



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza  
IFPDT

# Guida al trattamento dei dati personali nella sfera medica

luglio 2002



## Indice

<b>I. Introduzione</b> .....	<b>4</b>
1. Quali categorie di dati personali sono contemplati dalla legge federale sulla protezione dei dati?.....	4
2. A chi si rivolge la legge federale sulla protezione dei dati? .....	4
3. Quali disposizioni di protezione dei dati trovano applicazione per gli ospedali cantonali? .....	4
4. Differenze tra il segreto professionale medico giusta l'art. 321 del Codice penale e l'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 della legge federale sulla protezione dei dati .....	5
a) <i>Il segreto professionale medico giusta l'art. 321 del Codice penale</i> .....	5
b) <i>L'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 LPD</i> .....	5
<b>II. Il rapporto tra medico e paziente</b> .....	<b>7</b>
1. Trattamento di dati riguardanti la salute.....	7
2. Principi generali per il trattamento di dati personali .....	8
a) <i>Raccolta dei dati in modo lecito (art. 4 cpv. 1 LPD)</i> .....	8
b) <i>Principio della buona fede (art. 4 cpv. 2 LPD)</i> .....	9
c) <i>Proporzionalità (art. 4 cpv. 2 LPD)</i> .....	9
d) <i>Indicazione dello scopo (art. 4 cpv. 3 LPD)</i> .....	9
e) <i>Esattezza dei dati (art. 5 LPD)</i> .....	9
f) <i>Equivalenza nella protezione dei dati in caso di comunicazione all'estero (art. 6 LPD)</i> ....	10
3. Diritto d'accesso .....	10
a) <i>Principio: il diritto del paziente all'accesso</i> .....	11
b) <i>Eccezioni al diritto d'accesso</i> .....	12
aa) <i>Notizie ad uso esclusivamente personale del medico</i> .....	12
bb) <i>Restrizioni</i> .....	13
c) <i>Come deve essere trasmessa l'informazione?</i> .....	14
aa) <i>Scadenze</i> .....	14
bb) <i>È gratuita l'informazione?</i> .....	15
d) <i>Consultazione dei dati sul posto (art. 1 cpv. 3 OLPD)</i> .....	15
e) <i>Quando è possibile designare un altro medico per trasmettere l'informazione?</i> .....	16
4. Come può essere esercitato il diritto d'accesso? .....	16
a) <i>Privati</i> .....	17
b) <i>Organi federali</i> .....	17
5. Comunicazione a terzi di dati concernenti la salute.....	17
a) <i>Principi</i> .....	17
b) <i>Comunicazione di dati dei pazienti ad altri professionisti del ramo sanitario</i> .....	18
c) <i>Può il medico perseguire in esecuzione il paziente?</i> .....	19
d) <i>È lecito far calcolare gli onorari ad uffici di gestione esterni?</i> .....	19
e) <i>Quali malattie vanno comunicate all'autorità?</i> .....	20
f) <i>Comunicazione sistematica della diagnosi alla cassa malati</i> .....	20
g) <i>Codice diagnostico</i> .....	20
6. Sicurezza dei dati (art. 7 LPD, art. 8 OLPD).....	21
a) <i>Controllo dell'entrata nelle installazioni</i> .....	21
b) <i>Controllo d'accesso</i> .....	21
c) <i>Controllo dei supporti di dati</i> .....	22
d) <i>Controllo del trasporto</i> .....	22
e) <i>Controllo di comunicazione</i> .....	22
f) <i>Controllo di memoria</i> .....	23
g) <i>Controllo di utilizzazione</i> .....	23
h) <i>Controllo dell'introduzione</i> .....	24
i) <i>Aggiornamento (art. 10 OLPD)</i> .....	24
k) <i>Protezione contro i virus</i> .....	24



<b>III. Conclusione del rapporto medico – paziente .....</b>	<b>25</b>
1. Per quanto tempo deve essere conservata l'anamnesi? .....	25
2. Distruzione dell'anamnesi .....	25
3. Consegna dell'anamnesi.....	25
4. Cessazione dell'attività: obbligo di conservazione e successione .....	26
<i>aa) Trattamento da parte del successore .....</i>	<i>26</i>
<i>bb) Nessun trattamento da parte del successore .....</i>	<i>27</i>
5. Che cosa fare con i fascicoli dei pazienti dopo la morte del medico? .....	27
<i>a) In mancanza di un successore .....</i>	<i>27</i>
<i>b) In caso di successione .....</i>	<i>27</i>
6. È possibile consultare i dati dei pazienti deceduti? .....	27
<b>IV. Possibilità del trattamento elettronico dei dati.....</b>	<b>28</b>
1. Vantaggi e svantaggi del trattamento elettronico dell' anamnesi.....	28
<i>a) Vantaggi.....</i>	<i>28</i>
<i>b) Svantaggi.....</i>	<i>28</i>
2. Carta elettronica d'identità sanitaria.....	29
3. Manutenzione di apparecchi informatici e programmi con dati concernenti la salute .....	29
<b>V. Ricerca .....</b>	<b>31</b>
1. Trattamento di dati clinici nella ricerca, pianificazione e statistica.....	31
2. Compiti della Commissione per il segreto professionale nella ricerca medica (Commissione peritale) giusta l'art. 321bis del Codice penale .....	31
Fonti33	
Bibliografia.....	34

Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit wurde darauf verzichtet, überall die weibliche Form mit aufzuschreiben; sie ist in der männlichen selbstverständlich eingeschlossen



## I. Introduzione

Il rapido sviluppo delle tecniche d'informazione e comunicazione ha considerevolmente agevolato il trattamento dei dati personali nella sfera sanitaria. Grazie al trattamento elettronico dei dati è possibile memorizzare in un baleno informazioni riguardanti la salute, richiamarle e trasmetterle a terzi.

Scopo della presente guida è di attirare l'attenzione di pazienti, medici e persone attive nel campo della sanità in genere sull'importanza pratica dell'obbligo del segreto medico, e di sensibilizzarli sugli aspetti giuridici della protezione dei dati (protezione della personalità degli interessati). In seguito sarà fatta brevemente luce sul rapporto medico-paziente dal punto di vista dei principi generali relativi alla protezione dei dati e del loro trattamento.

### 1. Quali categorie di dati personali sono contemplati dalla legge federale sulla protezione dei dati?

La LPD comprende tutte le **informazioni relative ad una determinata persona**. I dati concernenti la salute – quali ad es. annotazioni relative al decorso di un trattamento, descrizioni di sintomi, diagnosi, ordinanze, reazioni, risultati di laboratorio, radiografie – sono **dati personali degni di particolare protezione**.

### 2. A chi si rivolge la legge federale sulla protezione dei dati?

La legge federale sulla protezione dei dati [LPD], in vigore dal 1° luglio 1993, è applicabile al trattamento di dati personali **da parte di privati (persone fisiche e giuridiche) e di organi federali**. Nella cerchia dei privati non sono compresi unicamente i medici praticanti bensì anche psicologi, psicoterapisti, cliniche private, assicurazioni e casse malati. Quando le assicurazioni e casse malati sono attive nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria, esse vengono considerate come organi federali.

### 3. Quali disposizioni di protezione dei dati trovano applicazione per gli ospedali cantonali?

Negli ospedali di diritto pubblico – quali ad es. gli ospedali distrettuali o regionali – o nelle cliniche psichiatriche sono di norma applicate le disposizioni del diritto cantonale in materia di protezione dei dati<sup>1</sup>. Pertanto un capellano di una clinica universitaria sottostà alle disposizioni cantonali relative alla protezione dei dati. Parimenti l'attività del medico ufficiale dell'azienda dei trasporti urbani sottostà all'applicazione della legge cantonale sulla protezione dei dati e non alla LPD.



#### 4. Differenze tra il segreto professionale medico giusta l'art. 321 del Codice penale e l'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 della legge federale sulla protezione dei dati

##### Giuramento d'Ippocrate

*“Quanto vedo o sento fuori o dentro la camera del malato concernente la sua vita, lo taccio e lo considero un segreto, fintantoché non sarà lecito rivelarlo”<sup>2</sup>.*

Quest'obbligo di discrezione che risulta dal giuramento d'Ippocrate potrebbe costituire una delle più antiche disposizioni in materia di protezione dei dati.

##### a) Il segreto professionale medico giusta l'art. 321 del Codice penale

Il segreto professionale medico prevede l'obbligo per medici, dentisti, farmacisti, levatrici e loro ausiliari di mantenere segrete le informazioni loro confidate in ambito professionale o da loro raccolte nell'esercizio della professione. La trasgressione è punita, a querela di parte, con la detenzione (da tre giorni fino a tre anni) o con la multa.

L'art. 321 del Codice penale [CP] non protegge il medico, bensì la sfera privata del paziente<sup>3</sup>. Per questa ragione sarebbe più appropriato parlare di **segreto del paziente**.

È possibile rendere accessibili a terzi dati riguardanti i pazienti soltanto se, ad esempio, il paziente svincola il medico dal segreto o se una legge lo permette.

##### Esempio:

##### Domanda:

Può il datore di lavoro informarsi personalmente presso il medico dello stato di salute di un candidato?

##### Risposta:

No. Il datore di lavoro può soltanto chiedere a un medico di accertare se, dal punto di vista della salute, il candidato è idoneo al tipo di lavoro proposto. Il medico può certamente esprimersi in merito all'idoneità del candidato a un determinato posto di lavoro, ma non è autorizzato a fornire alcuna diagnosi poiché è vincolato dal segreto professionale<sup>4</sup>.

##### b) L'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 LPD

L'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 LPD si distingue dal segreto professionale medico giusta l'art. 321 CP in due sensi. Innanzitutto il “segreto professionale medico giusta l'art. 321 CP” non concerne le persone astrette all'obbligo di discrezione giusta l'art. 35 LPD. Il segreto professionale riguarda tutte le persone che nell'esercizio della loro professione (ad es. di assistente sociale, psicologo o



formatore per adulti) devono conoscere dati personali degni di particolare protezione. La seconda differenza riguarda la misura penale, la quale è più severa per violazione del segreto professionale medico che per violazione dell'obbligo di discrezione.

Il segreto professionale del medico non ha un valore assoluto e può, nei seguenti casi, essere levato (art. 321 CP):

- Se l'interessato vi acconsente oppure
- Con l'autorizzazione scritta dell'autorità superiore o
- Dell'autorità di vigilanza (art. 321 cifra 2 CP)
- Inoltre lo scioglimento dal segreto professionale medico è possibile anche quando ciò è previsto da una disposizione della legislazione federale o cantonale sull'obbligo di dare informazioni all'autorità o di testimoniare in giudizio (art. 321 cifra 3 CP). Si pensi ad esempio alla testimonianza in caso di maltrattamenti nei riguardi di un bambino.

Nell'ambito della ricerca medica vige poi un disciplinamento speciale secondo cui la Commissione per il segreto professionale (Commissione peritale) può autorizzare, in determinati casi, la rivelazione del segreto (art. 321bis cpv. 3 CP, per maggiori dettagli cfr. infra Capitolo V, punti 1 e 2).

Il segreto professionale medico e la LPD proteggono i dati riguardanti la salute elaborati in qualsiasi modo (in rapporti, lettere e altri cartacei analoghi, in schede e registrazioni video; per lo schedario elettronico cfr. Capitolo IV).



## II. Il rapporto tra medico e paziente

Il rapporto tra medico e paziente si basa su un particolare rapporto di fiducia che nella maggior parte dei casi – se fra gli interessati c'è reciproco rispetto – s'instaura senza incrinature.

Per rispettare il proprio dovere professionale ed etico come vuole la regola, il medico deve prestare al malato aiuto e cure. A sua volta il paziente può e deve cooperare, per quanto possibile, al trattamento e alla guarigione (obbligo del paziente). Dal punto di vista giuridico esiste, fra il medico che pratica in privato e il paziente, un contratto di diritto privato contemplato dal Codice delle obbligazioni [CO] (art. 394 segg. CO). Oltre alle norme generali concernenti la protezione dei dati (art. 1 a 11 LPD) sono applicabili le **disposizioni di diritto privato della LPD** (art. 12 a 15 LPD).

Un ospedale appartenente alla Confederazione (organo della Confederazione ai sensi dell'art. 3 lett. h LPD), e quindi di diritto pubblico, sottostà, per contro, alle **disposizioni di diritto pubblico della LPD** (art. 16 a 25 LPD).

### Esempio:

Per l'ospedale militare di Novaggio (TI) le norme proposte nella presente guida all'attenzione dei privati, sono applicabili per analogia. A titolo complementare si rimanda inoltre alla **Guida per il trattamento dei dati personali in seno all'Amministrazione federale**<sup>5</sup>.

Questa guida è disponibile sul sito [www.lincaricato.ch](http://www.lincaricato.ch).

## 1. Trattamento di dati riguardanti la salute

I documenti concernenti i malati servono a diversi scopi e sono quindi particolarmente importanti:

- Quale strumento di lavoro per il medico, durante il trattamento
- Per adempiere all'obbligo di documentazione da parte del medico
- Quale fonte d'informazione in caso di cambiamento del medico
- Quale base per riserve o diniego di prestazione di assicurazioni
- Quale base per misure tutorie o penali

In passato era opinione diffusa che l'anamnesi fosse unicamente uno strumento di lavoro personale del medico, non a disposizione del paziente. Soltanto negli ultimi anni si è acquisita la consapevolezza che il paziente è una persona maggiorenne, avente diritti e doveri, che può quindi esigere dal medico di conoscere i dati sulla propria salute. Questa pratica è stata rafforzata con l'entrata in vigore della LPD.

Per eseguire il proprio lavoro il medico chiede di regola direttamente al paziente i dati personali, s'informa sulla genesi di una malattia o di dolori, sulla cassa malati, le vaccinazioni, i medicinali



regolarmente assunti, le intolleranze, le allergie, il consumo di caffè, alcool, nicotina ed eventualmente altre droghe. In seguito il medico trascrive le osservazioni e riflessioni in un'anamnesi. Questi dati sono più tardi completati con dati ulteriori, raccolti durante il trattamento ed eventualmente con le informazioni di persone vicine al paziente. Altri elementi dell'anamnesi sono costituiti da annotazioni puramente oggettive o da documentazione supplementare quali radiografie, risultati di laboratorio, diagnosi, terapie, medicinali somministrati.

Un'anamnesi fatta in modo accurato indica, in ordine cronologico, perlomeno i tre elementi seguenti<sup>6</sup>:

- **Constatazioni dei fatti** da parte del medico, che comprendono anamnesi, decorso di malattie, sfera privata e attività del paziente, diagnosi differenziate
- **Forme terapeutiche ordinate** (somministrazione di medicinali con indicazione di quantità e durata, interventi chirurgici con relativi rapporti, terapie fisiche o di altro tipo)
- **Modo e contenuto dell'informazione data al paziente**: da un medico ci si attende che informi il paziente del trattamento previsto (rischi e probabilità di riuscita del trattamento terapeutico) e ne chieda il consenso

## 2. Principi generali per il trattamento di dati personali

Nel trattamento dei dati personali occorre osservare i seguenti principi:

a) *Raccolta dei dati in modo lecito (art. 4 cpv. 1 LPD)*

Nella misura del possibile le notizie per l'anamnesi devono essere fornite dalla persona interessata. In tale occasione il paziente ha diritto di essere informato sul modo in cui i suoi dati saranno trattati. Già al momento della raccolta il medico deve chiedere al paziente l'autorizzazione per un successivo trattamento dei suoi dati.

Nella pratica i pazienti sono messi al corrente dei loro diritti in modo generale: così, ad esempio, con un affisso, nella sala d'aspetto di un medico, in cui si danno informazioni sulla ricerca in medicina, o al momento del ricovero in ospedale, quando il paziente firma la dichiarazione di consenso.

### Esempio:

#### Questionario per il donatore di sangue

Il sangue può essere un veicolo di agenti patogeni; perciò, prima del dono del sangue, devono essere chiariti alcuni punti, segnatamente quelli relativi a eventuale consumo di droga, vaccinazioni, punture di zecche, viaggi in regioni colpite da malaria, abitudini sessuali, gravidanze e trattamenti ormonali. Prima del dono del sangue è perciò distribuito ai donatori un questionario con una breve avvertenza scritta della Croce Rossa Svizzera (CRS), dalla quale risulta che quest'ultima è consapevole del carattere indiscreto di alcune domande; ma il questionario medico costituisce un provvedimento importante per garantire, a chi è sottoposto a trasfusione, la massima sicurezza possibile per quanto riguarda il sangue e i suoi prodotti.





Inoltre il trattamento di dati personali degni di particolare protezione non avviene senza l'autorizzazione degli interessati, poiché i donatori forniscono volontariamente i dati richiesti e quindi consentono all'esame dell'idoneità del loro dono. È così giustificato il trattamento dei dati, indispensabile prima di eseguire un prelievo di sangue.

*b) Principio della buona fede (art. 4 cpv. 2 LPD)*

Non è per principio lecito raccogliere dati all'insaputa (ad esempio presso datori di lavoro, vicini o medici precedenti) dell'interessato o contro la sua volontà<sup>7</sup>.

*c) Proporzionalità (art. 4 cpv. 2 LPD)*

Si possono raccogliere soltanto i dati personali indispensabili e appropriati al raggiungimento di un determinato scopo. In questo ambito il trattamento non può durare più del necessario.

Ad esempio, all'occasione della prima visita medica di un adulto, oltre a nome, cognome, indirizzo e cassa malati non è lecito trascrivere i dati concernenti data di nascita, professione dei genitori o del coniuge. Questi ultimi non sono dati che concernono in modo diretto il paziente e si devono quindi raccogliere, se assolutamente indispensabili, soltanto in un secondo momento.

Per quanto riguarda i dati sulla salute si devono registrare nell'anamnesi solo dati pertinenti. Giudizi puramente soggettivi, osservazioni personali o valutazioni, ad esempio, su carattere, modo di vestire o caratteristiche del paziente non meritano di essere annotati nella misura in cui non hanno importanza per la messa a punto del quadro patologico.

*d) Indicazione dello scopo (art. 4 cpv. 3 LPD)*

I dati personali possono essere trattati soltanto allo scopo indicato al momento della raccolta, risultante dalle circostanze o previsto da una legge, oppure se esiste un motivo giustificativo ai sensi dell'articolo 13 LPD.

*e) Esattezza dei dati (art. 5 LPD)*

Chi tratta dati personali deve accertarsi della loro esattezza (ad es. che siano stati esattamente registrati nei sistemi TED o che non siano avvenute confusioni). L'esattezza dei dati può mutare col tempo, perciò occorre aggiornare le relative modificazioni e apporre la data. Se vengono registrati dati falsi, gli interessati possono esigere che vengano corretti.

**Esempio:**

Dopo un incidente il paziente X soffre di una malattia che viene in questo momento registrata dal medico nell'anamnesi. Tre anni dopo il paziente è completamente guarito e il trattamento concluso. Benché i dati registrati all'inizio del trattamento non corrispondano più, riguardo allo stato di salute, a quelli di fine cura, il paziente non può esigere che le prime iscrizioni siano considerate false e quindi cancellate o modificate. Le iscrizioni si riferiscono in effetti al momento in cui erano valide.

**Esempio:****Domanda:**

Frau G. erhält von einer Privatklinik eine detaillierte Arztrechnung, obwohl sie in dieser Klinik nie behandelt worden war. Frau G. stört, dass ihr Name und ihre Adresse inklusive Geburtsdatum mit der Behandlung einer anderen Person verbunden worden sind. Im Übrigen will sie die Rechnung nicht bezahlen. Was kann Frau G. tun?

**Risposta:**

Deve far valere il suo diritto alla rettificazione, informando la clinica della confusione ed esigendo una rettificazione (art. 5 cpv. 2 LPD).

Per essere esatta, l'anamnesi dev'essere eseguita tempestivamente (attualità). Un rapporto operatorio redatto sette anni dopo l'intervento non soddisfa tale esigenza<sup>8</sup>.

f) *Equivalenza nella protezione dei dati in caso di comunicazione all'estero (art. 6 LPD)*

Chi comunica dati personali all'estero deve verificare se, nel caso singolo, la personalità dell'interessato non sia esposta a pregiudizio. Ciò significa che un medico, prima di comunicare all'estero dati concernenti una persona, deve verificare se nello Stato dove questi sono comunicati sia vigente una protezione dei dati analoga alla nostra. È il caso per la maggior parte dei Paesi europei (cfr. lista degli Stati con legislazione equivalente, ottenibile presso l'Incaricato federale per la protezione dei dati e della trasparenza, IFPDT). Negli USA per contro esistono disposizioni protettive soltanto per determinati settori.

### 3. Diritto d'accesso

Il diritto d'accesso è il cuore della LPD<sup>9</sup>. Infatti soltanto chi sa se un trattamento di dati lo riguarda e quali dati che lo concernono sono trattati può, se del caso, rettificarli, farli distruggere o almeno contestarne l'esattezza<sup>10</sup> (cfr. Capitolo II. 2. e).

Essenzialmente il **diritto d'accesso** può essere esercitato **soltanto dalla persona interessata** e nessuno può a priori rinunciarvi (diritto soggettivo strettamente personale). Anche un minorenne capace di discernimento (vale a dire chi non ha ancora compiuto il 18esimo anno di età, art. 14 del Codice civile [CC]) o una persona interdetta capace di discernimento può dunque esercitare il diritto d'accesso senza il consenso del rappresentante legale (art. 19 cpv. 2 CC).

**Esempio:**

Quando un minorenne va dal medico, quest'ultimo deve chiedergli il consenso per poter informare i genitori della diagnosi.

Nella misura in cui un paziente, per motivi fisici o psichici, non è più in grado di esercitare il diritto d'accesso, il suo rappresentante legale (ad es. un familiare o il tutore) può intervenire al suo posto, a salvaguardia degli interessi oggettivi del paziente.

*a) Principio: il diritto del paziente all'accesso*

**La LPD parte da un diritto all'informazione molto ampio ed esteso.** Nella sfera medica tale affermazione significa che **ogni persona** può esigere dal medico o dallo psicologo informazioni sui suoi dati. Il diritto all'informazione viene di norma fatto valere, da parte della persona interessata, **presentando per iscritto una domanda d'informazione**, ad esempio al proprio medico o psicologo. In questa occasione l'interessato deve di norma provare la sua identità, motivo per cui occorre accludere alla richiesta d'informazione una copia del passaporto, della carta d'identità o della licenza di condurre (art. 1 cpv. 1 OLPD).

La procedura succitata è raccomandata soprattutto quando il medico competente non conosce bene l'interessato (ad es. poiché c'è stato un unico, breve trattamento) o quando il rapporto di fiducia reciproca, per un qualsivoglia motivo, è incrinato (quale mezzo di prova per un'eventuale ulteriore procedura). Negli altri casi è però sufficiente una richiesta orale, per esempio al telefono, senza presentare la carta d'identità.

**Esempio:****Domanda:**

È obbligatorio motivare una domanda d'accesso?

Un paziente presenta al suo medico una domanda d'accesso ai dati e chiede informazione sulla propria anamnesi. Il medico rifiuta di adempiere all'obbligo d'informare poiché è d'avviso che, senza motivazione, non si debba rilasciare alcuna informazione. È un modo di vedere corretto?

**Risposta:**

No. Una richiesta d'informazione non deve essere motivata (art. 8 LPD).

In linea di massima il detentore della collezione di dati (ad es. il medico libero professionista o la direzione della clinica) ha l'obbligo di comunicare alla persona che chiede informazioni tutti i dati contenuti nella raccolta che la riguardano (secondo le circostanze del singolo caso, ad esempio l'intera anamnesi, i risultati oggettivi di un esame, gli esiti radiografici e di laboratorio, le diagnosi convalidate, le registrazioni visive e sonore concernenti l'esecuzione di provvedimenti medici, le perizie, i rapporti e i certificati).



Di regola vale il seguente principio:

Ciò che è conservato deve anche essere accessibile<sup>11</sup>. Nella misura in cui non risultino già dalla restante documentazione, occorre fornire anche le seguenti indicazioni:

- Lo scopo del trattamento
- Eventualmente le basi legali del trattamento
- Categorie di partecipanti alla collezione di dati (chi, oltre al medico, è autorizzato a inserire o modificare dati)
- Categorie di eventuali destinatari dei dati

La comunicazione deve farsi per iscritto sotto forma di stampato (per i dati registrati su computer) o di fotocopia (art. 1 cpv. 2 e 3 OLPD).

Lo stampato, comunicato dal medico al paziente, deve essere **leggibile**. Allestendo l'anamnesi vanno evitate le abbreviazioni o le informazioni codificate o spiegate in una nota didascalica. Se l'anamnesi redatta a mano risulta difficile da leggere per il paziente o terzi, va fatta una copia leggibile.

#### *b) Eccezioni al diritto d'accesso*

**Le poche disposizioni d'eccezione previste dalla LPD devono essere interpretate restrittivamente e la limitazione dell'informazione va limitata all' indispensabile<sup>12</sup>**

#### *aa) Notizie ad uso esclusivamente personale del medico*

Costituiscono un'**eccezione** all'obbligo di trasmissione **le note del medico destinate esclusivamente al suo uso personale** (art. 2 cpv. 2 lett. a LPD). Questi documenti non sono contemplati dalla LPD<sup>13</sup>. Tale eccezione è da intendersi con cautela e restrizione. Non deve in nessun caso essere invocata dalla persona che tratta i dati allo scopo di circoscrivere le prescrizioni della LPD<sup>14</sup>

Registrazioni che in seno a una clinica privata e indipendentemente dall'autore diventano parte integrante della raccolta di anamnesi dell'istituzione e nell'ambito del lavoro quotidiano sono consultate liberamente da altre persone (autorizzate), non sono invece classificate come note personali ai sensi dell'art. 2 cpv. 2 LPD. Esse soggiacciono quindi alla LPD e all'obbligo d'informare<sup>15</sup>.

#### *Esempi di note personali del medico:*

Semplici promemoria del medico che lo aiutano, durante un colloquio telefonico, a ricordarsi immediatamente della persona interessata, o documenti che si riferiscono alla supervisione di un medico assistente, responsabile di una psicoterapia, e che servono solo ad analizzare il rapporto dell'assistente con il paziente.



#### *bb) Restrizioni*

##### **L'accesso può essere rifiutato, limitato o rimandato:**

- Se una **legge** lo prevede oppure
- Se è indispensabile a causa di **interessi preponderanti di terzi** oppure
- Per **interessi preponderanti del medico**, fintantoché non rivela i dati personali a terzi (ad es. compagnie d'assicurazione, altri medici od ospedali)

Siccome l'anamnesi è allestita su mandato e a profitto del paziente, gli interessi preponderanti del medico – ad esempio registrazioni “soggettive” – si trovano raramente nella pratica. Infatti o si tratta di dati soggettivi necessari per controllare a priori e giudicare il trattamento, motivo per cui sono conservati e trasmessi, oppure non hanno questo carattere e quindi non vanno comunicati, ma al tempo stesso non devono far parte dell'anamnesi<sup>16</sup>.

##### *Esempio d'interesse preponderante del medico:*

Un medico rifiuta di trasmettere al paziente una breve anamnesi perché non vorrebbe che il paziente vedesse i suoi errori di grammatica in una lingua che non è la sua. Inoltre potrebbe avere timori per la sua fama se il paziente mostrasse ad altri i suoi errori d'ortografia.

La difficoltà potrebbe risolversi nel seguente modo: la segretaria del medico ritrascrive a macchina senza errori l'anamnesi e la consegna al paziente. Per accertarsi della correttezza della ritrascrizione il paziente può paragonarla, nello studio medico, all'originale e assicurarsi che è stata ritrascritta in modo esatto. Con questa soluzione è possibile tener conto tanto dell'interesse preponderante del medico quanto del diritto del paziente. La ritrascrizione a macchina dell'anamnesi avverrebbe in questo caso gratuitamente.

##### **A causa d'interessi preponderanti di terzi.**

Occorre distinguere due casi:

- I documenti medici possono *contenere anche rapporti di altri medici o di altre persone attive nel campo medico*. Solo in rari casi è possibile considerare preponderanti i loro interessi. D'altronde anche queste persone sono vincolate dall'obbligo d'informazione. È comunque possibile che la persona richiedente l'accesso venga invitata a rivolgersi direttamente all'autore di questi documenti

##### **Esempio:**

Casi in cui il medico non è in grado di spiegare, in modo adeguato, al suo paziente il rapporto d'uscita di una clinica psichiatrica.



- Nel campo soprattutto della psichiatria, le annotazioni del medico contengono spesso *dati concernenti membri della famiglia o altre persone*. Il loro interesse, per nulla trascurabile, al mantenimento del segreto può far sì che il diritto d'accesso del paziente venga limitato. È immaginabile ad esempio che una terza persona, all'occasione del ricovero del paziente in una clinica psichiatrica, fornisca informazioni che più tardi, per fondati motivi, non vorrebbe che fossero rivelate – o perlomeno la fonte di esse – al paziente. Ma a questi interessi non si contrappone soltanto il diritto d'accesso, bensì anche il diritto alla rettificazione di dati inesatti del paziente (art. 5 cpv. 2 LPD). Occorre perciò caso per caso ponderare i diversi interessi<sup>17</sup>

Più difficile è la situazione per esempio in casi d'emergenza. Infatti c'è il rischio che terze persone introducano nell'anamnesi dati soprattutto soggettivi o falsi. Il medico o lo psicoterapista può avvertire subito queste persone che le loro informazioni saranno rese note anche al paziente. Qualora una terza persona insista sul mantenimento del segreto e il terapeuta ritiene tali dati indispensabili, quest'ultimo si potrà annotare su un foglio separato le opinioni non verificabili (con indicazione dei motivi). Nel corso della cura le affermazioni di terzi dovrebbero per quanto possibile essere discusse con il paziente in un ambito neutro affinché il punto di vista del paziente possa essere tenuto in conto e il foglio separato – possibilmente – eliminato.

**Esempio:**

**Domanda:**

Può un medico, rispondendo a una richiesta d'informazione, rivelare anche i rapporti di altri medici?

**Risposta:**

Nella misura in cui il paziente esige la propria anamnesi, gli si deve per principio mostrare l'intera documentazione del medico.

**Non esiste obbligo del segreto professionale nei riguardi del paziente**<sup>18</sup>. Tale principio vale indipendentemente da chi ha allestito i documenti. Infatti chi mette a disposizione di un collega un rapporto deve sapere che la persona interessata desidera esserne informata e che il rapporto può venir trasmesso. D'altronde il paziente potrebbe per principio esigere anche dal redattore che gli vengano mostrati i dati che lo concernono.

c) *Come deve essere trasmessa l'informazione?*

aa) *Scadenze*

Occorre comunicare l'**informazione** o la **decisione motivata di limitazione** entro 30 giorni dall'inoltro della richiesta. Se tale termine non può essere rispettato, il medico o la clinica privata deve informarne la persona richiedente, indicando la data entro la quale verrà data una risposta (art. 1 cpv. 4 OLPD).



*bb) È gratuita l'informazione?*

Di regola l'informazione è gratuita (art. 8 cpv. 5 LPD).

Eccezionalmente si può esigere una **partecipazione adeguata** ai costi se:

- Le **informazioni** desiderate sono **già state comunicate** alla persona interessata meno di dodici mesi prima e quest'ultima non può comprovare un **interesse degno di protezione a una reiterata comunicazione**. Un interesse degno di protezione risulta in particolare quando dati personali subiscono una modificazione, senza che ciò venga comunicato alla persona interessata (art. 2 cpv. 1 OLPD)
- È necessario un grande dispendio di tempo

Il richiedente deve essere informato dei costi della comunicazione e può ritirare la richiesta entro dieci giorni (art. 2 cpv. 2 OLPD).

Per "partecipazione adeguata" s'intende una tassa esigibile da imputare alla persona interessata. La legge prevede una partecipazione massima di 300.- franchi (art. 2 cpv. 2 OLPD).

**Nota bene:**

Il medico non può considerare il tempo impiegato per trasmettere l'informazione al paziente alla stregua di una normale consultazione, perché contraddirebbe il principio della gratuità del diritto all'informazione. Non è ancora stabilito in modo definitivo come si possano calcolare i costi della spiegazione dei termini tecnici impiegati o dell'informazione, fatta con tatto, al paziente sul suo quadro patologico. Non è però possibile appellarsi a un considerevole impiego di tempo se ciò è causato da insufficiente organizzazione e amministrazione dei dati<sup>19</sup>.

**Esempio:**

Se l'anamnesi è voluminosa, occorre chiarire il modo di calcolare il costo del dispendio considerevole di tempo. Un incontro chiarificatore tra medico e paziente ed eventualmente una terza persona potrebbe eventualmente costituire una soluzione. Se il rapporto di fiducia tra medico e paziente dovesse essere compromesso, si porrebbe la questione di non consegnare la documentazione in forma originale (cfr. in proposito Capitolo III.1).

*d) Consultazione dei dati sul posto (art. 1 cpv. 3 OLPD)*

La consultazione sul posto costituisce una forma particolare del diritto d'accesso. Il diritto d'accesso prevede che di solito le copie o gli stampati vengano consegnati di persona al richiedente. Nel caso di consultazione sul posto invece, dell'anamnesi si prende soltanto conoscenza e se ne discute.

**Esempio:**

**Domanda:**

Una persona che desidera un'informazione deve accettare la proposta del medico di consultare i dati sul posto?

**Risposta:**

No, la trasmissione dell'informazione avviene di regola per iscritto. La possibilità di consultazione sul posto è stata inizialmente prevista per incarti voluminosi, che non possono essere copiati se non con enorme dispendio di tempo. La consultazione presuppone inoltre l'intesa fra le parti (art. 1 cpv. 3 OLPD). Benché la maggior parte dei pazienti sia costantemente informata del contenuto dell'anamnesi, l'informazione sul posto può risultare più utile. Infatti un colloquio può, per l'accettazione ad esempio di una grave malattia o di un duro colpo del destino, essere di maggior ausilio che non la consegna di copie. In determinati casi quindi è meglio chiedere la consultazione invece che la copia dei documenti.

**Esempio:**

È soprattutto nel campo della psichiatria e della psicoterapia che molti concetti sono definiti nel contesto specifico con precisi termini scientifici. Questi concetti sono però usati, nella lingua di tutti i giorni, con significato peggiorativo e in modo alquanto inesatto. È quel che capita ad esempio con parole come isteria, nevrosi o schizofrenia. Senza spiegazioni da parte del redattore, da queste anamnesi possono nascere malintesi presso un profano.

*e) Quando è possibile designare un altro medico per trasmettere l'informazione?*

Una volta spettava al medico, detentore della collezione di dati, decidere quali informazioni si potevano trasmettere al paziente o quali sarebbero stati gli effetti negativi sulla sua salute (privilegio terapeutico del medico). Il privilegio terapeutico è stato in parte sciolto, con l'articolo 8 LPD, grazie al diritto di autodeterminazione del paziente maggiorenne. Ora il paziente può e deve valutare per principio da solo se è pronto a conoscere la verità. Se però c'è il rischio che il paziente subisca un pregiudizio in seguito a una consultazione diretta e non preparata dei dati riguardanti la propria salute, il medico curante li può trasmettere a un medico di fiducia del paziente, ad esempio quello di famiglia. Se si tratta di diagnosi gravi, il paziente può così usufruire del sostegno della persona di fiducia da lui scelta. Si possono anche immaginare situazioni eccezionali nelle quali è il medico che preferisce trasmettere le informazioni a un collega che gode della fiducia del paziente.

Nel caso dell'art. 8 cpv. 3 LPD si tratta tuttavia di un **disciplinamento d'eccezione**, che serve ad aver riguardo dei pazienti e che **deve limitarsi a casi** in cui esiste un **rischio di pregiudizio** per il paziente<sup>20</sup>. Non è ben sicuro se il paziente possa subire un pregiudizio in seguito a una consultazione diretta e non preparata. Infatti, in casi normali, il rapporto medico paziente si basa sulla collaborazione e un costante scambio reciproco d'informazioni, motivo per cui questa prescrizione dovrebbe essere applicata soltanto in casi manifestamente eccezionali.

#### 4. Come può essere esercitato il diritto d'accesso?

Se qualcuno volesse sapere quali dati sono trattati su di lui deve presentare al detentore della collezione di dati (privato o organo federale) la domanda di trasmissione dell'informazione.





Se l'accesso è rifiutato, limitato o sospeso, lo si deve giustificare (indicazione della base legale formale, interesse preponderante di terzi o del detentore della collezione di dati).

Se l'interessato dubita dell'esattezza dell'informazione, può procedere contro privati o organi federali nel modo seguente:

*a) Privati*

L'interessato ha la possibilità di sporgere denuncia al giudice del suo luogo di domicilio o di quello del detentore della collezione di dati (ad es. del medico) per violazione della personalità ai sensi degli art. 28 - 28/ CC. In particolare può esigere che i suoi dati personali gli siano mostrati, siano rettificati o distrutti o che ne sia impedita la comunicazione a terzi (art. 15 LPD). La decisione di prima istanza può essere impugnata davanti alle autorità giudiziarie cantonali la cui decisione può, a sua volta, essere oggetto di ricorso davanti al Tribunale federale.

In caso di metodi di trattamento capaci di danneggiare un elevato numero di persone, l'Incaricato federale per la protezione dei dati e della trasparenza può, di sua iniziativa o su avviso di terzi, chiarire la fattispecie, esigere la consegna degli atti, chiedere informazioni e farsi mostrare i trattamenti dei dati. Fatti i debiti chiarimenti egli può raccomandare di modificare o di abbandonare il trattamento. Se la sua raccomandazione non viene seguita o è respinta, la questione può essere deferita al tribunale amministrativo federale per decisione (art. 29 LPD); la sua decisione è suscettibile di ricorso di diritto amministrativo presso il Tribunale federale.

*b) Organi federali*

Se, per esempio, un organo federale, senza motivo, non rilascia nessuna informazione, l'interessato deve esigere una decisione da questo organo federale nella quale si afferma che l'informazione è stata rifiutata. Tale decisione può essere impugnata entro 30 giorni presso il tribunale amministrativo federale. Contro la sua decisione è infine ammesso il ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale (art. 25 LPD).

## 5. Comunicazione a terzi di dati concernenti la salute

*a) Principi*

I dati concernenti la salute sono designati dalla legge come degni di particolare protezione. Il medico può quindi comunicarli soltanto se:

- Dispone dell'**autorizzazione** del paziente oppure
- Il medico può far valere, per la trasmissione, un **interesse privato preponderante** (ciò dovrebbe essere molto raramente il caso) oppure
- La trasmissione è giustificata da **interesse pubblico** o da una **legge**



Secondo la situazione il paziente può in modo esplicito – vale a dire oralmente o per iscritto – o tacito autorizzare la trasmissione dei dati concernenti la sua salute. Deve poter decidere liberamente e senza pressione se dare la propria autorizzazione. L'autorizzazione è inoltre valida soltanto se il paziente è informato dell'estensione del trattamento dei dati, dello scopo e del destinatario.

Non sono quindi valide le dichiarazioni d'autorizzazione generale che si trovano talvolta sui moduli di contratti assicurativi o nelle condizioni contrattuali generali.

Non è sempre facile per il medico valutare se esiste in un caso concreto **un interesse privato o pubblico** preponderante, che giustifichi la trasmissione di dati sulla salute anche senza la volontà del paziente o perfino contro di essa.

Di regola un interesse pubblico si fonda su una relativa disposizione legale, che enuncia in modo chiaro i diritti e i doveri concernenti la dichiarazione. In caso d'interesse privato il medico deve “delegare” la ponderazione degli interessi e domandare alla competente autorità di vigilanza, costituita di solito dalla direzione cantonale della salute pubblica, il proscioglimento dal segreto professionale (art. 321 CP).

#### *b) Comunicazione di dati dei pazienti ad altri professionisti del ramo sanitario*

Contrariamente a quanto si possa pensare, la trasmissione di dati relativi alla salute a medici e ad altri professionisti del ramo sanitario (fisioterapisti, levatrici, farmacisti, ecc.) richiede l'autorizzazione del paziente. In caso di collaborazione diretta tra le diverse persone attive nel settore medico si può presumere l'accordo tacito del paziente nella misura in cui quest'ultimo sia al corrente della collaborazione e vengano scambiati dati effettivamente necessari ad essa e pertinenti al caso specifico. In casi incerti si raccomanda di chiedere l'esplicito accordo (orale o scritto) del paziente.

#### **Esempio:**

Il medico di una clinica privata può desumere l'autorizzazione tacita del paziente per l'invio del rapporto d'uscita al medico di famiglia e agli eventuali specialisti che hanno collaborato alla messa a punto dell'informazione prima del ricovero del paziente. Nei confronti di medici o cliniche dai quali in precedenza il paziente si è fatto curare per un'altra malattia o addirittura per la stessa, il medico deve invece far prova di riserbo e, nell'incertezza, chiedere il consenso del paziente.

#### **Esempio:**

Non si può presupporre fin dal principio l'accordo tacito dei pazienti per la trasmissione dei loro nomi ad assistenti spirituali, singoli ausiliari volontari, servizi sociali volontari dei Comuni e ad altre organizzazioni. L'informazione di tali servizi può essere indispensabile per salvaguardare le relazioni sociali di ammalati cronici durante una lunga degenza in ospedale e evitare l'emarginazione. Spetta unicamente al paziente decidere se fare appello a tali servizi; è quindi assolutamente necessaria la sua autorizzazione per la trasmissione d'informazioni.



c) *Può il medico perseguire in esecuzione il paziente?*

Trasmettendo a un ufficio specializzato o ad un ufficio d'esecuzione il compito di incassare gli onorari, il medico rivela che un determinato paziente è stato in cura da lui e che quindi gli è debitore di una determinata somma. Per principio la visita medica stessa è un fatto coperto dal segreto professionale; si raccomanda una particolare prudenza se la specializzazione del medico può costituire una palese indicazione circa il tipo di trattamento (ad es. psichiatra od oncologo/specialista in tumori). Se il medico intende conferire ad una ditta l'incarico d'incassare le fatture, deve allora far firmare al paziente l'autorizzazione a trasmettere i dati a tale ditta. Per quanto concerne l'esecuzione per via giudiziaria di un pagamento, è immaginabile un'uguale soluzione, irrealizzabile però per motivi psicologici. In tal caso rimane al medico soltanto la possibilità di chiedere all'autorità di sorveglianza competente di essere sciolto dal segreto d'ufficio (art. 321 n. 2 CP).

d) *È lecito far calcolare gli onorari ad uffici di gestione esterni?*

È pratica comune e risponde a criteri di razionalità il fatto che il medico si avvalga, per certi lavori amministrativi, della collaborazione di istituti esterni. Nella misura in cui questi organi non ricevono dati riguardanti i pazienti (ad es. per le chiusure contabili), non vi sono problemi dal punto di vista della protezione dei dati. Gli uffici di fatturazione, quali le casse per medici, hanno invece l'occasione, nell'ambito della loro attività, di consultare nel dettaglio le note delle prestazioni e quindi i dati medici e il contesto. Se il medico intende collaborare con una simile istituzione, deve allora informare il paziente (indicando nome e indirizzo dell'istituzione) e ha interesse a chiedergli l'autorizzazione scritta separata.

#### **Dichiarazione del paziente**

**Sono d'accordo che, per ragioni contabili, siano di volta in volta trasmessi alla ditta XY i dati necessari.**

**Data:**

**Firma:**

**La rinuncia all'autorizzazione non può essere connessa a determinati svantaggi o condizioni.**



e) *Quali malattie vanno comunicate all'autorità?*

I laboratori devono notificare all'Ufficio federale della sanità pubblica a scopo di controllo le persone (nome e indirizzo) che hanno contratto malattie pericolose e contagiose, ad esempio malaria o salmonellosi (art. 3 e 5 dell'ordinanza sulla notificazione). Invece in tutte le notificazioni e informazioni concernenti casi di sieropositività (HIV) non è lecito trasmettere dati che permettono d'identificare le persone colpite (art. 8 cpv. 5 dell'ordinanza sulle notificazioni). Ciò significa che all'Ufficio federale della sanità pubblica non si devono trasmettere né nome né indirizzo delle persone sieropositive. Nel trattare dati di persone colpite dall'AIDS occorre essere particolarmente prudenti poiché tale malattia può essere di grande ostacolo nella ricerca di un lavoro, di un appartamento o nel calcolo dell'indennità giornaliera delle assicurazioni.

**Persone non idonee a condurre**

In virtù dell'interesse pubblico preponderante in materia di sicurezza nella circolazione stradale, il medico è esplicitamente autorizzato dalla legge (ma non obbligato) ad annunciare al servizio cantonale della circolazione stradale le persone che, a causa di malattia fisica o mentale o di tossicomania, non possono condurre in modo sicuro un veicolo a motore (art. 14 cpv. 4 Legge sulla circolazione stradale).

f) *Comunicazione sistematica della diagnosi alla cassa malati*

Tanto in casi di assicurazione obbligatoria quanto in quelli di assicurazione complementare le casse malati tendono in modo accentuato a chiedere al medico una diagnosi dettagliata.

La trasmissione di dati nel campo dell'assicurazione obbligatoria è disciplinata dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Per ogni paziente curato l'assicuratore riceve le indicazioni necessarie a verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione (art. 42 cpv. 3 LAMal). All'assicuratore è però comunicata una precisa diagnosi soltanto per casi singoli e su richiesta; egli può esigerla in virtù dell'art. 42 cpv. 4 LAMal.

Se giustificato da circostanze particolari, il medico comunica l'insieme dei dati clinici direttamente al medico di fiducia della cassa malati. Qualora il paziente esigesse una tale procedura, il medico è obbligato a seguirla (art. 42 cpv. 5 LAMal).

g) *Codice diagnostico*

Restano aperte per il momento le questioni inerenti tipo, grado di precisione e concrete modalità d'applicazione del codice uniforme per le diagnosi, valevole in tutta la Svizzera, che spetta al Dipartimento federale degli interni stabilire su comune richiesta degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni (art. 59 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal). Per quanto concerne i codici diagnostici attualmente in uso, essi non sono da considerarsi **appropriati** a fornire all'assicuratore l'informazione necessaria al chiarimento dell'obbligo di prestazione; inoltre l'indicazione sistematica



non è **indispensabile** in tutti i casi<sup>21</sup>. La comunicazione sistematica di un codice diagnostico dettagliato sarebbe sproporzionata (art. 4 LPD).

Perfezionare la statistica medica in generale e il controllo dei costi in particolare è senza dubbio un'importante esigenza di medici, assicuratori e autorità. Al momento d'introdurre il codice diagnostico e i rilevamenti statistici è tuttavia necessario esaurire tutte le possibilità per soddisfare l'autodeterminazione del paziente in materia di dati personali e alla tutela della sua personalità. Per tale ragione bisogna sempre esaminare se lo scopo perseguito non sarebbe raggiungibile anche con il trattamento di dati anonimizzati.

## **6. Sicurezza dei dati (art. 7 LPD, art. 8 OLPD)**

Affinché i dati personali siano protetti da un trattamento non autorizzato, vanno prese misure tecniche e organizzative adeguate. Chi tratta dati personali o mette a disposizione una rete telematica assicura il carattere confidenziale, la disponibilità e l'esattezza dei dati. In particolare occorre proteggere i sistemi contro i rischi di:

- Distruzione accidentale o non autorizzata
- Errori tecnici
- Falsificazioni, furto o uso illecito

Soprattutto bisogna osservare le seguenti misure particolari (art. 9 OLPD):

### *a) Controllo dell'entrata nelle installazioni*

Persone non autorizzate (ad es. altri pazienti o persone in visita) non possono accedere, se non accompagnati, ai locali in cui sono elaborati dati riguardanti la salute. Fanno parte di questa categoria anche i locali dove si trovano apparecchi periferici quali schermi (terminali), stampanti ecc.

### *b) Controllo d'accesso*

Non tutti coloro che lavorano in uno studio medico, in un laboratorio o in una clinica hanno bisogno di accedere a tutti i dati relativi ai pazienti. L'accesso deve quindi essere limitato, sul piano tecnico e organizzativo (ad es. con matrice d'accesso o chiudendo a chiave gli armadi con gli incarti), ai dati di cui una persona fa uso nell'esercizio della sua attività. Si deve inoltre sottrarre a sguardi indiscreti documenti lasciati incustoditi nonché schermi informatici con dati sulla salute.

Per impedire che persone non autorizzate possano entrare nel sistema di dati concernenti la salute, l'utente impiega una parola chiave, da modificare periodicamente. Dopo ripetuti tentativi di accedere al sistema con parole chiave sbagliate, l'accesso deve bloccarsi automaticamente. Se qualcuno temesse di dimenticare la parola chiave, può tenerla in un luogo non accessibile (ad es. nel portafogli o in un cassetto chiuso), possibilmente non affisso allo schermo o posto sotto la tastatura.



Per evitare l'accesso da parte dei pazienti, gli schermi devono essere disposti in modo tale che soltanto il medico o il personale ausiliario possano leggere quanto vi appare. Se queste persone si allontanano un momento occorre bloccare ogni entrata o visualizzazione di dati. Lo sblocco dell'accesso dev'essere possibile solo mediante il reinserimento della parola chiave<sup>22</sup>.

*c) Controllo dei supporti di dati*

Ci si deve assicurare che i supporti di dati contenenti informazioni sulla salute non possano essere letti, copiati, modificati o cancellati.

*d) Controllo del trasporto*

Quando si comunicano dati riguardanti la salute oppure quando si procede al trasporto di supporti di dati occorre evitare che persone non autorizzate possano leggere, copiare, modificare o cancellare dati personali. Si pensi ad esempio alla comunicazione di dati tra medici, casse malati e laboratori di analisi. Il carattere confidenziale dev'essere garantito con un valido sistema di cifratura o un metodo equivalente.

*e) Controllo di comunicazione*

Il mittente deve garantire che dati concernenti la salute siano recapitati esclusivamente ai destinatari autorizzati. Ad esempio occorre evitare che laboratori di analisi inviino i risultati di test HIV a destinatari non legittimati.

In ogni caso si deve poter ricostruire a posteriori chi ha trasmesso, a quale persona, quali dati, quando e a quale scopo.

Quando si trasmettono dati per fax non si deve escludere che il documento possa giungere a un destinatario diverso. Come responsabile della trasmissione, il mittente deve badare che le informazioni non arrivino nelle mani sbagliate. **In casi particolarmente delicati bisogna dapprima mettere al corrente, per telefono, il destinatario affinché l'accesso al fax possa essere garantito conformemente alle prescrizioni sulla protezione dei dati.**

L'apparecchio fax dovrebbe poi essere installato in modo che soltanto le persone autorizzate possano prendere conoscenza dei documenti che si ricevono. Del resto è possibile apporre sul fax un avvertimento, come ad esempio il seguente: "Se non siete il destinatario indicato nell'indirizzo, La preghiamo di informare immediatamente per telefono il mittente e poi di distruggere il fax".



f) *Controllo di memoria*

Occorre impedire l'introduzione, la lettura, la modificazione e la cancellazione di dati relativi alla salute da parte di persone non autorizzate. Gli utenti devono provare di essere autorizzati mediante un nome di copertura e una parola chiave.

Per preservare dalla perdita i dati concernenti la salute, è bene allestire regolarmente copie di sicurezza. Siccome i supporti di dati, utilizzati per la salvaguardia, contengono tutti i dati memorizzati nel sistema, bisogna premurarsi di metterli al sicuro. Ciò è possibile con una cifratura (automatica) dei dati oppure custodendoli in una cassaforte.

Si deve impedire che dati riguardanti la salute vengano copiati illecitamente, ad esempio su un dischetto. A tale scopo si può fare in modo che l'elaborazione dei dati sia impossibile nella parte destinata al floppy disk.

Documenti scritti hanno un importante valore probatorio (ad es. in casi litigiosi di responsabilità civile), poiché modificazioni, radiazioni e complementi successivi sono di solito riconoscibili. Per quanto concerne le registrazioni elettroniche, le cose stanno diversamente. Cancellazioni, aggiunte e correzioni successive nel sistema sostituiscono, nella maggior parte dei casi, quanto esisteva prima, senza lasciare alcuna traccia. Per potenziare la forza probatoria si dovrebbero utilizzare sistemi che escludano la possibilità di sovrapporre dati e testi a quelli già registrati e permettano di contraddistinguere in un documento successivi complementi. Anche l'indicazione automatica della data di ogni nuova iscrizione aumenta la garanzia contro falsificazioni.

g) *Controllo di utilizzazione*

Nel caso di sistemi gestiti a distanza occorre in modo particolare impedire che persone non autorizzate possano accedere agli impianti di trasmissione dei dati.

Sistemi TED nei quali sono trattati dati relativi alla salute devono, ogniqualvolta è possibile, essere gestiti senza collegamenti con l'esterno (sistema stand-alone). L'unica eccezione è costituita oggi da quei sistemi muniti di "Firewalls" confi-gurati in modo professionale. Pensiamo in particolare alle grandi compagnie d'assicurazione.

**Esempio:**

In base allo stato attuale della tecnica **l'installazione dell'accesso a Internet** deve sempre essere **separata** dai dati relativi alla salute dei pazienti. Infatti esiste un rischio elevato che terze persone non autorizzate si introducano nel sistema, ciò che deve essere assolutamente evitato.

L'invio di mail (scambio di lettere con mezzi elettronici) contenenti dati personali degni di particolare protezione, ad esempio su Internet, devono avvenire in modo cifrato.



*h) Controllo dell'introduzione*

Dev'essere possibile controllare a posteriori l'introduzione di dati relativi alla salute. Ciò deve essere garantito mediante verbali d'aggiornamento o altre prove.

*i) Aggiornamento (art. 10 OLPD)*

Il trattamento automatico di dati concernenti la salute deve essere registrato in verbali se misure preventive non possono garantire la protezione dei dati. Con la parola aggiornamento s'intende la registrazione e la valutazione di trattamenti di dati. Grazie a queste registrazioni si deve poter verificare a posteriori chi ha inserito, modificato o cancellato i dati in questione. Emergono così punti di riferimento per il contenuto indispensabile delle registrazioni.

I verbali d'aggiornamento sono da allestire in modo tale da non potere più essere modificati, ed essere conservati durante un anno. Inoltre gli aggiornamenti possono essere resi accessibili unicamente alle persone a cui incombe vigilare sull'applicazione delle prescrizioni in materia di protezione dei dati; gli aggiornamenti possono essere utilizzati unicamente a questo scopo.

*k) Protezione contro i virus*

Per evitare nel modo più assoluto che virus s'infiltrino nel sistema TED, si raccomanda di attirare l'attenzione dei collaboratori su questo pericolo e sulla necessità di non utilizzare programmi TED dall'origine dubbia. Comunque i migliori provvedimenti tecnici e organizzativi sono efficaci soltanto se gli utenti ne sono convinti e li applicano scrupolosamente.

Altre indicazioni sulla sicurezza dei dati sono fornite nella Guida ai provvedimenti tecnici e organizzativi concernenti la protezione dei dati, pubblicata dell'Incaricato federale per la protezione dei dati e della trasparenza. La Guida è disponibile sul sito [www.lincaricato.ch](http://www.lincaricato.ch).





### **III. Conclusione del rapporto medico – paziente**

Il segreto medico è d'importanza capitale non soltanto durante il periodo in cui il paziente è in cura dal medico, ma anche dopo la fine del trattamento, dopo il pensionamento del medico, dopo la chiusura o la cessione del gabinetto medico o in caso di morte del medico o del paziente. Proprio in questi ambiti rimangono ancora aperte numerose questioni relative alla protezione dei dati o sono, in parte, disciplinate in modo lacunoso.

#### **1. Per quanto tempo deve essere conservata l'anamnesi?**

Nella LPD non è previsto nessun termine di conservazione per i dati concernenti la salute nella sfera privata.

Per questo motivo si applica il principio generale della proporzionalità, secondo il quale dati personali non più necessari vanno distrutti. Sono tuttavia fatte salve le disposizioni particolari della Confederazione o dei Cantoni sulla conservazione di documenti clinici oppure a fini statistici.

#### **Esempi:**

Nel Canton Berna, la durata di conservazione prevista è di dieci anni per quanto riguarda la sfera privata e di venti anni nella sfera pubblica (art. 26 cpv. 2 legge cantonale bernese sulla sanità).

Negli ospedali cantonali del Canton Zurigo l'anamnesi è conservata per almeno dieci anni dopo la fine del trattamento (art. 13 del regolamento esecutivo concernente i pazienti).

#### **2. Distruzione dell'anamnesi**

Una volta trascorso il termine legale di conservazione, i dati relativi alla salute non devono essere eliminati in modo convenzionale (in sacchi per la spazzatura o in contenitori per rifiuti). Si raccomanda invece di distruggerli con un trita documenti o un impianto d'incenerimento dei rifiuti, sotto controllo personale.

#### **3. Consegna dell'anamnesi**

Può succedere che un paziente non desideri semplicemente un'informazione (cfr. sopra II.3), bensì esiga la consegna di tutti i documenti originali. Come fare in questi casi, sapendo che si deve tener conto dell'obbligo legale di conservazione e quindi di garanzia delle prove in vista di un eventuale processo per responsabilità civile?



L'anamnesi è tenuta innanzitutto nell'interesse del paziente, motivo per cui **il medico è in linea di massima autorizzato** a consegnare l'originale. È difficile stabilire interessi pubblici contrari alla consegna. Nei casi in cui il paziente vieti al medico di conservare qualsivoglia indicazione, quest'ultimo dovrebbe richiedere una dichiarazione scritta del paziente di scioglimento esplicito dall'obbligo di conservazione previsto dalla legge e dal contratto e di rinuncia, da parte del paziente, a tutte le esigenze legate al rapporto terapeutico<sup>23</sup>.

Le cose si presentano diversamente se l'anamnesi ha più di dieci anni. A partire da tale data, di norma, non esiste né un obbligo legale (l'obbligo di conservazione previsto dalle legislazioni cantonali vige nella maggior parte dei casi per dieci anni) né un interesse privato preponderante del medico a conservare ulteriormente i dati. In casi di responsabilità civile il termine di prescrizione è di norma parimenti di dieci anni (art. 60 cpv. 1 CO).

**Eccezione:**

Se una denuncia è collegata a un reato per il quale il codice penale prevede un termine di prescrizione più lungo, tale termine vale anche per il processo civile (art. 60 cpv. 2 CO). Anche interessi pubblici contrari dovrebbero presentarsi raramente, in modo che il paziente possa senz'altro esigere che i suoi documenti siano distrutti o gli vengano consegnati.

#### **4. Cessazione dell'attività: obbligo di conservazione e successione**

L'obbligo di conservazione del medico resta valido anche se cessa la sua attività. Una prassi diffusa vuole che il medico trasmetta al successore i fascicoli per conservazione e trattamento successivo. Questo modo di fare ha senza dubbio i suoi vantaggi: subentrando un altro medico, i dati necessari rimangono sul posto; pazienti precedenti hanno accesso ai loro dati al medesimo indirizzo, anche se il medico di prima ha cambiato domicilio; i dati sono archiviati secondo criteri professionali e non conservati in un locale privato (cantina o solaio), dove certamente dopo la morte del detentore della raccolta di dati il controllo è impossibile. Il segreto professionale va osservato anche tra medici e il medico subentrante può prendere conoscenza del fascicolo del paziente soltanto con il suo consenso.

##### **Procedimento in caso di cessazione della pratica medica**

###### *aa) Trattamento da parte del successore*

Un medico che intende cedere lo studio dovrebbe chiedere ai pazienti se auspicano farsi curare dal suo successore, se può quindi trasmettere a quest'ultimo i loro fascicoli e se del caso spiegarli.



*bb) Nessun trattamento da parte del successore*

Se il paziente non auspica farsi curare dal successore, occorre distinguere diversi casi:

- Il paziente può indicare al medico l'indirizzo di un collega presso il quale continuerà a farsi curare e al quale va trasmessa la documentazione
- Se il paziente non accetta né respinge l'offerta di farsi curare dal medico successore, il suo fascicolo può essere distrutto, previa osservanza del termine di conservazione. Il medico può trasmettere al successore per conservazione (e soltanto per conservazione) i casi conclusi, i cui incarti non possono essere distrutti perché ancora vincolati dal termine cantonale di conservazione

## **5. Che cosa fare con i fascicoli dei pazienti dopo la morte del medico?**

*a) In mancanza di un successore*

Sempreché nessuno desideri riprendere la successione, gli eredi sono tenuti a render conto (art. 400 CO) e a informare della liquidazione (art. 402 CO). Sarebbe auspicabile che i fascicoli vengano immediatamente posti sotto tutela ufficiale (sigillatura). L'autorità dovrebbe poi autorizzare una persona – ad es. la segretaria del medico – ad accedere, nel limite del necessario, alle anamnesi, a difesa degli interessi degli eredi (calcolo degli onorari).

*b) In caso di successione*

Se lo studio è ceduto a un successore, quest'ultimo è tenuto a conservare le anamnesi secondo le disposizioni di legge e, nel caso di un'eventuale trasmissione al paziente o ad altri medici, a garantire gli interessi degli eredi (pretese di responsabilità civile) [per procurarsi la dichiarazione di rinuncia cfr. al Capitolo III.3. consegna dell'anamnesi]. Naturalmente anche in questo caso il successore può consultare le anamnesi solo dopo aver ricevuto l'autorizzazione del paziente<sup>24</sup>.

## **6. È possibile consultare i dati dei pazienti deceduti?**

Dopo la morte del paziente la sua anamnesi non è resa facilmente accessibile a terzi<sup>25</sup>. Si possono rilasciare informazioni soltanto se "il richiedente prova di avere un interesse e non vi si oppongono interessi preponderanti di congiunti della persona deceduta o di terzi" (art. 1 cpv. 7 OLPD)<sup>26</sup>. Giusta l'art. 1 cpv. 7 OLPD, la parentela prossima e il legame matrimoniale con la persona deceduta costituiscono un interesse sufficiente a giustificare l'informazione. In pratica però si devono ponderare gli interessi anche in questi casi.



## IV. Possibilità del trattamento elettronico dei dati

### 1. Vantaggi e svantaggi del trattamento elettronico dell' anamnesi

Come in altri settori dell'attività umana anche nello studio medico è stato introdotto il sistema elettronico per la gestione dei dati riguardanti i pazienti. Dal punto di vista del diritto della protezione dei dati tale novità comporta aspetti favorevoli e altri sfavorevoli:

#### a) *Vantaggi*

- Il trattamento elettronico dei dati può accelerare il disbrigo dei lavori amministrativi. Inoltre, nel caso di anamnesi voluminose si risparmia tempo facendo ricerche con parole chiave (ad es. medicine prese o sintomi di malattie)
- I medici che gestiscono i fascicoli dei pazienti con il sistema informatico possono garantire ai pazienti un diritto d'accesso più semplice. Se l'anamnesi si trova nel computer, la fastidiosa fotocopiatura o ricopiatura di note manoscritte e illeggibili può essere sostituita da un semplice ordine dato alla stampante
- È agevolata la trasmissione anonima di dati a scopo di ricerca

#### b) *Svantaggi*

- Nella misura in cui il medico, durante la visita del paziente, introduce ininterrottamente le osservazioni nel computer, non è il contatto umano a essere prioritario bensì la tecnica
- Per il paziente c'è il pericolo che, a sua insaputa, si operi un trasferimento incontrollato di dati. In questo ambito si tratta meno di comunicazione di dati fra medici, per la quale il paziente di norma dà il proprio consenso (scambio fra medici) ma bensì di trasmissione elettronica – dagli aspetti più problematici – di una gran quantità di dati alle assicurazioni, senza che il paziente ne sia al corrente

È ragionevole togliere dallo schedario permanente e depositare periodicamente in un archivio, a scopi di sicurezza, tutti i dati di ex pazienti. Delle diverse possibilità esistenti la meno costosa è quella di registrare i dati su nastro. A scopi di prova i più idonei sono però i sistemi che funzionano secondo il principio WORM (Write Once Read Many Times). Gli schedari di sicurezza abbinati a questo principio non possono più essere in seguito modificati, ma si possono solo aggiungere altri schedari fino a quando il supporto di dati è completo. In questi ultimi tempi sembra che si profili la tendenza a poter realizzare una simile sicurezza di dati con costi bassissimi con apparecchi di registrazione di CD-ROMs (in tal caso meglio denominati CD-WORMs).



## 2. Carta elettronica d'identità sanitaria

Sulla carta elettronica d'identità sanitaria è possibile registrare una gran quantità di dati concernenti la salute (come ad es. vaccinazioni, malattie infantili, allergie e altro ancora). In Svizzera un simile sistema è stato introdotto nel 1989, ma poi accantonato (SANACARD).

Nel Canton Vaud si è sperimentato nel 1996 un progetto pilota di consegna dei medicinali per mezzo di una carta assicurativa magnetica. Il sistema di calcolo con tale carta (passando da un calcolatore centrale) prevede un considerevole risparmio amministrativo per farmacisti e assicuratori. Anche nei Paesi confinanti al nostro esiste la tendenza a una sempre più estesa applicazione delle carte elettroniche d'identità sanitaria.

Entrano in considerazione per la carta d'identità sanitaria i seguenti dati personali:

- Nome, indirizzo, data di nascita e numero AVS del detentore
- Malattie e loro frequenza, curriculum patologico, scopo del ricovero in ospedale
- Diagnosi, interventi chirurgici, terapie, medicine prescritte e ricette
- Informazioni per le assicurazioni
- Altre informazioni indispensabili

Visti i rilevanti effetti collegati a simile trattamento dei dati sulla salute, facciamo notare alcuni importanti punti:

- Tutte le persone incaricate dell'allestimento delle carte d'identità sanitaria devono essere vincolate dall'obbligo al segreto
- L'accesso per il fabbricante e l'utente deve essere severamente separato (chi ha accesso a quale informazione)
- Ogni detentore della carta d'identità sanitaria deve essere immediatamente informato del cambiamento del contenuto
- Soltanto il detentore della carta può accedere alla totalità delle informazioni mediante un nome in codice
- Ognuno deve poter scegliere liberamente se possedere una carta d'identità sanitaria; chi vuol farne a meno non dev'essere svantaggiato
- L'intero contenuto memorizzato sulla carta d'identità sanitaria deve essere consultabile in ogni momento e in modo completo da parte del detentore<sup>27</sup>

## 3. Manutenzione di apparecchi informatici e programmi con dati concernenti la salute

In informatica con il termine "manutenzione" s'intendono diverse attività relative alle componenti fisiche (hardware) e alle procedure o programmi di un sistema informatico (software).



**Esempi:**

- Correzione degli errori di programmazione
- Installazione di nuove versioni di programmi
- Aumento dell'efficienza dell'impianto con l'installazione di nuovi hardware

La problematica concernente la protezione dei dati è in tutti questi casi la medesima: terze persone hanno accesso a informazioni che sarebbero propriamente riservate al medico. Già al momento della firma del contratto di manutenzione si dovrebbe convenire di un cosiddetto "non-disclosure Agreement", in virtù del quale la ditta incaricata del lavoro s'impegna a far notare ai propri collaboratori il carattere confidenziale dei dati e a obbligarli a un comportamento adeguato (ad es. rendendoli attenti all'obbligo di discrezione ai sensi dell'art. 35 LPD e vietando la memorizzazione di dati su dischetti o il trattamento in altro modo).

Occorre rinunciare, nella misura del possibile, a una **manutenzione a distanza**. Se quest'ultima è inevitabile, occorrerebbe stabilire un collegamento mediante modem, ma solo per breve tempo e in accordo con la ditta. In questo caso si deve far uso di modem callback. Se la manutenzione concerne il software, non si eseguano le **prove** necessarie con i dati dei pazienti, bensì con dati inventati (ad es. singole cifre o lettere).



## V. Ricerca

### 1. Trattamento di dati clinici nella ricerca, pianificazione e statistica

Tanto la ricerca medica quanto quella del sistema sanitario dipendono dagli esami e dalle consultazioni del medico.

#### Esempio:

Malattie tumorali

Secondo l'attuale disciplinamento ci sono **tre tipi** di uso lecito, nella ricerca medica, di dati concernenti i pazienti:

- Se un medico **fa ricerca** con i dati dei suoi pazienti e ne pubblica gli eventuali risultati in **forma** assolutamente **anonima**
- Un medico rende noto a ricercatori i dati di pazienti ai quali ha chiesto la necessaria **autorizzazione**
- La "**Commissione per il segreto professionale nella ricerca medica**" **concede l'autorizzazione** a comunicare dati di pazienti a scopo di ricerca (cfr. Capitolo V.2)

Occorre infine pubblicare i risultati in modo che le persone interessate non siano riconoscibili.

Nell'ambito dell'**ingegneria genetica** c'è grande interesse alla ricerca di dati quantitativi e qualitativi riguardanti l'essere umano. Attualmente si discute in seno a diversi congressi con quanta libertà o entro quali limiti si debbano trattare questi dati personali affinché la protezione degli interessati sia garantita. Per questo motivo non entriamo in ulteriori dettagli.

### 2. Compiti della Commissione per il segreto professionale nella ricerca medica (Commissione peritale) giusta l'art. 321bis del Codice penale

Fino all'entrata in vigore della LPD (1.7.1993) e quindi della revisione dell'art. 321 CP, la ricerca medica con dati di persone era condotta in gran parte senza basi legali. Secondo la lettera della legge, ogni medico avrebbe dovuto chiedere l'accordo esplicito di ogni paziente per trattare i suoi dati nell'ambito di un progetto di ricerca. Se in tale ambito sono stati elaborati dati di pazienti non anonimizzati in precedenza e senza la loro autorizzazione, è stato violato il segreto professionale, fatto penalmente perseguibile.

Dall'introduzione dell'art. 321bis CP il segreto professionale può essere rivelato a scopi di ricerca se la Commissione peritale lo permette e l'interessato, dopo aver preso conoscenza dei suoi diritti, non lo vieta in modo esplicito. La **Commissione peritale rilascia due tipi di autorizzazioni**, ogni volta con la condizione di garantire la protezione dei dati:



Le **autorizzazioni speciali** si riferiscono a progetti di ricerca ben specifici, in modo che il trattamento degli stessi dati nel contesto di un altro progetto abbisogna di un'altra autorizzazione speciale.

Le autorizzazioni generali sono rilasciate:

- Da una parte, a cliniche e istituti universitari per la costante attuazione di progetti di ricerca. Ogni progetto deve però essere annunciato alla Commissione peritale perché possa esaminare se è stato rispettato l'ambito generale dell'autorizzazione
- Dall'altra, a enti che tengono registri clinici. Esempio: Registri di tumori
- Gli undici membri della Commissione peritale sono scelti dal Consiglio federale, assicurando la considerazione paritetica dei gruppi d'interesse (tre ricercatori, tre medici, tre rappresentanti di organizzazioni di pazienti, due giuristi) e la competenza nelle materie giuridiche.

La presente guida intende dare un'idea generale in materia di elaborazione dei dati nel campo della medicina. Il rapporto di fiducia tra medico e paziente rappresenta però il fondamento più importante e non può essere sostituito da prescrizioni legali. Sensibilizzazione e motivazione delle persone che trattano dati sono la condizione più importante per una loro efficace protezione.





## Fonti

- Legge federale sulla protezione dei dati (LPD), del 19 giugno 1992, RS 235.1.
- Ordinanza relativa alla legge federale sulla protezione dei dati (OLPD), del 14 giugno 1993, RS 235.11.
- Messaggio concernente la legge federale sulla protezione dei dati (LPD), del 23 marzo 1988, FF 1988 II 353
- Codice penale svizzero, del 21 dicembre 1937, RS 311
- Legge federale sulla procedura amministrativa, del 20 dicembre 1968, RS 172.021
- Codice civile svizzero, del 10 dicembre 1907, SR 210
- Codice delle obbligazioni, del 30 marzo 1911, RS 220
- Legge federale sull'assicurazione malattie, del 18 marzo 1994, RS 832.10
- Legge federale sul contratto d'assicurazione, del 2 aprile 1908, RS 221.229.1
- Ordinanza sull'assicurazione malattie, del 27 giugno 1995, RS 832.102
- Ordinanza concernente la dichiarazione delle malattie trasmissibili dell'uomo, del 21 settembre 1987, stato il 1° gennaio 1995, RS 818.141.1
- Legge federale sulla circolazione stradale, del 19 dicembre 1958, RS 741.01
- Legge cantonale bernese sulla sanità pubblica, del 2 dicembre 1984
- Art. 13 dell'ordinanza su diritti e doveri dei pazienti degli ospedali pubblici o finanziati dallo Stato (Ordinanza sul diritto dei pazienti del Canton Zurigo), del 28 agosto 1991



## Bibliografia

- 1 Decisioni del Tribunale Federale (DTF), 102 II 47, 101 II 183 confermato in 115 Ib 179 consid. 2, secondo cui il trattamento di pazienti in un ospedale pubblico non configura esercizio di un'industria ai sensi dell'art. 61 cpv. 2 CO, bensì adempimento di un compito pubblico. I danni che ne conseguono sono imputati all'esercizio della sovranità statale e non alla violazione di un contratto di diritto privato, anche se il paziente ha acconsentito al ricovero in ospedale [...].
- 2 Trad. dal tedesco: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 1994, pag. 636.
- 3 Daniel Wyler, Geheimniskrämerei um das Patientengeheimnis, Bollettino dei medici svizzeri, vol. 74, fasc. 45, 10.11.1993, pag. 1742.
- 4 Guida al trattamento dei dati personali nell'ambito del lavoro, pag. 8.
- 5 Guida per il trattamento dei dati personali in seno all'Amministrazione federale, IFPDT, 1994.
- 6 Wolfgang Wiegand in: Heinrich Honsell (edit.), Handbuch des Arztes, Zürich 1994, pag. 198 seg.
- 7 Foglio federale (FF) 1988 II 389.
- 8 DTF 113 II 430: il Tribunale cantonale zurighese, quale istanza preliminare, deduce con ragione che un rapporto operatorio redatto sette anni dopo l'intervento dev'essere considerato "come semplice affermazione di parte".
- 9 Boll. uff. del Consiglio degli Stati 1990, 140.
- 10 FF 1988 II 392.
- 11 Robert Gmür, Die ärztliche Dokumentationspflicht und das Auskunftsrecht der Patientin, Bollettino dei medici svizzeri, vol. 75, fasc. 9, 2.3.1994, pag. 342.
- 12 FF 1988 II 395.
- 13 FF 1988 II 381.
- 14 Marc Buntschu, in Maurer/Vogt (edit.), Commentario alla legge federale sulla protezione dei dati, 1995, ad art. 2 N 33.
- 15 Röbi Gmür, Über das Auskunftsrecht der Patientinnen im Schweizerischen Datenschutzgesetz, in "pro mente sana aktuell", 4/95, pag. 28.
- 16 Röbi Gmür, op. cit., pag. 26 segg.
- 17 Röbi Gmür, Über das Auskunftsrecht der Patientinnen im Schweizerischen Datenschutzgesetz, in Pro mente sana, pag. 26/27.



- 18 Eugen Bucher, in "Berner Tage für die juristische Praxis 1984", Arzt und Recht, Bern 1985, pag. 47.
- 19 Commento dell'ordinanza del 14 giugno 1993 relativa alla legge federale sulla protezione dei dati, in: Kommentar zum Schweizerischen Datenschutzgesetz, op. cit., pag. 542.
- 20 Dubach, in: Maurer/Vogt, (edit.), Kommentar zum Schweizerischen Datenschutzgesetz, ad art. 8, n. 29.
- 21 Olivier Guillod e Marina Mandofia, Avis de droit sur la compatibilité du système genevois de codes-diagnostics, Genève, 1990.
- 22 Dr. Hans-Joachim Menzel, Incaricato della protezione dei dati per la città di Amburgo, Datenschutz in der Arztpraxis, aprile 1994.
- 23 Paul Ramer, Beobachter Ratgeber, Zürich, 1993, pag. 128 segg.
- 24 Cfr. DTF 119 II 222 segg. In un contratto avente per oggetto la cessione e la ripresa di uno studio medico è d'obbligo tener conto della protezione della personalità del paziente. Un obbligo contrattuale relativo al trasferimento di dati dei pazienti non è abusivo se si è riservato il consenso giuridicamente valido del paziente interessato o se i dati da trasmettere si limitano alle generalità e ciò permette di concludere, secondo il tipo concreto di studio medico, a un interesse ristretto dei pazienti al mantenimento del segreto, che si deve cedere all'interesse privato preponderante in caso di trasmissione di generalità al successore di uno studio medico. Si può presupporre che i dati dei pazienti siano gestiti dal punto di vista organizzativo e contabile in modo che la comunicazione delle generalità sia possibile senza rivelare nel contempo ulteriori dati del paziente.
- 25 Decisione, non pubblicata, del Tribunale federale del 26 aprile 1995, secondo la quale il figlio non può far valere nessuna pretesa alla consultazione diretta dell'anamnesi di sua madre morta in ospedale. L'amministrazione dell'ospedale ha dovuto insistere in questo caso sul fatto che il figlio incaricasse un medico dell'esame del fascicolo del paziente perché ne venisse informato, in modo appropriato, del trattamento e delle circostanze della morte di sua madre.
- 26 Paul Ramer, Beobachter Ratgeber, op.cit., pag. 132 segg.
- 27 Carmen Grand, dans "Le dossier médical", Cahier No 1 de l'Institut de droit de la santé (IDS) Neuchâtel 1994, pag. 36.