

DIRETTIVE MEDICO-ETICHE

Esercizio della medicina
presso le persone detenute



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Editore

Accademia Svizzera
delle Scienze Mediche
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
3001 Bern

mail@samw.ch
www.assm.ch

Realizzazione

Howald Fosco Biberstein, Basilea

Tutte le direttive medico-etiche dell'ASSM
sono disponibili sul www.samw.ch/direttive
in italiano, francese, tedesco e inglese.

© ASSM 2017

Direttive medico-etiche

Esercizio della medicina presso le persone detenute

Approvate dal Senato dell'ASSM in data 28 novembre 2002.
La versione originale è quella francese.

Il 1. Gennaio 2013 ha avuto luogo un adattamento al diritto di protezione degli adulti.
L'allegato lett. G è stato integrato con la decisione del Senato del 19 maggio 2015.

I. PREAMBOLO	5
II. DIRETTIVE	6
1. Principi generali; nozione di obiezione di coscienza	6
2. Condizioni della visita medica	6
3. Attività e situazioni periziali	7
4. Sanzioni disciplinari	7
5. Equivalenza delle cure	7
6. Misure coercitive decise ed attuate dalle autorità di polizia o penitenziarie	7
7. Consenso alla presa a carico medica e trattamento in stato di coercizione	8
8. Malattie contagiose	9
9. Sciopero della fame	9
10. Riservatezza	9
11. Denuncia di eventuali maltrattamenti	10
12. Indipendenza medica	11
13. Formazione	11
III. APPENDICE	12
Letteratura concernente alle direttive	12
Riferimenti di carattere giuridico	12
Riferimenti di carattere medico-etico	12
Note sull'applicazione pratica delle presenti direttive	14
A. Introduzione	14
B. Carattere vincolante delle direttive	14
C. Attuazione del diritto all'equivalenza delle cure	16
D. Compiti del medico nell'esecuzione delle misure	17
E. Esecuzione di trattamenti coercitivi	18
F. Procedura in caso di sciopero della fame	19
G. Obblighi in caso di rinvio coatto	20
Documenti di riferimento	24
Letteratura inerente all'applicazione delle presenti direttive	25
Note sull'elaborazione delle presenti direttive	26

I. PREAMBOLO

L'intervento di medici¹ nel caso di misure coercitive poste in atto dalla polizia, in particolare quando si tratta di persone allontanate di forza dal Paese, solleva numerosi interrogativi nell'opinione pubblica. Per rispondere alle aspettative dei vari settori interessati, l'ASSM ha elaborato un insieme di direttive indirizzate ai medici eventualmente chiamati ad intervenire in un contesto sensibile ed indubbiamente a rischio di scostamenti etici. La riflessione è stata successivamente estesa agli interventi medici nei confronti di chiunque si trovi detenuto dalla polizia o incarcerato in un istituto penitenziario.²

La molteplicità dei codici di procedura penale nonché dei regimi cantonali di esecuzione delle pene indubbiamente non agevola l'elaborazione di questo tipo di direttive. Quando la persona detenuta³ presenta disturbi psichici, rende la situazione ancora più difficile.

Si deve purtroppo lamentare la carenza di istituti idonei, ai sensi del Codice penale svizzero⁴, in grado di accogliere queste persone, nonché l'insufficienza di personale medico (e sociale) formato ad hoc.

Nel contesto attuale, di grande complessità, l'ASSM propone direttive che, pur ispirandosi ampiamente alle raccomandazioni internazionali in materia di cure prodigate alle persone detenute, non hanno la pretesa di essere esaurienti su questa tematica. In particolare, è stata elusa la problematica generale delle misure coercitive adottate in un contesto psichiatrico o di medicina somatica d'urgenza.

L'ASSM è perfettamente consapevole che parte delle presenti direttive riguardanti l'esercizio della medicina presso le persone detenute, si rivolge di fatto alle autorità amministrative ed esecutive, eventualmente legislative, del nostro Paese. In tal caso, assumono la forma condizionale nel testo ed intendono anzitutto far conoscere il punto di vista della corporazione medica sull'argomento.

- 1 Benché nei testi i gruppi di persone menzionati vengano citati solo nella forma maschile, si fa riferimento sempre a entrambi i sessi.
- 2 «Istituti penitenziari» secondo le presenti direttive: istituti per l'esecuzione delle pene e delle misure, carcere degli arresti e carcere giudiziario cantonale (fermi, estradanti e carcere preventivo).
- 3 Ai sensi delle presenti direttive una persona è detenuta (in opposizione alle «persone ricoverate a scopo di assistenza» secondo l'art. 426 e segg. del Codice civile svizzero) quando ella è privata della sua libertà sulla base di una decisione che emana dall'autorità di polizia o giudiziaria penale (compresa quella militare) o quando si tratta di una detenzione decisa in virtù della legge federale sugli stranieri.
- 4 L'articolo 59 del CPS tratta la presa a carico dei delinquenti mentalmente anormali.

II. DIRETTIVE

1. Principi generali; nozione di obiezione di coscienza

Le regole etiche e giuridiche fondamentali che sottendono e disciplinano l'attività medica, in particolare in materia di consenso e riservatezza, si applicano anche quando la persona è privata della libertà.

Tuttavia, nella fattispecie, il medico è spesso nell'obbligo di tener conto di imperativi di ordine e sicurezza, fermo restando che il suo obiettivo deve sempre essere il bene e la salvaguardia della dignità del suo paziente. Ciò premesso, i doveri del medico, nei confronti tanto dei suoi pazienti detenuti che delle autorità competenti⁵, si traducono in un'incontestabile specificità dell'esercizio di questa particolare professione medica, in quanto gli interessi e gli obiettivi perseguiti sono talvolta divergenti.

Alla luce di questi parametri, il cui adeguamento può talvolta urtare le convinzioni personali del medico (che si tratti di mandati a lungo termine o di interventi specifici), quest'ultimo deve poter agire secondo la propria coscienza e le regole di etica medica, e poter rifiutare di svolgere una perizia o di assumere il mandato clinico nei casi di persone private della libertà, tranne quando si trova confrontato ad una situazione di urgenza.

2. Condizioni della visita medica

Per agevolare l'instaurazione di un clima di fiducia reciproca, il medico deve fare tutto quanto in suo potere per salvaguardare il contesto generale e la dignità solitamente esistenti nei rapporti che intercorrono tra il medico ed il paziente.

Nel procedere alla visita medica di una persona detenuta, il medico dovrebbe sempre poter disporre di un locale idoneo. La visita deve svolgersi in modo da non essere né vista né udita da terzi, fatta salva richiesta contraria del medico o con il suo accordo.

⁵ Autorità competente ai sensi delle presenti direttive: direzione dell'esecuzione delle pene, autorità giudiziarie, autorità di polizia.

3. Attività e situazioni periziali

Tranne in situazioni di crisi o di urgenza, il medico non può rivestire la carica al tempo stesso di medico curante e di medico perito.

Prima di qualsiasi atto periziale, il medico deve chiaramente informare la persona che è incaricato di visitare, che il segreto medico non si applica al risultato degli esami svolti.

4. Sanzioni disciplinari

Ogni volta che il medico è consultato sull'idoneità di una persona a subire una sanzione disciplinare, questi si esprime dopo che la sanzione è stata pronunciata. Pertanto, il suo parere interviene soltanto in un secondo tempo e può, se necessario, rivestire la forma di veto fondato su un apprezzamento esclusivamente medico.

5. Equivalenza delle cure

La persona detenuta ha diritto a cure equivalenti a quelle di cui usufruisce la popolazione in generale.

6. Misure coercitive decise ed attuate dalle autorità di polizia o penitenziarie

Ogniqualevolta il medico è chiamato ad informare le autorità competenti quanto ai rischi ed alle conseguenze di un trasferimento in stato di costrizione (deciso dall'autorità) sullo stato di salute di una persona detenuta (per es. espulsione da un alloggio, allontanamento dal territorio nazionale, ecc.), deve dar prova della massima cautela e sforzarsi di raccogliere, preliminarmente e in tutta la misura del possibile, le informazioni necessarie relative alla storia medica del paziente. Il medico deve tenere conto più particolarmente del mezzo di trasporto ipotizzato, della durata probabile del trasferimento nonché delle misure di sicurezza e di contenzione possibilmente applicate alla persona.

Il medico deve esigere un accompagnamento da parte del personale medico ogniqualvolta lo stato di salute fisico o psichico del detenuto lo richiede o quando l'importanza delle misure contentive e di sicurezza poste in opera rischia di mettere in pericolo la salute della persona.

Quando è chiamato ad intervenire presso una persona detenuta, oggetto di una misura coercitiva, il medico deve mantenere una posizione imparziale e professionale, nonché informare chiaramente il suo potenziale paziente di essere a sua disposizione e che non sarà preso alcun provvedimento medico contro la sua volontà (fatta salva la situazione descritta al punto 7).

Se il medico è convinto che i mezzi posti in opera per eseguire la misura (quali imbavagliamento, legatura stretta e prolungata, posizione detta della rondine: piedi e mani ammanettati posteriormente in posizione di opistotono, ecc.) costituiscono un pericolo immediato e grave per il paziente, deve informare immediatamente l'autorità competente che, qualora i provvedimenti previsti non dovessero essere sospesi, non intende assumere la responsabilità medica del caso. Pertanto, può astenersi dall'offrire la propria collaborazione.

7. Consenso alla presa a carico medica e trattamento in stato di coercizione

Alla stregua di qualsiasi situazione medica ordinaria, un medico chiamato ad intervenire in qualità di perito o terapeuta, può procedere ad un atto diagnostico o terapeutico su una persona detenuta soltanto se ne ha previamente ottenuto un consenso libero e informato («informed consent»).

La somministrazione di farmaci, in particolare psicotropi, a persone detenute è possibile soltanto con il consenso del paziente e sulla base di una decisione prettamente medica.

In situazione di urgenza, e nelle stesse condizioni valide per un paziente non detenuto, il medico può soprassedere al consenso del detenuto quando quest'ultimo soffre di un'incapacità di discernimento causata da un disturbo psichico grave con rischio immediato di gesti auto- o eteroaggressivi (condizioni cumulative). Nella fattispecie, il medico deve accertarsi che il paziente detenuto usufruirà di un'assistenza medica idonea nel breve e lungo termine (in particolare sotto forma di trasferimento provvisorio in reparto psichiatrico, ad esempio quando una decisione di espulsione si rivela medicalmente impossibile).

Il ricorso medico a misure contenitive fisiche è possibile soltanto per qualche ora. In tutti i casi di contenzione medica, il medico responsabile ha l'obbligo di sorvegliarne regolarmente lo svolgimento e le motivazioni; deve inoltre procedere a rivalutazioni ravvicinate nel tempo.

8. Malattie contagiose

In caso di malattia contagiosa, l'autonomia e la libertà di movimento del paziente detenuto possono essere limitate esclusivamente in base ai criteri applicabili ad un gruppo di persone che vivono in condizioni paragonabili di promiscuità (per es.: unità militare, colonia di vacanze, ecc.).

9. Sciopero della fame

In caso di sciopero della fame, la persona detenuta deve essere informata dal medico in modo obiettivo e ripetuto quanto ai rischi inerenti ad un digiuno prolungato.

La sua decisione deve essere medicalmente rispettata, anche in caso di pericolo grave per la salute, quando la sua totale capacità di autodeterminazione è stata confermata da un medico estraneo allo stabilimento.

Se la persona detenuta cade in coma, il medico interviene secondo la propria coscienza e nell'assoluto rispetto del dovere professionale, tranne qualora la persona avesse lasciato esplicite direttive applicabili in caso di perdita di conoscenza con rischio di decesso.

Ogni medico confrontato con un digiuno di protesta deve dar prova della massima neutralità nei confronti delle diverse parti nonché evitare qualsiasi rischio di strumentalizzazione delle decisioni mediche da lui prese.

Malgrado il rifiuto di alimentarsi manifestato dallo scioperante della fame, il medico deve accertarsi che il cibo gli venga quotidianamente proposto.

10. Riservatezza

Il segreto medico deve essere rispettato conformemente alle stesse disposizioni legali applicate alle persone libere (art. 321 CPS). Gli incarti medici dei pazienti devono essere conservati sotto la responsabilità medica. Si applicano le condizioni di visita descritte al punto 2.

Tuttavia, la promiscuità creata dalla vita carceraria, che talvolta può protrarsi per diversi anni, nonché il ruolo di garante e talvolta di ausiliare del personale medico spesso svolto dagli agenti penitenziari o di polizia, può necessitare uno scambio di informazioni sanitarie tra il personale medico ed il personale addetto alla sicurezza.

In tali condizioni, il medico deve sforzarsi, con il consenso del paziente detenuto, di rispondere a tutti gli interrogativi leciti del personale penitenziario o di polizia.

Quando il paziente si oppone alla divulgazione di un'informazione in situazione di pericolo per la sicurezza o per terzi, il medico può chiedere all'autorità competente di essere sciolto dal segreto professionale se ritiene che sia suo dovere informare terzi, in particolare i responsabili e/o il personale di sorveglianza incaricato del caso (art. 321, cpv. 2 CPS). In tale eventualità, il paziente deve essere messo al corrente della richiesta di sciogliere il segreto professionale nei suoi riguardi.

Eccezionalmente, quando la vita o l'integrità fisica di un terzo è gravemente e concretamente minacciata in un futuro immediato, il medico può derogare di propria iniziativa al segreto medico ed avvertire le autorità competenti o eventualmente il terzo minacciato.

11. Denuncia di eventuali maltrattamenti

Qualsiasi traccia di violenza osservata su una persona detenuta nel corso di una visita medica deve essere debitamente verbalizzata.

Nel suo rapporto, il medico deve operare una chiara distinzione tra quanto affermato (circostanze del trauma descritte dal paziente) e lamentato (sensazioni soggettive provate dal paziente) da una parte, e le constatazioni cliniche e paracliniche obiettive (dimensioni, localizzazione, aspetto delle lesioni, radiografie, risultati di laboratorio, ecc.) d'altra parte. Se la sua formazione e/o esperienza glielo consentono, il medico indicherà se quanto affermato dal paziente è compatibile con le constatazioni mediche da lui stesso fatte (per esempio la data del trauma affermata dal paziente ed il colore degli ematomi).

Queste informazioni devono essere comunicate senza indugi alle autorità di vigilanza della polizia o penitenziarie. La persona detenuta ha il diritto di ottenere, in qualsiasi momento, una copia del rapporto medico di cui è oggetto.

Quando la persona detenuta si oppone formalmente alla trasmissione di tali informazioni, il medico deve soppesare gli interessi presenti e se necessario procedere conformemente a quanto descritto al punto 10.

12. Indipendenza medica

A prescindere dalle sue particolari condizioni di esercizio (statuto di funzionario o di dipendente con contratto pubblico o privato), il medico deve usufruire di una totale indipendenza nei confronti delle autorità di polizia o penitenziarie. Le sue decisioni cliniche e ogni altra valutazione in merito alla salute delle persone detenute devono fondarsi esclusivamente su criteri rigorosamente medici.

Per garantire l'indipendenza dei medici che esercitano nell'ambito della polizia o del settore penitenziario, qualsiasi rapporto gerarchico o contrattuale diretto tra questi ultimi e la direzione dello stabilimento dovrà essere evitato.

Il personale di cura può accettare ordini impartiti dal personale medico soltanto se provengono dal medico curante (dello stabilimento).

13. Formazione

Tutti i professionisti del settore medico chiamati ad intervenire regolarmente presso pazienti detenuti dovranno in futuro avvalersi di una formazione specifica relativamente alla missione ed al funzionamento dei diversi stabilimenti di privazione della libertà, nonché alla gestione delle situazioni potenzialmente pericolose e violente. Risultano inoltre necessarie conoscenze etno-socio-culturali.

III. APPENDICE

Letteratura concernente alle direttive

Riferimenti di carattere giuridico

Consiglio d'Europa. Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali; 4.11.1950.

Consiglio d'Europa. Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti; 26.11.1987.

Codice penale svizzero.

Codice civile svizzero.

Legge federale sugli stranieri del 16 dicembre 2005.

Giurisprudenza del TF in materia di coercizione:

RCC 1992, p. 508 / – DTF 118 II 254 / – ZBL 1993 504 / – DTF 121 III 204 / – DTF 125 III 169 / – DTF 126 I 112 / – ATF 127 I 6 / – decisione dell'8 giugno 2001, 1P.134/2001 / – decisione del 15 giugno 2001, 6A.100/2000 (idem) / decisione del 22 giugno 2001, 5C.102/2001.

Riferimenti di carattere medico-etico

Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

Adopted by the United Nations General Assembly; Resolution 37/194 of 18 December 1982.

Health Professionals with Dual Obligations; in Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol).

Commission on Human Rights; United Nations; 13 March 2001.

Regole penitenziarie europee.

Raccomandazioni del Comitato dei Ministri; Consiglio d'Europa; 1987.

L'organizzazione dei servizi sanitari negli stabilimenti penitenziari degli Stati membro.

Comitato europeo della sanità; Consiglio d'Europa; giugno 1998.

Aspetti etici ed organizzativi delle cure sanitarie negli stabilimenti penitenziari degli Stati membro.

Raccomandazione n° R(98)7 e motivazioni; Comitato dei Ministri; Consiglio d'Europa; aprile 1999.

Servizi sanitari nelle carceri.

Nel 3° rapporto generale di attività del CPT per il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 1992; CPT; Consiglio d'Europa; giugno 1993.

Persone in ritenzione in virtù di legislazioni relative all'entrata ed al soggiorno degli stranieri.

Nel 7° rapporto generale di attività del CPT per il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 1996; CPT; Consiglio d'Europa; agosto 1997.

Dichiarazione di Madrid sui criteri etici per la pratica psichiatrica.

Associazione Psichiatrica Internazionale; approvata dall'assemblea generale il 25 agosto 1996.

Dichiarazione di Tokyo dell'Associazione Medica Mondiale.

Direttive all'attenzione dei medici in materia di tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti relativamente alla detenzione o alla reclusione. Adottata dalla 29a Assemblea Medica Mondiale; Tokyo, ottobre 1975.

Dichiarazione di Malta dell'Associazione Medica Mondiale sugli scioperanti della fame.

Adottata dalla 43a Assemblea Medica Mondiale; Malta, novembre 1991.

Dichiarazione di Edimburgo sulle condizioni detentive e la propagazione della tubercolosi ed altre malattie trasmissibili; Associazione Medica Mondiale.

Adottata nell'ottobre 2000.

Note sull'applicazione pratica delle presenti direttive

A. Introduzione

Nel 2010, il caso legato a un detenuto in sciopero della fame e alla relativa assistenza medica, una decisione del Tribunale federale⁶ e la partecipazione dei medici ai rinvii coatti hanno destato particolare scalpore a livello mediatico, oltre ad aver innescato dibattiti all'interno della classe medica⁷ e impegnato l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM). Sulla scorta di quanto accaduto, l'ASSM ha colto l'occasione per sottoporre a verifica le direttive medico-etiche «Esercizio della medicina presso le persone detenute», in vigore dal 2002, e saggiarne l'attualità e la praticabilità. La Commissione centrale di etica (CCE) dell'ASSM ha conferito l'incarico a un gruppo di lavoro. Alla luce del rapporto presentato da quest'ultimo, la CCE è giunta alla conclusione che le direttive, redatte sulla base di documenti internazionali accettati a livello mondiale, conservano la propria validità. Tuttavia, le esperienze compiute dai medici penitenziari dimostrano che i principi etici enunciati nelle direttive vengono applicati in maniera ancora insufficiente sul piano dell'esecuzione delle pene e delle misure e in alcuni ambiti emerge una certa necessità di concretizzazione. La CCE ha pertanto approvato la presente appendice alle direttive medico-etiche «Esercizio della medicina presso le persone detenute», contenente indicazioni riguardanti la loro applicazione pratica. L'appendice fornisce una descrizione più particolareggiata del ruolo del personale infermieristico, a cui nelle direttive del 2002 si faceva solo un breve accenno.

B. Carattere vincolante delle direttive

La succitata decisione del Tribunale federale ha scatenato un dibattito sul piano giuridico mettendo in discussione il peso che verrebbe attribuito alle direttive medico-etiche dell'ASSM. Un medico penitenziario può fare riferimento alle direttive qualora gli venisse richiesto di compiere un'azione che viola i principi etici della categoria? Oppure è vincolato in ogni caso a una disposizione impartita dalla direzione del penitenziario o dalle autorità giudiziarie?

6 Decisione del Tribunale federale del 26 agosto 2010 riguardo al caso B. Rappaz.

7 Federazione dei medici svizzeri (FMH), Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI), Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), Commissione centrale di etica dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (CCE), Conferenza dei medici penitenziari svizzeri, Forum del personale di cura degli stabilimenti di detenzione in Svizzera e 74 privati sottoscrittori, Hungerstreik im Gefängnis – Zum Entscheid des Bundesgerichts vom 26. August 2010 (Sciopero della fame in carcere – sulla decisione del Tribunale federale del 26 agosto 2010). *Schweiz Ärztezeitung*. 2010; 91(39): 1518 – 20.

Analogamente a tutte le direttive dell'ASSM, anche quelle concernenti l'«esercizio della medicina presso le persone detenute» sono rivolte ai medici e ad altri specialisti del settore sanitario; esse intendono fornire a questi soggetti un aiuto nello svolgimento delle attività pratiche di tutti i giorni. Non rappresentano norme giuridiche coercitive ma possono avere carattere vincolante, nell'ambito del contratto stipulato con il paziente o di quanto sancito da un'associazione.⁸ Tuttavia, le direttive hanno effetto legale anche al di fuori di questo contesto. Infatti, nella sua giurisprudenza consolidata, il Tribunale federale attribuisce loro il valore di regole dell'arte medica. Il giudice può rifarsi ad esse per valutare l'accuratezza di un medico nel gestire il singolo caso. Contenendo norme attinenti alla responsabilità, queste direttive fungono quindi da riferimento per valutare se un medico che non ha rispettato gli standard della categoria ha violato i propri obblighi.

Da quanto sopra esposto si evince la rilevanza delle regole materiali menzionate nelle direttive dell'ASSM. Le direttive medico-etiche concernenti l'«esercizio della medicina presso le persone detenute», in vigore dal 2002, sintetizzano i diritti fondamentali riconosciuti nella medicina penitenziaria in una formulazione concreta e comprensibile per quanti operano nel settore.

Infatti, ad esempio, il principio di equivalenza delle cure per le persone in regime penitenziario e in libertà, stabilito nelle direttive (cap. 5), è espressamente riconosciuto dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo e nella prassi giuridica di cantoni come il Vallese o Ginevra. Analogamente, l'indipendenza del medico sancita nelle direttive (cap. 12) per quanto riguarda la scelta e l'esecuzione dei trattamenti si basa sui principi fondamentali del diritto del paziente e degli obblighi professionali. In tale contesto, occorre considerare anche che l'articolo 55 e segg. del Codice penale svizzero stabilisce le circostanze nelle quali il giudice, sulla base di una perizia medica, può rinunciare a infliggere una pena e disporre invece un provvedimento terapeutico. Inoltre si stabilisce come il giudice debba consultare un medico per decidere in merito alla modalità e alle condizioni di esecuzione di tale provvedimento in un'istituzione adeguata. Il diritto penale definisce per ogni fase l'ambito di competenza del giudice e del medico e garantisce a quest'ultimo la libertà d'azione (vedi cap. D). In tal modo, quando si riferisce alla valutazione del medico, il giudice accetta le regole e le condizioni dell'attività medica.

8 Con l'introduzione nel Codice deontologico della FMH, le direttive diventano vincolanti per i membri della FMH.

C. Attuazione del diritto all'equivalenza delle cure → Capitolo 5.

Il diritto all'equivalenza delle cure è un principio basilare su cui si fonda la medicina penitenziaria. A prescindere da una limitazione del diritto alla libera scelta del medico, le persone detenute hanno, in relazione alla propria salute, i medesimi diritti di qualsiasi altro paziente. Le direzioni carcerarie, i medici e il personale infermieristico coinvolti nell'assistenza sul piano pratico sono tenuti a contribuire ad assicurare tale diritto.

Il diritto all'equivalenza delle cure non concerne solo la possibilità di usufruire di misure sanitarie preventive, diagnostiche, terapeutiche e curative, ma riguarda anche le regole fondamentali che devono essere rispettate nel rapporto medico/paziente, come ad es. il diritto all'autodeterminazione e all'informazione nonché la tutela della riservatezza. I medici e gli infermieri che operano in ambito penitenziario sono vincolati al segreto professionale di cui all'art. 321 del Codice penale e, al di fuori dello contesto ristretto stabilito dalla legge, non devono trasmettere a terzi informazioni relative ai propri pazienti (vedi cap. 10).

Alla luce di tali premesse, risulta problematico il caso in cui, per motivi legati alle risorse disponibili, i farmaci vengono dispensati da addetti alla sorveglianza. Se i medicinali non vengono distribuiti dal personale medico autorizzato, non solo viene intaccato il segreto professionale, ma viene violata anche la legge sugli agenti terapeutici, la quale definisce con precisione la cerchia delle persone autorizzate alla dispensazione dei medicinali, senza fare eccezioni per l'ambito penitenziario. Sono autorizzati a dispensare medicinali i farmacisti e altre persone che esercitano una professione medica universitaria, vale a dire medici, dentisti, veterinari e chiropratici, nonché tutti gli altri specialisti in possesso di una formazione (medica) corrispondente sotto la sorveglianza di un rappresentante delle succitate professioni mediche universitarie e in virtù di un'autorizzazione rilasciata dalle autorità sanitarie cantonali competenti, ossia di norma dai farmacisti cantonali.

La realtà dell'assistenza sanitaria negli stabilimenti carcerari svizzeri impone che si trovino soluzioni che, da un lato, consentano un funzionamento adeguato dell'assistenza medica in presenza di procedure di delega accettabili, e dall'altro ottemperino alle disposizioni giuridiche. Se persone non autorizzate vengono incaricate di dispensare farmaci, devono essere rispettate le condizioni seguenti:

1. Il farmaco è stato prescritto dal medico.
2. È stato fornito allo stabilimento da una farmacia pubblica, e i medicinali conservati nello stabilimento sono soggetti alla sorveglianza e al controllo di un farmacista autorizzato.
3. Laddove possibile, i farmaci devono essere dispensati in forma neutra (dosatore, portapillole) in modo da garantire la riservatezza.
4. Il sorvegliante si limita a controllare che i dosatori vengano distribuiti correttamente. In caso di dubbio, è tenuto a contattare il farmacista o il medico competente e seguire le istruzioni da essi impartite.

D. **Compiti del medico nell'esecuzione delle misure** → Capitolo 6.

L'assistenza di detenuti nell'ambito dell'esecuzione di misure impartite da un giudice (art. 63 e 59 del Codice penale) rientra fra i compiti fondamentali della medicina penitenziaria. La disposizione del giudice riguardo all'esecuzione delle misure si fonda su una perizia psichiatrica; la misura ordinata deve essere adeguata, proporzionata ed eseguibile (art. 56 CP). Il setting terapeutico ideale viene spesso descritto in maniera più o meno dettagliata nella sentenza emessa: il più delle volte ci si rifà alla formulazione dello psichiatra che ha eseguito la perizia. Per questo motivo ci si domanda quale sia il margine d'azione del medico che assiste il detenuto nell'ambito dell'esecuzione delle misure in base a quanto disposto dal giudice.

Accettazione dell'incarico di trattamento

Il medico deve accettare l'incarico di trattamento solo se dispone delle capacità necessarie per conseguire gli obiettivi stabiliti. Ad esempio, deve intraprendere un trattamento psicoterapico solo se è in possesso delle conoscenze tecniche specifiche necessarie per applicare il trattamento al detenuto in questione, in caso contrario deve rifiutare l'incarico.

Prima di accettare un incarico, il medico deve essere consapevole del significato che tale responsabilità ha per sé e per il paziente. Egli deve innanzitutto accertarsi se il paziente è disposto a esonerarlo dal segreto professionale affinché possa far pervenire alle autorità competenti le informazioni indispensabili per il controllo dell'andamento della misura terapeutica. L'ideale sarebbe definire preliminarmente in questo contesto (dispensa dal segreto professionale ecc.) le modalità per l'esecuzione della terapia.

La valutazione del paziente e delle relative possibilità terapeutiche

Il medico deve procedere a un'anamnesi accurata, valutare le varie opzioni terapeutiche, formulare una proposta di trattamento, discuterla con il paziente e chiederne il consenso. La scelta della terapia appropriata si basa esclusivamente su riflessioni di carattere medico, si tratta quindi di una decisione puramente medica. In un simile contesto non sono rari i conflitti. Se, ad esempio, il paziente desidera un trattamento farmacologico volto a reprimere il suo istinto sessuale al fine di ottenere la scarcerazione, il medico deve assecondare la richiesta solo se la cura si rivela ragionevole dal punto di vista medico. La terapia farmacologica deve essere efficace e non deve presentare controindicazioni. Il fatto che già nella sentenza vengano descritte opzioni terapeutiche non esonera il medico dall'attenersi ai principi etici validi per ogni trattamento.

È importante tenere presente che la sanzione definisce esclusivamente l'ambito di esecuzione di una decisione del Tribunale. All'interno di tale ambito, il medico mantiene tuttavia tutti i diritti per eseguire un trattamento esclusivamente sulla base della propria valutazione medica della situazione. Egli deve rendere conto alle autorità giudiziarie della modalità in base alla quale ha svolto (o non ha svolto) l'incarico conferitogli senza perdere di vista il fatto che è tenuto a riferire solo in merito ai mezzi impiegati e non ai risultati.

E. Esecuzione di trattamenti coercitivi → [Capitolo 7.](#)

Le misure coercitive in ambito terapeutico possono assumere varie forme. Può trattarsi di limitazioni della libertà di movimento, sedazione farmacologica oppure trattamenti farmacologici principalmente con sostanze psicotrope imposte al paziente senza il consenso di quest'ultimo. I trattamenti coercitivi devono essere eseguiti solo nel caso d'emergenza descritto al capitolo 7, secondo gli stessi criteri validi per le persone non detenute. Devono sempre fare riferimento a un'indicazione medica ed essere prescritti da un medico. Durante la loro esecuzione occorre rispettare la dignità del paziente e la misura deve essere adeguata e proporzionata. È compito del medico formulare l'indicazione e garantire il supporto legale. È fatto divieto ai medici e al personale infermieristico di eseguire misure coercitive dietro ordine di un'autorità.

Poiché le misure coercitive potrebbero essere vissute in maniera traumatica non solo dal paziente che le subisce ma anche dal team incaricato di attuarle, la decisione andrebbe discussa – laddove possibile – con il team in questione (medici, personale infermieristico e addetti alla sicurezza) e condivisa da tutti.

F. Procedura in caso di sciopero della fame → Capitolo 9.

I medici e gli infermieri che operano in carcere si trovano costantemente di fronte a casi di detenuti in sciopero della fame. Lo sciopero della fame deve essere inteso come azione di protesta – spesso l'ultima – da parte di una persona che non riesce a farsi ascoltare in altro modo. Il soggetto che compie un simile gesto non intende lasciarsi morire; vuole semplicemente che la sua richiesta venga presa in considerazione. È consapevole che quanto sta compiendo può avere esito mortale nel momento in cui la situazione degenera in un conflitto insanabile.

Per valutare quale sia la procedura corretta da adottare è importante distinguere le varie situazioni in cui prendere in considerazione la possibilità dell'alimentazione artificiale (via sonda gastrica o infusione) nel caso di un soggetto in sciopero della fame:

1. La persona detenuta è capace di intendere e di volere, rifiuta l'alimentazione artificiale e la situazione non è tale da metterne in pericolo la sopravvivenza. In questo caso, l'alimentazione forzata verrebbe considerata una tortura dalla Corte di giustizia dell'Unione europea.
2. La persona detenuta è capace di intendere e di volere, rifiuta l'alimentazione artificiale e un proseguimento dello sciopero della fame comporta un pericolo per la vita del soggetto in questione.
3. La persona detenuta è diventata incapace di intendere e di volere in seguito allo sciopero della fame, ha espresso in direttive anticipate la volontà di rifiutare l'alimentazione artificiale e tale rifiuto comporta un pericolo incombente per la vita del soggetto in questione.
4. La persona detenuta è incapace di intendere e di volere (come conseguenza dello sciopero della fame o per altri motivi), non ha redatto direttive anticipate valide in cui esprima il rifiuto dell'alimentazione artificiale in presenza di una simile situazione, e il rifiuto dell'alimentazione artificiale comporta un pericolo incombente per la vita del soggetto in questione.

Solo nel quarto caso, ai sensi delle direttive dell'ASSM, è indicato dal punto di vista medico procedere a un'alimentazione artificiale. Il più delle volte tale misura può essere avviata senza l'adozione di misure coercitive. Nelle altre situazioni descritte, essa sarebbe in contraddizione con le direttive e con le regole dell'arte medica.

Le direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) descrivono nel capitolo 9 i compiti del medico in caso di sciopero della fame.

A titolo integrativo, occorre tenere presenti le seguenti raccomandazioni:

- La persona detenuta in sciopero della fame va sottoposta a una valutazione medica il prima possibile (< 24h). È necessario chiarire se si limita a rifiutare il cibo o anche l'assunzione di liquidi. Occorre inoltre accertarsi della presenza di comorbidità (ad es. diabete, patologia psichiatrica o insufficienza renale). Nel prosieguo, un esperto del personale medico dovrebbe valutare quotidianamente le condizioni del paziente.
- La persona in sciopero della fame deve essere informata in merito alle conseguenze che il suo gesto ha sulle sue condizioni psicofisiche. Andrebbero presentati i pericoli e le misure di protezione (assunzione di liquidi, sostituzione di vitamine ed elettroliti) nonché i rischi della sindrome da rialimentazione («refeeding syndrome») (vedi cap. 9.).
- Alla persona in sciopero della fame deve essere offerto cibo ogni giorno (vedi cap. 9.).
- Un clima di fiducia è alla base di ogni terapia. Per questo motivo è importante chiarire i ruoli e assicurare che il medico e il personale infermieristico agiscano in totale indipendenza dalle autorità non mediche. Inoltre, alla persona in sciopero della fame va garantito che il medico, o il personale infermieristico, si attenga alle direttive dell'ASSM concernenti l'assistenza ai detenuti, in particolare per quanto riguarda la garanzia della riservatezza e del diritto all'autodeterminazione e all'integrità fisica.
- Occorre assicurarsi che la persona detenuta abbia deciso spontaneamente di iniziare lo sciopero della fame, senza subire pressioni da parte di terzi.
- La capacità di intendere e di volere deve essere valutata periodicamente (almeno con cadenza settimanale), eventualmente ad opera di esperti indipendenti.
- È opportuno accennare alla possibilità di stilare direttive anticipate nel momento in cui si valuta l'ipotesi di un ricovero ospedaliero, o prima che si giunga a tale valutazione.

G. Obblighi in caso di rinvio coatto → Capitolo 6.

Il principio dell'equivalenza delle cure vale anche durante la carcerazione in vista di rinvio coatto. Comporta l'obbligo di effettuare esami e trattamenti medici nel pieno rispetto delle regole dell'arte medica (vedi cap. 3.). Le direttive dell'ASSM si pronunciano in maniera dettagliata sugli obblighi in relazione ai rinvii coatti (vedi cap. 6.). Stabiliscono anche, in particolare, che il medico non deve assumersi alcuna responsabilità professionale e deve rifiutare ogni ulteriore forma di collaborazione se matura la convinzione che i mezzi impiegati rappresentino per il paziente un pericolo imminente e notevole sul piano della salute.

Solitamente, oggi come in passato, le persone che si oppongono al rinvio coatto vengono ammanettate con appositi lacci (rimpatrio di livello IV). Ai sensi della direttiva sul rimpatrio dell'UE⁹, dal 1° gennaio 2011 un osservatore indipendente è incaricato di sorvegliare il rinvio. Inoltre, un medico (con formazione in materia di emergenza) ed eventualmente un operatore del primo soccorso fungono da accompagnatori e garantiscono assistenza medica alla persona detenuta. L'immobilizzazione della persona rende tuttavia difficoltosa una sua valutazione clinica. Ad aggravare la situazione si aggiunge il fatto che in molti casi gli atti già esistenti o le analisi mediche sono insufficienti in quanto nella carcerazione in vista di rinvio coatto viene risarcito solo il soccorso d'emergenza. La valutazione dell'idoneità al trasporto del detenuto in attesa di rinvio e l'assistenza medica durante l'operazione di rinvio sono compiti del medico che devono essere svolti conformemente alle regole dell'arte. In presenza di circostanze che compromettono o rendono impossibile una valutazione e un trattamento medici, il medico ha l'obbligo morale e giuridico di rifiutarsi di fungere da accompagnatore durante le operazioni di rinvio.

Visita medica durante la carcerazione in vista di rinvio coatto

La persona interessata da una procedura di rinvio coatto (rimpatrio) deve essere informata al riguardo in tempo utile affinché possa sottoporsi a una visita medica, richiesta di sua iniziativa o prescritta a causa di indizi di problemi alla salute.¹⁰ La trasmissione a soggetti terzi – segnatamente organi cantonali, la Segreteria di Stato della migrazione (SEM) oppure medici presenti sul volo (medici accompagnatori) – degli esiti di un'eventuale visita medica o di ulteriori informazioni sanitarie relative a un rapporto di assistenza senza il consenso del paziente costituisce una violazione del segreto medico.

In linea di principio, le persone incarcerate in vista di rinvio coatto vanno considerate come pazienti a rischio. Per questo è fondamentale che siano note tutte le informazioni potenzialmente rilevanti per la salute a bordo del velivolo. Il medico penitenziario (o il medico curante) non ha però il compito di stabilire l'idoneità del paziente al trasporto, bensì valuta semplicemente se esistono controindicazioni (in conformità all'apposita lista¹¹). Provvede a informare la persona da rimpatriare in merito all'importanza di comunicare le suddette informazioni e la invita a metterle a disposizione del medico accompagnatore. Se la persona interessata acconsente, il medico annota nel «Rapporto medico nel settore del ritorno/nel quadro dell'esecuzione degli allontanamenti» le eventuali controindicazioni a

9 Direttiva sul rimpatrio (Direttiva 2008/115/CE).

10 Ai sensi dell'art. 27 cpv. 3 della legge sulla coercizione, l'interessato deve essere esaminato prima della partenza se a) lo chiede b) vi sono indizi di problemi alla salute.

11 Cfr. la lista delle controindicazioni mediche relative ai rinvii aerei coatti, www.assm.ch → Ethique → Médecine pénitentiaire (disponibile in francese e tedesco).

lui note e trasmette il documento in busta chiusa all'autorità esecutiva preposta.¹² Quest'ultima consegna immediatamente la busta all'organizzazione incaricata dell'accompagnamento medico. Se il paziente nega il proprio consenso alla trasmissione delle informazioni sanitarie, il medico è tenuto a illustrargli le possibili conseguenze del suo rifiuto. In quest'ultimo caso, si limita a comunicare che il soggetto non ha autorizzato la divulgazione delle informazioni; ciò va poi documentato nella cartella clinica del paziente. Il medico, tuttavia, deve valutare al contempo se il pericolo a cui il soggetto si espone è sufficientemente grave da giustificare un esonero dal segreto professionale ad opera dell'istanza competente ed eventualmente intraprendere le azioni necessarie. In via eccezionale, quando la vita o l'integrità fisica del paziente o di un terzo sono in pericolo immediato, il medico può derogare di propria iniziativa al segreto di cui sopra e informare le autorità competenti.

Visita medica da parte dei medici accompagnatori

I medici che prestano assistenza durante i voli di rinvio coatto assumono la funzione di esperti. Il medico accompagnatore deve avere tempo a sufficienza per effettuare un'anamnesi scrupolosa e, qualora necessario, può richiedere ulteriori esami e accertamenti. Spetta a lui definire le condizioni generali: durante la visita medica, è opportuno che il paziente non sia ammanettato né costretto a indossare maschere antisputo. Gli spazi destinati alla visita medica devono essere allestiti in modo tale da garantire la necessaria riservatezza. Se la situazione lo richiede, si deve ricorrere a un interprete.

Prima della visita, le autorità esecutive devono fornire almeno i seguenti dati amministrativi:

- sesso;
- età;
- ora dell'ultimo pasto;
- sciopero della fame (attualmente, nell'arco degli ultimi 6 mesi).¹³

Con il consenso del paziente, il medico accompagnatore prende visione del «Rapporto medico nel settore del ritorno/nel quadro dell'esecuzione degli allontanamenti» e all'occorrenza chiede ulteriori informazioni al medico (penitenziario) che ha seguito il paziente in precedenza. Risultano problematiche le situazioni in cui le persone da rimpatriare rifiutano il colloquio e il medico accompagnatore deve limitarsi alle impressioni cliniche generali. Dopo aver effettuato la visita, il suddetto medico decide se la persona in questione è idonea o meno al volo.

12 Cfr. il «Rapporto medico nel settore del ritorno/nel quadro dell'esecuzione degli allontanamenti», www.assm.ch → Ethique → Médecine pénitentiaire (disponibile in francese e edesco).

13 Il dato relativo allo sciopero della fame non rientra nella sfera del segreto medico. Si tratta di un'informazione amministrativa che deve essere comunicata in ogni caso, anche quando la persona interessata non ha acconsentito a dispensare il medico penitenziario dal segreto professionale.

Il medico accompagnatore si assume la responsabilità in merito alla valutazione dell'idoneità al trasporto e provvede a sorvegliare e assistere durante il volo la persona da rimpatriare. Può raccomandare a quest'ultima una terapia medicamentosa per la prevenzione della trombosi. Non sono ammessi trattamenti coercitivi. Il medico accompagnatore declina ogni responsabilità riguardo alle cure mediche successive prestate alla persona rimpatriata. Può tuttavia esigere che vengano messi a disposizione farmaci importanti (ad es. antipertensivi, antidepressivi, antibiotici, antivirali) per un periodo transitorio di alcuni giorni.

Il medico accompagnatore può rifiutarsi di prestare assistenza durante il volo se esiste una controindicazione per il trasporto o se non sussistono le condizioni per esprimere un giudizio adeguato.

Documenti di riferimento

Nazioni Unite

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.

Adopted 1989. [www.2.ohchr.org/english/law/bodyprinciples.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/bodyprinciples.htm)

Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

1999. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.

Adopted 1955. www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm

Resolution 37/194, 1982: Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Adopted 1982. www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Consiglio europeo

Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules.

wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747

Recommendation R(98)7 of the Committee of Ministers to member states on the ethical and organisational aspects of health care in prison.

Council of Europe Publishing. Strasbourg 1999. <https://wcd.coe.int/com.instranet>.

InstrServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=530914&SecMode=1&DocId=463258&Usage=2

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)

The CPT standards. CPT/Inf/E (2002)1-Rev.

2009. www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

World Medical Association

Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment.

Tokyo 1975 revised Divonee-les-Bains 2005. www.wma.net/en/20activities/10ethics/20tokyo/

Declaration on Hunger Strikers.

Malta 1991, revised Marbella 1992, revised Pilanesberg 2006.

www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

Statement on Body Searches of Prisoners.

Budapest 1993, revised Divonee-les-Bains 2005. www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading Treatment.

Hamburg 1997. www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware.
Helsinki 2003. www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

International Council of Nurses (ICN))

Nurses' role in the care of detainees and prisoners.
Adopted 1998, revised 2006. www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf

ICN code of ethics for nurses.
13.11.2009. www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/

Letteratura inerente all'applicazione delle presenti direttive

Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF.
Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J. Epidemiol Community Health.* 2009; 63: 912–9.

Fazel S, Baillargeon J.
The health of prisoners. *Lancet.* 2011; 377: 956–65.

Fazel S, Danesh J.
Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002; 359: 545–50.

Gravier B, Iten A.
Épidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande. Rapport au FNS. 2005; Lausanne.

Harding TW.
La santé en milieu carcéral. *Bulletin d'information pénitentiaire.* 1987; 10: 10–12.

Jurgens R, Ball A, Vester A.
Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009; 9: 57–66.

Kind C.
Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen – wo stehen wir heute? In: Guilloid O, Sprumont D (Hrsg.). *Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration?* 2011; 153 ff.

Rüetschi D.
Ärztliches Ständesrecht in der Schweiz – Die Bedeutung der Medizin-ethischen Richtlinien der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: *Die Privatisierung des Privatrechts – rechtliche Gestaltung ohne staatlichen Zwang.* Jahrbuch Junger Zivilrechtswissenschaftler 2002; 231–55.

Sprumont D, Schaffter G, Hostettler U, Richter M, Perrenoud J.
Pratique médicale en milieu de détention. Effectivité des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales sur l'Exercice de la Médecine auprès de Personnes Détenues. Mai 2009. www.unine.ch/ids/.

Wolff H, Sebo P, Haller DM, Eytan A, Niveau G, Bertrand D, Getaz L, Cerutti B.
Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health.* 2011; 11: 245.

Note sull'elaborazione delle presenti direttive

Mandato

In data 3 dicembre 1999 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare delle direttive riguardanti l'esercizio della medicina presso le persone detenute.

Sottocommissione responsabile

Dr. Jean-Pierre Restellini, Ginevra, Presidente
Dr. Daphné Berner-Chervet, Neuchâtel
Cdt. Peter Grütter, Zurigo
Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Dr. Joseph Osterwalder, San Gallo
Dr. Fritz Ramseier, Königsfelden
Dr. Ursula Steiner-König, Lyss
André Vallotton, Losanna
Prof. Michel Vallotton, Ginevra, Presidente CCE
Dominique Nickel, Basilea, ex officio

Consultazione

In data 29 novembre 2001 il Senato dell'ASSM ha posto in consultazione una prima versione delle presenti direttive.

Approvazione

La versione definitiva delle presenti direttive è stata approvata dal Senato dell'ASSM in data 28 novembre 2002.

Applicazione delle direttive

Le «note sull'applicazione pratica delle direttive», presenti in appendice, sono state approvate in data 20 gennaio 2012 dalla Commissione centrale di etica dell'ASSM. La loro stesura è stata curata da un gruppo di lavoro guidato dal Prof. Christian Kind e costituito dai seguenti membri: Dr. Bidisha Chatterjee, Dr. Monique Gauthey, Prof. Bruno Gravier, Prof. Samia Hurst, Dr. Fritz Ramseier, lic. iur. Michelle Salathé, Anna Schneider Grünenfelder, Prof. Dominique Sprumont, Marianne Wälti-Bolliger, Dr. Hans Wolff.

Adeguamento

Nel corso del 2012, le presenti direttive sono state adeguate alla situazione giuridica vigente in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2013 (Codice civile svizzero; protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione; art. 360 segg; modifica del 19 dicembre 2008). L'allegato lett. G è stato integrato con la decisione del Senato del 19 maggio 2015. Il 1° gennaio 2017 è stato eseguito un adeguamento redazionale.

