Essays

Verso un modello integrato di etica clinica e penitenziaria: personalismo, cura e spazi etici per la tutela della dignità in carcere

Rossana Ruggiero, Mario Picozzi*

TOWARD AN INTEGRATED MODEL OF CLINICAL AND PENITENTIARY ETHICS: PERSONALISM, CARE, AND ETHICAL SPACES FOR THE PROTECTION OF DIGNITY IN PRISON

ABSTRACT: The article proposes penitentiary ethics as a new field of applied bioethics, grounded in personalism and the ethics of care. Starting from the centrality of the prisoner and the recognition of their vulnerability, it argues for overcoming the ethical void that characterizes the Italian prison context. Drawing comparatively on clinical ethics, the paper reworks the four-criteria model of Jonsen, Siegler, and Winslade, the concept of penitentiary ethical spaces, and the role of the penitentiary ethicist. The aim is to provide theoretical and operational tools for rendering decisions ethically grounded, transparent, and respectful of dignity, thereby contributing to the humanization of the prison institution.

KEYWORDS: penitentiary ethics; personalism; prison ethical spaces; dignity; ethics of care

ABSTRACT: Il contributo propone l'etica penitenziaria come nuovo ambito della bioetica applicata, fondato sul personalismo e sull'etica della cura. A partire dalla centralità della persona detenuta e dal riconoscimento della sua vulnerabilità, l'articolo sostiene la necessità di superare il vuoto etico che caratterizza il contesto carcerario italiano. In chiave comparativa con l'etica clinica, vengono rielaborati il modello dei quattro criteri di Jonsen, Siegler e Winslade, la nozione di spazi etici penitenziari e la figura dell'eticista penitenziario. L'obiettivo è offrire strumenti teorici e operativi per rendere le decisioni eticamente fondate, trasparenti e rispettose della dignità, contribuendo a umanizzare l'istituzione penitenziaria.

PAROLE CHIAVE: etica penitenziaria; personalismo; spazio etico nel carcere; dignità; etica della cura

* *Rossana Ruggiero: Biogiurista e bioeticista clinico; componente e coordinatore del Comitato di Etica Clinica, Funzione Bioetica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; Presidente Associazione Retrosguardi - ODV. E-mail: rossana.ruggiero@opbg.net. Mario Picozzi: Professore associato di Medicina Legale e direttore del Centro di Ricerca in Etica Clinica, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; Responsabile della SS Bioetica Clinica, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO). Mail: mario.picozzi@uninsubria.it.*
Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

Essays

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Il vuoto etico penitenziario – 3. La persona come centro e senso: il personalismo e l'etica della cura – 4. Dall'etica clinica all'etica penitenziaria – 5. Il modello Jonsen, Siegler e Winslade in chiave penitenziaria – 6. Gli spazi etici penitenziari: struttura e funzionamento – 7. L'eticista penitenziario: profilo, competenze e tensioni costitutive – 8. Conclusioni.

1. Introduzione

Il sistema penitenziario italiano si colloca al crocevia di molteplici tensioni: da un lato l'esigenza di garantire sicurezza e ordine interno, dall'altro l'obbligo costituzionale e internazionale di tutelare la dignità delle persone detenute e i diritti fondamentali e promuovere la rieducazione e il reinserimento sociale[1]. Questa dualità genera una condizione di vulnerabilità strutturale, nella quale la privazione della libertà si accompagna a una esposizione costante a decisioni eterodirette, a relazioni istituzionali asimmetriche e a forme di afflittività intrinseca che investono la dimensione corporea, psichica e relazionale dell'esperienza detentiva. La persona ristretta non si trova dunque semplicemente in una situazione di restrizione giuridica, ma in uno spazio di vita segnato da una compressione continuativa dell'autonomia senza possibilità di svilupparla in una prospettiva relazionale e da un surplus di dipendenza dall'organizzazione penitenziaria. A tale vulnerabilità si aggiunge la riproposizione, in carcere, di modelli culturali di violenza e prevaricazione tra detenuti, proprie del contesto esterno di provenienza, alimentati da rapporti di forza che l'amministrazione penitenziaria non sempre riesce a governare. La particolarità del contesto determina il sorgere di dilemmi etici complessi che richiedono strumenti di riflessione morale specifici per il contesto penitenziario.

Relazioni del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, rapporti internazionali segnalano condizioni detentive critiche, richiamando al rispetto dei principi sanciti dalle *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (Mandela Rules)[2], dalle *European Prison Rules*[3] e dalle *Bangkok Rules* relative alle donne detenute[4]; documenti, questi che non si limitano a formulare raccomandazioni tecniche, ma affermano una vera e propria grammatica della dignità, che include il diritto alla cura, alla tutela dell'integrità fisica e psichica, alla protezione contro trattamenti inumani[5].

Modelli internazionali innovativi mostrano vie praticabili. In Francia gli *espaces d'éthique*[6] – spazi di riflessione e formazione etica per personale e dirigenti – integrano sicurezza e diritti umani ponendo al centro la dignità della persona detenuta, rendendo il carcere più umano. Simili esperienze nel Regno Unito, Stati Uniti e Germania affrontano i temi della salute mentale, consenso informato e dignità dei

[1] «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato», art. 27, comma 3, Cost. italiana.

[2] United Nations, *Nelson Mandela Rules – United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, New York, 2015.

[3] Council of Europe, *European Prison Rules* (updated version), Strasbourg, 2020.

[4] United Nations, *United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (Bangkok Rules)*, New York, 2010.

[5] Council of Europe – European Committee for the prevention of torture (CPT), *Standards*, Strasbourg, ult. rev. 2022.

[6] https://www.erepl.fr/enjeux-ethiques-du-soin-aupres-des-corps-defunts/dossier-thematique-de-lerepl-ethique-et-soins-en-prison/.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

detenuti attraverso approcci interdisciplinari. Organismi sovranazionali (OMS, Consiglio d'Europa, Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura) sottolineano l'importanza di strumenti formali per garantire un'etica condivisa nei luoghi di detenzione: cure equivalenti a quelle esterne, benessere psicofisico anche in casi complessi come malattie croniche o fine vita. Pareri del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) – da *La salute dentro le mura* al consenso informato, rifiuto di trattamenti, dignità e sofferenza[7] – sottolineano la necessità di affrontare le delicate questioni bioetiche in carcere e di dotarsi di adeguati strumenti di riflessione etica nei luoghi di detenzione, sviluppare programmi di formazione specifici per gli operatori, finalizzati a migliorare la qualità della vita e della cura della persona detenuta e a garantire rispetto e tutela delle fragilità. Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) recante *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità*[8] «nel sottolineare la rilevanza etica e giuridica dell'attenzione per la vulnerabilità, affronta un aspetto particolare: il rapporto tra la vulnerabilità e i luoghi della cura, intesi non soltanto come apparato istituzionale di assistenza, ma anche come momenti di attenzione ed ascolto»[9] in cui poter ridare voce a chi non ha voce, restituire un volto e un nome a identità perse nell'oblio e introduce lo Spazio Etico come luogo per un dibattito pubblico, ma forse anche "interno", su questioni moralmente complesse. Entrando nel merito, la vulnerabilità della persona detenuta deve avere un'accezione estesa non solo alla tutela della salute, ma alla più ampia concezione di cura che si sostanzia anche nella qualità delle relazioni, nella possibilità di esprimere preferenze e nella gestione delle stesse e la difficoltà di preservare uno spazio minimo di autodeterminazione in un contesto segnato da restrizioni pervasive. Il carcere rappresenterebbe il luogo nel quale la cura deve misurarsi con la specificità della detenzione, con la sua afflittività intrinseca, con la progressiva erosione di spazi ordinari di ri-

[7] Comitato Nazionale per la Bioetica, *La salute dentro le mura*, Roma, 2013; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sulla condizione dei detenuti*, Roma, 2015; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il consenso informato*, Roma, 1996; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Dignità e sofferenza*, Roma, 2004; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, Roma, 2008; Comitato Nazionale per la Bioetica, *La dignità della persona al termine della vita*, Roma, 2019.

[8] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità. Il ruolo dello Spazio etico per un dibattito pubblico*, Roma, 2021. Il documento diffusamente affronta il tema della vulnerabilità e tra gli altri cita la Dichiarazione di Barcellona del 1998 ove essa viene definita come quarto principio fondamentale delle linee di sviluppo della bioetica europea accanto all'autonomia, alla dignità e alla integrità: «Vulnerability expresses two basic ideas. (a) It expresses the finitude and fragility of life which, in those capable of autonomy, grounds the possibility and necessity for all morality. (b) Vulnerability is the object of a moral principle requiring care for the vulnerable. The vulnerable are those whose autonomy or dignity or integrity are capable of being threatened. As such all beings who have dignity are protected by this principle. But the principle also specifically requires not merely non interference with the autonomy, dignity or integrity of beings, but also that they receive assistance to enable them to realise their potential. From this premiss it follows that there are positive rights to integrity and autonomy which grounds the ideas of solidarity, non-discrimination and community».

[9] «L'esperienza del "carcere" sottolinea quanto sia importante alimentare e coltivare, accanto alle purtroppo spesso carenti misure di rieducazione, la dimensione relazionale, prevedendo sistematici luoghi in cui detenuti, operatori, agenti di custodia e familiari possano prendere in esame assieme le situazioni di carenza, di difficoltà operativa, di reciproca incomprensione, se non di tensione. Il CNB si sofferma, in particolare, sulla condizione femminile sia perché è più drammatica anche per i riflessi sui figli minorenni e sia perché il numero ridotto di persone detenute rende più facile e immediata la sperimentazione di questa nuova istituzione. Iniziare a creare uno Spazio etico nei luoghi di detenzione femminile potrebbe essere, quindi, il primo passo per avviare un percorso esteso all'intera comunità carceraria che offra un significativo contributo ai processi di risocializzazione e al ripensamento della pena detentiva alla luce di un'adeguata attuazione delle misure penali di comunità» Comitato Nazionale per la Bioetica, *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità. Il ruolo dello Spazio etico per un dibattito pubblico*, cit., 14.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

conoscimento della persona da parte del contesto. Il CNB nel richiamare il carcere fra i luoghi di cura insiste sulla necessità di una riflessione capace di coniugare attenzione sanitaria, ascolto relazionale e responsabilità istituzionale e "sociale". La questione non riguarda dunque soltanto la qualità delle prestazioni sanitarie, ma più radicalmente il modo in cui l'istituzione penitenziaria prende in carico la persona nella sua totalità, riconoscendone la dignità anche nella condizione di restrizione.

Da questa situazione emerge il problema di un vuoto etico istituzionale che espone persone detenute e operatori a dilemmi etici irrisolti, che tendono a restare affidati a decisioni frammentarie, emergenziali o puramente procedurali, talora parziali, con il rischio di lasciare senza adeguata elaborazione i conflitti che attraversano la vita detentiva. La rilevanza etica e giuridica dell'attenzione alla vulnerabilità e alle condizioni detentive degradanti è centrale, ma non si accompagna a un immediato miglioramento delle condizioni concrete: il sistema carcerario italiano è chiamato ad affrontare molteplici questioni etiche, che esigono di essere affrontate mediante strutture e competenze specificamente dedicate. È in questo senso che l'etica penitenziaria si propone come risposta teorica e pratica a una lacuna strutturale: non come semplice estensione dell'etica clinica, ma come ambito autonomo della bioetica applicata, chiamato a rendere visibile e affrontabile la complessità morale del carcere.

L'etica clinica, con i suoi strumenti consolidati, offre un paradigma trasferibile: personalismo, cura e spazi deliberativi possono fondare un'etica penitenziaria specifica, come proposto nel presente contributo.

2. Il vuoto etico penitenziario

L'attenzione alle questioni etiche emerse al letto del paziente fornisce il fondamento per la definizione di un modello etico applicabile al contesto carcerario, anch'esso luogo emblematico di grande desolazione. In entrambi i contesti, la persona si trova in condizioni di estrema vulnerabilità, spesso esposta a limitazioni e conflitti di ruolo, oltre che a una solitudine morale significativa. Se in ambito sanitario la dimensione etica è diventata ormai imprescindibile e strutturata, nel sistema carcerario l'attenzione alla persona rischia ancora di essere travolta dalle logiche procedurali e di sicurezza. In questo scenario, l'orientamento personalista e l'etica della cura emergono rispettivamente quali fondamento filosofico e paradigma valoriale e metodologico imprescindibili ponendo al centro la tutela della dignità della persona vulnerabile, la relazione concreta e la responsabilità personale. Essi si configurano come base solida per sviluppare modelli etici integrati.

L'etica applicata alle persone private della libertà rappresenta una delle frontiere più sensibili della contemporaneità. Nonostante le differenze di contesto, etica clinica e penitenziaria si confrontano con dilemmi etici talvolta analoghi, quali l'asimmetria della relazione, l'allocazione delle risorse, la gestione del consenso informato, il bilanciamento tra diritti individuali e doveri istituzionali, nonché i conflitti di ruolo. Fondamentale in ogni valutazione morale è il ricollocare al centro la persona umana nel suo complesso, riconoscendone la dignità inviolabile e indipendente dal grado di colpevolezza.

Negli ultimi decenni l'etica clinica[10] ha saputo costruire processi strutturati e inclusivi per la risoluzione dei dilemmi etici: la discussione a più voci e la promozione del ragionamento etico condiviso rappresenta lo strumento più efficace per affrontare questioni complesse nel *bedside decision making*. Tuttavia,

[10] American Society For Bioethics and Humanities, *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultants, Third Edition,* Illinois, 2025; R. PEGORARO, M. PICOZZI, A.G. SPAGNOLO, *La consulenza di etica clinica in Italia,* Trento, 2010.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

mentre la riflessione morale in ambito sanitario si è strutturata attraverso strumenti condivisi come l'istituzione di Servizi di Etica Clinica e i Comitati per l'Etica nella prassi clinica[11], con metodologie deliberative strutturate, il sistema penitenziario resta ancora privo di modelli robusti e prassi consolidate.
La riflessione etica è per lo più affidata alla sensibilità individuale degli operatori, senza strutture stabili, procedure condivise o figure professionali dedicate. Questa lacuna strutturale espone le persone detenute e gli stessi operatori a decisioni prese in solitudine, sotto pressione emergenziale, con rischi di arbitrarietà o di sacrificio della dignità personale alle esigenze organizzative.
I limiti attuali accertati in carcere riguardo la vulnerabilità[12] delle persone detenute e la mancanza di strutture etiche (es. assenza di comitati di etica penitenziaria o spazi di dialogo etico) implicano la necessità di strutturare un modello che colmi questo vuoto. A questo scopo alcuni strumenti possono essere mutuati dall'etica clinica così proponendo un modello teorico integrato di etica penitenziaria. Assumendo l'orientamento personalista e l'etica della cura come fondamenti antropologici ed etici è possibile trasferire gli strumenti dell'etica clinica al contesto carcerario con un modello articolato attorno a tre elementi interconnessi: (1) la riformulazione del metodo di analisi dei casi secondo Jonsen, Siegler e Winslade; (2) la concettualizzazione degli spazi etici penitenziari; (3) la definizione del profilo dell'eticista penitenziario. Questo quadro teorico intende costituire il fondamento per future ricerche empiriche volte all'implementazione di dispositivi etici strutturati negli istituti di pena.

3. La persona come centro e senso: il personalismo e l'etica della cura

L'orientamento personalista offre il fondamento filosofico essenziale sottolineando la dignità inviolabile della persona umana, che non può essere ridotta a semplice insieme di caratteristiche né identificata col proprio passato o errore. Questo approccio, basato sul pensiero di autorevoli bioeticisti[13] e filosofi[14] rifiuta ogni riduzione funzionale, utilitaristica o stigmatizzante, insistendo sul valore unico e irripetibile della persona, da proteggere nella sua integrità bio-psico-spirituale. Esso vede, inoltre la persona costitutivamente «in-relazione» che si realizza all'interno di un tessuto di legami, responsabilità e appartenenze, rifiutando sia l'individualismo estremo che la fusione nella massa anonima. Il contributo personalista invita a progettare e vivere l'esperienza penitenziaria non solo come gestione della devianza o applicazione di norme punitive, ma come compito etico che prenda in carico la persona nella sua totalità, offrendo possibilità concrete di crescita, riscatto e partecipazione – condizioni imprescindibili in una società che tutela i diritti umani e affida senso e valore all'essere umano, sempre e comunque.

[11] Comitato Nazionale per la Bioetica, *I Comitati Etici: natura, funzioni e competenze*, Roma, 2004; Comitato Nazionale per la Bioetica, *I Comitati per l'etica nella clinica*, Roma, 2017; Comitato Nazionale per la Bioetica, *La figura dell'esperto di bioetica nell'ambito dei comitati etici*, 2021.
[12] G. Russo (a cura di), *Vulnerabilità, Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia*, Torino, 2004, p. 1817: «La vulnerabilità è costitutiva di ogni essere vivente, secondo la definizione che ne dà il bioeticista Warren T. Reich: "La parola vulnerabilità (dal latino *vulnerare*, ferire) significa letteralmente suscettibile di essere ferito. Figurativamente essa rimanda alla precarietà di una condizione segnata dalla possibilità di violazione e del limite, spesso definita da gradi diversi di debolezza, dipendenza, mancanza di protezione"».
[13] E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, Roma, 2001, pp. 123-145.
[14] E. Mounier, *Manifesto al servizio del personalismo*, Milano, 1938, capp. I-II; E. Mounier, *Il personalismo*, Roma, 1949, pp. 45-67.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

Accanto al personalismo si colloca l'etica della cura, che estende e concretizza la dimensione relazionale e pratica della riflessione etica, privilegiando la concretezza delle relazioni umane[15] e la capacità di rispondere concretamente ai bisogni di chi è in situazione di vulnerabilità, dipendenza o sofferenza, offrendo un secondo pilastro teorico fondamentale per l'etica penitenziaria.

Nata come critica all'etica dei principi astratti universali e originariamente sviluppata in ambito sanitario, l'etica della cura rivendica una sensibilità morale attenta alle relazioni concrete, alla particolarità dei contesti e alle situazioni di vulnerabilità, valorizzando l'attenzione concreta ai bisogni, la responsabilità relazionale e la risposta adeguata all'altro[16]. Essa si applica efficacemente anche al contesto carcerario, dove costruire relazioni autentiche e rispettose rappresenta una sfida, ma anche la chiave per umanizzare la detenzione.

Questa prospettiva articola la cura come un processo complesso e interconnesso, strutturato in quattro dimensioni essenziali: l'attenzione ai bisogni non evidenti (*caring about*), l'assunzione consapevole di responsabilità (*taking care of*), la competenza tecnica nell'erogazione concreta della cura (*care-giving*) e la responsività, ossia la capacità di accogliere e valutare la risposta di chi riceve le cure (*care-receiving*)[17]. Tale processo rivela che la cura non è mai un gesto isolato o episodico, ma un dinamismo relazionale che richiede sensibilità percettiva, impegno intenzionale, professionalità e apertura alla restituzione, in un circolo virtuoso di reciprocità.

L'ascolto e la risposta personalizzata emergono come elementi costitutivi nei rapporti asimmetrici tra chi ha cura e chi è in cura. La cura autentica evita tanto il paternalismo – che decide «per il bene» dell'altro senza coinvolgerlo – quanto l'indifferenza difensiva, collocandosi invece in uno spazio relazionale in cui l'altro è riconosciuto come soggetto attivo, portatore di una prospettiva unica che merita di essere compresa, accolta e rispettata[18].

Il contesto penitenziario amplifica sia la pertinenza sia la difficoltà di questo approccio. Le relazioni tra operatori e persone detenute sono strutturalmente asimmetriche: chi detiene l'autorità istituzionale – agenti di polizia penitenziaria, educatori, sanitari, direttori – si trova in posizione preminente rispetto a chi è privato della libertà fisica.

L'asimmetria relazionale si manifesta non soltanto nelle decisioni di carattere sanitario, ma anche in una più ampia gamma di situazioni della vita detentiva, come la concessione dei colloqui con i familiari, l'accesso alle comunicazioni con l'esterno, la partecipazione alle attività trattamentali, la possibilità di ottenere ascolto rispetto a bisogni o criticità quotidiane, nonché la gestione di richieste che incidono sulla qualità concreta della permanenza in istituto. In questo senso, la persona detenuta si trova a dipendere da valutazioni e decisioni istituzionali che influenzano non solo il suo benessere materiale, ma anche la sua possibilità di mantenere legami significativi, esprimere bisogni e conservare margini residui di autodeterminazione. Tale asimmetria genera rischi specifici che l'etica della cura contribuisce a identificare e prevenire. All'interno di questo quadro, un caso paradigmatico, sul versante sanitario, è la gestione del rifiuto terapeutico. Sotto il profilo giuridico, il riferimento è anzitutto all'art. 32 della Costituzione e alla

[15] R. Ruggiero, M. Pernaselci, *I volti della povertà in carcere*, Bologna, 2024, pp. 120-121.

[16] C. Gilligan, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, 1982, tr.it. A. Bottini, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Milano, 1987.

[17] J.C. Tronto, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, 1993, pp. 136-140 (modello delle quattro fasi della cura).

[18] N. Noddings, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, 1984, capp. 4-5.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante *Norme in materia di consenso e di disposizione anticipate di trattamento*, che riconoscono alla persona capace il diritto di accettare o rifiutare i trattamenti sanitari. In ambito penitenziario, tale principio continua a operare, pur nel quadro delle specifiche esigenze organizzative e delle procedure previste dall'ordinamento per le situazioni di urgenza, di incapacità decisionale o di trattamento sanitario obbligatorio. Ne consegue che il rifiuto espresso da un detenuto capace di intendere e di volere deve essere valutato come giuridicamente valido, mentre, in presenza di incapacità, occorre attivare le misure previste a tutela della persona secondo la disciplina applicabile[19]. L'etica della cura, tuttavia, solleva interrogativi più profondi che trascendono la mera correttezza procedurale: quali motivazioni profonde (paure, traumi pregressi, sfiducia radicata nelle istituzioni) sottendono il rifiuto formale? La costrizione istituzionale compromette l'autenticità del consenso, anche quando formalmente valido? Come costruire una alleanza terapeutica che, pur nei limiti strutturali della detenzione, riconosca e sostenga l'autonomia della persona?

Questi dilemmi non si risolvono attraverso protocolli standardizzati, ma richiedono spazi istituzionali di riflessione etica condivisa, dove professionisti di diversa estrazione possano confrontarsi, accogliere il punto di vista della persona detenuta, esplorare opzioni alternative e pervenire a decisioni motivate, trasparenti e rispettose della pluralità delle istanze in campo[20].

L'etica della cura, dunque, non si limita a una sensibilità morale individuale affidata al singolo operatore, ma esige una sua istituzionalizzazione: traduzione in strutture stabili di supporto decisionale, procedure che garantiscano ascolto e trasparenza, figure professionali dedicate alla mediazione etica. Solo così la cura può diventare pratica quotidiana capace di resistere alle pressioni del contesto penitenziario mantenendo al centro la dignità della persona detenuta e la responsabilità condivisa dell'istituzione[21]. I principi e le pratiche derivanti dall'etica della cura stimolano, dunque, approcci paralleli in ambito sanitario e penitenziario, quali:

- l'attenzione al soggetto come persona unica, non riducibile a mero "caso clinico" o "detenuto", ma riconosciuta nella sua complessità e dignità anche nel limite e nella sofferenza;
- la valorizzazione della relazione responsabile, che coinvolge ascolto, partecipazione attiva e corresponsabilità nelle decisioni, sia nel rapporto medico-paziente, sia tra operatori penitenziari e detenuti;
- la tutela della vulnerabilità attraverso contesti che rispettino autonomia, dignità e specificità culturali;
- l'interdisciplinarietà come prassi imprescindibile, integrando competenze differenti per costruire un ambiente accogliente e inclusivo, capace di valorizzare l'espressione e la crescita personale.

Dall'etica della cura deriva la base teorica e pratica che sostiene la proposta di introdurre figure specifiche come l'eticista penitenziario, e di istituire spazi di riflessione etica all'interno delle istituzioni penitenziarie. Questi strumenti hanno la funzione di promuovere una continuità di cura umana, dentro e

[19] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, cit., par. 3.2.
[20] J.C. TRONTO, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, cit., pp. 142-145.
[21] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità*, cit., pp. 8-12.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

fuori dal carcere, valorizzando la relazione come risorsa imprescindibile e uno dei pilastri su cui costruire una prassi quotidiana rispettosa, partecipativa e responsabile.

4. Dall'etica clinica all'etica penitenziaria

L'etica clinica ha sviluppato, nel corso degli ultimi cinquant'anni, un corpus consolidato di metodologie deliberative per affrontare i dilemmi morali che emergono nella pratica sanitaria: decisioni di fine vita, consenso informato, allocazione di risorse, conflitti tra principi bioetici, rapporti tra équipe sanitaria e familiari. Questi strumenti si sono dimostrati efficaci e determinanti nel sostenere, dal punto di vista etico, l'agire medico e sostenendo i professionisti nell'assunzione di responsabilità morali complesse.
Tra i dispositivi più diffusi figurano i Servizi di Etica Clinica e i Comitati per l'Etica nella prassi clinica: i primi offrono consulenza su casi singoli, con eticisti clinici che facilitano la decisione tra medici, infermieri, paziente e familiari; i secondi si occupano di elaborazione di linee guida, formazione del personale, revisione retrospettiva di casi critici. Entrambi i dispositivi condividono alcune caratteristiche strutturali: multidisciplinarietà, indipendenza rispetto alle gerarchie cliniche, focus sulla deliberazione argomentata piuttosto che sull'imposizione di decisioni, documentazione dei processi decisionali.
Molti dei dilemmi affrontati in clinica, come detto, trovano equivalenti, talvolta ancor più accentuati, nell'universo carcerario. Da una prima analisi emergono due fattori che potrebbero facilitare il giudizio etico: da un lato l'introduzione di figure professionali esperte (es. eticista penitenziario) e di strutture – spazi etici, servizi di etica penitenziaria, comitati di etica penitenziaria – dall'altro l'applicazione della metodologia di analisi etica. Quest'ultima potrà essere ispirata al modello proposto nella prassi clinica da Jonsen, Siegler e Winslade che rappresenta uno strumento per condurre un ragionamento etico e – con buona approssimazione – giungere ad un giudizio etico appropriato. Tali strumenti si ravvisano non solo auspicabili, ma urgenti, per prevenire derive burocratiche e scorciatoie che, sotto la pressione del quotidiano, rischiano di sacrificare la persona all'efficienza o alla sicurezza. Questi criteri, seppur ispirati a quelli clinici e riformulati, consentono di analizzare in chiave etica le decisioni e le pratiche proprie del sistema penitenziario, senza ridurre il ragionamento al solo tema della cura sanitaria del detenuto, ma restituendo dignità e centralità a tutte le dimensioni della vita in carcere.

5. Il modello Jonsen, Siegler e Winslade[22] in chiave penitenziaria

La proposta qui avanzata consiste nel trasferire criticamente al contesto penitenziario gli strumenti deliberativi consolidati dell'etica clinica, evitando un'applicazione meccanicistica e adattandoli alle specificità del carcere: la costrizione strutturale, la tensione tra esigenze di sicurezza e tutela dei diritti, la pluralità di logiche professionali coinvolte (sanitaria, educativa, securitaria, giuridica), la permanenza prolungata nel tempo e l'impatto delle dinamiche gruppali e istituzionali. L'etica penitenziaria non può ridursi a un semplice capitolo dell'etica clinica, ma si configura come un campo autonomo della bioetica applicata, con specificità metodologiche e istituzionali che ne caratterizzano l'applicazione al contesto carcerario e meritano di essere riconosciute.

[22] A.R. Jonsen, M. Siegler, W.J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 8a ed., New York, 2021, pp. 45-78.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

Sulla base delle premesse teoriche esposte, il modello dei quattro criteri – elaborato per strutturare il ragionamento morale di fronte a casi clinici complessi – si rivela particolarmente adattabile al contesto penitenziario, fornendo una griglia metodologica neutra per ordinare sistematicamente le informazioni del caso e identificare le tensioni etiche specifiche di questa realtà e facilita una deliberazione condivisa e argomentata. Il personalismo e l'etica della cura intervengono poi come criterio orientativo sostanziale per risolvere tali tensioni, privilegiando relazioni responsabili, attenzione alla vulnerabilità e tutela della dignità relazionale nel contesto penitenziario.

Le indicazioni clinico-penitenziari costituiscono il primo quadrante e ampliano lo sguardo oltre la sola dimensione sanitaria, includendo l'intreccio tra situazione sanitaria individuale e condizioni istituzionali che, di fatto, generano i dilemmi etici più rilevanti in carcere. Qui confluiscono la normativa di riferimento, le esigenze di sicurezza interna ed esterna, le determinazioni dell'autorità giudiziaria, i protocolli sanitari carcerari e le prassi consolidate dell'istituto – spesso non formalizzate ma determinanti, come l'uso dell'isolamento, le modalità di accesso alle attività trattamentali o la gestione dei trasferimenti[23]. L'analisi di questo criterio richiede di interrogarsi sulla legittimità dei vincoli normativi, sulla coerenza delle prassi consolidate con i principi costituzionali e internazionali, sugli spazi di discrezionalità disponibile e sulla possibilità di bilanciare diversamente esigenze di sicurezza e tutela della dignità.

Le preferenze e l'autonomia del detenuto costituiscono il secondo criterio riconoscendo come – anche entro un contesto di costrizione strutturale – la persona ristretta conservi una capacità residuale di autodeterminazione, esprimibile attraverso consenso o dissenso rispetto a interventi sanitari, partecipazione a percorsi educativi o terapeutici, richieste motivate da ragioni religiose, culturali o familiari[24]. Qui entrano in gioco anche le condizioni effettive di esercizio di tale autonomia, spesso ostacolate da barriere linguistiche, culturali, psicologiche o relazionali, nonché le modalità con cui l'istituzione le sostiene o le comprime. L'interrogativo centrale diventa se il detenuto sia stato adeguatamente informato, abbia compreso le alternative, esprima un consenso autentico o condizionato dalla situazione, e come valorizzare la sua partecipazione attiva pur entro i limiti della detenzione.

La qualità della vita detentiva definisce il terzo criterio, che eccede gli aspetti materiali (spazio abitativo, igiene, alimentazione, accesso all'aria, assistenza medica) per abbracciare le dimensioni relazionali, affettive e simboliche che configurano il vissuto soggettivo della reclusione[25]. In questo ambito, vi rientrano la possibilità di mantenere legami familiari significativi, l'accesso ad attività di formazione o culturalmente rilevanti, il riconoscimento dell'identità personale oltre la mera qualifica di «detenuto», il clima relazionale con compagni e operatori, il senso prevalente di dignità o di umiliazione. L'analisi di tale criterio considera come tali fattori incidano sul benessere percepito, quali margini di miglioramento siano compatibili con le esigenze istituzionali e come interventi mirati possano mitigare il vissuto di degradazione senza compromettere la sicurezza.

Gli aspetti contestuali e sociali, infine, definiscono il quarto criterio includendo i fattori che condizionano il caso di ogni singola persona detenuta: la traiettoria biografica, la tipologia di reato e il suo percorso

[23] Ministero della Giustizia, Ordinamento Penitenziario (L. 26 luglio 1975, n. 354) e Regolamento di esecuzione (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230).

[24] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il consenso informato*, cit., pp. 15-20; *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, cit., par. 3.2.

[25] World Health Organization, *Prisons and Health*, Ginevra, 2014, pp. 45-52.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

giudiziario, le condizioni socio-economiche e culturali di origine, le discriminazioni strutturali (etniche, di genere, sociali), la risonanza mediatica del caso, il clima interno dell'istituto, le pressioni – implicite o esplicite – su operatori e direzione che possono orientare verso soluzioni difensive o simbolicamente esemplari[26]. Questo criterio indaga l'influenza di tali variabili esterne sull'imparzialità decisionale, il peso della storia personale nella comprensione del presente, le vulnerabilità sistemiche da prevenire per evitare derive discriminatorie.

L'analisi di ogni storia di detenzione – che pone un dilemma o una riflessione etica – mediante l'utilizzo dei criteri di analisi etica dei casi non offre soluzioni preconfezionate, ma fornisce una griglia metodologica che sistematizza le informazioni disponibili, rende espliciti i valori in tensione, identifica i conflitti tra principi concorrenti e sostiene una deliberazione collegiale, trasparente e argomentata. La sua operatività presuppone, tuttavia, la necessità di istituire spazi etici penitenziari e la definizione del ruolo dell'eticista penitenziario.

6. Gli spazi etici penitenziari: struttura e funzionamento

La nozione di «spazio etico» è stata recentemente introdotta dal CNB nel citato parere *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità*, in cui si definisce come un «luogo protetto di confronto multiprofessionale e partecipato sui dilemmi morali che attraversano le istituzioni di cura». Questa proposta si presta a un'estensione specifica al contesto penitenziario, dove gli spazi etici assumono la funzione di sedi istituzionali dedicate alla discussione metodica dei dilemmi morali quotidiani. Diversamente da riunioni operative ordinarie o sessioni di supervisione psicologica, tali spazi privilegiano un approccio deliberativo strutturato, nel quale diverse professionalità si confrontano su casi problematici e dilemmi etici al fine di rendere le decisioni più trasparenti, argomentate e rispettose della dignità di tutti gli attori coinvolti.

Dal punto di vista operativo, gli spazi etici penitenziari si caratterizzerebbero per una periodicità mista, la composizione intrinsecamente multidisciplinare e il coinvolgimento diretto della persona detenuta o di un suo rappresentante (familiare, legale o garante dei diritti), assicurando così che la deliberazione tenga conto della prospettiva principale coinvolta. Ogni seduta produrrebbe un parere etico contenente i principi richiamati e una raccomandazione orientativa che crea le condizioni affinché ciascuno possa assumere le proprie responsabilità. Tale parere favorirebbe decisioni condivise, orientando le scelte verso soluzioni eticamente fondate.

7. L'eticista penitenziario: profilo, competenze e tensioni costitutive

Perché gli spazi etici non si riducano a iniziative episodiche o meramente formali, occorrerebbe introdurre la figura dell'eticista penitenziario che integra e specifica il ruolo dell'eticista clinico nei contesti sanitari. Questa professionalità fungerebbe da riferimento autorevole nei piani teorico, metodologico e relazionale, facilitando le deliberazioni etiche, prevenendo la soggettivizzazione conflittuale dei casi e mediando tra istanze interne ed esterne all'istituto.

[26] A. CASELLA, *La dignità della persona in carcere*, in *Archivio di storia penale e penitenziaria*, 2013, pp. 10-15.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

Il profilo richiesto integrerebbe competenze interdisciplinari di ampio spettro, come una solida formazione filosofico-bioetica, una conoscenza approfondita del quadro giuridico-penitenziario, della giurisprudenza costituzionale e della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo sul trattamento dei detenuti e degli standard internazionali sopra richiamati. L'eticista penitenziario potrebbe essere in possesso di competenze filosofiche, giuridiche, cliniche, psicologiche, che consentano di sistematizzare casi, buone pratiche e contributi alla nascente letteratura sull'etica penitenziaria.

Rispetto all'eticista clinico, il profilo penitenziario presenta tuttavia peculiarità connesse a un contesto istituzionale dal mandato intrinsecamente conflittuale, nel quale si intrecciano funzioni custodiali, trattamentali e sanitarie. Tale configurazione impone all'eticista un'opera di mediazione tra istanze solo parzialmente sovrapponibili, facendo leva su competenze differenti ma complementari. Si pensi, ad esempio, allo sciopero della fame, nel quale occorre confrontare il diritto all'autodeterminazione del detenuto con i doveri di protezione che derivano dalla sua condizione di speciale vulnerabilità, nonché con le tensioni tra operatori sanitari e personale penitenziario chiamati a interpretare in modo non sempre coincidente le esigenze di tutela della persona. Analoga complessità si riscontra nei contesti di restrizione particolarmente incisiva, nei quali il problema non è una limitazione giuridica del consenso informato, bensì la verifica che la decisione sanitaria sia effettivamente libera, informata e non indebitamente condizionata dal contesto coercitivo, nel rispetto del principio di equivalenza delle cure.

In questa prospettiva, l'eticista penitenziario assume una funzione di raccordo tra autonomia della persona detenuta, responsabilità istituzionale e garanzia di condizioni effettive per l'esercizio dei diritti fondamentali, contribuendo a rendere esplicite e discutibili le tensioni etiche insite nel contesto detentivo.

8. Conclusioni

Il percorso argomentativo sviluppato in questo contributo propone l'etica penitenziaria come un ambito specifico e integrato della bioetica applicata, capace di confrontarsi con uno dei luoghi della sofferenza più critici e complessi. L'articolazione tra fondamento personalista ed etica della cura, unita al trasferimento critico degli strumenti dell'etica clinica, consente di concepire il carcere non solo come spazio di contenimento, ma come luogo in cui la dignità della persona diventa parametro vincolante di esame delle pratiche quotidiane.

La riformulazione del modello etico secondo Jonsen, Siegler e Winslade, la progettazione di spazi etici penitenziari e la definizione della figura dell'eticista penitenziario non introducono semplicemente nuovi dispositivi tecnici, ma mirano a incidere sull'architettura morale del sistema penitenziario, offrendo una prospettiva di lettura dei dilemmi etici complessi attraverso l'analisi dei conflitti di valore in gioco e la costruzione di valutazioni etiche argomentate e condivise.

In un contesto nazionale segnato da sovraffollamento, cronicizzazione dell'emergenza e ripetute censure in sede europea, una proposta di etica penitenziaria strutturata rappresenta, per l'Italia, non mera teoria, ma una scelta di politica istituzionale. Collocare al centro la persona detenuta – riconoscendone l'inviolabile dignità, la libertà che residua nello spazio e nel tempo della detenzione, la capacità di discernimento e di responsabilità – significa assumere il carcere come banco di prova di un'etica che trova il suo fondamento nell'art. 27 Cost.: un imperativo che, prima ancora di rieducare e reinserire social-

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

mente, riconosce la persona, le restituisce un volto e un nome, ricollocandola al centro dei conflitti che il carcere pone.

Le prospettive di implementazione delineano un duplice itinerario strategico, collocato realisticamente entro un orizzonte di progressiva e selettiva applicazione, consapevole delle peculiarità del contesto carcerario. Da un lato, appare prioritaria l'avvio di sperimentazioni pilota di spazi etici penitenziari e l'introduzione sperimentale di figure professionali di eticista penitenziario in contesti istituzionali selezionati, accompagnate da protocolli di ricerca qualitativa rigorosi che ne valutino l'impatto deliberativo, la sostenibilità antropologica e concreta – tenuto conto di vincoli organizzativi rigidamente gerarchici, esigenze di sicurezza, sovraffollamento, carichi operativi e resistenze istituzionali. Tale processo non solo coinvolgerebbe l'intero personale carcerario – dalla polizia penitenziaria agli operatori sanitari ed educativi – offrendo loro strumenti condivisi di riflessione morale, formazione continua e supporto decisionale, con evidenti giovamenti in termini di benessere professionale, riduzione del burn-out e maggiore legittimazione del ruolo istituzionale. Dall'altro, si delinea l'opportunità di promuovere, nel dibattito pubblico e nelle sedi decisionali, la consapevolezza che l'etica non rappresenti un sovrappiù opzionale o un'applicazione meccanica di modelli clinici, ma una condizione strutturale di legittimità per le istituzioni totali – secondo la definizione classica di Goffman[27] – caratterizzate dall'assorbimento integrale della vita della persona da parte dell'organizzazione, dalla separazione dal mondo esterno e da un controllo pervasivo che interpella direttamente i principi di dignità inviolabile e responsabilità relazionale propri della bioetica personalista.

In questa prospettiva, l'etica penitenziaria colma un vuoto strutturale, riconfigurando il carcere come spazio antropologico in cui – pur nella limitazione esterna – la libertà interiore e la responsabilità morale della persona detenuta diventano criteri ordinatori della prassi quotidiana, realizzando l'imperativo rieducativo costituzionale in un contesto di risorse scarse e pressioni emergenziali. Offre, inoltre, al sistema penale italiano la possibilità di trasformare il carcere da luogo di sofferenza globale a laboratorio esigente di responsabilità comune e di rinnovamento civile.

[27] E. GOFFMAN, *Le istituzioni totali*, Torino, 1968.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503