caso del soggetto in stato di detenzione: la linea che differenzia le due situazioni si fa particolarmente sottile, soprattutto se si considerano gli atti di autolesionismo di tipo "passivo" come, appunto, il rifiuto di nutrirsi. Il dato di fondo che rende il caso del detenuto non sovrapponibile a quello di qualsiasi libero non è tanto la sua particolare vulnerabilità, quanto il fatto di essere affidato alla custodia dello Stato, che detiene il potere sul suo corpo e che ne deve tutelare l'integrità. Per questo aspetto centrale, la tendenza è di giudicare il rifiuto delle cure come espressione o di disturbo psichico o di insubordinazione e manipolazione, in modo cioè analogo al tentato suicidio. Con quest'ultimo, in particolare con quello che è stato definito "rinunciatario" o "di fuga"³⁶, il rifiuto delle cure condivide il carattere anagressivo o passivo, con la differenza che mentre il primo si manifesta con un atto auto soppressivo definito, il secondo si scompone in una serie di momenti e comportamenti anticonservativi, sorretti cioè da una strategia precisa di negazione dell'interesse primario sulla propria vita, di fronte alla quale un intervento impeditivo risolutore risulta difficilmente percorribile e la quasi totalità della risposta viene lasciata all'azione del personale sanitario.

Peraltro, il bilanciamento tra principio di beneficenza e principio di autonomia, tra atteggiamento paternalistico impositivo e atteggiamento liberale, nel caso del paziente detenuto sembra dover essere molto più dipendente dagli aspetti giuridici che da quelli etici, più normato che lasciato alla sensibilità e al giudizio del personale medico. Lo prova il numero importante di circolari

³⁶ UBALDI SILVIA, *Il suicidio in carcere*, in <http://www.altrodiritto.unifi.it>.

ministeriali in materia di prevenzione degli atti auto lesivi e anti-conservativi dei detenuti, rivolte al personale di custodia. E ancora, le disposizioni in tema di suicidio che affidano al SSN l'attività di prevenzione, ma anche confermano all'Amministrazione penitenziaria un obbligo impeditivo fondato sul dovere di garanzia della vita del detenuto che le è affidato, senza che, peraltro, possa ritenersi legittimo l'uso della forza fisica.

Da un punto di vista legale, dunque, distinguere tra il rifiuto delle cure da parte del paziente-recluso e l'autolesionismo è determinante: se il primo viene rubricato come una delle possibili forme di autolesionismo, l'Amministrazione penitenziaria ha il dovere di contrastarlo nonché di prevenirlo³⁷, facendo così valere il principio della sicurezza e della custodia su quello dell'autodeterminazione dell'individuo. Ma dal punto di vista dell'etica medica, come si porrà il personale sanitario che peraltro appartiene ad altra Amministrazione ed è motivato da altri obiettivi e criteri di comportamento³⁸? Quali atteggiamenti potrà tenere, sapendo che può essere lo stesso stato di detenzione a modificare pesantemente la percezione che il soggetto ha di se stesso? Come giudicare l'autonomia di scelta stante la restrizione coatta della sua libertà?

Già ambivalente in quanto di fatto parte del sistema coercitivo della reclusione ma, nel contempo, anche riferimento di fiducia per il bene della salute, la posizione del medico si complica ulteriormente: da una parte il suo attenersi alla volontà libera e cosciente del soggetto lo pone di fronte al conflitto tra il principio di beneficenza e quello del rispetto per la scelta del paziente, pur sapendo che essa è fortemente influenzata dalla sofferenza prodotta dalla condizione detentiva e danneggerà in misura anche irreparabile la sua vita. Dall'altra, se il suo non intervento è legalmente dovuto, esso può anche finire per assecondare una forma di protesta verso l'istituzione, con la conseguenza di un risvolto

³⁷ Legge 26 luglio 1975 n. 354 *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, art. n. 41 e 41-bis.

³⁸ Sulla posizione del personale sanitario e della relazione medico-detenuto si rimanda a BACCARO, *Carcere e salute*, cit. in <http://www.ristretti.it>. L'ambiguità consegue dal sostenere sia la parte di cura sia quella legale, per cui il rapporto fiduciario è minato dalle fondamenta, il medico è visto come parte del sistema e la malattia considerata come strumento per l'ottenimento dei benefici previsti dalla cosiddetta "grave infermità".

manipolativo della relazione di cura. E vi sono anche margini legali per un intervento non conforme alla volontà dichiarata del detenuto malato, nel caso in cui sopraggiungesse l'incapacità decisionale o l'incoscienza a seguito delle mancate cure³⁹. E tuttavia, la complessità della situazione con cui il personale medico si confronta impone di spostare l'attenzione dalle responsabilità giuridiche a quelle morali.

7. La rilevanza etica del paziente recluso.

7.1. *Tre motivi di fondo.*

- a) La condizione di paziente-detenuto mette dunque in evidenza tre contraddizioni di fondo, che s'intrecciano dando luogo ad una problematicità difficilmente assumibile in uno schema etico univocamente risolutivo. La prima, come abbiamo già rilevato, attiene all'incompatibilità tra il diritto alla salute, così come è formulato dall'OMS, e il sistema-carcere, che è tenuto a garantirlo. Si parla di "incompatibilità"⁴⁰ per connotare una situazione strutturale: le condizioni ambientali – fisiche ed umane – possono essere migliorate ed è doveroso migliorarle per non aggravare lo stato di disagio e il rischio di malattie dei detenuti, ma la detenzione resta di per sé una condizione di sofferenza che tende a modificare in senso negativo la percezione di sé e della realtà.
- b) La seconda constata che il godimento in modo autonomo del diritto alla salute viene limitato da esigenze di sicurezza che si considerano prioritarie, stante il carattere comunitario della vita carceraria. Ad esempio, l'obbligo di sottoporsi alla visita medica all'ingresso della struttura (ma non quello di sottoporsi a prelievi ed esami strumentali, che in caso di malattie infettive diffuse sarebbe altrettanto e allo stesso modo giustificati), l'impossibilità di scegliersi il medico curante, l'isolamento nel caso di sospetta patologia infettiva.
- c) La terza emerge dal caso del detenuto malato che rifiuta le cure. Il conflitto tra il principio dell'indisponibilità del corpo e

³⁹ Cfr. Cassazione penale S.U. 18.12. n. 2437, che esclude la rilevanza penale dell'intervento arbitrario del medico, nel caso di esito fausto e se attuato nel pieno rispetto delle *leges artis*.

⁴⁰ Comitato nazionale per la Bioetica, *La salute dentro le mura*, cit. pp. 5-6.

della vita, da una parte, e il diritto a non curarsi come corollario del diritto all'autodeterminazione del soggetto trova nel dissenso manifestato dal detenuto una particolare evidenza. Infatti, se a livello giuridico la Corte di cassazione ha stabilito il divieto per il medico di approntare interventi salva vita di fronte ad un rifiuto valido del paziente⁴¹, il conflitto tra le norme viene esasperato dalla forza delle rispettive istanze: l'obbligo di tutela da parte dell'istituzione e la determinazione del detenuto ad esercitare l'autonomia negli spazi residuali che gli sono garantiti dal diritto⁴².

7.2. *Una dialettica di riconoscimento.*

La dialettica tra l'esercizio individuale della libertà nei margini più privati o interiori e la forza dell'istituzione, che persegue i fini della pena, mette in evidenza un contrasto difficilmente componibile, se non ammettendo la condivisione del fine rieducativo della pena. Ma se questo fine è sconosciuto dalla persona che, per i più diversi motivi – culturali o legati alla storia individuale – esprime un vissuto della detenzione nel segno della pura negatività, l'ambito della salute finisce per diventare uno dei luoghi in cui si rivelano le contraddizioni.

Il dovere di proteggere l'ambiente dalle possibili conseguenze del rifiuto degli accertamenti e delle cure, ad esempio dal rischio di diffusione di un'infezione, può rendere necessario restringere ulteriormente la libertà del soggetto, disponendone l'eventuale isolamento e monitorando l'evoluzione delle sue condizioni di salute⁴³. Viene così ridotto l'ambiente di vita e di esperienza, già problematico e limitato. Contemporaneamente, con il "monitoraggio a vista", laddove praticato, viene elevata la soglia della visibilità e del controllo del detenuto, con la probabile conse-

⁴¹ Corte di cassazione: sez. I, 29 maggio 2002, n. 26446; Cassazione penale, 2003, 542; in <http://www.cortedicassazione.it>

⁴² Posto il carattere fondamentale e "pregiuridico" del diritto alla vita, senza il quale non si porrebbe alcun altro diritto, è stata più volte rilevata la contraddizione tra l'art. 32 della Costituzione italiana, che sancisce il diritto all'autodeterminazione del malato, e il Codice civile all'art. 5, *Atti di disposizione del proprio corpo*, che stabilisce il divieto di disporre del proprio corpo con atti tali da comportare lesioni a carattere permanente.

⁴³ Disposizioni orientate a limitare l'isolamento sono presenti nelle raccomandazioni dell'Unione europea e nelle norme italiane.

guenza di incrementare il suo vissuto di reclusione e di reificazione.

Proprio quella scelta di rifiuto di un trattamento sanitario che, indipendentemente dall'intenzione degli operatori, s'inquadra all'interno di un sistema di pena, quel rifiuto basato sull'intuizione della differenza tra l'esistenza e il semplice vivere, finisce per produrre nel soggetto la percezione di essere confinato dentro la categoria della "nuda vita".

Di sicuro ogni buona pratica di relazione può essere progettata e impiegata per limitare la possibile sofferenza psicologica, compreso, quando è possibile, l'intervento di familiari o altri che costituiscono il mondo affettivo del paziente. E senz'altro la sua decisione potrà non essere assunta come ultimativa e la competenza dei sanitari sarà tale da permettere loro di continuare la riflessione con il paziente, ma quando il rifiuto sia il prodotto di una reale competenza decisionale e non nasconda, invece, paura o ignoranza, si può pensare che esprima il rigetto di un'esistenza che si avverte in contrasto esiziale con la propria identità, sicché quel corpo che non si possiede più interamente lo si abbandona alla malattia.

Siamo così condotti di fronte a quella che Hegel ha chiamato la "lotta per l'onore", in cui la pretesa giuridica individuale ha come contenuto l'aspirazione all'esistenza nella sua interezza⁴⁴ e il riconoscimento delle peculiarità personali. E in cui l'obiettivo di convincere la controparte che la propria personalità è degna di riconoscimento è cercato a prezzo della stessa vita. L'essere persona, che è il presupposto fondante il diritto, l'azione penale e la relazione di cura, deve essere conquistato concretamente. Il riconoscimento giuridico può essere sufficiente in chi attraverso la detenzione ha intrapreso un percorso di recupero, perché le limitazioni cui è costretto non compromettono la sua identità ossia la percezione di sé come persona. Diversamente, la domanda di riconoscimento dà luogo ad una lotta in cui il soggetto sente il bisogno di mostrare che la legittimità delle sue pretese è per lui più importante dell'integrità fisica. "La mia volontà esiste solo in quanto è

⁴⁴ HEGEL FRIEDRICH W.G., *Sistema dell'eticità*, in *Scritti di filosofia del diritto*, a cura di NEGRI A., Laterza, Bari 1991. Va osservato che, a differenza che nella *Fenomenologia dello Spirito*, negli scritti giovanili Hegel riferisce a questo conflitto un significato sociale e non lo restringe nelle dimensioni di una morale interiore o di una relazione tra soggetti individuali.

riconosciuta"⁴⁵, quello che qui viene chiesto è quel "rispetto sociale" che il detenuto sente gli viene negato, dal momento che la società misura il valore di un individuo dalle prestazioni che essa ritiene significative per sé.

Così, se il rispetto morale che dobbiamo senza differenza ad ogni essere umano è una norma universale, fatta propria dal diritto, la *stima* richiede la valutazione della particolarità concreta della persona, in particolare della sua capacità di decidere razionalmente sulla propria vita.

In un contesto ambientale in cui il consenso potrebbe apparire come un atto di livellamento e di integrazione al sistema, trova conferma la distinzione presentata all'inizio tra "approvazione" e "consenso", inteso quest'ultimo nel senso forte di una relazione etica trasformativa che, attraverso la relazione di cura – in senso ampio – ricostruisce una simmetria tra i soggetti coinvolti e produce un'interazione in cui ognuno impara a riconoscere le capacità dell'altro. In questo senso, nel rifiuto delle cure del paziente recluso può intravedersi l'appello implicito alla *stima* o al *rispetto sociale*.

7.3. *La posizione del medico.*

È eticamente rilevante per il medico individuare le motivazioni che sostengono il rifiuto delle cure? Lo è solo se il rilievo è funzionale al colloquio di aiuto e di informazione, ma dalla conoscenza delle motivazioni dei soggetti non può derivare il comportamento del personale sanitario.

Sull'esistenza di una rilevanza etica particolare del rapporto tra carcere e diritto alla salute il Comitato nazionale per la bioetica si è espresso attraverso tre distinti pareri centrati sul diritto alla salute dei detenuti nelle carceri italiane (2003), sui fenomeni di autolesionismo e di suicidio (2010) e sullo stato generale della salute dei detenuti (2013)⁴⁶.

⁴⁵ Sul significato politico e non solo morale del primo Hegel e sull'etica del riconoscimento come costitutiva di una comunità politica cfr. HONNETH ALEX, *Lotta per il riconoscimento. Proposte per un'etica del conflitto*, [1992], Il Saggiatore, Milano 2002.

⁴⁶ L'evidenza di incompatibilità tra detenzione carceraria, diritto alla salute e finalità ed efficacia della pena sta accompagnando in questi ultimi anni la riflessione istituzionale. Vanno in questo senso le raccomandazioni Rec(99)22 e Rec(2006)13 del Comitato dei Ministri dell'Unione europea che invitano gli Stati a provvedere per un impiego maggiore delle misure detentive alternative al carcere.

Nel parere espresso nel 2013, il Comitato ribadisce una nozione di diritto alla salute aperta alle condizioni che permettono “una vita dignitosa”, comprendendo in questa espressione il diritto a non consumare la propria esistenza in un tempo vuoto di significato e a darle invece una qualche progettualità.

Non solo, il Comitato chiarisce che il ruolo del personale sanitario è anche di “rappresentare” l’interesse della persona, tanto più se malata, di fronte alle istituzioni giudiziarie e penitenziarie”, come apertura rispetto alla “preponderante logica di custodia”⁴⁷. Il passaggio è importante in quanto indica una dimensione di relazione etica come senso della presenza nel carcere degli operatori sanitari. Su questa linea infatti, e non solo per rendere più adeguate le prestazioni di cura e di assistenza, si giustifica il passaggio della Sanità penitenziaria al Sistema sanitario nazionale, ovvero lo scorporo della sanità dall’Amministrazione penitenziaria. Due enti che assolvono il medesimo dovere di tutela del detenuto, ma con finalità e modi non sovrapponibili e che possono anche trovarsi in contrasto, come il Comitato sottolinea nello stesso testo, riportando un’osservazione del Ministero della Giustizia, nel Documento di programmazione del 2005: “La principale difficoltà per la trasformazione del modello di servizio sanitario in carcere è ancora il largo divario fra il profilo di sicurezza e il profilo sociale/trattamentale ivi inclusa la salute. Per colmare il divario fra sicurezza e salute, sono da prendere in considerazione interventi di natura culturale prima ancora di regolamenti, che non possono fermarsi alle porte delle prigioni”⁴⁸.

Nel conflitto tra i principi – di custodia e sicurezza da una parte e di beneficenza e di autonomia del paziente dall’altra – la posizione dei sanitari si mantiene nei fatti difficile perché, se l’aspetto etico del loro lavoro è rimarcato proprio dall’indipendenza rispetto all’Amministrazione penitenziaria, le esigenze di sicurezza restano di fatto prioritarie, considerato il carattere comunitario della vita carceraria.

Inoltre, poiché i sanitari si trovano nella condizione di essere il riferimento essenziale per le decisioni che il Magistrato di sorve-

⁴⁷ *La salute “dentro le mura”*, p. 15.

⁴⁸ Ministero della Giustizia, *Documento di programmazione del Terzo Ufficio, Servizio sanitario del Dipartimento di Amministrazione penitenziaria*, 2005, in nota n. 26, p. 16.

glianza assume sulle eventuali misure alternative al carcere per i detenuti malati, le loro valutazioni circa l'avanzamento dello stato di malattia dei pazienti reclusi non determinano solo i programmi di terapia, ma anche la condizione dei reclusi, la loro possibilità, ad esempio, di ottenere la detenzione domiciliare o il differimento dell'esecuzione della pena. Ne consegue che, se per questo verso la dimensione etica della valutazione medica risulta appesantita rispetto a quella ordinaria, per un altro essa appare ridimensionata, in quanto la decisione ultima che importa al detenuto – come quella che abbiamo riferito nel primo dei due casi descritti in apertura - resta comunque di competenza del magistrato.

8. Conclusioni: non pluralismo ma conflitto di valori.

Quale modello di etica risulta più appropriato per questo contesto?

Dall'analisi che abbiamo sviluppato trova ulteriore conferma ed evidenza empirica lo schema proposto da GRACIA⁴⁹, che in questo riprende Engelhardt, circa le "parti" coinvolte nel problema bioetico: "Nel rapporto medico-paziente le parti sono tre"⁵⁰. In questo caso la terza parte non consiste nella società nel suo complesso e, in particolare, nelle istituzioni deputate all'assistenza e alla cura, ma nell'istituzione incaricata della pena. E se la "prima parte" – il paziente – incarna il principio dell'autonomia e il personale medico quello della beneficalità, alla parte terza è assegnato di rappresentare quello della giustizia⁵¹, che prescrive ciò che giuridicamente è dovuto in quanto lo è moralmente.

Il conflitto tra i principi e tra volontà e doveri è un conflitto tra valori, in cui gli attori personificano ruoli che danno espressione a direzioni etiche opposte. Solo una dinamica di reciproco riconoscimento può impedire che il conflitto sfoci nella violenza con cui una posizione s'impone e obbliga l'altra: il riconoscimento della dignità dell'essere umano che è consegnato alla custodia dell'istituzione è un obbligo giuridico, sottratto cioè alla sensibilità

⁴⁹ GRACIA, *Fondamenti di bioetica*, cit., pp. 239-244.

⁵⁰ *Ivi*, p. 241.

⁵¹ *Ibidem*.

particolare dei soggetti e rimesso ai doveri d'ufficio, tuttavia a permettere il superamento del rapporto di forza che si gioca attraverso l'autolesionismo e il rifiuto delle cure sono gli atti di coscienza con cui il detenuto riconosce la legittimità dello Stato a condannare e punire e accetta la pena come lo strumento tramite il quale riparare al torto commesso.

L'aspetto che a questo punto diventa centrale è il dovere dell'istituzione di non disattendere il principio della giustizia, che in questo caso è concretamente riferito e alle condizioni dell'ambiente di vita e alla condizione del detenuto rispetto al giudizio penale e cioè alla condanna effettivamente pronunciata e non solo attesa.

In mezzo a queste polarità, la sfera della possibilità etica del personale sanitario sembrerebbe limitata: fatta salva la responsabilità deontologica, la sua azione sembrerebbe appiattita dentro un orizzonte operativo e procedurale. Sennonché, proprio perché coinvolto in un'alternativa irriducibile, esso non rappresenta la possibilità di una "terza via". La scelta è già iscritta nell'orizzonte dei suoi doveri e non può che essere rivolta all'individuo, non alle aspettative della società o all'istituzione, di cui è parte.

La domanda di riconoscimento di valore richiede che ogni situazione sia considerata nella sua particolare unicità. La "rappresentatività" degli interessi del paziente recluso amplia e specifica le funzioni del personale sanitario rispetto a quelle ch'esso svolge nei contesti ordinari perché, in un contesto in cui il principio dell'uguale diritto alla salute sconta nei fatti e nelle situazioni concrete continue limitazioni, deve essere dato un fondamento oggettivo e "terzo" sul quale il paziente possa basare il rapporto di fiducia in merito alla propria salute.

Se non si vuole che l'ambito della responsabilità medica ed assistenziale si riduca all'impiego di procedure, è necessario concepirla nel significato originario di dovere di risposta alla domanda di bene che proviene da chi è consegnato all'azione di altri, in particolar modo quando si tratta di una "consegna" non volontaria. E peraltro questa funzione di "rappresentatività" non è meramente deontologica, perché per essere effettiva deve essere assunta come una scelta di senso che orienta l'agire medico, deve essere cioè intimamente decisa.

Si tratta di una decisione che, di fronte al rifiuto delle cure, per essere presa non ha bisogno di riconoscere il principio del-

l'autonomia del paziente. Questo principio, infatti, ha un valore più legale che morale. Diversamente, il riconoscimento della dignità è tutt'uno con quello del valore intrinseco dell'essere persona. La categoria della "persona" trova quindi in questa possibilità di relazione etica una conferma ulteriore della propria validità.

Bibliografia

- The Cambridge Textbook of Bioethics*, a cura di SINGER P.A. e VIENS A.M., Cambridge University Press, New York 2008.
- MILLER FRANKLIN G. and WERTHEIMER ALAN (a cura di), *The Ethics of Consent. Theory and Practice*, Oxford University Press, 2010.
- ALBINO M. e PANNAIN B., *Il giudizio di non compatibilità delle condizioni di infermità con lo stato di detenzione*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 1-3, 1987.
- ANDREANO P., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi sociologici*, www.unifi./altrodir, 2000.
- BACCARO L., *Carcere e salute*, Sapere Edizioni, Padova 2003.
- BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford.
- BUFFA P., *Alcune riflessioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006 – 2007)*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 3, 2008.
- FURLAN E., (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, a cura di Enrico Furlan, Franco Angeli, 2009.
- GOBBI M., "La salute detenuta: tra diritto e sicurezza". *Un'indagine nella Casa Circondariale di Rimini*, Università di Bologna "Alma Mater Studiorum", 2012, in www.amsdottorato.unibo.it.
- GRACIA D., *Deliberation and Consensus*.
- Id.*, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, edizioni San Paolo, Milano 1993.
- Id.*, *Medicine, Health Care and Philosophy* 4 (2):223-232, Moral Deliberation: The Role of Methodologies in Clinical Ethics. [REVIEW] in <http://www.fondazioneanza.it>.
- MAFFEI M.G., *Lo sciopero della fame della persona detenuta*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 3, 2003.
- MORAMARCO R., *Il problema della sussistenza di un diritto a lasciarsi morire del detenuto. Profili di responsabilità del Comandante di reparto e strumenti di prevenzione del disagio*, in "Quaderni ISSP", Numero 8, pp. 153-173, www.giustizia.it/giustizia/it.
- MORDACCI R., *Un'introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2010.
- PARZIALE M. e PONTI A., *L'alimentazione forzata del detenuto in carcere*, "Rassegna penitenziaria e criminologica", n. 1, 2003, www.rassegnapenitenziaria.it.

STARNINI G., *La salute in carcere oggi. Dati epidemiologici dalle carceri italiane*, marzo 2014 in www.quotidianosanità.it.

VIAFORA C., *L'argomentazione bioetica: una proposta metodologica basata sull'idea di dignità umana*.

Id., (a cura di), *Clinical Bioethics. A search of foundations*, Springer, Netherlands 2005.

Id., *Introduzione alla bioetica*, Franco Angeli, Milano 2006.

Id., *Principi della bioetica*, in www.webethics.net/principidellabioetica.