

IL MEDICO E LA ALIMENTAZIONE FORZATA DEL DETENUTO

MARIO PARZIALE (*)

ADELE PONTI (**)

Grande risonanza ha recentemente avuto nell'opinione pubblica il digiuno volontario messo in atto a Milano da tre detenuti, imputati di atti terroristici.

Non è qui il caso di ricordare le accese polemiche, i dibattiti e le controversie che l'episodio ha provocato in varie prospettive: morali, civili, politiche, costituzionali, giuridiche. Sono stati in quell'occasione toccati temi fondamentali per la vita sociale (libertà del cittadino, disponibilità della vita, diritto al rifiuto delle cure, legittimità degli interventi terapeutici coattivi, diritti del detenuto, problematiche sulla libertà provvisoria, lentezza della giustizia, violenza nelle carceri (1), ecc.). Sta di fatto che il problema è andato risolvendosi senza drammi, mediante discutibili ma pragmatiche decisioni che hanno condotto alla risoluzione dell'angoscioso caso.

L'episodio peraltro — ed è questo l'aspetto che qui interessa — ha fornito lo spunto per impostare sul piano legislativo la questione dell'alimentazione forzata del detenuto che metta in atto il cosiddetto « sciopero della fame », me-

(*) Assistente ordinario presso la Divisione di medicina d'urgenza dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (Primario: Prof. A. RANDAZZO).

(**) Cattedra di Antropologia criminale dell'Università di Milano (Titolare: Prof. G. PONTI).

(1) Una ampia raccolta di contributi su tali temi può ritrovarsi nel n. 2, 1982, della rivista *Questione Giustizia*, trimestrale promosso da Magistratura Democratica. In uno speciale dedicato a « Sciopero della fame a S. Vittore, libertà morale dei detenuti, tutela della vita, indipendenza del giudice » compaiono integralmente le sentenze dei giudici istruttori e della sezione istruttoria della Corte di Appello di Milano che hanno deliberato in merito; figurano inoltre articoli e commenti di E. FASSONE, L. FERRAJOLI, V. ONIDA, D. PULITANO'.

dian­te la pro­po­sta nel ge­naio 1982 di un di­se­gno di legge pre­sen­ta­to dal Mi­ni­stro di gra­zia e giu­sti­zia, che viene a riem­pire il vuoto legi­sla­tivo in or­di­ne alla liceità di tale in­ter­ven­to coatti­vo. In deter­mi­na­te con­di­zio­ni, costi­tuite dal ri­cor­so di « im­mi­nente pe­ri­colo di vi­ta », la ali­men­ta­zio­ne for­za­ta divie­ne obbli­ga­to­ria. Il di­se­gno di legge con­tiene in­fat­ti un u­ni­co ar­ti­co­lo che si in­se­risce nell’at­tuale nor­ma­ti­va pe­ni­ten­ziaria, che era al pro­po­si­to mu­to, quale art. 11 *bis* e che co­si re­ci­ta: « Mi­sure coer­ci­ti­ve nel cam­po della as­si­sten­za sa­ni­ta­ria. Quan­do un de­te­nu­to o un in­ter­na­to ri­fiu­ta di nutrirsi, si deve pro­ce­dere alla sua ali­men­ta­zio­ne for­za­ta, allor­ché egli versi in im­mi­nente pe­ri­colo di vi­ta. La de­ci­sione è adotta­ta dal Mi­ni­stro di gra­zia e giu­sti­zia, sen­ti­to l’is­pet­to­re sa­ni­ta­rio ge­ne­rale della am­mi­ni­stra­zio­ne pe­ni­ten­ziaria. L’ali­men­ta­zio­ne for­za­ta è at­tuata sotto con­ti­nuo con­tro­llo me­di­co ».

Il di­se­gno di legge su­pera di fat­to le due con­tra­stan­ti opi­ni­oni che in pro­po­si­to si con­frontano, an­che negli am­bi­en­ti me­di­ci: come è de­tto nella re­la­zio­ne mi­ni­ste­riale al di­se­gno di legge « da un la­to si so­sti­ene il do­ve­re dell’au­to­ri­tà di in­ter­ve­ni­re, al pun­to che l’o­me­so in­ter­ven­to, in pre­sen­za di un im­mi­nente pe­ri­colo di vi­ta, po­treb­be ad­di­rit­tu­ra es­se­re con­fi­gu­ra­to come un de­lit­to; dall’al­tro, non so­lo si es­clude la obbli­ga­to­rie­tà di un tale in­ter­ven­to, ma si ri­tiene ad­di­rit­tu­ra che esso sa­rebbe il­le­ci­to, per­ché rap­pre­sen­te­rebbe una vio­la­zio­ne del di­rit­to della per­so­na all’au­to­de­ter­mi­na­zio­ne ».

Quali che siano le opi­ni­oni che si po­ssono ave­re in pro­po­si­to, il legi­sla­to­re, se il pro­get­to ver­rà ap­pro­va­to, ef­fet­tu­erà una scel­ta che si im­por­rà ov­via­men­te al di so­pra dei giu­di­zi dei sin­goli ci­ta­di­ni e che viene ad in­te­res­sa­re par­ti­co­lar­men­te e di­ret­ta­men­te il me­di­co: esso è chia­ma­to in­fat­ti a se­gna­la­re la ri­cor­ren­za del pe­ri­colo di vi­ta im­mi­nente, a da­re esecu­zio­ne ed a con­tro­lla­re la ali­men­ta­zio­ne for­za­ta, quan­do que­sta ven­ga de­ci­sa. Né si pen­si che il di­spo­sto legi­sla­tivo in­te­res­si so­lo il me­di­co dei ser­vi­zi sa­ni­ta­ri pe­ni­ten­ziari: esso co­in­vol­ge an­che il me­di­co degli en­ti os­pe­da­lie­ri ove — come è av­ve­nu­to nel ca­so dei tre de­te­nu­ti mi­la­ne­si — so­no sta­ti av­via­ti i di­giu­na­to­ri, e do­ve a no­stro av­vi­so do­vreb­bero es­se­re in cer­ti ca­si, come si ve­drà in­nan­zi, an­che in fu­tu­ro ri­co­ve­ra­ti onde as­si­cu­ra­re l’as­si­sten­za ne­ces­sa­ria do­po i pri­mi gi­orni di ri­fiu­to della ali­men­ta­zio­ne.

Questo progetto di legge — delle cui giustificazioni di politica penitenziaria non si intende qui discutere — ha suscitato e susciterà sicuramente resistenze o perplessità da parte di molti medici, comportando un tipo di intervento coattivo e violento che può andar contro a certi principi di deontologia professionale. Ne è espressione del resto la posizione ufficialmente presa in proposito dalla associazione dei medici italiani, che è espressa dall'articolo 52 del Codice di Deontologia Medica (1978), ove esplicitamente è previsto, fra gli obblighi verso i pazienti reclusi, che « Quando un prigioniero rifiuta di nutrirsi, il medico, il quale giudichi che egli è in condizione di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del proprio rifiuto, non deve assumere l'iniziativa né partecipare a manovre coattive di nutrizione artificiale. Il giudizio del medico circa la capacità del prigioniero di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del rifiuto di nutrirsi deve essere confermato da un secondo medico. I due medici devono inoltre illustrare al prigioniero le conseguenze che la sua decisione di non nutrirsi potrebbe avere per la sua salute ». La regola tra l'altro ripete esattamente la previsione contenuta nel punto 5 della « Dichiarazione dell'assemblea generale dell'Associazione Medica Mondiale sulla tortura e sulle altre pene o trattamenti crudeli, disumani o avviliti in relazione alla detenzione ed alla carcerazione », redatta a Tokio nel 1975.

E' evidente peraltro che una norma deontologica non può opporsi ad un dettato legislativo che, piaccia o non piaccia, deve essere osservato dal medico, penitenziario od ospedaliero che sia. E' stata invocata, a tutela della libertà del medico, la possibilità della obiezione di coscienza, analogamente a quanto è stato fatto per la interruzione della gravidanza (2): ma allo stato l'obbligo persisterebbe. Né va dimenticato che il medico che non proceda alla alimentazione forzata nelle circostanze previste dalla legge, andrebbe incontro a concrete sanzioni di carattere penale. L'intervento coattivo è infatti imperativo (« si deve procedere alla alimentazione forzata ») e la inosservanza verrebbe a configurare omissione di atti di ufficio (art. 328

(2) BUZZI F., «L'alimentazione coatta del detenuto», in *Riv. it. di Med. leg.* 1982, 1, 282.

cod. pen.) sia il medico nella veste di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. Senza tener conto poi delle altre ipotesi di reato per il medico che non intervenisse nei confronti del digiunatore, una volta ordinata la alimentazione forzata, o non segnalasse la situazione di « imminente pericolo di vita »: da quella di aver agevolato il suicidio (art. 580 cod. pen.), all'abbandono di persona incapace di cui ha la custodia (art. 591 cod. pen.), all'omissione di soccorso (art. 593 cod. pen.), o se consegue la morte addirittura di omicidio colposo (art. 589 cod. pen.) o di omicidio del consenziente (art. 579 cod. pen.). Posto che l'art. 40 cod. pen. stabilisce che « non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo », indipendentemente dalla legge in questione, sussisterebbe pur sempre per il medico, dinnanzi ad un digiunatore che corre pericolo di vita, l'obbligo di prestare la sua opera per impedirne la morte, e ciò anche dal punto di vista semplicemente deontologico.

Né si pensi che la incriminazione del medico che abbia ommesso di intervenire sia una ipotesi meramente aleatoria: proprio in occasione della vicenda dei tre detenuti milanesi il Giudice istruttore denunciò alla Procura della Repubblica la condotta della amministrazione penitenziaria di S. Vittore (comprendente quindi anche i sanitari) che aveva provveduto solo dopo quaranta giorni di digiuno ad inviare i pazienti in ospedale civile, ravvisando in ciò gli estremi di reato previsti dagli artt. 40 e 591 cod. pen. (3); e ciò avvenne in un momento in cui ancora non era stata formulata la proposta di legge di cui si discute.

Tutto ciò premesso, si vuole ora affrontare l'esame del disegno di legge sul piano esclusivamente tecnico-clinico. Esso prevede, come si è visto, che spetti al Ministro di grazia e giustizia la decisione della alimentazione coatta, che dovrà essere eseguita dal medico e sotto suo continuo controllo. La decisione viene presa peraltro, come si è visto, solo nel caso che ricorra « imminente pericolo di vita ». Grava ovviamente sul medico non solo la esecuzione ed il controllo della

(3) Trib. Milano, Giud. istr. FORNO, ord. 13 novembre 1981, in *Questione Giustizia* 1982, 2, 313.

alimentazione forzata, ma anche la segnalazione al Ministro di quanto in concreto ricorre il pericolo imminente.

La legittimità dell'intervento coattivo solo nell'imminenza di pericolo per la vita costituisce, sotto il profilo medico, aspetto molto discutibile della legge: in primo luogo perché è difficilmente definibile quando il pericolo sia effettivamente imminente; in secondo luogo perché, ignorando le conoscenze mediche in tema di patologia da digiuno, è erroneamente ritenuto che in qualsiasi momento del digiuno protratto sia sufficiente la ripresa della alimentazione per salvare la vita del paziente; ed infine perché, date le situazioni cliniche acute che si possono realizzare nel corso del digiuno, si impongono frequentemente provvedimenti terapeutici di urgenza, indipendenti dalla ripresa della alimentazione, che non possono certamente esser eseguiti nei tempi, necessariamente lunghi, richiesti per la autorizzazione burocratica: e si tratta di interventi fondamentali per la salvezza del paziente, che del pari possono essere da questi rifiutati. Ove l'intervento medico dovesse essere eseguito solo quando la situazione è quella di effettivo immediato pericolo, esso rischierebbe di essere molto spesso inutile e tardivo.

Occorre pertanto, se lo spirito della legge di impedire la morte del digiunatore vuole essere salvato, che all'aggettivo imminente venga data un'interpretazione estensiva, o meglio ancora che nell'eventuale futura versione legislativa si parli semplicemente di pericolo di vita, senza aggettivi. E' inoltre necessario che il problema non venga dal medico affrontato nella semplice visione della alimentazione forzata, ma che vengano presi del pari in considerazione anche i collaterali interventi terapeutici (terapia di supporto), che sono fondamentali e per i quali pure si può porre l'ipotesi del trattamento coattivo.

Per meglio intendere la questione, è opportuno precisare, almeno nei loro termini fondamentali, i problemi prognostici legati al digiuno (si rimanda all'appendice per maggiori dettagli fisiopatologici, clinici e terapeutici del digiuno protratto). Qui è sufficiente precisare che vanno ben distinte due situazioni:

a) digiuno senza terapia di supporto = il soggetto rifiuta ogni cibo ed assume eventualmente solo liquidi, a nullo o bassissimo apporto energetico;

b) digiuno con terapia di supporto = il soggetto è nelle stesse condizioni, ma accetta che gli venga effettuata terapia di supporto, consistente nella somministrazione parenterale di soluzioni glucosate, elettrolitiche e di aminoacidi.

Secondo i dati della letteratura, non esistono generalmente concreti rischi nel corso della prima settimana di digiuno. Anche in questa primissima fase è peraltro necessario riservare particolare attenzione alla glicemia, se si riduce rapidamente sotto il livello di guardia (valori inferiori a g. 40^o/₁₀₀) ed alla kaliemia, il cui abbassamento può scatenare pericolose turbe del ritmo cardiaco ed alterazioni ischemiche del miocardio. La disidratazione, l'ipotensione e la contrazione della diuresi sono inoltre la diretta e pericolosa conseguenza del mancato apporto di liquidi. Pertanto possono anche nei primissimi giorni realizzarsi situazioni di elevato rischio, destinate via via ovviamente ad accentuarsi col passare dei giorni. La prosecuzione di digiuno *senza terapia di supporto* si ritiene non possa in concreto proseguire senza irreparabili rischi per oltre dieci-venti giorni. Se non vi è assunzione di liquidi, sempre in assenza di terapia di supporto, la situazione si ritiene divenir assai più precocemente a rischio molto elevato, nel volgere di pochissimi giorni, sette al massimo. Naturalmente si può anche dare il caso che il digiuno non sia assoluto e sia piuttosto una ipoalimentazione con assunzione di liquidi zuccherati, brodi, succhi di frutta, ecc.: in tal caso il digiuno può proseguire più a lungo.

Nel caso di digiuno *con terapia di supporto* la sopravvivenza può essere maggiore, ma si reputa che la ripresa della alimentazione dopo 60 giorni di digiuno, sia incapace di scongiurare la morte. I periodi di tempo qui indicati sono solo indicativi posto che, fortunatamente, le esperienze mediche maturate in proposito sono assai scarse; in ogni modo, alla luce di quanto oggi si conosce, in pratica i tempi di intervento attivo del medico spaziano *al massimo* nell'arco di due mesi oltre i quali la situazione diviene irreversibile. Si tenga

conto che in ogni caso la perdita della metà del peso corporeo è già ritenuta condizione di « non ritorno ». La prognosi va in ogni caso formulata tenendo conto anche di altri fattori, quali l'età, il peso iniziale, la situazione immunitaria, eventuali malattie preesistenti o sopravvenute.

Tenuto conto di questi elementi è da chiedersi quale deve essere la condotta del medico per identificare l'immediatezza del pericolo senza far correre rischi al paziente e senza esporsi agli stesso alle responsabilità di un tardivo intervento. Si ritiene in proposito che valgano le seguenti indicazioni:

a) appena iniziato il digiuno si dovrà disporre il ricovero del detenuto in una infermeria o centro clinico carcerario, ove possa essere controllato assiduamente (specie per quanto attiene al calo ponderale, ai valori pressori, ai valori di glicemia, di kaliemia, degli altri elettroliti, all'e.c.g.). Se il paziente è consenziente dovrà essere iniziata *al più presto* la terapia di supporto con somministrazione parenterale di fleboclisi, di liquidi glucosati, di soluzioni elettrolitiche e di aminoacidi.

b) Trascorsi non più di sette giorni dall'inizio del digiuno il paziente dovrebbe essere trasferito in ambiente ospedaliero attrezzato per la terapia d'urgenza, in modo da potergli garantire assistenza continuativa, controlli strumentali e laboratoristici sistematici e ogni terapia necessaria per qualsiasi tipo di incidente.

c) Dopo 7-10 giorni deve in ogni caso iniziarsi la terapia di supporto, anche se il paziente non è consenziente. La somministrazione coattiva parenterale dei liquidi indicati, che suscita meno riserve della alimentazione forzata, dovrebbe ritenersi giustificata dallo « stato di necessità » (4).

d) Prima e fondamentale terapia deve essere poi quella psicologica. Essa deve mirare a coinvolgere lo scioperante nel trattamento e soprattutto a fargli costantemente presente la gravità delle conseguenze che comporta un digiuno condotto troppo a lungo.

(4) «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo». Art. 54 cod. pen.

L'opera di convincimento deve essere rivolta ad ottenere, quanto meno, l'immediato consenso alla terapia parenterale di supporto.

e) La condizione di immediato pericolo di vita, con la conseguente richiesta di autorizzazione alla alimentazione forzata mediante sonda naso-gastrica, dovrà prudenzialmente ravvedersi: 1) dopo sette giorni di digiuno in caso di rifiuto di terapia di supporto, quando non si possa o non si ritenga di doverla praticare coattivamente; 2) in corso di terapia di supporto, quando siano trascorsi un massimo di venti giorni dall'inizio del digiuno o comunque se vi è stata perdita di 1/3 del peso iniziale; 3) in ogni caso, quando sorgono i primi segni di allarme (valori glicemici inferiori a g. 40^o/₁₀₀, squilibri elettrolitici, alterazioni del ritmo cardiaco, segni iniziali di ischemia miocardica, complicanze infettive, ipotensione arteriosa marcata, alterazioni della coscienza anche transitorie, acidosi, disidratazione marcata). Dinnanzi a tali più comuni evenienze, o ad altre complicanze, non si dovrà esitare comunque ad iniziare subito la terapia di supporto.

Da quanto esposto emerge che la dizione «imminente pericolo di vita», ove dovesse permanere nel testo del disegno di legge, dovrà essere interpretata con senso clinico ed estensivo se lo scopo è quello di salvare il paziente: non sono utilizzabili in proposito le criteriologie giuridiche sul requisito dell'imminenza, o quelle medico-legali sul pericolo di vita, quale ipotesi aggravante del delitto di lesioni personali (5), poiché molteplici condizioni legate al digiuno, numerose variabi-

(5) Ad esempio: «Il pericolo imminente è tale da rendere quasi certo l'attuarsi del pregiudizio» (CASINI C., CICERI F., *La nuova disciplina dell'aborto*, Cedam, Padova, 1978; o ancora: «Si ha pericolo di vita quando è in atto uno stato di estrema gravità morbosa, desumibile non su previsioni o presunzioni magari ragionevoli, bensì dal profondo perturbamento di almeno una delle grandi funzioni organiche (respiratoria, circolatoria, nervosa), sicché si possa esser certi, in base alla comune esperienza medica, che l'equilibrio vitale è divenuto estremamente instabile» (ADAMO M., cit. in BARGAGNA M., DOMENICI F., FORNARI A., PALAGI U., *Le lesioni personali nell'ambito penale*, Pacini-Mariotti Ed., Pisa, 1961; ed anche «Il pericolo di vita è da ritenersi che non si tratti già di una condizione potenziale, sibbene della reale ricorrenza di circostanze intrinseche capaci di produrre tale precarietà di equilibri anatomico-funzionali da potersi giudicare come imminente la rottura con effetti letali», CAZZANIGA A., CATTABENI C.M., *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, Utet, 1978, pag. 344.

li e complicanze a rapida insorgenza, molte delle quali ancora malamente conosciute, possono rendere la situazione irreversibile anche se la vita del paziente nell'immediatezza può non apparire in pericolo. Se si dovesse attendere sempre, per identificare la condizione di rischio grave, che si raggiungano condizioni di estremamente instabile ed imminente squilibrio vitale, ci si potrebbe trovare innanzi a situazione ormai irreversibili. Si ricordi in proposito, a titolo di esempio, la già menzionata situazione di perdita di oltre la metà del peso: può in tali circostanze non ravvedersi alcuna imminenza di pericolo, quando peraltro è oggi noto trattarsi di uno stato nel quale nessun intervento potrà evitare la morte; o ancora, un calo degli ioni potassici può comportare repentini e gravissimi rischi, prima ancora che siano presenti situazioni cardiache chiaramente preoccupanti.

Le particolari caratteristiche fisico-metaboliche e cliniche del digiuno protratto, le incertezze tuttora esistenti su questo particolare capitolo della patologia, la scarsa esperienza clinica, devono rendere il medico quanto mai cauto ed indurlo ad identificare con largo margine di prudenza il limite oltre al quale ogni intervento terapeutico può divenire inutile.

APPENDICE

1. - *Aspetti fisiopatologici del digiuno protratto*

Il valore calorico della dieta deve essere uguale all'energia spesa come lavoro e come calore. L'energia spesa può essere distinta in 3 tipi: la spesa metabolica basale che, in un adulto normale, ammonta all'80% dell'energia consumata ogni giorno; l'energia consumata per la digestione e il metabolismo delle sostanze nutritive che è circa l'8% dell'energia spesa giornalmente; l'attività fisica che, in una popolazione sedentaria è di circa il 12% delle calorie spese ogni giorno.

E' oggi raccomandata l'introduzione di almeno 1 g. di proteine pro Kg. di peso corporeo, al fine di assicurare l'apporto degli 8 aminoacidi essenziali. Vengono distinte proteine di prima classe e di seconda classe in base alla maggiore o minore presenza degli aminoacidi essenziali. Sono proteine di prima classe quelle della carne, del pesce, delle uova e del formaggio. La maggior parte delle proteine vegetali sono invece di seconda classe. Le proteine forniscono 4 cal./g. di peso corporeo. I

grassi sono gli alimenti che a parità di volume, forniscono maggior energia (9 cal./g. di peso corporeo), ma sono più costosi. I carboidrati (4 cal./g. di peso corporeo) rappresentano la fonte meno costosa di calorie e costituiscono il 50% o più della dieta comune.

Un uomo di 70 Kg., moderatamente attivo, richiede, all'incirca, 3000 cal. al giorno che possono essere così distribuite:

- 70 g. di proteine (70x4) = 280 cal. (parte di queste proteine devono essere di prima classe)
- 60 g. di grassi (60x9) = 540 cal.
- 526 g. di carboidrati (526x4) = 2.104 cal.

Per la sopravvivenza è ovviamente indispensabile, al di fuori dell'apporto calorico, anche un introito di minerali e vitamine, il cui deficit nel digiuno prolungato comporta gravi rischi per il paziente.

I mutamenti in corso di digiuno prolungato sono soprattutto a carico dell'adipe che costituisce la principale riserva energetica dell'organismo.

Le riserve di energia a disposizione in un uomo ben nutrito di media costituzione sono riassunte nella tabella:

Componenti	Cal./g.	Peso totale (g.)	Equivalente calorico	Disponibilità energetica
Proteine	4	11.000	44.000	8.000
Grassi	9	9.000	81.000	72.000
Carboidrati	4	500	2.000	800
Acqua	—	45.000		
Minerali	—	4.500		
Totale				81.000

Occorre rilevare che in corso di digiuno prolungato l'uomo è in grado, con l'adattamento a tale condizione, di ridurre il metabolismo basale giornaliero da 1.750 cal. a 1.250 cal. o meno.

Teoricamente, utilizzando le riserve energetiche menzionate nella tabella, potrebbe sopravvivere 67 giorni ($81.000 : 1.200 = 67$) prima di consumare tutto il materiale a sua disposizione.

Ricordiamo, tuttavia, che secondo la regola di Chassat, è praticamente impossibile la ripresa da un digiuno prolungato dopo la perdita di metà del peso.

Nella fase iniziale del digiuno l'ossidazione dei grassi fornisce circa il 60% dell'energia consumata, c'è inoltre un marcato crollo sia delle proteine che del glicogeno. Approssimati-

vamente da 60 a 90 g. di proteine sono degradate in un giorno, in primo luogo dai muscoli, e ciò fornisce all'incirca un ulteriore 15% dell'energia totale spesa; il rimanente 25% delle calorie utilizzate è ricavato dall'ossidazione dei carboidrati (glucosio e glicogeno).

Poiché, tuttavia, in un uomo di 70 Kg. ci sono meno di 500 g. di glucosio e glicogeno, la quantità di carboidrati disponibile per il consumo energetico è limitata.

Durante il digiuno le proteine rappresentano una sorgente di energia maggiore rispetto ai carboidrati, ma, dovendo assolvere molte funzioni critiche per la vita (proteine strutturali, enzimi ecc.) c'è un limite alla quantità che può essere consumata senza che siano seriamente compromessi i processi metabolici. Durante il digiuno prolungato si instaura un graduale assestamento dei processi metabolici così che l'organismo utilizza al massimo i grassi e risparmia carboidrati e proteine.

Il sistema nervoso che, in condizioni normali, è la più importante sede in cui il glucosio viene ossidato completamente ad anidride carbonica ed acqua, con il digiuno prolungato, si adatta ad ossidare corpi chetonici, in particolare beta-idrossibutirrato e acetoacetato.

Ciò diminuisce ulteriormente la dipendenza da glicolisi e gluconeogenesi e fa in modo che i grassi forniscano l'80-85% dell'energia spesa.

Con il digiuno prolungato si attua inoltre, come abbiamo precedentemente detto, una notevole riduzione del metabolismo basale e un conseguente risparmio di carboidrati, proteine e grassi.

In conclusione la risposta di adattamento determina una assai maggiore tolleranza al digiuno.

2. - *Aspetti clinici del digiuno protratto*

Il digiuno assoluto determina una rapida perdita di peso; di solito 7 Kg. alla settimana nelle prime due settimane e 2,5 Kg. alla settimana nelle settimane successive.

Il quadro clinico è caratterizzato all'inizio da profonda astenia; il livello di coscienza, sia all'esordio che nel periodo successivo, è estremamente variabile: eccitabilità, diminuzione della vigilanza, stato stuporoso, torpore, sopore, coma.

Le modificazioni cliniche, variamente combinate tra di loro e in stretto rapporto con la gravità della situazione, sono:

- grave astenia
- importante perdita di peso
- disidratazione
- ipotensione (più marcata in ortostatismo)

- contrazione della diuresi
- bradicardia
- presenza di edemi declivi
- riduzione delle difese immunitarie

Gli esami di laboratorio possono rivelare una riduzione delle proteine plasmatiche, della glicemia e della kaliemia; un aumento della azotemia e della creatininemia, un bilancio azotato negativo e una lieve acidosi metabolica.

Nelle fasi iniziali è molto importante riservare particolare attenzione alla glicemia che si riduce rapidamente sotto il livello di guardia (valori inferiori a 40 g.º/100) e alla kaliemia, il cui abbassamento può scatenare pericolose turbe del ritmo cardiaco e alterazioni ischemiche.

La disidratazione, l'ipotensione e la contrazione della diuresi sono la diretta e pericolosa conseguenza del mancato apporto di liquidi.

L'edema molto spesso presente è un fenomeno ancora da spiegare; esso è dovuto probabilmente in parte all'ipoproteinemia, ma può essere pure espressione di alcune alterazioni della funzione degli ormoni corticosurrenali. Una lieve acidosi metabolica è spiegata dall'aumento dei corpi chetonici in circolo.

L'esperienza di sanitari francesi, che hanno operato in ospedali penitenziari nei confronti di detenuti che attuavano lo sciopero della fame, indica anche, oltre alle già menzionate turbe del ritmo cardiaco, l'importanza della situazione immunitaria del paziente; tra i quadri morbosi gravi più frequenti sono segnalate encefaliti, turbe gastriche e intestinali (vomito, diarrea).

Con il passare dei giorni il quadro clinico, se non controllato con le opportune misure terapeutiche, e anche al di fuori di queste, se non si verifica la rialimentazione, va progressivamente aggravandosi e proprio per le ridotte difese immunitarie, aumenta il rischio delle infezioni e delle piaghe da decubito.

Ricordiamo che la perdita della metà del peso iniziale è un indice prognostico assolutamente infausto.

3. - *Terapia nel digiuno protratto*

In considerazione del particolare tipo di digiuno di cui si tratta in questa sede, la prima e fondamentale terapia è quella psicologica: essa deve mirare a coinvolgere il digiunatore nel trattamento e soprattutto a fargli costantemente presente la gravità delle conseguenze che comporta un digiuno condotto troppo a lungo. L'opera di convincimento deve essere rivolta ad ottenere, per lo meno, l'immediato consenso ad una terapia

parenterale di supporto con soluzioni glucosate al 10%, soluzioni elettrolitiche (atomi di sodio, potassio, cloro, magnesio, calcio, acetato, solfato, lattato, fosfato), piccole quantità di bicarbonato di sodio quando sia presente acidosi metabolica. Se è possibile, è anche utile l'infusione di soluzioni di aminoacidi.

E' ovvio, per quanto detto nel paragrafo che riguarda la clinica, che se delle misure terapeutiche non vengono subito attuate, vi sono dei rischi immediati per il paziente (ipoglicemia, ipokaliemia); tuttavia anche la terapia di supporto non è logicamente risolutiva e, se la rialimentazione non si verifica entro il termine massimo di 60 giorni, il recupero appare problematico.

Qualora si ottenga il consenso entro breve tempo dall'inizio del digiuno non ci sono problemi per la rialimentazione; quando al contrario il digiuno è stato portato avanti per lungo tempo (più di 20-30 giorni) la rialimentazione deve essere progressiva onde evitare nausea, vomito, diarrea.

Di solito il tasso calorico deve essere inizialmente di 400 cal., di cui 160 costituite da proteine (g. 40); tale tasso calorico andrà aumentato di 100-200 calorie al giorno in funzione della tolleranza.

All'inizio l'alimentazione sarà preferibilmente liquida, le proteine dovranno essere di origine animale (carne, pesce, uova, formaggio) perché apportino gli aminoacidi essenziali. Il latte sarà il costituente base di qualsiasi alimentazione liquida, stando attenti all'intolleranza al lattosio (eventualmente si può ricorrere al latte in polvere che ne è privo); utile anche l'uso del burro, di olii ricchi di acidi grassi poliinsaturi (20 g./die di olio di semi di girasole) per coprire le necessità di acidi grassi essenziali (acido linolenico).

Gli omogenizzati dovranno essere preferibilmente isocalorici (1 cal./1 ml.); l'eccessiva diluizione diminuisce infatti le secrezioni mentre l'eccessiva concentrazione provoca diarrea osmotica.

I frullati di legumi saranno utili come apporto di sali minerali; le confetture di frutta arricchiranno l'apporto di carboidrati.

E' necessario nei primi giorni di rialimentazione il massimo frazionamento dei pasti.

Qualora l'opera di convincimento sia vana e si decida l'uso di mezzi coercitivi si dovrà ricorrere alla introduzione di una sonda naso-gastrica, rimanendo invariato il tipo di alimentazione precedentemente descritto.

Si dovranno inoltre tenere presenti le complicanze possibili: nausea, vomito, faringiti, esofagiti, broncopolmonite ab ingestis, diminuita tolleranza al glucosio, diarrea; quest'ultima per motivi meccanici, osmotici o per proliferazione microbica.

RIASSUNTO

Una proposta di legge prevede la alimentazione forzata dei detenuti che rifiutano il cibo quando ricorra «immediato pericolo di vita». Gli Autori, senza entrare nel merito delle questioni deontologiche connesse a tale pratica, considerano i problemi clinici che si potranno porre al medico; in particolare segnalano che, il requisito della imminenza di pericolo per la vita, richiesto per l'intervento coattivo, deve essere interpretato molto estensivamente per precise ragioni mediche, affinché l'intervento non risulti tardivo e inutile al fine di salvare il digiunatore. Vengono fornite indicazioni pratiche e illustrate brevemente i più importanti aspetti fisiopatologici, clinici e terapeutici del digiuno protratto.

RESUME

Un projet de loi prévoit l'alimentation forcée des détenus refusant la nourriture, en cas de «danger de mort immédiat». Les Auteurs, sans rentrer dans le détail des questions de déontologie, examinent les problèmes cliniques qui pourront se présenter au médecin; il signalent notamment que la condition de danger de mort imminent, exigée pour l'intervention coercitive, doit être interprétée d'une manière très extensive pour des raisons médicales précises, afin que l'intervention ne se révèle pas tardive et inutile quant à la possibilité de sauver le jeûneur. L'ouvrage fournit des indications pratiques et illustre brièvement les principaux aspects physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques du jeûne prolongé.

SUMMARY

A parliamentary bill provides for the forced feeding of detained persons who refuse food when there is the risk of «immediate danger to life». The Authors, without entering into the merits of the professional ethics of this practice, consider the clinical problems that might arise for the physician; in particular they point out that the requirement of imminence of danger to life, needed for the coercive action, must be interpreted very widely for precise medical reasons, so that the action is not delayed and useless for the purpose of saving the hunger-striker. Practical indications are provided and the most important physiopathological, clinical and therapeutic aspects of the prolonged fast are briefly described.

RESUMEN

Una propuesta de ley prevé la alimentación forzada de los detenidos que rechazan el alimento en caso en que exista «immediato peligro de muerte». Los Autores, sin entrar a discutir cuestiones deontológicas conectadas con tal práctica, consideran los problemas clínicos que se podrán presentar al médico, señalando en especial que, el requisito de la inminencia del peligro de muerte, exigido para la intervención coactiva, debe ser interpretado muy extensivamente por precisar razones médicas, de manera tal que la intervención no resulte tardía e inútil para salvar al ayunador. Se suministran indicaciones prácticas que ilustran brevemente los más importantes aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos del ayuno prolongado.

ZUSAMMENFASSUNG

Für Sträflinge, die die Ernährung verweigern, sieht ein Gesetzentwurf die Zwangsernährung vor, sofern Lebensgefahr droht. Die Verfasser ohne auf die ethischen Aspekte der Angelegenheit einzugehen, nehmen die klinischen Aspekte des Problems in Betracht, welche sich dem Arzt präsentieren. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass die bestehende Lebensgefahr, die das Eintreten der Zwangsmassnahme notwendig macht, aus genauen ärztlichen Gründen sehr extensiv betrachtet werden sollte, damit sich der ärztliche Eingriff nicht verspätet oder sich nicht umsonst herausstellt, um den Fastenden zu retten. Es werden darüber hinaus praktische Anweisungen gegeben und kurz die wichtigsten physiopathologischen sowie klinischen und therapeutischen Aspekte des anhaltenden Fastens erläutert.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERTI K.G.M.M., JOHNSTON D.G.: «Carbohydrate metabolism in liver disease», in WRIGHT R., ALBERTI K.G.M.M., KARRAN S., MILLWARD-SADLER G.H.: *Liver and biliary disease*, 1979.
- BRAY G.A.: «Nutritional factors in disease», in SODEMAN W.A. jr., SODEMAN W.A.: *Pathologic physiology*, 1978.
- CAHILL G.F. jr.: «Starvation in man», in *New Eng. Med.* 12, 668-675, 1970.
- CHAN J.C.M.: «Nutrition and acid-base metabolism», in *Fed. Proc.* 40, 9, 2423-2428, 1981.
- DRENICK E.J.: «The effects of acute and prolonged fasting and refeeding on water, electrolyte, and acid-base metabolism», in MAXWELL M.H., KLEEMAN C.R.: *Clinical disorders of fluid and electrolyte metabolism*, 1980.
- GANONG W.F.: *Fisiologia medica*, Ed. Piccin, 1971.
- GUMAA K.A., MUSTAFA K.Y., MAHMOUD N.A., GADER A.M.A.: «The effects of fasting in Ramadan, da *Br. J. Nutr.* 40, 573-589, 1978.
- JEAMMET PH.: «Le maigreurs psychogenes et l'anorexie mentale», in *Rev. Prat.* 32, 257-272, 1982.
- RUDMAN D.: «Nutritional disorders», in HARRISON'S: *Principle of internal medicine*, 1980.
- SABATINI J.: «Quelques considerations sur les greves de la faim», in *Acta Med. Leg. Soc.* (Liege), 225-228, 1980.
- SCHERRER H., GUILHAUME B., LUTON J.P.: «Les maigreurs et amaigrissements pathologiques de l'adulte. Leurs conséquences metaboliques, digestives et hormonales», in *Rev. Prat.*, 32, 225-310, 1982.
- STEFFEE W. P.: «Malnutrition in hospitalized patients», in *Jama* 244, 23, 2630-2635, 1980.
- TROISIERS S.: «Les greves de la faim», in *Acta Med. Leg. Soc.* (Liege), 219-224, 1980.