

SEGRETO PROFESSIONALE E DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

*Elisabetta Simeoni, *Giovanni Serpelloni, *Lorenza Crestoni,
Marco Spiniello, *Massimo Montisci

* *Sezione di Screening HIV- Sert I- ULSS 20 Verona*

** *Centro Operativo Aids - Ministero della Sanità*

*** *Centre of Behavioural and Forensic Toxicology - Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Università degli Studi di Padova*

INTRODUZIONE: Alcune precisazioni terminologiche

In medicina il diritto alla riservatezza può essere definito come “il diritto del paziente affinché vengano protette e non divulgate a terzi notizie concernenti il suo stato di salute, le prestazioni eseguite e tutto ciò che egli ha confidato al medico relativamente alle sue condizioni psicofisiche”.

Viene definito segreto professionale “il dovere del medico, giuridicamente previsto, di non divulgare e proteggere tutto ciò che gli è stato confidato dal paziente o che può conoscere in ragione della sua professione, comprese le prestazioni professionali effettuate e programmate”.

Le due definizioni, che spesso vengono utilizzate come sinonimi, rappresentano quindi le due posizioni complementari; quella del medico che deve operare rispettando la riservatezza del paziente, mantenendo nel contempo il segreto professionale e quella del paziente che ha il diritto a far rispettare la sua riservatezza.

IL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

Anche in Italia, come negli altri paesi, la necessità di un riconoscimento esplicito del diritto alla riservatezza si rende necessario soprattutto con l'evoluzione della tecnologia della comunicazione e dell'archiviazione dati e con il suo incalzante sviluppo.

In questa nuova dimensione, l'individuo difficilmente riesce a controllare direttamente il flusso e la conservazione delle informazioni che lo riguardano, prevenendo così l'insorgenza di possibili effetti negativi derivanti da usi impropri di tali informazioni.

Il problema della tutela della riservatezza, nel nostro paese è stato per molti anni oggetto di discussione. Alla fine del 1996, è stata finalmente approvata dal Parlamento una legge sulla tutela dei dati personali, legge n. 675 del 1996. Prima di questa data, nell'ordinamento italiano non esisteva una normativa generale, sistematica ed organica, sulla tutela della riservatezza. Questa carenza legislativa, oltre a creare un clima di grande incertezza per la risoluzione di molti problemi, metteva il nostro Paese in una situazione contraddittoria, visto che nel 1989 l'Italia aveva ratificato la Convenzione di Strasburgo, non approvando però, il provvedimento legislativo, senza cui la convenzione non poteva diventare operativa. L'art. 4 di tale Convenzione infatti, disponeva che ciascuno Stato aderente aveva l'obbligo di porre in essere i mezzi necessari per rendere operanti nel proprio ordinamento i principi fondamentali per la protezione dei dati stabiliti nella Convenzione e che l'adempimento di tale obbligo doveva essere attuato, al più tardi, al momento di entrata in vigore dell'accordo. Dell'esistenza di un diritto alla riservatezza costituzionalmente garantito, non esistono pareri concordi in dottrina. Secondo una tesi interpretativa, il diritto alla riservatezza troverebbe il suo fondamento come principio non scritto della Costituzione vigente in Italia. Alcuni autori, infatti, negano che la Costituzione preveda, in alcune sue disposizioni, il diritto alla riservatezza; altri invece ne trovano il fondamento, volta per volta, negli articoli 2, 3, 10, 13, 14, 15, 21, 27, 29, 32, e 41 Il comma, nei quali vengono sanciti i diritti inviolabili dell'uomo.

L'art. 8 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), approvata dal Consiglio d'Europa il 4 novembre 1950 a Roma e ratificata dall'Italia cinque anni dopo, tutela la privacy della persona stabilendo che: "Ogni persona ha diritto al rispetto della sua vita privata e familiare, del suo domicilio e della sua corrispondenza", ma detto articolo in Italia è privo di tutela giuridica complessiva.

Nell'ambito medico, il diritto alla riservatezza acquista un'importanza fondamentale: il suo rispetto è, *sine dubio*, vitale nella relazione che si instaura, di volta in volta, tra medico e paziente. Tale rapporto si costruisce, di fatto, sulla reciproca fidu-

cia e confidenza, dato che i pazienti devono rivelare informazioni essenziali per avere una diagnosi esatta sul proprio stato di salute e per la cura dei propri mali.

NUOVE INDICAZIONI DOPO L'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 675 DEL 1996 SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI

Come anticipato, la legge 31 dicembre 1996 n. 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive integrazioni ha rafforzato l'ambito della tutela del diritto alla riservatezza.

Tale legge garantisce (art. 1 comma 1) che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza ed all'identità personale.

In questo comma, sono contenuti concetti prioritari. Il primo è quello che riconduce il trattamento dei dati ai diritti ed alle libertà fondamentali; il secondo è quello che riporta a tale importante categoria costituzionale il diritto alla riservatezza il cui contenuto viene sostanzialmente identificato con la tutela dei dati personali.¹

Concetto di fondamentale importanza è quello previsto al capo IV. Tale capo, tra i "trattamenti di dati particolari", all'articolo 22, prevede che i cosiddetti dati sensibili, tra cui i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante (organo collegiale, istituito per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, costituito da quattro membri, uno dei quali viene eletto presidente, eletti due dalla Camera dei Deputati e due dal Senato della Repubblica). I dati sensibili, individuati e tutelati nelle varie normative sui dati personali in modo abbastanza uniforme, sono quelle informazioni che hanno una particolare capacità di incidere sulla riservatezza dei singoli individui e di determinare discriminazioni sociali particolarmente rilevanti.

¹ Vitiello S.F. "Nuovi profili di responsabilità in materia di AIDS" in "AIDS 1998 Il contributo italiano" a cura di F. Dianzani, G. Ippolito, M. Moroni. 1998 by Piccin Nuova Libreria S.p.a. - Padova.

Si è in tal modo recepito l'orientamento della quasi totalità delle legislazioni in materia, che prevedono in genere il divieto di trattamento di tali dati, tranne nel caso in cui il soggetto interessato presti il suo consenso scritto².

Sempre nello stesso capo si sancisce che gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono, anche senza l'autorizzazione del Garante, trattare i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute, limitatamente ai dati e alle operazioni essenziali per il perseguimento di finalità, di tutela dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato. Se le medesime finalità riguardano un terzo o la collettività, in mancanza del consenso dell'interessato, il trattamento può avvenire con la previa autorizzazione del Garante. Con disposizione innovativa³ la nostra legge prevede che nel caso di richiesta dell'interessato di conoscenza dei dati sanitari che lo riguardano la comunicazione debba avvenire tramite un medico designato dall'interessato o dal titolare e ciò allo scopo di informare più compiutamente (e personalmente) l'interessato stesso.

Una recente disposizione (provvedimento 29 dicembre 1997 in Gazzetta Ufficiale 2-1-98) ha autorizzato gli investigatori privati a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute qualora il trattamento sia necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni di cui all'art. 38 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, o comunque per far valere o difendere in sede giudiziaria un diritto di rango pari a quello dell'interessato, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento.

In caso di violazione delle norme della legge 675 è previsto un apparato sanzionatorio complesso che opera secondo un duplice schema: per le violazioni più lievi sono previste sanzioni amministrative, per quelle ritenute più gravi sono previste sanzioni penali (con pene che vanno dai due mesi ai tre anni).

² Ciacci G., *Il consenso scritto dell'interessato legittima la divulgazione dei dati sensibili*, in *Guida al diritto*, 4, 1 febbraio 1997.

³ Lungoni M., "La Tutela della riservatezza dopo la legge 675/96", in *Guida Italia Oggi*, Anno 7, Serie Speciale numero 1 - dicembre 97.

SEGRETO PROFESSIONALE

Costituisce segreto, in generale, ciò che non deve essere divulgato (con la vecchia dizione latina “visa, udita et arcana”, ovvero tutto ciò che può essere visto, sentito e persino intuito) e, in particolare, quel fatto o notizia che una determinata persona vuole sottrarre alla conoscenza di altri.

La sua conoscenza può essere *diretta*, per esempio, a seguito di visita medica o di visione di esami clinico-diagnostici, ovvero *indiretta* mediante confidenza in sede anamnestica o durante il colloquio con i familiari.

Il fondamento del segreto professionale in medicina è triplice: etico, deontologico e giuridico. A questo proposito è necessario effettuare una distinzione preliminare per comprendere la fondamentale distinzione tra ambito etico, deontologico e giuridico.

Tabella 1: doveri, norme, tipi di responsabilità

AMBITO DEL DOVERE	NORME DI REGOLAMENTAZIONE	TIPO DI RESPONSABILITÀ
Etico	Principi socio-culturali	Morale
Deontologico	Codici professionali	Disciplinare
Giuridico	Leggi	Giuridica

A) fondamento etico

Dal punto di vista etico, il medico, in un contesto di alleanza terapeutica ha l'obbligo morale di non violare la fiducia riposta dal paziente nella sua figura di pro-

fessionista, ma soprattutto di uomo che ascolta, senza divulgare, i fatti personali del malato che altrimenti avrebbe taciuto⁴.

Il famoso, quanto mai paradigmatico, giuramento di Ippocrate recita: “quanto vedrò e udirò esercitando la mia professione e anche al di fuori di essa nei miei rapporti con gli uomini, se mai non debba essere divulgato attorno, lo tacerò ritenendolo alla stregua di un sacro segreto”⁵.

La Guida Europea di Etica Medica, approvata nel 1987⁶ dagli Ordini dei Medici dei dodici Paesi Membri della CEE, ha dedicato alcuni articoli al segreto professionale. L’art. 8 dichiara espressamente che “il medico è necessariamente il confidente del paziente. Egli deve garantire il segreto totale su tutte le informazioni raccolte e sugli accertamenti eseguiti su di lui... Qualora il diritto nazionale preveda eccezioni all’obbligo del segreto medico, il medico potrà chiedere preventivamente il parere del suo Ordine e Organismo professionale competente”. Nella guida viene riconosciuto anche il diritto del paziente all’intimità, alla sicurezza ed alla protezione della sua vita privata; viene stabilito che le banche di dati sanitari debbano essere poste sotto la responsabilità di un medico designato.

B) fondamento deontologico

L’art. 9 del nuovo codice di deontologia⁷ medica, prevede espressamente che “il medico deve serbare il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve altresì conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate”.

Al terzo comma dell’art. 9 vengono elencati i casi in cui la rilevazione è consentita: “a) — se imposta dalla legge (referti, denunce e certificazioni obbligatorie); b) — se richiesta o autorizzata dall’interessato, dai legali rappresentanti del minore o incapace, previa adeguata informazione sull’opportunità o meno dell’informazione stessa”.

⁴ Cattorini P., *Diagnosi di AIDS e segretezza professionale*, in *Difesa Sociale*, 6, 1987.

⁵ Il giuramento di Ippocrate risale al V sec. a.C.; lo riportiamo nella traduzione che ne dà Vegetti M., *Opere di Ippocrate*, Torino, 1976, 415.

⁶ Principi di etica medica europea, approvati il 6 gennaio 1987 in occasione della Conferenza Internazionale degli Ordini e degli Organismi con attribuzioni similari.

⁷ Approvato dal Consiglio Nazionale, in vigore dal 25 giugno 1995.

Al quarto ed al quinto comma dello stesso articolo si prevede inoltre che “resta comunque al medico la valutazione sull’opportunità della deroga allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi”. Tale norma è completamente innovativa ed unica nel suo genere in quanto consentirebbe al medico di derogare al segreto in presenza di grave pericolo per la salute o la vita di terzi (per esempio nella fattispecie specifica deontologicamente non sarebbe perseguibile disciplinarmente il medico che riveli a partner ignaro di persona sieropositiva il possibile rischio di trasmissione di infezione).

L’ultima disposizione che riteniamo doveroso ricordare è che secondo quanto previsto in quest’articolo “nemmeno la morte del paziente esime il medico dall’obbligo del segreto”.

C) fondamento giuridico

L’attuale codice penale prevede tre norme specifiche volte a disciplinare la regolamentazione del segreto professionale. La prima, l’art. 622 del codice penale, sanziona la violazione del segreto professionale, cioè del segreto appreso “in ragione del proprio stato, o ufficio, o della propria professione od arte”. Si tratta di un delitto punibile a querela della persona offesa che ha come soggetto attivo “chiunque” (e quindi anche il professionista sanitario), e che prevede una condotta che si concretizza in una rivelazione senza giusta causa, ovvero in un impiego a proprio, o altrui profitto, della informazione coperta dal segreto. La condotta è punita se dal fatto può derivare nocumento.

La seconda norma, l’articolo 326 del codice penale, sanziona la rivelazione o l’utilizzazione del segreto d’ufficio, cioè di quel segreto avente ad oggetto notizie di ufficio che il pubblico ufficiale o l’incaricato di pubblico servizio può conoscere nell’esercizio della propria attività e rivelare, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio o comunque abusando della sua qualità⁸.

La terza ed ultima norma è l’articolo 200 del codice di procedura penale che elenca le categorie professionali obbligate a mantenere il segreto.

⁸ Spiniello M., “La tutela della riservatezza, in particolare quella delle persone con infezione da HIV. Profili giuridici, etici e deontologici” (comunicazione personale), 1998.

Affinché il fatto configuri il reato di violazione del segreto professionale previsto dall'art. 622 c.p. è necessario vi sia la presenza delle seguenti condizioni:

- a) che si tratti di un segreto, ovvero un fatto la cui conoscenza è riservata e non pubblica. Non potrebbe configurare il reato previsto da questa disposizione, la divulgazione di un fatto ancorché poco noto ma la cui conoscenza sia pubblica;
- b) che sia appreso in ragione della propria professione od arte. La diffusione di notizie da parte di un operatore che le ha conosciute perché riferite semplicemente da una qualsiasi persona al di fuori del contesto lavorativo professionale, non figura l'ipotesi in questione;
- c) che il fatto venga rivelato senza giusta causa (*si veda paragrafo successivo*): ci sono alcune notizie che l'operatore sanitario, in particolare quello medico, è tenuto a portare a conoscenza di alcune autorità pubbliche o dei colleghi.

Il primo caso configura una delle ipotesi delle cause legali di rivelazione le quali consentono al medico di derogare all'obbligo del segreto. Le norme imperative, ad esempio, obbligano il medico a rendere noto il segreto in nome di quel dovere di informare che si traduce in obbligo alla denuncia, al referto, al rapporto e alle certificazioni (per esempio notifica caso di AIDS conclamata).

Il secondo caso (ed è anche alla situazione sempre più frequente) si ravvisa, per esempio, qualora uno staff medico che cura lo stesso paziente abbia la necessità che i dati riguardanti quel paziente vengano comunicati da un medico all'altro (cosiddetta trasmissione di segreto non perseguibile in presenza di necessità clinica nell'interesse del paziente);

- d) che sia stato rivelato per proprio o altrui profitto;
- e) che la divulgazione delle notizie produca un danno ingiusto alla persona cui si riferiscono. È importante evidenziare che l'elemento del danno è richiesto solo per la responsabilità penale dell'operatore, in quanto per la responsabilità amministrativa è sufficiente che il comportamento abbia violato il dovere di mantenere il segreto.

Da quanto detto si evince che l'operatore ha l'obbligo di tacere all'esterno le cose di cui viene a conoscenza; astenersi dal compiere azioni "a proprio o altrui profitto" in danno altrui, determinate dalla conoscenza dei fatti appresi in ragione della propria professione.

In conclusione quindi possiamo affermare che, qualsiasi ipotesi di rivelazione del segreto professionale (ad esclusione di cause che giustificano la deroga al segreto

come, per esempio, la presenza dello stato di necessità) del sanitario, non può porsi che come eccezione.

LA GIUSTA CAUSA DI RIVELAZIONE

Cosa debba intendersi per giusta causa di rivelazione è una questione piuttosto controversa. La dottrina oscilla tra due interpretazioni. La prima considera giusta causa una formula riassuntiva attraverso la quale vengono richiamate tutte le cause di esclusione della punibilità già previste dalla legge, e precisamente tutte le scriminanti (ad esempio consenso dell'avente diritto; stato di necessità; adempimento di un dovere), le norme imperative che fanno obbligo di rivelare (ad esempio le denunce obbligatorie) e le norme permissive (quali ad esempio il diritto di astenersi dal testimoniare).

La seconda considera tautologica una tale interpretazione del concetto di giusta causa e quindi gli attribuisce una valenza più ampia consentendogli di recepire, oltre che alle cause di esclusione della punibilità come sopra descritte, anche diversi apprezzamenti etico-sociali, che siano veramente meritevoli di tutela, alla cui stregua la rivelazione del segreto, se pur autorizzata esplicitamente dal diritto, possa tuttavia considerarsi giusta.

In ogni caso, e qualsiasi delle due interpretazioni si scelga di seguire, i criteri da utilizzarsi in concreto per individuare il contenuto della giusta causa sono essenzialmente due: il bilanciamento degli interessi e l'adeguatezza del mezzo rispetto allo scopo. Nel primo caso tra i due o più interessi in gioco viene effettuato un bilanciamento che si risolve a favore di quello che viene ritenuto prevalente nella coscienza etica e sociale, giuridicamente recepita; nel secondo caso si tiene conto dell'adeguatezza, o meno, degli strumenti a disposizione alternativi alla rivelazione del segreto e si ricorre alla rivelazione solo come "extrema ratio".

Il principio generale da osservarsi in modo rigoroso in questi casi è che nessuna rivelazione è giustificata se ciò non corrisponde alla volontà del paziente.

RISERVATEZZA/SEGRETO PROFESSIONALE ED HIV

La legge 135 del 1990 tutela espressamente il diritto alla riservatezza all'art. 5, I comma "Gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengano a

conoscenza di casi di infezione da HIV o di AIDS, sono tenuti ad adottare ogni misura necessaria per tutelare la riservatezza della persona assistita.” e al IV comma “La comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti”.

I pochi casi di deroga sono previsti dal Decreto Ministeriale 28 novembre 1986 e dalla circolare n. 5 del 13 febbraio 1987 relativamente all’obbligo di denuncia per AIDS conclamata.

In base al D.M. 28-11-86 del Ministero della Sanità la notifica dei casi conclamati di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) è obbligatoria.

La notifica deve essere effettuata tramite compilazione ed invio di una scheda in triplice copia.

Queste copie sono inviate: al Centro Operativo AIDS, all’Assessorato Regionale alla Sanità e l’ultima rimarrà al Medico segnalatore.

La denuncia nominativa dell’AIDS da parte del sanitario che riconosca la malattia, integra così, a pieno titolo, una “giusta causa” di rivelazione.

Sullo stato di sieropositività non esistono procedure di segnalazione obbligatorie. Esiste un’opinione non condivisa e priva di alcun riscontro giuridico oltre che non condivisibile nella motivazione riportata a giustificazione di tale azione, secondo la quale “I soggetti che risultano sieropositivi per HIV verranno esclusivamente segnalati ai centri di riferimento regionale a tal fine identificati dai competenti assessorati alla sanità allo scopo di poter garantire ai singoli soggetti una idonea assistenza” (Barni 1989)⁹.

Anche i minori hanno il diritto di veder tutelato il loro diritto alla riservatezza. L’obbligo di rispettare tale diritto alla riservatezza per il minore colpito da HIV, sussiste anche per le persone esercenti la potestà genitoriale e le persone esplicitamente delegate a seguire il minore nelle sue vicende sanitarie connesse al suo stato di infezione da HIV. In altre parole, il genitore (o chi per esso) è giuridicamente vincolato a tutelare il minore anche relativamente alle possibilità di informare terzi del suo stato di salute.

⁹ Barni M., Gabrielli L., AIDS e deontologia medica, Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale “AIDS ed invalidità”, Punta Ala 14-15 aprile 1989.

Ogni altra persona che abbia rapporti con il minore a fini di assistenza, educazione o socializzazione non ha diritto ad essere informata sul suo stato infettivologico. Nel capitolo successivo verranno delineati problemi connessi all'applicazione del diritto alla riservatezza in relazione a specifiche condizioni che sembrerebbero indizzare il medico ad una sua possibile violazione in presenza di interessi maggiori.

Bibliografia

1. Alpa G., Privacy e statuto dell'informazione, 1979, 67.
2. I diritti della persona e la cronaca giornalistica, in *Giur. merito*, 1987, 1311-1316.
3. Diritti della personalità emergenti: profili costituzionali e tutela giurisdizionale. Il diritto alla identità personale, in *Giur. merito*, 1898, 464-474.
4. Ambrosini G., Segreto professionale e diritto all'anonimato del tossicodipendente, in *Quest. giust.*, 1, 1989, 138-148.
5. Auletta T.A., La riservatezza nell'ambito della società familiare, in "Eguaglianza morale e giuridica dei coniugi", Atti del Convegno di Napoli, 14-15 dicembre, 1973, Napoli, 1975.
6. Riservatezza e tutela della personalità, Milano, 1978.
7. Austin R.C., The Data Protection Act 1984: The Public Law Implications, in *P.L.*, winter, 1984, 618-634.
8. Baldassarre A., In materia di limiti del diritto di cronaca, in *Giur. it.*, 1972, I, 1, 1916.
9. Privacy e Costituzione, Roma, 1974.
10. Balestrini, Ancora in tema di diritto alla riservatezza (a proposito di un caso di intercettazione telefonica), in *Foro pad.*, 1974, I, 44 ss.
11. Buffelli, Sulla tutela del diritto alla riservatezza in materia di assistenza sanitaria, in *Rass. giur. san.*, 1990, 192 ss.
12. Camera dei Deputati, La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori della Assemblea costituente, Roma, 1971.
13. Intercettazioni telefoniche e rispetto della vita privata, Roma, 1973.
14. Anche dati e tutela della persona, Roma, 1983.
15. Cane P., Private Rights and Public Procedure, in *P.L.*, summer, 1992, 193-200.
16. Casonato C., Riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori in Italia e Stati Uniti: prime considerazioni, in *Dir. soc.*, 4, 1993, 677-704.
17. Aids e diritto: un nuovo equilibrio?, in *San. pubbl.*, 8/9, 1994, 905-937.
18. Diritto alla riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori: un'indagine comparata, Trento, 1995.
19. Cataudella A., La tutela civile della vita privata, Milano, 1972.
20. Riservatezza (diritto alla), in *Enc. Giur.*, XXVII, Roma, 1991, 1.
21. Ciallella C., Colesanti C., Il segreto professionale nell'archiviazione informatica di dati sanitari, in *Riv. It. Med. Leg.*, XIII, 1991, 713-734.
22. Crespi I. A., La tutela penale del segreto, Palermo, 1952.
23. De Cupis A., Sul limite della tutela della riservatezza, in *Foro pad.*, 1955, I, 470 ss.
24. Immagine (diritto alla), in *Enc. giur.*, XXX, Varese, 1980.
25. I diritti della personalità, in *Trattato di diritto civile e commerciale*, diretto da Cicu A. e Messineo F., IV, I, Milano, 1982.
26. De Mattia A., Palladino A., Galli G., Il diritto alla riservatezza, Milano, 1963.

27. Dogliotti, Tutela della riservatezza, diritto di cronaca, rielaborazione creativa, in Giust. civ., 1979, I, 1524.
28. Dogliotti, Boccaccio, Il diritto alla riservatezza negli orientamenti della giurisprudenza, in Nuova giur. civ. comm., 1989, II, 351 ss.
29. Gerino C., Stop alla privacy violata non saremo più schedati, in la Repubblica, giovedì 19 dicembre 1996, 23.
30. Giacobbe G., Il “diritto alla riservatezza” in Italia, in Dir. soc., 4, 1974, 688-750.
31. Riservatezza (diritto alla), in Enciclopedia del diritto, XL, Milano, 1989, 1244.
32. Giannantonio E., Il progetto di legge sulle banche di dati personali e le normative straniere, in Giur. It., 1985, IV, 168.
33. Il nuovo disegno di legge sulle banche di dati personali, in Dir. Inf., 1991, 67 ss.
34. Giorgianni, La tutela della riservatezza, in Riv. trim. dir. proc. civ., 1970, 13 ss.
35. Ichino P., Diritto alla riservatezza e diritto al segreto professionale nel rapporto di lavoro, Milano, 1979.
36. Introna F., La responsabilità professionale nell’esercizio delle arti sanitarie, Padova, 1955.
37. Il segreto professionale, in Difesa sociale, 4, 1959.
38. Barni M., Gabrielli L., AIDS e deontologia medica, Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale, “AIDS ed invalidità”, Punta Ala 14-15 aprile 1989.
39. Siero-positività da HIV - Diritto alla riservatezza - Salute come diritto della persona ed interesse della collettività - Accertamento solo su consenso dell’interessato - Illegittimità costituzionale della norma per gli addetti a strutture sanitarie, in Riv. It. Med. Leg., 17, 1995, 241-247.
40. Lattanzi R., La tutela dei dati personali dopo la ratifica della Convenzione europea sulle banche dati, in Dir. Inf., 1990, 220-240.
41. Martinotti G., La difesa della “privacy” (I), in Pol. dir., 1971, 753 ss.
42. La difesa della “privacy” (II), in Pol. dir., 1972, 59.
43. Morsillo G., La tutela penale del diritto alla riservatezza, Milano, 1966.
44. Piccinini Graziani S., Diritto alla riservatezza elaboratori ed informazione sanitaria, in Giust. civ., II, 1980, 243-261.
45. Rodotà S., Elaboratori elettronici e controllo sociale, Bologna, 1973.
46. La privacy fra individuo e collettività, in Pol. dir., 1974, 548 ss.
47. Privacy e costruzione della sfera privata. Ipotesi e prospettive, in Pol. dir., 1991, 521 ss.
48. Tecnologie e diritti, Bologna, 1995.
49. Trabucchi E., Il segreto professionale, Chieri, 1959.
50. Il segreto professionale ha dei limiti?, in La Civiltà Cattolica, 2676, 1961, 581-594.
Traldi I., Pavarini C., Trasparenza e riservatezza degli atti nel diritto alla salute, in San. pubbl., 1, 1995, 39-56.