

Il segreto professionale, ovvero la tutela della riservatezza e i suoi limiti

Patrizia Borsellino

Professore ordinario di Filosofia del diritto e di Bioetica

Università degli Studi dell'Insubria (Varese-Como), Facoltà di Giurisprudenza

Presidente del CEF (Comitato per l'etica di fine vita - Fondazione Floriani)

“**L**a consegna del segreto costituisce da sempre - ha scritto Mauro Barni - un aspetto fondamentale della fisionomia del medico”. Si sbaglierebbe, tuttavia, a ritenere che la riservatezza prescritta a tutti gli esercenti le professioni sanitarie, e non solo ai medici, dall'etica deontologica e dal diritto sia rimasta invariata nel passaggio, tanto lento e faticoso quanto irreversibile, dal tradizionale modello paternalistico al modello “liberale”, caratterizzato dalla valorizzazione dell'autonomia del paziente e del suo diritto a consapevoli decisioni sulle cure. In una relazione che privilegiava la comunicazione delle informazioni sanitarie a terzi (soprattutto ai familiari), piuttosto che al diretto interessato, la riservatezza da osservare è sembrata, infatti, a lungo, dover essere circoscritta, secondo il dettato dell'art. 622 del codice penale “Rivelazione del segreto professionale”, al complesso dei fatti e delle circostanze, non solo di indole tecnica, conosciuti dai sanitari a motivo della loro attività professionale o scientifica, la cui rivelazione fosse suscettibile di recare nocumento alla persona assistita. Nel contesto, invece, di una relazione nella quale la corretta informazione del paziente, così come la richiesta del suo consenso sulla base delle informazioni ricevute, assumono la valenza di doveri morali, non meno che deontologici e giuridici, la riservatezza a cui sono tenuti i sanitari non appare più limitata alle sole informazioni, relative al paziente, dalla cui rivelazione possa de-

rivare a questi un danno, e rappresenta l'altra faccia del diritto del paziente a mantenere il controllo su tutte le informazioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche di cui è diretto destinatario.

Tale configurazione della riservatezza emerge con chiarezza dalle disposizioni in materia di protezione dei “dati idonei a rivelare lo stato di salute” contenute nella legge 675 del 1996, comunemente nota come legge sulla privacy², nonché dalle disposizioni dei codici deontologici dei medici e degli infermieri e di altri esercenti professioni sanitarie. Nel codice di deontologia medica riveste particolare rilievo l'art. 31, il quale subordina al consenso esplicitamente espresso dal paziente la comunicazione a terzi delle informazioni sanitarie che lo riguardano, prevedendo, altresì, che, in caso di ricovero, il medico raccolga dal paziente stesso gli eventuali nominativi delle persone alle quali acconsente che siano comunicati i suoi dati. In conformità con l'idea che l'autonomia degli individui trovi un limite invalicabile nel danno che ne possa derivare ad altri, l'art. 31 sancisce, d'altra parte, il principio che la tutela della riservatezza possa venir meno “allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri”, rinviando alla previsione già contenuta nell'art. 9 (Segreto professionale) dello stesso codice. Tale articolo menziona, infatti, tra le giuste cause di rivelazione del segreto professionale, di cui pur sancisce, in via generale, la doverosità per il medico, proprio l'urgenza di salvaguardare la vi-

ta o la salute di terzi, nel caso di diniego dell'interessato, subordinando, peraltro, la rivelazione all'autorizzazione del Garante per la Privacy.

La mente corre al caso delle malattie contagiose (epatite, AIDS ecc.) trasmissibili, soprattutto, anche se non solo, nell'ambito familiare, a terzi che non ne siano stati debitamente informati. Si tratta di una materia delicata, nell'affrontare la quale si deve trovare un buon equilibrio tra la tutela del bene fondamentale della salute e la protezione dell'individuo contro il rischio della strumentalizzazione, in nome di un preteso superiore interesse della società. A questo, nella previsione del legislatore, recepisce poi dal codice di deontologia medica, doveva servire l'autorizzazione rilasciata dal Garante, dopo un'accurata valutazione delle circostanze del caso, ma la necessità

di operare tempestivamente, senza le lungaggini burocratiche dell'autorizzazione da concedersi volta per volta, ha portato all'emanazione, da parte del Garante, di un'Autorizzazione generale preventiva³ al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, quando ciò sia indispensabile per tutelare la salute di un terzo o della collettività. L'autorizzazione generale non va, però, interpretata come un riconoscimento della liceità della divulgazione di informazioni ogniqualvolta ricorrano determinate situazioni tipo, alle quali è associata, magari sulla base di pregiudizi, un'idea di rischio per i terzi. La miglior difesa contro questa pericolosa interpretazione può essere approntata dagli stessi operatori sanitari, alla cui competenza e coscienza torna, a questo punto, ad essere rimessa l'accurata valutazione delle circostanze del caso. ■

Note

1 M. Barni, *Riservatezza ed esigenze pubbliche nel rapporto medico-paziente*, in M. Barni, A. Santosuosso (a cura di), *Medicina e diritto*, Giuffrè, Milano 1995, p. 355.

2 Tale legge è confluita nel Codice della privacy, emanato con decreto legislativo n. 196 del 30/6/2003, che costituisce oggi il più aggiornato testo di riferimento in materia.

3 L'Autorizzazione generale è stata concessa per la prima volta nel 1998 e poi riconfermata nel 2002 e nel 2004.

L'infermiere e il segreto professionale

Laura D'Addio

docente di etica e deontologia infermieristica

Università degli Studi di Firenze – Facoltà di Medicina e Chirurgia

Sebbene il segreto professionale sia oggetto anche di regolamentazione giuridica, si può senza dubbio affermare che questo aspetto della relazione infermiere assistito sia questione

deontologica per eccellenza. È quindi ovvio ritrovare nei Codici deontologici delle professioni sanitarie riferimenti al tema. È quanto accade anche nel Codice degli Infermieri, che afferma: "l'infermie-

re rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui" (art. 4.8, CD 1999). Riprendendo testualmente la versione della norma del CD precedente, l'infermiere esprime l'impegno al vincolo circa quanto la persona assistita porta a conoscenza del professionista, così come per qualsiasi altra informazione di cui venga in possesso a seguito dell'intervento assistenziale.

Nel Codice vigente la norma sul segreto ha forma sintetica e lapidaria, lasciando al singolo professionista la declinazione nel qui ed ora specifico. Vale la pena però ricordare la precedente versione del Codice deontologico del 1960: "essi osservano il segreto professionale in base a intima convinzione al di sopra di ogni obbligo giuridico. Il segreto si estende a tutto ciò che i professionisti siano venuti a conoscere nell'esercizio della professione: non solo quindi a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che essi hanno veduto, inteso o semplicemente intuito" (art. 5, CD 1960). Come felicemente affermato in questa norma, l'estensione del segreto è il nodo centrale della prospettiva deontologica: in termini temporali, per esempio, viene individuato dai medici come obbligo che permane anche a seguito della cancellazione dall'Albo¹, mentre in termini di ampiezza i tecnici sanitari di radiologia medica, nel loro Codice del 1993, estendevano pregevolmente la riservatezza a tutte le informazioni in possesso del professionista, come anche le prestazioni, i comportamenti posti in essere e l'intimità del cliente². Come declinano oggi gli infermieri il segreto professionale? Dopo l'emanazione della recente normativa sulla privacy, che introduce ulteriori connotazioni ai dati dell'assistito, il segreto professionale si è arricchito oggi di ulteriori e più raffinate sfaccettature.

Il Codice sulla privacy del 2003 assegna al personale sanitario, quindi anche agli infermieri, nuove responsabilità, o me-

glio, più sofisticate attenzioni al rispetto dell'assistito: i dati da proteggere (sensibili) sono identificati e ampliati; l'assistito, da paziente espropriato perfino del proprio nome, menzionato fino a pochi anni fa per numero di letto o malattia, è oggi il titolare di scelte importanti quale la definizione di chi potrà ricevere informazioni che lo riguardano oltre a lui stesso. In questa nuova normativa si legge la richiesta dei cittadini di attenzione e puntualità sui dati e le informazioni che lo riguardano, meglio che sono di suo possesso e che pertanto possono essere trattati solo dietro sua autorizzazione: ci sono elementi etici di assoluto rilievo in questa innovazione che è in primo luogo culturale e poi giuridica. Tuttavia, nonostante le recenti istanze della società, il tema del segreto professionale ha sempre posto importanti sfide ai professionisti. Cosa distingue la trasmissione dalla rivelazione di segreto professionale? Quando si mette a parte di un dato relativo a un cliente un collega che non avrà a che fare con lui, si rimane nella trasmissione o si deborda nella rivelazione? Come distinguere inoltre i dati da trasmettere: non tutte le informazioni in possesso di un singolo professionista possono essere inerenti all'assistenza. Il Codice deontologico dell'Infermiere coglie questa demarcazione affermando: "l'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza". Ma anche: come distinguere le informazioni che vengono fornite all'infermiere in quanto tale da quelle che l'assistito gli offre in un momento di particolare apertura relazionale (es. un colloquio nella fase terminale dell'assistito), e che quindi non sempre devono essere trasmesse al resto dell'équipe? Come far rispettare anche ai volontari e ai frequentatori non addetti ai lavori le regole della riservatezza nei confronti degli assistiti presenti nei servizi socio-sanitari, dato che nei confronti di questi soggetti il per-

sonale sanitario non ha autorità alcuna, né d'altro canto questi hanno una deontologia?

Rispetto a queste e varie altre questioni, alcuni strumenti fino ad oggi utilizzati

esclusivamente a fini clinico-scientifici (es. linee guida) potrebbero essere validi supporti per un pratica clinica incentrata sulla riflessione critica, come il Codice stesso suggerisce ■

Note

1 Cfr. Federazione Nazionale Ordini dei Medici, *Codice di deontologia medica*, 1998, art. 9

2 Cfr. Federazione Nazionale Collegi TSRM, *Codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica*, 1993, art. 5; oggi questa norma è stata superata dal Codice Deontologico emanato nel 2004, in cui la portata deontologica del segreto professionale viene ridimensionata e superficializzata rispetto alla precedente versione: "riconosce il segreto professionale come un dovere e un diritto oltre che come espressione del rapporto di fiducia; si adopera affinché il segreto professionale sia conservato anche dagli altri operatori" (art. 3.7, CD 2004)

Bibliografia essenziale

- Calamandrei C., D'Addio E., Commentarie al nuovo Codice deontologico dell'infermiere. Milano, Mc Craw-Hill, 1999
- D.Lgs 30/6/2003, n. 196 - Codice

- in materia di protezione dei dati personali.
- Federazione Nazionale Collegi (PASVI) (a cura di). Linee di orientamento alla lettura del Codice

- deontologico degli infermieri, 1999
- Freidson E., *La dominanza medica*. Milano, Franco Angeli, 2002.