

Sull'obbligo di comunicare informazioni coperte dal segreto medico in carcere

Parere n. 23/2014

Berna, maggio 2014

Approvato dalla Commissione il 16 maggio 2014

Membri della Commissione:

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe (presidente), Prof. Dr. med. Annette Boehler, Dr. med. Kurt Ebnetter-Fässler, Prof. Dr. med. Samia Hurst*, Prof. Dr. iur. Valérie Junod*, Dr. Bertrand Kiefer**, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, PD Dr. med. Paolo Merlani, Prof. Dr. François-Xavier Putallaz, Prof. Dr. Katja Rost, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Maya Shaha, PhD, RN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. theol. Markus Zimmermann.

* Membro del gruppo di lavoro preparatorio

** Presidente del gruppo di lavoro preparatorio

Sigla editoriale

Editore: Commissione nazionale d'etica per la medicina, CNE

Redazione: Simone Romagnoli, PhD

Grafica e layout: Künzle Druck AG, John Huizing, Zurigo

Recapito: www.nek-cne.ch o segretariato NEK-CNE, c/o UFSP, 3003 Berna

Contatto: nek-cne@bag.admin.ch

Il parere è pubblicato in tedesco, francese e italiano. È disponibile in inglese su www.nek-cne.ch.

© 2014 Commissione nazionale d'etica per la medicina, Berna

Riproduzione consentita con indicazione della fonte.

Raccomandazione

Riconoscendo:

- la legittima preoccupazione di proteggere la popolazione, in particolare da atti criminali violenti;
- la necessità di valutare la pericolosità dei detenuti per infliggere le pene e le misure più adeguate;
- la necessità di migliorare costantemente questa valutazione;
- l'importanza di una collaborazione fondata sulla fiducia tra tutti gli attori del sistema penitenziario;

considerando:

- che un obbligo di comunicazione non facilita la valutazione della pericolosità e non costituisce pertanto un mezzo per migliorare la sicurezza della popolazione;
- che quest'obbligo rischia al contrario di peggiorare la sicurezza della popolazione, poiché una volta scontata la pena i detenuti rientreranno nella società senza aver ricevuto cure adeguate, relative in particolare alla loro dimensione psichica;
- che l'obbligo di comunicazione tende a scoraggiare i medici a esercitare la loro professione presso le persone detenute;
- che tale obbligo costituisce una grave violazione del diritto alla riservatezza delle persone detenute e si contrappone ai principi etici internazionalmente riconosciuti,

la CNE raccomanda all'unanimità di mantenere il sistema attuale basato sulla comunicazione volontaria.

«La pratica medica in ambiente penitenziario deve essere guidata dagli stessi principi etici validi nel resto della comunità» [1]

Introduzione

Alcuni Cantoni romandi stanno studiando la possibilità di imporre ai professionisti del settore sanitario l'obbligo di trasmettere le informazioni sulla pericolosità delle persone detenute. Tre Cantoni – Ginevra, Vallese e Vaud (vedi allegato) – prevedono di modificare la legislazione in materia. Più in generale, la Conferenza latina dei capi dei dipartimenti di giustizia e polizia (CLDGP) ha emesso una raccomandazione¹ su questo tema in cui si suggerisce l'introduzione dell'obbligo di comunicare informazioni legate alla possibile pericolosità delle persone detenute [2]. Di conseguenza, in Svizzera si sta ponendo in termini concreti la questione dell'obbligo, da parte dei professionisti del settore sanitario, di comunicare determinati fatti o opinioni alle autorità competenti. Per giustificare l'obbligo di comunicazione del personale curante ci si appella principalmente alla difesa degli interessi della società e alla sicurezza della popolazione. Gli ambienti che difendono questo obbligo ritengono che gli interessi della popolazione debbano prevalere quando entrano in conflitto con i diritti dei detenuti. La CNE è consapevole del carattere sensibile di questa problematica, anche alla luce dei recenti fatti tragici avvenuti in particolare nei Cantoni di Vaud e Ginevra. Essa riconosce pienamente la legittimità e l'importanza per le autorità di assicurare la protezione dei membri della società e garantire il loro diritto alla vita, alla salute e alla sicurezza. Tuttavia, è convinta che la scelta di imporre al personale curante l'obbligo di comunicazione non è difendibile sotto il profilo etico. Innanzitutto, tale obbligo viola i diritti fondamentali dei detenuti; in secondo luogo lede gli interessi collettivi, aumentando il rischio che alcuni detenuti rientrino nella società senza che i loro problemi di salute, in particolare psichica, siano stati adeguatamente trattati. Infine, non è provato che l'obbligo di comunicare le informazioni relative alla pericolosità consenta di valutarla meglio rispetto al sistema attuale basato sulla comunicazione volontaria.

1 Articolo 2 – Eccezioni al segreto medico e d'ufficio

1 Dal momento che nei confronti di una persona detenuta è ordinato un trattamento stazionario (art. 59 CP) o un internamento (art. 64 CP) o che il suo pericolosità sociale è ammessa o ancora se una persona è sottoposta ad assistenza riabilitativa (art. 93 CP) o sottoposta a norme di condotta di carattere medico (art. 94 CP), le autorità cantonali, i medici, gli psicologi e tutte le altre persone intervenenti a livello terapeutico che si occupano della presa a carico del detenuto, sono liberati dal segreto medico e d'ufficio allorché si tratta di informare l'autorità competente su dei fatti importanti che possono avere un'influenza sulle misure in corso o sugli alleggerimenti del regime di esecuzione o, in maniera generale, sull'apprezzamento della pericolosità della persona considerata.

2 In ogni momento, le persone tenute al segreto professionale, ne possono essere liberate, sia, a loro richiesta, dall'autorità competente, sia dal detenuto stesso.

La CNE ritiene all'unanimità che le considerazioni seguenti si oppongono chiaramente all'obbligo di comunicazione dei professionisti del settore sanitario esercitanti presso i detenuti.

1. Abbandono di un sistema che prevede già l'eccezione

Il regime attuale consente già di prevenire le infrazioni nelle situazioni in cui il curante giunge alla conclusione che l'interesse di terzi, per esempio di potenziali vittime, prevalga sul diritto del paziente al segreto medico. Le perizie eseguite sui due recenti fatti di cronaca non hanno messo in discussione il segreto medico [3]. D'altronde non è stato dimostrato che un regime diverso avrebbe permesso di evitare i crimini all'origine degli avamprogetti di legge romandi attualmente in discussione. È deplorabile che i poteri politici abbiano preso di mira un diritto fondamentale senza aver prima dimostrato la necessità e la proporzionalità di tale misura. Un provvedimento che viola un diritto fondamentale deve infatti essere preceduto da un'analisi minuziosa del suo carattere necessario e proporzionato in funzione dell'interesse pubblico da salvaguardare. Nel presente caso, a conoscenza della CNE, quest'analisi non è stata effettuata.

Oggi una persona curante può essere liberata dal segreto medico principalmente in due situazioni. In primo luogo, può presentare una richiesta in tal senso alle autorità quando lo ritiene necessario per salvaguardare interessi che prevalgono sul segreto. L'interesse preponderante può essere quello del paziente, per esempio quando rappresenta un pericolo per sé stesso, o quello di terzi. In questo caso, l'autorità cantonale competente pondera gli interessi in gioco e decide di autorizzare o rifiutare la liberazione dal segreto medico [4]. In secondo luogo, di fronte a una situazione d'emergenza in cui non è possibile ottenere in tempo utile un'autorizzazione dell'autorità cantonale, il curante può infrangere il segreto per difendere un diritto sotto minaccia imminente [5]. In questa circostanza, il curante può avvertire direttamente le autorità penali o le forze dell'ordine [6].

Infine, nella collaborazione quotidiana, i curanti possono trasmettere diverse informazioni al personale penitenziario, formulandole in modo sufficientemente generico per evitare di infrangere il segreto medico [7].

2. Confusione e commistione tra cure e perizie

Le leggi cantonali prevedono la funzione di perito medico per valutare la pericolosità delle persone detenute o sottoposte a provvedimenti penali. Il perito medico riceve un mandato preciso conferito da un'autorità giudiziaria penale e risponde alle domande che essa formula. Questo rapporto costituisce già oggi la base per valutare la pericolosità in una serie di situazioni che vanno dall'attenuazione alla soppressione della pena, al mantenimento o al prolungamento della misura. Il perito medico possiede una formazione specifica e ha accumulato esperienza nel campo. Data l'importanza e la difficoltà di una valutazione della pericolosità, formazione ed esperienza sono attributi indispensabili.

Le attività di cura (prevenzione, diagnosi, trattamento) devono essere nettamente separate dall'attività di perizia medica. La chiara separazione dei due ruoli permette di preservare la specificità delle due funzioni [8]. Da una parte, garantisce che periti debitamente formati ed esperti possano formulare un giudizio neutrale e indipendente senza essere influenzati da un'eventuale relazione instaurata con il paziente. Dall'altra, dà la possibilità al medico curante di trattare efficacemente il paziente detenuto, stabilendo una relazione terapeutica basata il più possibile sulla fiducia e sul dialogo. In altre parole, evita di trasformare i professionisti di cura in ausiliari di giustizia, compito per il quale non sono formati né possiedono le competenze.

3. Danno agli interessi della collettività

La riservatezza non si limita alla difesa di un interesse particolare (quello del paziente detenuto o libero, attraverso il rispetto del suo diritto all'autodeterminazione), o alla difesa degli interessi di una categoria professionale (quelli dei professionisti sanitari, attraverso la definizione di condizioni quadro per l'esercizio delle attività di prevenzione, diagnosi e trattamento). La salute in ambiente carcerario deve essere considerata come parte integrante della salute pubblica [9], in altre parole come un elemento della sanità collettiva. Curando una persona, in particolare un detenuto, si garantisce anche, direttamente o indirettamente, il benessere e la sicurezza della collettività. Tutte le cure, soprattutto quelle destinate a migliorare l'equilibrio mentale di un detenuto, recano vantaggio alla società, poiché la persona, dopo aver scontato la sua pena, sarà rimessa in libertà con un equilibrio psichico migliore e un rischio inferiore di recidive. Persino durante la detenzione, un miglioramento della salute psichica ottenuto grazie alle cure ricevute in penitenziario diminuisce il rischio di atti violenti, sia verso i dipendenti del carcere sia verso gli altri detenuti.² In entrambi i casi, un trattamento medico di qualità fornito all'interno del carcere comporta vantaggi per la società e non solo per il paziente curato. D'altronde, è per questo motivo che il codice penale prevede l'obbligo di misure terapeutiche: «1. Una misura deve essere ordinata se: a. la sola pena non è atta a impedire il rischio che l'autore commetta altri reati; b. sussiste un bisogno di trattamento dell'autore o la sicurezza pubblica lo esige.» [11].

4. Ostacolo alla riservatezza necessaria all'esercizio della medicina

L'esperienza medica dimostra che la riservatezza è indispensabile per instaurare una relazione terapeutica. Fiducia e franchezza sono elementi cruciali di questa relazione per garantirne l'efficacia [12]. Ogni curante è tenuto a informare il detenuto, sin dall'inizio di una consultazione o di un trattamento, su ogni restrizione al segreto medico. Inoltre, se è legalmente obbligato a comunicare alcuni fatti, deve riferirgli quali sono. Si tratta di una

² Secondo l'art. 75 cpv. 1 del Codice penale svizzero: «L'esecuzione della pena deve promuovere il comportamento sociale del detenuto, in particolare la sua capacità a vivere esente da pena. Essa deve corrispondere per quanto possibile alle condizioni generali di vita, garantire assistenza al detenuto, ovviare alle conseguenze nocive della privazione della libertà e tenere conto adeguatamente della protezione della collettività, del personale incaricato dell'esecuzione e degli altri detenuti.» [10].

norma etica fondamentale. Se manca la riservatezza, il detenuto è legittimamente restio a confessare le proprie debolezze e i propri problemi e si limita a riportare fatti o sentimenti la cui divulgazione non può recargli danno. Il detenuto farà di tutto per proteggere la propria sfera privata: una protezione che ogni essere umano ritiene a giusto titolo di importanza fondamentale. In questo caso, il trattamento rischia di ridursi a un approccio somatico e farmacologico. In sostanza, se mancano le condizioni che consentono di instaurare una vera relazione tra curante e paziente, un trattamento del genere rischia di peggiorare la salute del paziente più che migliorarla.

I detenuti spesso soffrono di disturbi psichici [13] già prima della detenzione, così come durante o dopo la stessa. L'ambiente carcerario può persino accentuare alcuni disturbi, soprattutto quando le condizioni di vita in prigione sono penose. Di conseguenza è particolarmente importante affrontare adeguatamente questi problemi: senza riservatezza l'efficacia del trattamento terapeutico è minacciata.

5. Violazione dei principi di non discriminazione e di equivalenza

Numerose norme internazionali, come la Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti [14], ratificata anche dalla Svizzera, richiamano l'obbligo di rispettare i diritti fondamentali dei detenuti. Le persone in carcere godono infatti degli stessi diritti fondamentali delle persone in libertà. Se la pena inflitta implica una restrizione del diritto alla libertà personale, sarebbe errato dedurre che ne derivi anche una restrizione globale dei diritti personali fondamentali. Per questo e per altri motivi è importante che siano rispettati i principi di non discriminazione e di equivalenza.

- Il principio di non discriminazione esige che eventuali differenze tra il trattamento medico di un paziente detenuto e quello riservato alla popolazione in generale siano fondate su motivi proporzionati e non arbitrari. Nel presente caso si genera una manifesta differenza di trattamento, senza giustificarne sufficientemente le ragioni, come spiegato in precedenza.
- Il principio di equivalenza esige che i detenuti beneficino di prestazioni sanitarie simili a quelle di cui usufruisce la popolazione in generale, senza essere discriminati a causa della loro situazione giuridica [15]. È evidente che, se dovesse entrare in vigore l'obbligo di comunicazione, i detenuti non beneficerebbero più di un trattamento equivalente.

L'obbligo di comunicazione per i professionisti del settore sanitario che lavorano con detenuti contraddice entrambi i principi. Le regole penitenziarie europee, alle quali il Tribunale federale attribuisce un certo carattere vincolante [16], affermano chiaramente l'inviolabilità del segreto medico in carcere. Un obbligo di comunicazione si contrappone palesemente a queste regole, a ulteriore conferma del suo carattere arbitrario e sproporzionato.

6. Spostamento della questione della pertinenza dell'informazione, senza risolverla

Dal momento in cui è obbligato a comunicare ogni informazione o fatto «importante» legati in qualche modo alla valutazione della pericolosità di una persona detenuta, il professionista del settore sanitario deve scegliere dove collocarsi tra due poli. Da un lato, può decidere di minimizzare il proprio rischio giuridico comunicando largamente fatti e informazioni anche di fronte a un debole sospetto. In questo caso le autorità rischiano di essere sommerse da un'enorme quantità di comunicazioni da elaborare. Dall'altro, può scegliere di comunicare soltanto le informazioni che reputa legate a un rischio palese [17]. In questo caso però deve affrontare l'eventualità che sia aperta un'inchiesta – amministrativa o penale – nei suoi confronti qualora la sua valutazione risultasse sbagliata.

Nella seconda opzione le autorità non ricevono un numero maggiore di informazioni rispetto alla situazione attuale in cui il curante può già decidere di comunicare. Se invece sceglie di collocarsi tra i due poli, quest'ultimo avrà bisogno di una consulenza giuridica per capire come adempiere al suo obbligo. In effetti è complicato formulare in modo chiaro un obbligo di comunicazione che inevitabilmente rimanda a termini dai contorni vaghi, come quello di «pericolosità». In ogni caso, la valutazione preliminare di cosa costituisca un'informazione, necessaria «in maniera generale, all'apprezzamento della pericolosità della persona» (art. 5A, cpv. 2) [18] rimarrà un'operazione complessa. Attualmente è difficile capire quali autorità saranno in grado di guidare il personale curante penitenziario, che cerca in buona fede di capire cosa deve comunicare.

7. Focalizzazione indebita su una categoria professionale

I professionisti del settore sanitario non sono i soli a disporre di informazioni importanti in grado di incidere sulla valutazione della pericolosità di una persona detenuta. Gli avvocati e i cappellani del carcere, anche se il loro ruolo è diverso da quello del personale curante, hanno accesso a informazioni di questo tipo. Ciò nonostante, nessuno propone di restringere il segreto professionale di un avvocato imponendogli l'obbligo di comunicare la sospetta pericolosità del suo cliente. Prescrivendo quest'obbligo solo al personale medico, si è indotti a pensare che per il legislatore il diritto alle cure, e la possibilità di diminuire la pericolosità che esso implica, siano meno importanti del diritto alla difesa. Analogamente, se lo scopo è quello di proteggere la popolazione dai delitti gravi contro la vita, allora perché limitarsi alle persone detenute o sottoposte a misure penali? Per coerenza bisognerebbe obbligare i medici a comunicare i loro sospetti di pericolosità anche quando curano pazienti nella popolazione generale. Attualmente, se un paziente non detenuto confida a uno psichiatra informazioni che fanno presagire una sua pericolosità, il medico non è in linea di massima tenuto a denunciarlo alle autorità, ma può farlo volontariamente. Lo stesso vale se il paziente è un ex detenuto che ha scontato la sua pena.

8. Violazione dei principi etici e deontologici che reggono le professioni del settore sanitario

Il rispetto del segreto medico in carcere si esercita in un ambiente particolare, contraddistinto da promiscuità, dipendenza da altri per le faccende quotidiane, frequenti ritardi per ottenere appuntamenti medici, una maggiore vulnerabilità ecc. [19].

Malgrado queste difficoltà, il diritto al rispetto della sfera privata è riconosciuto da diverse disposizioni legali a livello nazionale [20] e internazionale [21]. Il diritto alla riservatezza non si ferma alle porte della prigione, ma resta pienamente valido anche al suo interno. Il segreto medico è percepito dai professionisti sanitari come un imperativo della deontologia professionale [22].

D'altronde, il segreto professionale è un principio etico insegnato sin dall'inizio del ciclo di studi nelle strutture di formazione (facoltà di medicina, scuole universitarie professionali in cure infermieristiche ecc.) e ribadito durante la formazione continua. Costituisce pertanto uno dei valori etici e deontologici fondamentali di ogni professionista della salute. Una sua deroga mediante l'istituzione di un obbligo di comunicazione, pur limitato a un gruppo ristretto della popolazione carceraria, intacca le basi stesse delle professioni mediche.

9. Disincentivazione dei professionisti del settore sanitario all'esercizio della medicina penitenziaria

Un obbligo di comunicazione comporta il forte rischio di rendere meno attraente l'esercizio della medicina penitenziaria. Il curante che si occupa dei detenuti avrà la sensazione di praticare una medicina di serie B, con esigenze etiche modeste. Già oggi è difficile reclutare personale di qualità che accetti di specializzarsi e in seguito di esercitare in modo duraturo in questo settore. L'obbligo di comunicazione dei sospetti di pericolosità renderebbe ancora più complicata l'assunzione e la ritenzione del personale. Sarebbe increscioso in futuro dover reclutare il personale curante in Svizzera tra medici stranieri, che per ragioni economiche non avrebbero altra scelta se non l'esercizio di questa disciplina.

Inoltre, i professionisti sanitari che esercitano in studi privati o in ospedali esterni ai penitenziari si dimostrerebbero reticenti a prendere a carico dei detenuti, poiché riterrebbero che l'obbligo di comunicazione si applichi verosimilmente anche a loro. E oggi essi si assumono una parte non trascurabile delle cure presso le persone detenute.

Bibliografia

[1] Raccomandazione R (98)7 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri riguardante gli aspetti etici ed organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere.

[2] Conferenza latina dei capi dei dipartimenti di giustizia e polizia (2013). Raccomandazione del 31 ottobre 2013 relativa allo scambio di informazioni e la non opponibilità del segreto medico e/o d'ufficio in riferimento alla pericolosità di un detenuto e che possono avere un'incidenza sulla sua valutazione o sulle condizioni di alleggerimento del regime di esecuzione (<http://cldjp.ch/data/actes/rec3-it.pdf>, consultato il 9 maggio 2014).

[3] Rapporto finale dell'avvocato Bernard Ziegler nel quadro dell'inchiesta amministrativa ordinata dal Consiglio di Stato in seguito al caso Adeline M. del 31 gennaio 2014; rapporto di Felix Bänziger sui risultati dell'inchiesta amministrativa ordinata dal Tribunale cantonale di Vaud, dramma di Payerne, agosto 2013.

[4] Dumoulin JF (2010). Le secret professionnel des soignants et leur obligation de témoigner selon les nouveaux codes de procédure fédéraux. Jusletter 18 janvier ; Blanchard N (2010). La levée du secret professionnel, Revue médicale suisse (<http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=1022>, consultato il 9 maggio 2014) ; Académie Suisse des Sciences Médicales et Fédération des médecins suisses (2013). «Bases juridiques pour le quotidien du médecin»: publication de la 2e édition du guide pratique (chapitre 7).

[5] Entenza H. (2013), La protection générale de la société contre les agissements éventuels de personnes purgeant une peine d'emprisonnement pour crimes violents. Aktuelle Juristische Praxis – Pratique juridique Actuelle: 1575-83.

[6] Accademia Svizzera delle Scienze Mediche. Esercizio della medicina presso le persone detenute (2013). Direttive medico-etiche (2002, aggiornate nel 2013).

[7] Tag B (2008). Intramurale Medizin in der Schweiz – Überblick über den rechtlichen Rahmen. In : Tag B & Hillenkamp T (Hrsg.). Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag, S. 1-38 ; Mukerjee A. & Butler CC (2001). Outbreak of tuberculosis linked to a source case imprisoned during treatment. Should the courts tell GPs about prison sentences and should GPs tell prison doctors about medical diagnoses ? British Journal of General Practice, 51: 297-8.

[8] Gravier B & Eytan A (2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. Rev Med Suisse, 309: 1806-11 (<http://rms.medhyg.ch/numero-309-page-1806.htm>, consultato il 9 maggio 2014).

[9] World Health Organization (2013). Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. The Regional Office for Europe of the WHO and United Nations Office on Drugs and Crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf, consultato il 28 aprile 2014).

[10] Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937 (Stato 1° gennaio 2014; RS 311.0), art. 75 cpv. 1 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19370083/index.html>).

[11] Codice penale svizzero (vedi nota 10), ivi art. 56.

[12] Wolff et al. (2012). Health care in custody: Ethical fundamentals. *Bioethica Forum*, 5(4): 145-9.

[13] Prins SJ (2014). Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons : A Systematic Review. *Psychiatr Serv*; Andreoli et al. (2014). Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS ONE*, 9(2) : e88836. Doi :10.1371/journal.pone.0088836 ; Fazel & Seewald (2012). Severe mental illness in 33'588 prisoners worldwide : systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 200 : 364-73 ; Falissard et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6 : 33 ; Fazel & Danesh (2002). Serious mental disorder in 23'000 prisoners: a systematic review of 62 survey. *Lancet*, 359: 545-50; Blaauw, Roesch, Kerkhof (2000). Mental disorders in european prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison system of 13 European countries. *Int J Law Psychiatry*, 23 : 649-63.

[14] Consiglio d'Europa (2002). Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti. CPT/Inf/C (2002) 1 (<http://www.cpt.coe.int/lang/ita/ita-convention.pdf>, consultato il 16 aprile 2014).

[15] United Nations (1990). Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990, principle No.9 (www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx, consultato il 16 aprile 2014); vedi anche Brägger BF (2011). Gefängnismedizin in der Schweiz. *Jusletter* 11 April ; Elger BS (2011). Prison medicine, public health policy and ethics : the Geneva experience. *Swiss Medical Weekly* ; 141 : w13273; Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>, consultato il 16 aprile 2014); Raccomandazione R (98)7 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri riguardante gli aspetti etici ed organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere (<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2>, consultato il 16 aprile 2014); Codice penale svizzero (vedi nota 10).

[16] Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955547>, consultato il 9 maggio 2014); Decisione del Tribunale federale del 26 febbraio 2014 1B_336/2013 (<http://www.bger.ch/it/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm>, consultato il 9 maggio 2014).

[17] Bruggen MC, et al. (2013). Medical and legal professionals' attitudes towards confidentiality and disclosure of clinical information in forensic settings : a survey using case vignettes. *Medicine, Science and the Law*, 53(3): 132-48.

[18] Vedi allegato, avamprogetto di legge del Cantone di Ginevra.

[19] Delarue JM (2012). Est-il possible de respecter le secret médical en prison ? *La Revue du Praticien*, 62: 896-8.

[20] Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999, RS 101, art. 13 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19995395/index.html#a13>); Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907, RS 210, art. 28 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19070042/index.html#a28>); Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati, RS 235.1, art. 35 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19920153/index.html#a35>);

Codice di procedura penale del 5 ottobre 2007, RS 312.0, art. 171 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20052319/index.html#a171>); Codice di procedura civile del 19 dicembre 2008, RS 272, art. 166 (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20061121/index.html#a166>); Legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie, RS 811.11, art. 40 lett. f (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20040265/index.html#a40>).

[21] Nazioni Unite (1948). Dichiarazione universale dei diritti umani (DUDU), art. 12; Nazioni Unite (1966). Patto internazionale sui diritti civili e politici, art. 17; Consiglio d'Europa (1950). Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), art. 8; Consiglio d'Europa (1981). Convenzione per la protezione delle persone in relazione all'elaborazione automatica dei dati a carattere personale (STE n° 108); Consiglio d'Europa (1974). Risoluzione (74) 29 sulla tutela della riservatezza delle persone in rapporto alle banche di dati elettroniche nel settore pubblico; Consiglio d'Europa (1973). Risoluzione (73) 22 sulla tutela della riservatezza delle persone in rapporto alle banche di dati elettroniche nel settore privato.

[22] Federazione dei medici svizzeri (2013). Codice deontologico della FMH del 25 aprile 2013, art. 11; Consiglio internazionale degli infermieri (2012). Codice deontologico del CII per la professione infermieristica, art. 1; Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina (1997), art. 10; Dichiarazione di Lisbona dell'Associazione medica mondiale sui diritti del paziente (1995), art. 8; Organizzazione mondiale della sanità (1994). Dichiarazione sulla promozione dei diritti dei pazienti in Europa, art. 4.

Allegato

Avamprogetto di legge del Cantone di Ginevra PL 11404. Avamprogetto di modifica della legge di applicazione del Codice penale svizzero e di altre leggi federali in materia penale (LaCP) (E 4 10) del 19 marzo 2014.

Art. 5A Professionisti del settore sanitario esercitanti in ambiente carcerario (nuovo)
2 I professionisti del settore sanitario devono trasmettere tutte le informazioni necessarie, in maniera generale, all'apprezzamento della pericolosità della persona considerata, che possono avere un'influenza sulle pene o le misure in corso o che consentono di pronunciarsi su un'eventuale attenuazione del regime di esecuzione della pena o della misura.

La CNE non ha avuto la possibilità di consultare l'avamprogetto di legge del Cantone del Vallese (*Avamprogetto di modifica della legge di applicazione del Codice penale svizzero (LACP) – art. 28a e 28b (nuovi) – obbligo di informazione e dovere di segnalazione del medico*) né quello del Cantone di Vaud.

