

MEDICINA PENITENZIARIA

Lo sciopero della fame in carcere.

La vicenda giudiziaria che riguarda l'anarchico Alfredo Cospito cade ormai sotto la nostra attenzione da parecchie settimane e trova una vasta eco nei mezzi di comunicazione.

Si è arrivati persino ad una raccolta di firme da inviare al Ministro della Giustizia Nordio per i provvedimenti del caso.

Alfredo Cospito è un detenuto anarchico attualmente ristretto presso la Casa Circondariale di Sassari in regime di 41bis.

Il 20 ottobre 2022 ha iniziato lo sciopero della fame e al momento attuale risulta aver perso 35 kg di peso.

Questa forma di protesta è contro l'applicazione del carcere duro nei suoi confronti e dell'ergastolo ostativo per cui non può accedere ai benefici penitenziari.

Lo sciopero della fame consiste nel rifiuto volontario, totale dell'assunzione del cibo (in genere con esclusione del rifiuto dell'acqua) che dura da più di 3 giorni.

Perché si possa parlare di sciopero della fame, il rifiuto deve essere totale, cioè deve interessare sia gli alimenti solidi sia i liquidi, fatta eccezione per l'acqua, che viene accettata dalla maggioranza dei detenuti digiunatori.

La letteratura penitenziaria riporta tuttavia casi di rifiuto anche dell'acqua.

Nel caso in cui questo evento si realizza, la circostanza assume un significato molto importante e delicato, in quanto la sopravvivenza è piuttosto breve e dal momento che le forme più tipiche di sciopero della fame vengono attuate a scopo di protesta o di rivendicazione, è nell'interesse del detenuto sopravvivere più a lungo possibile, in considerazione del fatto che il fine del suo atto non è la morte, ma l'acquisizione di miglioramenti situazionali o di diritti che egli ritiene gli siano negati (la maggior parte delle volte vuole richiamare l'attenzione delle autorità competenti sulla propria posizione giudiziaria o il trasferimento vicino al proprio nucleo familiare o la possibilità di un lavoro in carcere).

I disturbi soggettivi dovuti alla fame sono più evidenti nei primi 4-5 giorni.

Quando un detenuto attua lo sciopero della fame, il problema che ne scaturisce per i Medici Penitenziari è legato fondamentalmente al fatto che il soggetto rifiuta quasi sempre, oltre agli alimenti, anche ogni intervento sanitario tanto a scopo diagnostico, quanto a scopo terapeutico.

Lo sciopero della fame è una libera scelta dell'individuo e come tale è espressione della libertà personale che non può essere compromessa neanche dallo status di detenuto.

Allegranti e Giusti prevedono che il detenuto si spegne per inanizione in media intorno al 60° giorno dall'inizio dall'astensione dal cibo.

L'inevitabile conseguenza di un digiuno portato avanti ad oltranza è la morte del digiunatore, evento scongiurabile solo con l'interruzione dello sciopero della fame o con il ricorso all'alimentazione artificiale, che può essere accettata volontariamente dal detenuto o imposta dalla autorità sanitaria.

Se da un lato il diritto alla vita è riconosciuto e garantito come inviolabile dalla nostra Costituzione (Art.2), anche la libertà personale

è dichiarata inviolabile (Art.13) e l'Art.32 stabilisce che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, pur essendo la salute tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della società.

La Costituzione garantisce, pertanto, sia il diritto alla vita sia il diritto all'autodeterminazione del singolo.

Il Medico Penitenziario, anche se la finalità sia quella di salvaguardare la salute dei pazienti-detenuti, non deve intraprendere alcuna iniziativa che comporti un rischio per il paziente senza il suo consenso valido, né tanto meno deve assumere l'iniziativa, né partecipare a manovre coattive di nutrizione artificiale, quando un detenuto rifiuta coscientemente di nutrirsi.

Se è vero che l'autodeterminazione del soggetto è inviolabile, è anche vero che di fronte ad un atteggiamento di forte ostinazione, il Medico Penitenziario non deve abdicare del tutto, ma deve porre in atto un'opera di incisiva mediazione per tentare, dialogando con il paziente, di vincere le sue resistenze al rifiuto degli alimenti e delle terapie indispensabili per salvare la sua vita.

Il Medico Penitenziario deve rispettare l'autodeterminazione dei detenuti che fanno lo sciopero della fame, ma se questi cadono in pericolo di vita, per il ricorso allo stato di necessità, deve provvedere a trattamenti adeguati per tentare di salvarlo dalla morte anche contro il suo specifico dissenso.

Quadro clinico

Nei primi momenti è presente una sintomatologia soggettiva:

nausea, crampi allo stomaco unitamente ad una viva sensazione di fame che dura 3-4 giorni e poi si placa.

Subentra quindi uno stato di torpore fisico e di indifferenza verso il cibo con astenia e adinamia progressivamente ingravescente.

La pelle si presenta secca, desquamata e pallida.

Particolarmente evidente è il dimagrimento.

Diminuisce la pressione arteriosa, specialmente quando il soggetto si trova in posizione ortostatica.

In genere valori di 70 mmHg di pressione massima e di 40 mmHg non vengono raggiunti prima che siano trascorse 3 o 4 settimane.

La temperatura corporea diminuisce gradatamente a causa del ridotto consumo energetico.

Il ritmo del respiro va incontro a variazioni con tendenza ad aumentare nel periodo di maggior acidosi.

L'ipoglicemia è costantemente presente e tende a mantenersi bassa.

L'azotemia è elevata nei primi giorni, ma può rimanere alta anche con il progredire del digiuno.

La colesterolemia, la fosfatasi alcalina, la fosforemia, la sideremia diminuiscono.

L'uricemia aumenta.

Il tempo di protrombina può ridursi del 50%.

Le proteine plasmatiche diminuiscono, come pure i globuli rossi e quelli bianchi.

L'urina è fortemente acida e molto concentrata.

Molto importante è la valutazione dell'equilibrio elettrolitico con particolare riferimento al potassio, al sodio, al calcio e al magnesio.

Utile ed opportuno in concomitanza anche il dosaggio degli ormoni tiroidei.

Nel tracciato elettrocardiografico a causa dello sciopero della fame si rilevano alterazioni dell'onda T e un P-R corto.

Secondo il Derobert vi sono 3 diverse possibilità di sciopero della fame:

- Un primo caso è rappresentato dal detenuto che rifiuta sia gli alimenti solidi che quelli liquidi (acqua compresa), evenienza questa piuttosto rara e rapidamente evolvente verso un'intensa e totale disidratazione.
- Una seconda possibilità è quella del rifiuto del cibo accompagnato però dall'assunzione dell'acqua.
- Il terzo caso è rappresentato dal digiuno parziale, che si ha quando il detenuto rifiuta il cibo solido, ma accetta di assumere, oltre all'acqua, anche altre bevande, come ad esempio latte o acqua zuccherata .

Esiste poi, e va tenuto in opportuna considerazione, il problema della simulazione del digiuno nel caso in cui il detenuto, pur dichiarando di rifiutare l'alimentazione, si procura di nascosto il cibo.

In quest'ultima situazione la mancata constatazione di una acidosi da digiuno e la mancata perdita di peso sono in grado di dirimere ogni dubbio.

Esiste anche la possibilità che lo sciopero della fame sia attuato nel più assoluto segreto allo scopo di simulare una grave malattia.

In questo caso il detenuto accetta il cibo che gli viene offerto, ma lo distrugge parzialmente di nascosto ed assume lassativi al mattino per accelerare il processo d'inanizione.

La resistenza al digiuno nell'uomo è molto variabile, essendo condizionata da molteplici fattori.

In caso di astinenza anche dall'acqua il limite di durata si aggira intorno agli 8-10 giorni.

Nei casi in cui lo sciopero della fame viene portato avanti ad oltranza, il pericolo di morte può presentarsi quando un individuo di peso medio ha perduto il 30% del suo peso iniziale.

Il Medico deve sottoporre a visita tutti i giorni il paziente che fa lo sciopero della fame registrando in cartella tutti parametri vitali:

-
- Pressione arteriosa
 - Peso
 - Eventuale registrazione elettrocardiografica
 - Applicazione holter pressorio
 - Controllo degli esami ematochimici e delle urine
 - Valutazione psichiatrica con presa in carico per stabilire il grado di autodeterminazione del soggetto
-

Il Medico deve rendere edotto in termini di estrema chiarezza il paziente dei seri rischi cui può andare incontro.

Occorre instaurare un incisivo sostegno psicologico.

Bisogna coinvolgere il servizio trattamentale con l'apertura del fascicolo F.R.A.E.

E' opportuno che il soggetto venga allocato in cella singola, per un controllo più sistematico ed adeguato.

Se vengono superate le risorse intramurarie, può essere richiesta l'ospedalizzazione esterna per un monitoraggio puntuale delle condizioni cliniche.

Si può ricorrere al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) soltanto se il soggetto non è in grado di autodeterminarsi, ma ciò deve essere certificato dallo Psichiatra.

La relativa documentazione verrà inviata all'autorità competente (Sindaco) che emetterà una specifica ordinanza.

Per questioni di opportunità il trattamento sanitario obbligatorio deve essere attuato in Ospedale.

Prof. **Francesco Ceraudo**