

LEX ET JUS

COLLANA GIURIDICA
DI DIRITTO DI FAMIGLIA E DIRITTO MINORILE
CRIMINOLOGIA E PSICOLOGIA GIURIDICA

DIRETTA
DA MANLIO MEROLLA



LA PRIVACY OSPEDALIERA E DIRITTI DEI MINORI OSPEDALIZZATI

ATTI DI STUDIO

MANLIO MEROLLA

PRESENTAZIONE
DEL DR. GIAMPAOLO SIANI E DR. TOMMASO MONTINI

CONTRIBUTI SCIENTIFICI
DR. FEDERICO MANTILE,
DR.SSA FILOMENA CAROTENUTO, DR.SSA ILARIA D'ELIA
AVV. MARCO ANGELONI E DR.SSA ROSA CAROTENUTO

CON LA COLLABORAZIONE REDAZIONALE,
DEI RICERCATORI DELLA SCUOLA DI LEGGE DI DIRITTO MINORILE, FAMIGLIA E CRIMI-
NOLOGIA DELL'ISTITUTO DEGLI STUDI GIURIDICI

AVV. FABIO CANDALINO, DR.SSA FRANCESCA PAGLIONICO, DR.SSA SERENA MONTINI.

“noi siamo indotti ingenuamente a credere che cose come tavole e lampade esistano in quanto tali e perdiamo di vista che la società ci insegna a trasformare sensazioni in percezioni le quali ci permettono di manipolare il mondo circostante.

Una volta che abbiamo attribuito un nome a questi oggetti di percezione il nome stesso sembra garanzia della definitiva e immutabile realtà reale del percepito”;

Fromm, in *Avere o Essere?*

EDIZIONI

2008 - **2009** - 2010

**CHIUSO PER LA STAMPA : 10 dicembre 2009 - SUPPLEMENTO
RIVISTA LEX ET JUS - VOLUME IN COLLANA LEX ET JUS**

AUTORIZZAZIONE TRIBUNALE DI NAPOLI N. 5071 DEL 29.09.1999
PUBBLICAZIONE SCIENTIFICA RISERVATA AGLI ASSOCIATI E CULTORI DELLA MA-
TERIA PER DIFFUSIONE GIURIDICA FORENSE

MANLIO MEROLLA

NOTE INTRODUTTIVE

DR.SSA FILOMENA CAROTENUTO

REFERENTE PRIVACI AZIENDA OSPEDALIERA "A. CARDARELLI "

*Le passioni sono i soli oratori che persuadono
sempre: il più semplice degli uomini che nutra una
passione è più convincente del più eloquente che ne
sia privo. (FRAVCOIS de LA ROCHEFOUCAULD)*

Ringrazio la Direzione Strategica e i Responsabili dell'Ufficio Privacy dell'A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli per avermi dato la possibilità di sviluppare e organizzare un piano formativo in materia di tutela della privacy in ambito sanitario, rivolto al personale aziendale.

Questa entusiasmante e appassionante esperienza che è cominciata nel 2004 e condivisa insieme ad un gruppo di lavoro composto da valenti e accreditati professionisti esperti in materia, mi ha permesso di dare un piccolo contributo a questo volume partendo da un vissuto di esperienza concreta ed emozionante.

La direzione dei vari corsi di formazione svolti durante questi anni, infatti mi ha dato la possibilità di verificare che le tematiche trattate durante i corsi di formazione hanno stimolato e generato discussioni ricche di critiche costruttive tra i partecipanti e gli esperti, ed hanno concorso a produrre una maggiore consapevolezza sul valore e l'utilità della cultura del rispetto alla riservatezza ed umanizzazione delle cure sanitarie e dello sviluppo della qualità in sanità.

DR.SSA FILOMENA CAROTENUTO

PRESENTAZIONE

DR. PAOLO SIANI

DR. TOMMASO MONTINI.....

Indice- Sommario

Presentazione.....

Premesse dell'editore.....

Premesse dell'autore.....

CAPITOLO PRIMO CENNI STORICI

ORIGINI ED INQUADRAMENTO SULLA TUTELA DEI MINORI OSPEDALIZZATI E DELLA PRIVACY DEI MINORI

1. Premessa: Origini ed Inquadramento;
2. Il dato normativo : il Nuovo Codice della Privacy (d. lgs. 30.6.2003 n. 196) struttura del nuovo codice;
3. Casi pratici trattati più frequenti trattati in giurisprudenza (*di Marco Angeloni*)
4. Evoluzione normativa e previsioni Costituzionali ed Internazionali;
5. Minori e Giustizia (di Marco Angeloni);
6. LA CARTA UNESCO DEI MINORI OSPEDALIZZATI;

CAPITOLO SECONDO STATISTICHE IN MATERIA DI TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI OSPEDALIZZATI

A cura dell'Avv. Marco Angeloni¹ e Dott.ssa Rosa Patricelli²

1. Premessa;
2. Osservanza della Carta dei Diritti dell'UNESCO in Italia; I minori Ospedalizzati e quelli in reparti per Adulti;

¹ **Avv. Marco Angeloni:** Ricercatore e Coordinatore dell'Ufficio Analisi e Ricerche Giurisprudenziali e Giuridiche dell'Istituto Studi Giuridici Superiori, consulente della Redazione della Rivista " Lex et Jus" ed Osservatorio Giuridico;

² **Dr.ssa Rosa Patricelli:** Ricercatrice dell' Istituto Studi Giuridici Superiori - Ufficio Centro Analisi e Statistiche Giuridiche, consulente della Rivista Specializzata in Diritto e Giurisprudenza " Lex et Jus " e dell'Osservatorio Giuridico;

CAPITOLO TERZO
MINORI:
CONSENSO ALLA PRIVACY E CONSENSO INFORMATO

1. Premessa: differenza tra consenso alla privacy e consenso in formato;
2. Quando è ammissibile senza il consenso il Trattamento sanitario
3. Il Testamento Biologico;
4. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio;
5. Quando un minore “ maturo “ può rifiutare o acconsentire ad un atto medico – chirurgico;
6. Il Contatto Sociale e responsabilità dei Medici;
7. Casi particolari ; 8. Riflessioni conclusive;

CAPITOLO QUARTO
LA CARTELLA OSPEDALIERA DEI MINORI
I RICHIEDENTI LEGITTIMATI

1. Premessa;
2. L'accesso alla Cartella Ospedaliera dei Minori: discrasie normative ed osservazioni;
3. Affidatari Familiari;
4. Inabilitati; 5. Interdetti; 6. Amministrati con sostegno;

CAPITOLO QUINTO
LA TUTELA DELLA PRIVACY: ASPETTI PSICOLOGICI
E RELAZIONALI NELL'AMBITO SANITARIO

A cura del Dott. Federico Mantile (psicoterapeuta, neuropsichiatra infantile) e delle Dott.sse Filomena Carotenuto (psicologa) e De Lia Ilaria (psicologa)

1. Premessa;
2. La Convenzione di Strasburgo n. 108 del 28 gennaio 1981
3. Schema Qualità Servizio;
4. Il Vissuto di Malattia;
5. Consenso informato e comunicazione 6. La Relazione d' aiuto
7. Il Segreto Professionale

CAPITOLO SESTO
RIFERIMENTI NORMATIVI
CAPITOLO I
CENNI STORICI
**ORIGINI ED INQUADRAMENTO SULLA TUTELA
DEI MINORI OSPEDALIZZATI
E DELLA PRIVACY DEI MINORI**

SOMMARIO: 1. Premessa: Origini ed Inquadramento; 2. Il dato normativo : il Nuovo Codice della Privacy (d. lgs. 30.6.2003 n. 196) struttura del nuovo codice; 3. Casi pratici trattati più frequenti trattati in giurisprudenza (di Marco Angeloni) 4.Evoluzione normativa e previsioni Costituzionali ed Internazionali; 5. Minori e Giustizia (di Marco Angeloni);

1. – Premessa: Origini ed Inquadramento;

Il termine “ Privacy ” nel mondo giuridico ha radici molto lontane, infatti da numerosi autori si vuole far risalire la sua apparizione nel finire del 1800. Il caso che viene riportato ad esempio è stato rappresentato dalla prima azione legale promossa da un giovane avvocato americano di Boston, tale Samuel Warren, che citò in giudizio un giornale locale che si era esageratamente ingerito nelle vicende matrimoniali del detto legale. L'avvocato Warren in seguito scrisse un articolo, dal titolo: “ The right to privacy” che ebbe molta risonanza nella comunità scientifica giuridica per una nota rivista legale, nel quale sosteneva il diritto ad essere lasciati soli, postulando le radici della riservatezza come diritto da difendere.

Successivamente i principi di tutela della riservatezza vennero sanciti nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, nella quale l'art.12 afferma e vieta “l'arbitraria interferenza con la riservatezza”. Il detto principio successivamente è stato ripreso da numerose altre convenzioni, di cui si annovera quella europea dei diritti dell'uomo, secondo la quale “ ogni persona ha diritto al rispetto della sua vita privata e familiare” (art.8).

Con l'affermarsi delle tecnologie informatiche, venivano a crescere in modo sempre più rapido le esigenze di tutela della privacy legate alla creazione di Banche Dati in tutti i settori e nei servizi ed utilità sociali quali (scuole, trasporti, lavoro e sanità);

Infatti già nei primi anni settanta, le leggi sulla tutela della riservatezza ebbero una crescente produzione normativa prima in Svezia(1973), poi in Germania (1977), in seguito in Austria, Danimarca, fino in Francia e Norvegia nel 1978.

Solo nel 1981, il giorno 28 gennaio, la Convenzione di Strasburgo per la protezione delle persone in relazione all'elaborazione automatica dei dati a carattere personale, veniva approvata a Strasburgo, e l'Italia presto è stata una dei firmatari della medesima .

Per quanto concerne invece la Tutela dei Minori, la storia attribuisce un grande merito all'impulso propulsivo di difesa dei minori alla classe medica.

Infatti si racconta che nel 1890 una infermiera americana, unitamente ad un medico e un giovane avvocato, pur di proteggere una piccola bambina di appena nove anni abusata e violentata dal padre, in mancanza di una normativa e di strutture protettive per minori, decisero di portare la minore presso una Associazione a tutela degli animali.

Il caso ebbe presto grande risonanza nella stampa mondiale, tanto che nel 1899 a Chicago (USA) venne istituito il primo Tribunale per i minorenni.

In Italia, tuttavia i Tribunali per i minorenni vennero istituiti solo nel 1934 e nel 1962 con la legge 1085 venne introdotta la figura dell'operatore sociale.

Oggi sebbene con i suoi suddetti notevoli ritardi rispetto a tanti altri paesi, l'Italia vanta le migliori e più complete normative a tutela dei Minori, che tuttavia per carenza di personale qualificato e a causa del realizzarsi della maggior parte delle violenze ed abusi in ambito familiare, non sempre risulta agevole la realizzazione di una tutela piena dei minori del nostro tempo.

2. Il dato normativo: il Nuovo Codice della Privacy (d.lgs. 30.6.2003 n. 196) struttura del nuovo codice;

Il codice della privacy così come denominato correntemente, diversamente dai precedenti contiene nuove indicazioni in ordine alla tutela della privacy a tutela dei minori, prevedendo ipotesi specifiche e rilevanti, estendendo quanto precedentemente era disposto solo dal D.P.R. del 22/9/1999 , n.° 448 riguardante l' " Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni", che vietava la pubblicazione e la divulgazione, effettuata con qualsiasi mezzo, di notizie ed immagini idonee a consentire l'identificazione di un minorenne coinvolto, a qualunque titolo, in un procedimento penale.

All'attualità tale divieto è esteso a tutela dei minori coinvolti in procedimenti giudiziari di qualunque natura e non solo di quelli penali.

Nell'omettere ogni altra disposizione si pongono in rilievo unicamente le fattispecie riguardanti limitatamente ai minori, in relazione a quanto sopra esposto si riporta testualmente l'art. 50 DL 196/03.

ART. 50 DECR. LEG.VO 196/2003: Notizie o immagini relative a minori

"Il divieto di cui all'articolo 13 del Decreto del Presidente della Repubblica 22.9.1988, n448, di pubblicazione e divulgazione con qualsiasi mezzo di notizie o immagini idonee a consentire l'identificazione di un minore si osserva anche in caso di coinvolgimento a qualunque titolo del minore in procedimenti giudiziari in materie diverse da quella penale."

Altra tutela estensiva riguardante i minori è disciplinata dall'art.52 del citato DL, che prevede il diritto all'anonimato in campo giudiziario penale, civile ed amministrativo.

Il detto articolo presenta le modalità in base alle quali si può garantire il diritto all'anonimato della parti coinvolte in un giudizio nel caso

di diffusione di una decisione giudiziaria, includendo anche il lodo arbitrale³.

Va in merito ricordato che il giudice, su richiesta dell'interessato o anche d'ufficio se lo ritiene necessario per salvaguardare i diritti o la dignità della persona, può decretare che nelle copie delle sentenze o di altri provvedimenti giurisdizionali dell'autorità giudiziaria rilasciati per uso di informatica giuridica, pubblicati su riviste giuridiche o da chiunque divulgati anche in forma cartacea oltre che in via web ed informatica, venga omessa ogni indicazione dei dati identificativi⁴ e/o generalità della parte interessata. (cfr art.52 Comma 1);

Ulteriori previsioni anche più restrittive a tutela di altri soggetti "deboli" sono previste dal V Comma dell'articolo 52, che citando tre specifiche ipotesi tende a tutelare alcuni soggetti dai rischi di lesione dei diritti fondamentali e della dignità personale. Si annoverano:

VIOLENZA SESSUALE – E' vietata la divulgazione delle generalità e dell'immagine delle persone offese da atti di violenza sessuale previsti dall'art. 734 – bis codice penale . La divulgazione è permessa per i maggiorenni offesi solo con il loro consenso;

MINORENNE - Il minore è tutelato "in ogni caso" in modo assoluto, con obbligo di "mascherare" i dati di riconoscimento dello stesso indipendentemente alla sussistenza o meno di uno specifico decreto di un giudice. Il divieto è pertanto esteso a tutte le sentenze e provvedimenti dell'A.G. nonché ad ogni dato identificativo e "ogni altra informazione, compresa quella relativa a terzi", dalle quali si possa fare desumere, direttamente o indirettamente, l'identità di un minore.

Giova rappresentare a tal riguardo alcune particolari circostanze più attuali e ricorrenti nelle quali il rischio di diffusione è più alto e che statisticamente sono più numerose nelle produzioni giurisprudenziali degli ultimi anni:

³ Il Lodo Arbitrale: è.....

⁴ Dati identificativi: in base all'art 4, Lett b) del Codice sono i " dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato", esempio immagini o ogni informazione di riconoscimento diretto del soggetto;

3.I casi pratici più frequenti trattati in giurisprudenza;⁵

A Cura avv. Marco Angeloni

- Figli adottivi;
- Il parto: T.A.R. Lazio sez. III : Il diritto di accesso del certificato di assistenza al parto di un soggetto adottato che intenda conoscere l'identità della propria madre naturale per ragioni di salute è escluso dall'art. 24 (1 L. 7.8.90 241) in quanto sussiste il diritto all'anonimato della madre;
- Giornalismo;
- Genitori Separati nell'esercizio della potestà genitoriale;

Esaminiamo pertanto alcune dei casi più noti e più frequenti citati nelle **attuali produzioni giurisprudenziali**:

Recenti decisioni italiane, nelle quali è stato dato valore alla parola di minorenni circa la sottoposizione a trattamenti sanitari. Senza affermarlo nettamente e senza argomentarlo compiutamente, alcuni giudici hanno finito col **dare valore decisivo alla volontà di minorenni ammalati di tumore** che si opponevano, unitamente ai loro genitori, alle proposte terapeutiche dei medici. E' accaduto a Venezia, Ancona e Brescia.

IL CASO:

A Venezia (1998) si trattava di una bambina di 8 anni, malata di leucemia, dalla quale avrebbe buona possibilità di guarire, se sottoposta al protocollo terapeutico ufficiale: Il Tribunale per i minorenni si astiene dal prendere provvedimenti nei confronti dei genitori che non intendono sottoporre la figlia alla cura indicata.

⁵ A cura Avv. Marco Angeloni;

A motivo della decisione, i giudici prospettano non solo l'incertezza della prognosi e l'incensurabilità sotto altri profili della condotta dei genitori, ma anche il fatto che la bambina, ritenuta in grado di comprendere, almeno in parte, la dimensione del problema che l'affligge, rifiuta il trattamento sanitario proposto.

La decisione di Venezia, a differenza di altre, si spinge a motivare giuridicamente su quest'ultimo punto.

Richiama, infatti, *l'art. 6 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina (1997)*, che conferisce rilievo all'opinione del minore e l'art. 32 della Costituzione, che rende inammissibile l'esecuzione coatta di un trattamento sanitario in assenza di espressa previsione di legge.

ALTRO CASO:

Ad Ancona (1999), si tratta di un bambino di 9 anni, colpito da una gravissima malattia, che richiede, oltre a trattamento chemioterapico, l'amputazione della gamba.

La guarigione è esclusa e la prognosi di sopravvivenza a breve termine assai modesta.

Dopo che il Tribunale per i minorenni ha ordinato la cura, interviene la Corte di appello, che revoca il provvedimento del Tribunale per varie ragioni (ridottissima possibilità di sopravvivenza; sostanziale equivalenza, per tale motivo, della terapia ufficiale con quella preferita dai genitori e dal figlio), che comprendono la considerazione della volontà del minore, che respinge la terapia .

ALTRO CASO:

A Brescia (1999), la Corte di appello conferma l'ordine, emanato dal Tribunale per i minorenni, di sottoporre alla cura "prescritta" una bambina di 10 anni che si trova in situazione analoga a quella della piccola veneziana.

Ma quando si tratta di eseguire coattivamente la decisione, il Tribunale, di fronte al forte dissenso della bambina e al suo stato di tensione emotiva, dispone consulenza tecnica medico-legale e psicologica, per valutare l'attuabilità in via coatta della terapia.

La perizia conclude per l'inattuabilità ed il tribunale archivia con un provvedimento che contiene spunti molto interessanti sulla capacità

della minore.

L'ULTIMO CASO

(1999), ancora a Brescia, è per certi aspetti analogo ai precedenti, ma presenta un elemento particolare: la minore, benchè quattordicenne, non è stata informata della sua situazione sanitaria e, pertanto, non è in grado di esprimere una volontà congruente alla situazione.

Il Tribunale per i minorenni, questa volta, non ordina la cura, ma prescrive di informare la ragazza, perchè *“chi non può rimanere estraneo a tale scelta è peraltro la diretta interessata, la quale, ormai quattordicenne, deve poter conoscere la reale entità della sua malattia, le terapie praticabili e le loro caratteristiche, anche rispetto alla possibilità di guarigione...”*

Il minore grandicello è peraltro certamente un soggetto il cui consenso non può essere trascurato, specie con riguardo ai trattamenti sanitari particolarmente gravosi, o dolorosi, o controversi (come nel caso di specie); tale indicazione pare emergere anche dalla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, con l'ulteriore conseguenza dell'incoercibilità di una terapia rispetto ad un minore grandicello e maturo che non vi abbia consentito”.

1. Evoluzione normativa e previsioni Costituzionali ed Internazionali

Nel corso degli ultimi decenni l'evoluzione normativa ha avuto non poche difficoltà ad adeguarsi a quella tecnologica e conseguentemente alle nuove esigenze di tutela della privacy che quest'ultima immetteva nelle relazioni sociali.

Tuttavia la normativa codicistica italiana e di principi costituzionali⁶ sono stati supportati da norme speciali, convenzioni internazionali e da famose “carte di principi condivisi in ambito europeo ed internazionale” che hanno presentato una nuova figura del “minore” dei nostri tempi.

Il minore del nostro tempo infatti non è più individuato come soggetto privo di facoltà e diritti come un tempo, bensì è inquadrato come un “soggetto di diritti”, con facoltà specifiche e con diritti significativi.

Tra i più significativi dati normativi risulta doveroso annoverare la Legge 176 del 27 maggio 1991, che tra le prime ha ratificato in Italia la Convenzione di Strasburgo, ivi firmata dall'Italia il 28.1.1996, che dispone l'applicazione con le dovute cautele della Convenzione sui Diritti del Fanciullo, sottoscritta a New York il 20.11.1989, prevedendo all'art.12 il diritto del “*Fanciullo capace di discernimento*” di poter esprimere la Sua opinione in ogni procedura di carattere amministrativo o giudiziario che in modo diretto o tramite un suo rappresentante possa riguardarlo⁷.

Alla detta Convenzione nel maggio 2004 a Strasburgo ha fatto se-

⁶ Si ricordi tra i tanti in particolare : l'art. 13 Costituzione: Diritto alla Libertà, o l'art. 32 Diritto alla Salute;

⁷ I suddetti principi e facoltà previste a favore dei minori risultano di particolare importanza avendo aperto questioni interessanti relative al nuovo inquadramento ed interpretazione giuridica del consenso informato al minore dotato di “discernimento”, richiamato anche in numerose Convenzioni Internazionali sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del 19.11.1996 ratificata dal Governo italiano ad Ovieto il 04.04.1997 e dal Consiglio Nazionale di Bioteca nel 1992, nelle quali in estrema sintesi viene affermato che: “*Anche l'opinione del minore,dovrà essere presa in considerazione, come fattore determinante, ferma la responsabilità dei legali rappresentanti*”;

guito l'altra significativa Convention riguardante l'esercizio dei diritti dei minori che ha trovato numerosi impedimenti applicativi, molti ancora in itinere.

Per vero esaminando con attenzione le diverse tipologie normative seminate nell'ordinamento codicistico italiano si rilevano norme differenziate in base all'età, all'A.G. e a casi particolari relative all'ascolto dei minori. Attualmente, dopo forti sforzi dell'avvocatura e magistratura minorile, successivamente ad una sensibile produzione giurisprudenziale, con la recente legge sull'affido condiviso è stata normativamente prevista l'età minima di anni 12 per l'audizione dei minori nelle separazione e divorzi, ma che a discrezione dei Giudicanti in virtù dei principi delle Convenzioni Europee ratificate peraltro in Italia con leggi, si è reso possibile ipotizzare, con le dovute cautele l'audizione dei minori anche di età inferiore.

A tal riguardo si ritiene utile elencare con sintetici tratteggi alcune delle tappe evolutive della normativa riguardante i minori, che hanno reso possibile superare l'arcaica concezione dei minori come oggetto di diritto fino a valutare gli stessi all'attualità come soggetti di diritto:

Un ulteriore fenomeno mette in evidenza, nel quadro del diritto minorile e della famiglia, il progressivo contenimento dei poteri decisionali degli adulti, soprattutto se coercitivi, nei confronti dei minorenni, anche al di fuori del campo medico. Ad esso si è accompagnato il corrispondente incremento del riconoscimento delle competenze del minore a prendere o condividere decisioni che lo riguardano.

Il fenomeno è ormai di tali dimensioni, che si deve ritenere abrogata, almeno nella sua absolutezza, la dottrina dell'incapacità generalizzata di agire del minore degli anni 18⁸.

⁸ Nei paesi del Common Law, in Usa ed in Inghilterra: non esiste un istituto di rappresentanza legale in senso omnicomprensivo, né i genitori hanno l'automatica rappresentanza dei propri figli minori, né possono agire press ole corti per acquisire diritti ed assumere obblighi – cfr Introduzione del Diritto Comparato, Vol.II Di Majo-Gambaro, Milano 1995)

In Italia vige una presunzione generale d'incapacità del minore, contenuta nell'art.2 c.c. che però si presta a numerose critiche in dottrina e giurisprudenza : c'è chi ritiene che può valere solo per i diritti patrimoniali, altri invece ritengono solo formalmente anche per i diritti personali; Per motivi culturali, sociali e giuridici in Italia, salvo eccezioni, i minori prossimi alla maggiore età non possono essere visti come PRESUNTI INCAPACI TOTALI, sottoponibili alla potestà altrui:

VEDIAMO LE DEROGHE NORMATIVE:

DEROGHE ESPLICITE EX LEGE

Sono presenti in materia:

1. del lavoro,
2. matrimoniale,
3. riconoscimento di figlio naturale,
4. compimento di atti relativi alle opere dell'ingegno, rappresentanza volontaria (art.1389 c.c.),
5. responsabilità nei limiti della capacità d'intendere e volere, per le conseguenze del fatto dannoso (art.2043 c.c.),
6. possibilità di porre in essere fatti giuridici incrementativi del patrimonio (occupazione, invenzione, ritrovamento di tesoro...),
7. possibilità di proporre querela (art.125 c.p.)

DEROGHE IMPLICITE

1. Il minore pur essendo incapace di agire non potrebbe compiere negozi giuridici ex art 1425 cc ed ex art.2 cc, per cui risulta annullabile il negozio concluso da minore quando sia lesivo dei suoi interessi, ovvero risultati violato l'equilibrio sinallagmatico, esponendolo a rischi, pericoli o svantaggi....;
2. possibilità di stipulare contratti di deposito, in funzione all'incoraggiamento al risparmio (il 64,5% dei giovani ha un conto corrente in Italia);

Il riflesso che tali vicende hanno in campo sanitario è notevole e produce effetti complessi.

5. Minori e Giustizia

A Cura avv. Marco Angeloni

Preminenza dell'interesse del minore⁹

Art. 3, Convenzione ONU, 1989: *“in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche e private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente”*. E' una clausola che contiene tanto istanze di autonomia, quanto istanze di protezione.

Considerazione delle capacità e delle aspirazioni dei figli-

Art. 147 codice civile, dove la potestà dei genitori viene declinata come obbligo di mantenere, istruire, educare la prole, tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli.

Ascolto del minore-

Art. 12 Convenzione New York:

“Gli Stati Parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità. A tal fine si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale”.

L'ascolto è finalizzato all'esercizio del diritto del minore di esprimere la propria opinione. Esprimere la propria opinione non equivale a far valere la propria volontà, ma l'"opinione" è sicuramente veicolo della volontà.

Importanza dell'ascolto ai fini della valutazione del discernimento del minore.

⁹ A cura dell'Avv. Marco Angeloni

Non può esserci ascolto senza *informazione*.

Informazione adeguata sul problema, sulla malattia, sulla cura, sulle conseguenze, sulle alternative, sulla durata e qualità della vita futura. Rispetto alla malattia, il bambino è il testimone più attendibile della propria sofferenza, del proprio dolore, delle proprie paure, dei propri fantasmi; è il testimone più attendibile del proprio bisogno di vicinanza con le persone care o, forse, di distanza; è il più accreditato a investire fiducia nei confronti dei medici, della struttura sanitaria, dei giudici, quando entrano in campo.

Capacità di discernimento-

Soltanto coloro che sono in grado di leggere o scrivere libri di filosofia sono persone, cui si addice il principio di autonomia e a cui spetta conseguentemente di manifestare il consenso informato (Engelhardt)? O è sufficiente la capacità di rappresentarsi con chiarezza (grazie all'informazione pertinente dei medici) rischi e benefici; eventuali dolori, sofferenze, menomazioni; durata e qualità della vita futura?

La seconda opzione pare sostenuta dall'esperienza di numerosi medici pediatri, che, facilitati all'incontro attento, empatico con il malato perchè bambino, ci parlano, talora con i toni di chi ha scoperto qualcosa di inatteso, della sua competenza riguardo alla propria malattia ed al significato che ha nella loro vita e in quella dei genitori. E' ancora l'esperienza dei pediatri e degli psicologi che collaborano con loro a dirci che molto presto il bambino è in grado di partecipare al processo decisionale e di interagire efficacemente con quello esecutivo del trattamento.

Un nodo critico relativo alla capacità è: chi valuta e decide circa la competenza del bambino a dire la sua, a esprimere e far valere la sua volontà?

Incoercibilità dei trattamenti sanitari-

Il trattamento sanitario che la persona subisce senza essersi personalmente autodeterminato equivale ad un trattamento imposto, quin-

di a un trattamento obbligatorio. Trattamento obbligatorio, comunque, non significa trattamento forzoso.

Ci sono vari motivi per ritenere che i trattamenti sanitari, anche se legittimamente imposti, siano incoercibili.

Ragioni di opportunità. I medici lo sanno bene e lo sanno anche i giudici (v. infra i casi di Brescia).

Ragioni di ordine pratico.

Come attuare concretamente il trattamento, allorchè vi sia una resistenza estrema del malato? Bisognerebbe usare la forza o la sedazione forzata (e l'art. 613 codice penale?).

Ma chi le mette in pratica?

Ragioni di ordine giuridico. L'incoercibilità del trattamento sanitario, quando non deriva dall'art. 13 Cost., discende dal dovuto rispetto della persona umana, imposto dall'art. 32 Cost. quanto ai trattamenti sanitari obbligatori. Lo stesso limite deve valere, per la ragione detta poc'anzi, per tutti i trattamenti sanitari non voluti.

In base ai principi sopra esposti, si può affermare che, nel nostro sistema, è riconosciuta nell'ambito dei trattamenti sanitari **l'autodeterminazione del minore capace di discernimento**.

Si tratta, per ora, di un'autodeterminazione in senso debole, che opera più come diritto di resistenza al trattamento sanitario, piuttosto che come titolarità esclusiva del diritto di consentirvi o meno (v. infra la giurisprudenza citata).

Le norme positive, sovranazionali e interne, che operano nella materia sono assai disomogenee: ve ne sono che negano qualsiasi partecipazione del minore, benché capace di discernimento, al processo decisionale medico e ve ne sono altre, soprattutto in sede sovranazionale, che sono di segno contrario. L'appendice normativa che segue da ampio conto di ciò.

L'impressione è che si vada profilando l'introduzione del consenso informato da parte del minore capace di discernimento, in virtù del riconoscimento della titolarità esclusiva sul suo corpo e sulla sua salute, che andrebbe ad affiancarsi all'autorizzazione del legale rappresentante, che permane necessaria in relazione alla funzione di cura del figlio o del pupillo che sopravvive fino al raggiungimento della mag-

giore età.

Semprechè, naturalmente, il legislatore non opti per una diversa soluzione, che non potrebbe comunque disconoscere ciò che ormai è riconosciuto: il diritto del minorenne capace di discernimento ad autodeterminarsi riguardo ai trattamenti sanitari.

Ed inoltre meritevole di menzione anche la famosa “ *carta dei Diritti dei minori Ospedalizzati*” redatta dall’UNESCO¹⁰ che integralmente per facilità di lettura si riporta nel paragrafo che segue.

• ¹⁰ UNESCO: *Organizzazione delle Nazioni Unite per l’educazione, la scienza, la Cultura e Comunicazione FONDATA A PARIGI il 16.11.1945* -cfr www.lexetjus.net

6. La Carta dell'UNESCO: Dei Diritti dei Bambini in Ospedale;

La “*carta dei Diritti dei Bambini in Ospedale*” è una dichiarazione “*condivisa*” di intenti a tutela dei minori ospedalizzati, elaborata e redatta da esperti multiprofessionali in base ad esperienze comuni.

La citata Carta, adottata dai più importanti ospedali pediatrici di europa ed italiani¹¹, ha introdotto dunque anche in ambito ospedaliero tra tanti altri principi anche il concetto di PRIVACY dei minori.

Va tuttavia ricordato che al minore attualmente per i motivi sopra esposti vengono offerti numerosi diritti e facoltà anche se resta ferma a tal riguardo la presunzione di incapacità del minore secondo l'art.2 Codice civile che ritiene testualmente secondo il “Libro Primo - Delle persone e della famiglia:

Art. 2 Maggiore età. Capacità di agire

La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa.

Sono salve le leggi speciali che stabiliscono un'età inferiore in materia di capacità a prestare il proprio **lavoro**. In tal caso il minore è abilitato all'esercizio dei diritti e delle azioni che dipendono dal contratto di lavoro.

Va ancora rilevato che a tutela dei minori sussistono in sede penale pesanti aggravanti che vengono previsti per reati e fatti commessi

¹¹ **Note a Cura Avv. Marco Angeloni:** Ogni bambino ha diritto di piangere, lamentarsi, ricevere cure, affetto e medicine migliori, ha diritto ad uno spazio tutto suo e ad avere accanto genitori e parenti, ha diritto di sapere la malattia che lo obbliga a stare in ospedale così come ad esprimersi sulle cure che gli vengono somministrate, ha diritto, come e più dei grandi, al rispetto e al riconoscimento della propria persona e della propria riservatezza. Secondo il **Rapporto 2004 del ministero della Salute** sulle caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica, nel nostro Paese, quasi il 30 per cento dei bambini in età compresa da 0 a 14 anni viene ricoverato in reparti per adulti. Soltanto il 12,2 per cento degli adolescenti fra i 15 e i 17 trova spazio in aree pediatriche, mentre il restante 87,8 per cento finisce in mezzo ai grandi. Da questi dati emerge l'urgenza assoluta di riservare ai minori, reparti adatti alla loro età ed aiutarli a vivere la loro condizione nella migliore maniera possibile. Ecco perché è nata “*La Carta dei Bambini in Ospedale*” con l'esclusivo intento di sensibilizzare le istituzioni alla necessità di passare dal curare le malattie al prendersi cura dei bambini malati senza dimenticare il ruolo fondamentale delle famiglie. Prendersi cura significa porre attenzione anche alla qualità dell'ambiente, quindi al bisogno del bambino di essere accolto e curato nel rispetto delle sue esigenze, il gioco, il sorriso, i colori:

...

contro i minorenni estensivamente equiparati agli infermi di mente o persone in stato d'incapacità naturale, per logica giuridica essendo soggetti deboli.

Va altresì ricordato che la citata Carta dei Diritti dei Bambini in ospedale dell'Unesco prevede espressamente che : “.i bambini ed i genitori hanno il diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano”, attribuendo agli stessi facoltà simili ai diritti sanciti dalle Convenzioni Europee.

CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DELLE BAMBINE IN OSPEDALE (UNESCO)

Uno dei diritti fondamentali, soprattutto dei bambini, è il diritto alle migliori cure mediche possibili.

Un bambino o una bambina **saranno ricoverati in ospedale solo se** le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di *day hospital*.

Un bambino o una bambina ricoverati **in ospedale avranno diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata.**

I genitori verranno accolti all'interno del reparto e saranno aiutati e incoraggiati a rimanervi.

Essi saranno messi in condizione di non dover affrontare spese aggiuntive o subire perdite economiche.

Per partecipare alla cura del proprio figlio, **i genitori saranno informati** riguardo ai tempi e ai ritmi della vita del reparto e **la loro attiva collaborazione sarà incoraggiata.**

Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione.

Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero ed alla lunga ospedalizzazione.

Bambini e genitori hanno il diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano.

Ad ogni bambino o bambina saranno evitate cure mediche ed esami superflui. Un bambino o una bambina ricoverati saranno curati assieme ad altri bambini che hanno le stesse esigenze di crescita e sviluppo e non saranno inseriti in reparti per adulti.

Non viene posto nessun limite all'età dei visitatori dei bambini ricoverati.

Un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alla loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso.

Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi, e di crescita dell'intero nucleo familiare. Continuità e costanza nelle cure sarà assicurata dall'equipe del reparto.

Bambini e bambine ricoverati saranno trattati con tatto e comprensione; la loro *privacy* sarà rispettata in ogni momento.

FONTE: *European association for children in hospital* (EACH)

Sportello orientamento giuridico, giudiziario e sociale a tutela dei Minori e la Famiglia:
Napoli, via De Dominicis, 14 – 081.556.14.18

CAPITOLO SECONDO
STATISTICHE IN MATERIA DI TUTELA DELLA
PRIVACY DEI MINORI OSPEDALIZZATI

A cura dell'Avv. Marco Angeloni¹² e Dott.ssa Rosa Patricelli¹³

SOMMARIO: **1.** Premessa; **2.** Osservanza della Carta dei Diritti dell'UNESCO in Italia; I minori Ospedalizzati e quelli in reparti per Adulti;

1. – Premessa;

Con obiettività va rilevato che dall'introduzione della normativa in esame ad oggi, gli adeguamenti logistici degli ospedali italiani in relazione alla variegata utenza sono stati numerosi, pur tuttavia lasciando aperte lagunose situazioni, frutto di **carenze economiche ed a causa di lavori prioritari e di emergenza continua medico - ospedaliera**, che hanno messo in secondo piano un completo adeguamento del problema privacy, rispetto al quale **negli ultimi anni si registra un notevole recupero qualitativo** attraverso qualificati corsi di aggiornamento in materia ed un coinvolgimento etico ed emotivo al problema.

In particolare, in relazione ai diritti dei minori ospedalizzati, corre obbligo rilevare che da parte del personale medico ed ospedaliero la sensibilità ed i processi a tutela sono maggiormente avvertiti.

Tanto emerge dalle recenti interviste e dati raccolti dall'Istituto degli Studi Giuridici Superiori che rendono **merito alla classe medica ed infermieristica nello svolgimento del loro febbrile lavoro nonostante i noti impedimenti strutturali degli ospedali italiani.**

¹² **Avv. Marco Angeloni:** Ricercatore e Coordinatore dell'Ufficio Analisi e Ricerche Giurisprudenziali e Giuridiche dell'Istituto Studi Giuridici Superiori, consulente della Redazione della Rivista "Lex et Jus" ed Osservatorio Giuridico;

¹³ **Dr.ssa Rosa Patricelli:** Ricercatrice dell'Istituto Studi Giuridici Superiori - Ufficio Centro Analisi e Statistiche Giuridiche, consulente della Rivista Specializzata in Diritto e Giurisprudenza "Lex et Jus" e dell'Osservatorio Giuridico;

2. Osservanza della Carta dei Diritti dell'UNESCO in Italia; I minori Ospedalizzati e quelli in reparti per Adulti;

Ogni bambino ha diritto di piangere, lamentarsi, ricevere cure, affetto e medicine migliori, ha diritto ad uno spazio tutto suo e ad avere accanto genitori e parenti, ha diritto di sapere la malattia che lo obbliga a stare in ospedale così come ad esprimersi sulle cure che gli vengono somministrate, ha diritto, come e più dei grandi, al rispetto e al riconoscimento della propria persona e della propria riservatezza

Secondo il **Rapporto 2004 del ministero della Salute** sulle caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica, **nel nostro Paese:**

- ✚ quasi il **30 per cento** dei bambini in età compresa da 0 a 14 anni viene ricoverato in reparti per adulti.
- ✚ Soltanto il **12,2 per cento** degli adolescenti fra i 15 e i 17 trova spazio in aree pediatriche,
- ✚ mentre il restante **87,8 per cento** finisce in mezzo ai grandi.

Da questi dati emerge l'urgenza assoluta di riservare ai minori, reparti adatti alla loro età ed aiutarli a vivere la loro condizione nella migliore maniera possibile.

Ecco perché è nata "*La Carta dei Bambini in Ospedale*" con l'esclusivo intento di sensibilizzare le istituzioni alla necessità di passare dal curare le malattie al prendersi cura dei bambini malati senza dimenticare il ruolo fondamentale delle famiglie.

Prendersi cura significa porre attenzione anche alla qualità dell'ambiente, quindi al bisogno del bambino di essere accolto e curato nel rispetto delle sue esigenze, il gioco, il sorriso, i colori:

CAPITOLO TERZO
MINORI:
CONSENSO ALLA PRIVACY E CONSENSO INFORMATO

SOMMARIO: **1.** Premessa: differenza tra consenso alla privacy e consenso informato; **2.** Quando è ammissibile senza il consenso il Trattamento sanitario ; **3.** Il Testamento Biologico; **4.** Il Trattamento Sanitario Obbligatorio; **5.** Quando un minore “ maturo “ può rifiutare o acconsentire ad un atto medico – chirurgico; **6.** Il Contatto Sociale e responsabilità dei Medici; **7.** Casi particolari ; **8.** Riflessioni conclusive;

1.– Premessa :differenza tra consenso alla privacy e consenso informato;

Numerosi e frequenti sono le differenze intercorrenti tra il consenso alla Privacy e quello Informato, pur tuttavia spesso si generano errori dialettici ed interpretativi che sommariamente e con estrema sintesi si tenta di chiarire;

Il consenso alla privacy è quello disciplinato dalla Legge 675/ 96 e successive modifiche ed integrazioni, avente ad oggetto la modalità di trattamento dei dati sensibili e personali, la raccolta degli stessi, la custodia e la elaborazione degli stessi.

Il consenso informato è quello definito come autodeterminazione del paziente, che richiama gli articoli 13 e 32 della Costituzione, che tutela la libertà personale come presupposto imprescindibile di liceità del trattamento medico-chirurgico e di ogni attività diagnostica e terapeutica.

La differenza quindi non è solo terminologica ma sostanziale, la stessa risulta molto importante in numerose circostanze molto delicate, prevede l'osservanza di norme etiche e giuridiche, alle quali si rimanda alla trattazione specifica delle relazioni dei docenti del corso sulla privacy in genere.

Giova ricordare che in presenza di conflitti decisori tra i genitori ed i propri figli minori ma “...dotati di discernimento” o di questi ultimi con i loro rappresentanti legali o ancora quando il diniego dei rappresentanti legali (genitori compresi) nel fare sottoporre i minori a cure o trattamenti o ad operazioni chirurgiche salva-vita, l’Autorità Giudiziaria chiamata a comporre il contrasto *de quo*, anche ad istanza dei sanitari¹⁴ che hanno in cura il minore è il giudice minorile (*e/o Tutelare*).

2 .Quando è ammissibile senza il consenso il Trattamento sanitario ;

Il trattamento sanitario dell’assistito senza il suo consenso, o nei casi previsti di quello del suo legale rappresentante, è ammissibile, in sole due evenienze:

a) Lo stato di necessità :

Lo stato di necessità è richiamato con le dovute valutazioni a seconda che ci si trovi di fronte ad uno stato di emergenza, d’urgenza, di terapia intensiva o di medicina ordinaria di routine;

Il suddetto stato di necessità richiama peraltro un’altra interessante *vexata quaestio* che da tempo ha aperto non poche polemiche politiche e scientifiche, non ancora risolte, precisamente in relazione al “TESTAMENTO BIOLOGICO”.

b) Il Trattamento Sanitario Obbligatorio : TSO;

Il T.s.o. è effettuabile solo in predeterminate circostanze e con le dovute procedure stabilite dalla legge 180 (sulla riforma dell’assistenza psichiatrica) e la numero 833 (istitutiva del sistema sanitario nazionale) entrambe del 1978;

¹⁴ Famosi sono i casi giudiziari dei Testimoni di Genoa;.....

Esaminiamo dunque più attentamente i suddetti casi nei paragrafi successivi.

3. Il Testamento Biologico;

Il **testamento biologico**¹⁵ (detto anche: *testamento di vita, dichiarazione anticipata di trattamento*) è l'espressione della volontà da parte di una persona (testatore), fornita in condizioni di lucidità mentale, in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato) per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

La parola testamento viene presa in prestito dal linguaggio giuridico riferendosi ai testamenti tradizionali dove di solito si lasciano scritti (di pugno) le volontà di divisione dei beni materiali per gli eredi o beneficiari. Nel mondo anglosassone lo stesso *documento* viene anche chiamato *living will* (impropriamente tradotto come "volontà del vivente"). La volontà sulla sorte della persona passa ai congiunti di primo grado qualora la persona stessa non è più in grado di intendere e di volere per motivi biologici.

Secondo la costituzione italiana *nessuno possa essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge* (art. 32) e l'Italia ha ratificato nel 2001 la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (L. 28 marzo 2001, n.145) di Oviedo del 1997 che stabilisce che *i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione.*

¹⁵ Testamento Biologico: da Wikipedia, enciclopedia Libera Web;

È importante sottolineare, tuttavia, che nonostante la legge n. 145 del 2001 abbia autorizzato il Presidente della Repubblica a ratificare la Convenzione, tuttavia lo strumento di ratifica non è ancora depositato presso il Segretariato Generale del Consiglio d'Europa non essendo stati emanati i decreti legislativi previsti dalla legge per l'adattamento dell'ordinamento italiano ai principi e alle norme della Costituzione. Per questo il motivo l'Italia non è parte alla Convenzione di Oviedo.

I contenuti possono variare da caso a caso anche perché spesso il testatore scrive cosa pensa in quel momento senza un preciso *format*. Il Ministro della Salute italiano, per esempio, per la donazione degli organi, aveva, già da tempo, previsto un talloncino da portare con sé dove si dichiara la propria posizione rispetto alla volontà di donare gli organi. I contenuti sono dunque vari: dalla donazione, alla cremazione, alla terapia del dolore all'accanimento terapeutico. Di recente, e per la prima volta, un giudice italiano ha riconosciuto la validità del cd. "testamento biologico" applicando - in mancanza di una specifica disciplina - le disposizioni in materia di amministrazione di sostegno.

L'argomento, "eticamente sensibile", vede posizioni differenti. In particolare, una corrente di pensiero di tipo laica e radicale sostiene che il testamento è valido anche se verbale ed è possibilista verso l'eutanasia. L'altra corrente, facendo proprie alcune affermazioni contenute in un documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2003, sostiene che il testamento è valido solo per iscritto, che non possa contenere raccomandazioni *in contraddizione con il diritto positivo, con le norme di buona pratica clinica, con la deontologia medica o che pretendano di imporre attivamente al medico pratiche per lui in scienza e coscienza inaccettabili* e che *il paziente non può essere legittimato a chiedere e ad ottenere interventi eutanasi a suo favore*.

Il documento del CNB afferma inoltre che "i medici dovranno non solo tenere in considerazione le direttive anticipate scritte su un foglio firmato dall'interessato, ma anche giustificare per iscritto le azioni che violeranno tale volontà".

Il dibattito è comunque aperto.

4. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio;

Il **trattamento sanitario obbligatorio**¹⁶ (T.S.O.), istituito e regolamentato dalla legge 180/78 e successive modificazioni, è un atto composito, di tipo medico e giuridico, che consente l'imposizione di determinati accertamenti e terapie a un soggetto considerato in condizioni di elevato disagio psichico.

Dal punto di vista normativo, per procedere a un trattamento sanitario obbligatorio è necessario un certificato medico, prodotto da uno psichiatra del dipartimento di salute mentale presso la ASL, il quale certificato deve essere trasmesso all'ufficio per le politiche sociali del comune, per ricevere l'avallo del sindaco ovvero del funzionario preposto. La procedura può inizialmente vedere anche l'intervento del medico di base o di guardia, il quale avvia il procedimento inviando il soggetto presso il dipartimento di salute mentale.

Il TSO viene disposto qualora una persona necessiti di trattamenti sanitari urgenti, non sia in condizione di esprimere un consenso informato riguardo alle stesse, e non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere.

Il trattamento sanitario obbligatorio ha una durata massima di sette giorni, ma può essere rinnovato e quindi prolungato in caso ne permanga la necessità; in questo caso tuttavia la procedura può vedere l'intervento del Giudice Tutelare, in caso permanga l'incapacità di intendere e volere del soggetto sottoposto al trattamento.

5. Quando un minore “ maturo “ può rifiutare o acconsentire ad un atto medico – chirurgico;

Per quanto concerne i minori occorre doverosamente richiamare alla memoria anche dei tassativi casi particolari circa la possibilità degli stessi, se “ maturi ” di rifiutare o acconsentire ad atti medici chirurgici.

¹⁶ TSO: da Wikipedia Enciclopedia libera Web;

In particolare i suddetti casi sono i seguenti:

- **Per gli interventi abortivi** contro la volontà genitoria: art.2 ed art.12 L. 194 / 78 – art.1 L.405/75 (Istitutiva dei Consul-tori Familiari);
- **Per richiedere mezzi contraccettivi** contro il parere degli esercenti la potestà: art. RD n.1706/38 (Norme per la rego-lamentazione del Servizio Farmaceutico);
- **Per decidere liberamente se aderire o meno ad una spe-rimentazione o a trattamenti in comunità terapeutiche** volte alla cura delle tossicodipendenze. Art. 95 L. n.° 685/1975 poi trasfuso nell'art. 120 L. 309/90 (Sul libero ac-cesso del minore alle strutture per la cura delle tossicodipen-denze);

Art. 95. Legge 685/1975

Cura volontaria e anonimato.

Libero accesso del minore alle strutture per la cura delle tossicodi-pendenze

Chiunque fa uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere di essere sottoposto ad accertamenti diagno-stici e ad interventi terapeutici e riabilitativi ai presidi sanitari locali.

E' riconosciuto agli interessati il diritto di scelta per quanto attiene ai luoghi di cura ed ai medici curanti.

Gli interessati possono inoltre rivolgersi direttamente ai centri di cui all'art. 90 i quali provvedono secondo le disposizioni dell'art. 92.

Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere, la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà o la tutela.

Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i centri e le case di cura, gli ambulatori, i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente.

I sanitari che assistono persone dedite all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope possono, in ogni tempo, avvalersi dell'ausilio dei centri di cui all'art. 90.

Essi debbono in ogni caso inoltrare ai centri competenti previsti dall'articolo 90 una scheda sanitaria contenente le generalità dell'interessato, la professione, il grado di istruzione, i dati anamnestici e diagnostici ed i risultati degli accertamenti e delle terapie praticate.

Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità ed ogni dato che valga alla loro identificazione

6. Il Contatto Sociale e Responsabilità dei Medici¹⁷;

La professione medica, su cui hanno compiti di vigilanza gli ordini professionali all'uopo costituiti, è da sempre inquadrata nella categoria codicistica delle professioni intellettuali. Il contratto col medico è quindi contratto col professionista intellettuale. La prestazione medica, definita come prestazione d'opera intellettuale, è regolata dall'art.2230 ss.c.c., che rinvia alle norme sul lavoro autonomo in quanto compatibili. I problemi della materia iniziarono a sorgere con il pieno svolgersi dei principi costituzionali solidaristici, dello stato sociale ed in particolare di quelli sui trattamenti sanitari, e quindi sulle strutture che svolgono quella funzione pubblica. Da questa prospettiva, l'evoluzione della giurisprudenza ha risentito delle diverse forme organizzazione di svolgimento della professione.

Da principio si riteneva che non fosse dato di rinvenire un rapporto privatistico con il medico di una struttura sanitaria pubblica. Il medico, si diceva, era assimilato al pubblico dipendente, ed era responsabile solo nei confronti dell'Amministrazione (art.28 Cost.). D'altra parte, la struttura sanitaria pubblica non possedeva che una rada soggettività, che si riteneva impossibile integrare in un concetto di entità giuridica distinta rispetto allo Stato. In questa prima fase, dunque, gli strumenti di tutela per il cittadino erano solo quelli derivanti dal codice civile o dal codice penale, e tipicamente dati in termini extracontrattuali, dal momento che, assunta la mancanza di uno dei soggetti, non era dato di ricavare alcuna convenzione contrattuale. Né d'altra parte alcuna delle dottrine già all'epoca presenti (es. "contratto di fatto") consentiva di dare credito fondatamente alla tesi che si potesse essere di fronte ad una prestazione contrattuale.

Sotto altro profilo, le strutture private subivano la diversa regolamentazione offerta dall'art.2232 c.c., che prevede la responsabilità del prestatore d'opera, e dei suoi ausiliari. Laddove non era rinvenibile una convenzione apposita, la struttura veniva colpita direttamente ex art.

¹⁷ cfr e note attinte da Wikipedia Enciclopedia libera Web

1218 o indirettamente secondo l'art.2049 c.c.. In un momento successivo, si ritenne di individuare nelle costituite Unità Sanitarie una qualche personalità giuridica, pur sempre di diritto pubblico, e quindi verso le quali non era dato di utilizzare i comuni strumenti privatistici che già all'epoca potevano essere utilizzati nei confronti di strutture private. In questo frangente, le relazioni fra Amministrazione e dipendenti divengono caratterizzate da una coloritura privatistica, finalmente idonea alla figura del medico quale professionista intellettuale, e lavoratore autonomo. In questa fase, si consolida la teoria che vede il medico rispondere in via extracontrattuale. Si formano così due diversi indirizzi in Giurisprudenza: l'uno rivolto alle strutture private, e l'altro alle strutture pubbliche. Con l'inammissibile risultato che la struttura pubblica svolge la propria funzione senza idonee garanzie di soddisfacimento al cittadino - utente, nel momento nel quale, peraltro, v'è maggior bisogno di tutele.

La percezione di tali disparità ed i rimedi *ad hoc* predisposti (c.d. Tribunale del malato), unitamente all'evoluzione del sistema pubblico di esercizio della funzione, ed in *ultima ratio*, all'evoluzione dell'organizzazione sanitaria pubblica stanno oggi conducendo l'ambito privilegiario di attività del medico pubblico ad un sistema maggiormente garantito. Onde assoggettare l'attività medica ad un controllo più pregnante dell'A.G. e fondare sistemi di tutela più efficaci per chi debba ricorrere alle cure mediche, la Giurisprudenza, attraverso il ricorso a concetti di ordine sistematico ha mutuato dalla disciplina contrattuale e dalla clausola di cui all'art. 1173 c.c. un'apposita disciplina. Nella casistica giudiziaria viene marginalizzato il ruolo della responsabilità extracontrattuale a favore di quella contrattuale, e viene configurata la nuova responsabilità di origine negoziale, c.d. "da contatto sociale".

La responsabilità civile del medico

La responsabilità civile del medico è connotata da alcuni aspetti peculiari che risentono della particolare considerazione che il legislatore annette all'attività medica.

L'ente, il medico ed il contatto sociale.

La teoria da ultimo indicata sorge dal rilievo, espresso in recentissime pronunce, che il privato, in realtà compia un'attività negoziale, quando si reca in ospedale, o dal curante. A tale attività negoziale va conferita tutela, sulla base delle espresse norme costituzionali. Per quanto riguarda il rapporto negoziale con l'ente pubblico (lo Stato), nell'esercizio di un servizio pubblico predisposto nell'interesse dei privati che ne fanno richiesta, non esercita poteri pubblicistici ma si limita a offrire un servizio.

Il privato dunque, fatta la richiesta del servizio, acquista un vero e proprio diritto soggettivo che corrisponde alla soggezione (dovere giuridico) dello Stato. La teoria reca con sé il rilievo che, sebbene la fonte dell'obbligazione non sia un contratto, vero è anche che vi è pur sempre un rapporto giuridico fra paziente e struttura o paziente e medico, e che non si verte quindi in tema di responsabilità extracontrattuale.

La responsabilità civile, ove riferita ad un soggetto, è la conseguenza giuridica di un comportamento illecito. Essa viene ravvisata ove sia rinvenibile un rapporto fra fatto illecito ed evento, ed è caratterizzata dall'aspetto patrimonialistico-risarcitorio. Il rimedio tipico della responsabilità civile è dunque il risarcimento del danno.

Nella trattazione dovrà quindi farsi riferimento a tre fondamentali tipi della problematica responsabilità medica:

- 1- responsabilità contrattuale
- 2- responsabilità extracontrattuale
- 3- tertium genus: responsabilità da contatto sociale.

La responsabilità contrattuale, quale tipo del *genus* della responsabilità civile, sulla base del disposto di cui all'art. 1173 c.c. si applica nei casi di convenzione contrattuale fra ente (o medico) e paziente. Va qui evidenziato che, come risultato dello sforzo di offrire maggiori tutele ai pazienti, in alcuni casi la giurisprudenza ha ravvisato un accordo espresso nel caso di sottoscrizione del c.d. "consenso informato", ovvero quel documento sul quale è riportata una dichiarazione liberatoria del paziente nei confronti del medico, nella quale si attesta che

quegli si ritiene avvertito del trattamento sanitario e delle conseguenze relative.

In termini generali, la norma di riferimento per determinare la responsabilità del medico sarà quindi quella di cui all'art. 1218 s.s. c.c., con i temperamenti offerti dall'art. 2236 c.c., che dispone che il medico risponde, in caso di problemi tecnici di speciale difficoltà, solo in caso di dolo o colpa grave.

In ordine a questa ultima norma, va detto che la giurisprudenza tende ad ignorare le istanze di coloro che la vorrebbero applicata, sul presupposto che in realtà, ad oggi è esigibile una diligenza spesso superiore a quella che il legislatore aveva in mente alla stesura dell'articolo citato. Ciò in forza delle frequenti specializzazioni dei medici, e della particolare attenzione verso la categoria sanitaria che caratterizza questo periodo storico. Tuttavia, se il danno non è prevedibile, sulla base delle cognizioni tecniche al momento del sorgere dell'obbligazione, il medico sarà obbligato ai risarcimenti solo in caso di dolo.

Perché sorga la responsabilità contrattuale, risarcitoria, è necessario anzitutto che il danno sia configurato come conseguenza immediata e diretta del comportamento negligente del medico. Il **nesso di causalità**, va ravvisato ove il danno sia conseguenza immediata e diretta. Con conseguenza diretta si fa riferimento all'orientamento causale. In sostanza, la responsabilità sorge ove il medico abbia prodotto l'evento in maniera che questo sia riconducibile direttamente alla sua condotta. Sicché egli non sarà responsabile nella *quota* dell'intervento eziologico di eventuali concause. Per immediatezza si intende il requisito negativo del nesso di causa, inteso nel senso della mancanza di un concorso di altre cause efficienti, che possano aver reso mediato l'apporto causale del medico. In conclusione si richiede che la condotta illecita sia "antecedente causale" rispetto all'evento, che sia scientificamente provata la regolarità del processo causale, che tale ricostruzione sia anche logicamente e razionalmente credibile (v. sent. Cass. "Franzese").

Il danno si atteggia come danno da inadempimento contrattuale dell'obbligazione di mezzi contratta, intendendosi il canone di condotta adempiente migliore possibile con riferimento all'interesse del paziente (art.1174, c.c.), ma anche come danno ulteriore che derivi dall'evento cagionato dalla condotta inadempiente. È possibile al medico liberarsi della responsabilità per inadempimento solo ove la prestazione sia impossibile e tale impossibilità non gli sia imputabile (art.1218 c.c.).

La responsabilità extracontrattuale, a differenza di quella ora insegnata, presenta differenze anzitutto in ordine al regime della prova, ove la prima risente di un regime probatorio di favore, mentre la seconda richiede l'adempimento dell'onere su ciascuno degli elementi fondanti. È dunque richiesta la prova del danno ingiusto, dell'evento dannoso, del nesso causale, del fatto.

La responsabilità ai limiti del contratto e del fatto illecito, figura ricostruita dalla giurisprudenza sulla base di norme ritenute un tempo non direttamente applicabili, alle quali oggi si fa sempre più ricorso, alla ricerca di tutele da offrire a situazioni giuridiche particolarmente bisognevoli. Il contatto sociale, come detto, nasce da un fatto integrato in un negozio.

Tale negozio è costituito dalla richiesta di erogazione di un servizio e dall'accettazione di tale richiesta, d'altra parte. Da tale rapporto, che si sostanzia in una relazione negoziale fra i soggetti coinvolti, sorgono da una parte il contratto di ospedalità con l'ente ospedaliero, d'altro canto una relazione negoziale -che la giurisprudenza ancora stenta a definire compiutamente come obbligatoria- con il medico. Ove sia integrato il contatto, il relativo onere probatorio sarà posto a carico della parte che intende provarlo. La disciplina applicabile rimane quella vista a proposito del contratto.

Ciò che non cambia, invece dal punto di vista probatorio, è la prova del nesso causale. Che si tratti di Responsabilità contrattuale o extracontrattuale, o da contatto sociale, l'eziologia dell'inadempimento andrà provata. E andrà provata per dimostrare la lesione dell'interesse

protetto ex art. 1174, sia che si richieda un risarcimento ex art. 1223 o 2043c.c..

La responsabilità medica è stato il campo ove le dottrine civilistiche e penalistiche si sono incontrate, dando vita ad un virtuoso scambio di opinioni, sull'argomento della causalità. Nell'evolversi storico visto poco sopra, al mutare delle stagioni economiche e sociali, sono state ricercate e trovate nuove vie per adeguare l'interpretazione alle diverse esigenze di volta in volta emergenti nelle aule dei Tribunali. Sicché, dalla originale tesi della causalità naturale (*condicio sine qua non*), che prevedeva la necessità di rinvenire un antecedente causale condizionante l'evento, si è passato attraverso teorie indulgenzialiste, per le quali l'evento si considera prodotto dal fatto ove questo ne sia sviluppo prevedibile (causalità adeguata - *id quod plerumque accidit*) oppure ove il fatto sia presupposto necessario dell'evento salvo il caso dell'eccezionalità (c.umana- Antolisei).

Di tale periodo indulgenzialista la dottrina ricorda l'applicazione frequente delle clausole di cui all'art. 2236 c.c., volte a impedire i risarcimenti in forza di supposte speciali difficoltà tecniche e di un'assenza di atteggiamenti psichici rimproverabili. Tale concezione ha aperto poi la via a tesi eterodosse, che mischiavano la colpevolezza, quale prevedibilità dell'evento, con la tematica dell'eziologia. In forza dei rapporti esistenti in questa materia fra nesso di causa e colpevolezza, l'attenzione penalistica si è poi spostata sul piano della colpevolezza, e sul piano dei giudizi doppiamente ipotetici, per la c.d. causalità omissiva, con importanti decisioni in materia. D'altro canto la dottrina civilistica, per ragioni che sono da ricondursi al diverso atteggiarsi della colpa e della causalità omissiva in diritto civile, è rimasta maggiormente interessata dalle vicende relative alla *c.d. imputazione oggettiva dell'evento*.

Tale teoria, di origine germanica, ha il pregio di utilizzare infatti una logica di tutela di beni giuridici, con un metodo più affine a quello tipicamente civilistico. Nell'ambito delle attività rilevanti per il diritto, essa infatti distingue le c.d. attività rischiose ma giuridicamente autorizzate (ad aumento del rischio consentito) e le attività rischiose non

più giuridicamente autorizzate (aumento del rischio non consentito). Tale teoria risolve per sistematicamente lecite le prime ove rispettose delle *leges artis* e delle autorizzazioni di legge, in forza della loro intrinseca utilità sociale. Condanna le seconde alla responsabilità al ricorrere di una duplice condizione: ove l'evento costituisca realizzazione del rischio non consentito e quindi prevedibile ex lege, ed ove l'evento sia evitabile con certezza, osservando le norme cautelari. Come è evidente, si demanda all'elemento psichico il sorgere della responsabilità.

La dottrina e giurisprudenza civilistica tendono oggi ad utilizzare, come avviene in altre discipline, un criterio non pan-giuridico. Tale è la teoria della causalità scientifica, che si fonda su leggi di copertura scientifiche. Essa, come univocamente si sostiene, è la vera causalità: è in grado cioè di dare risposte certe in ordine alla riconducibilità di un evento al fatto dell'autore. Vengono quindi utilizzate, allo scopo, leggi di certezza scientifica, come anche leggi statistiche purché il gradiente probabilistico assurga al massimo scientificamente possibile, e l'esito risponda a una logica credibilità razionale. Pur tuttavia, le operazioni giuridiche attengono all'aspetto sanzionatorio dei risarcimenti, ed in quanto tali, devono tenere conto del concorso di altre circostanze e dell'orientamento causale di queste, onde evitare risultati aberranti.

CAPITOLO QUARTO
LA CARTELLA OSPEDALIERA DEI MINORI
I RICHIEDENTI LEGITTIMATI

SOMMARIO: 1. Premessa; 2.L'accesso alla Cartella Ospedaliera dei Minori: discrasie normative ed osservazioni; 3. Affidatari Familiari; 4. Inabilitati; 5. Interdetti; 6. Amministrati con sostegno;

1. – Premessa;

Recentemente è stata diffusa nota dagli organi di stampa¹⁸ l'annuncio del sottosegretario alla Sanità, Ferruccio Fazio che si era resa necessaria la informatizzazione delle cartelle ospedaliere entro un anno, abbattere le liste di attesa e fornire metodologie di telemedicina e sanità elettronica.

Una conferma quindi che la sanità italiana sta compiendo passi importanti verso la digitalizzazione dei propri servizi.

L'obiettivo dichiarato è quello di realizzare il Fascicolo sanitario elettronico del cittadino, **come previsto dal Tavolo di lavoro permanente per la sanità elettronica (Tse) avviato nel 2005.**

Da quanto è stato infatti dichiarato da Paola Tarquini, dell'Ufficio studi e progetti per l'innovazione digitale del ministero per le Riforme e l'Innovazione in un convegno organizzato da Ibm, Sap Italia e [Medmatica](#), l'Expo forum sulla sanità elettronica, risulta chiaro che in effetti siamo davvero ad una svolta importante e significativa: “Stiamo definendo i contenuti, si sta già tracciando il percorso per la definizione di alcune componenti del Fascicolo, come la scheda sanitaria individuale ed il referto digitale”.

¹⁸ *Cfr articolo di Panorama.it sulle applicazioni digitali in sanità*

Dai dati statistici risulta che nove regioni del sud sono coinvolte in un progetto il cui obiettivo è quello di collegare le informazioni afferenti al medico di base, comprese quelle provenienti dalle strutture ospedaliere e di laboratorio.

Il programma ha ricevuto finanziamenti intorno ai 100 milioni di euro, di cui quasi il 30 per cento dalle Regioni che devono attuare i progetti. I primi prototipi di rete della Puglia, della Sardegna e della Basilicata sono già stati presentati. Per raccordare le iniziative di sanità elettronica con quanto già realizzato nelle regioni del Nord si sta invece mettendo a punto un accordo per un piano di lavoro comune, con il coinvolgimento di 10 regioni (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Sardegna), per l'interoperabilità dei sistemi regionali di fascicolo sanitario elettronico.

Gli investimenti italiani in tecnologia sanitaria, un settore che ha determinato nel mondo una spesa pari a 187 miliardi di euro, sono però ancora inferiori a quelli di altri paesi europei.

Secondo quanto risulta dagli ultimi dati disponibili, il nostro Paese destina ai dispositivi medici una cifra pari al 4 per cento della spesa totale europea dedicata alla tecnologia medica. Una cifra che ci colloca subito sotto la Francia (5 per cento) e lontana dalla Germania che ci stacca con una fetta pari all'11 per cento della spesa Ue.

Pertanto si ritiene oggi maturato il momento per individuare i processi di armonizzazione del sistema in coerenza con le indicazioni del piano di azione della Commissione europea finalizzato all'innovazione e che prevede, per il 2010, che la spesa informatica in sanità dei 25 paesi debba passare dall'1 al 5 per cento del budget totale.

2.L'accesso alla Cartella Ospedaliera dei Minori: discrasie normative ed osservazioni;

Il codice in materia di protezione dei dati personali, detta una serie di disposizioni relative al trattamento dei dati sanitari, ma non contiene una specifica disposizione riguardante l'accesso al genitore non affidatario.

Sempre secondo tale codice il consenso agli interventi diagnostico e terapeutici concernenti il minore deve essere espresso dal “ rappresentante legale” non tengono conto della disciplina del codice civile che attribuisce al genitore non affidatario, il diritto –dovere di adottare assieme al genitore affidatario le decisioni di maggiore interesse per il figlio, le decisioni che concernono il bene primario del figlio, la salute, il genitore non affidatario deve disporre dei dati clinici relativi al figlio stesso codice di deontologia medica devono allora ritenersi nulli precludono al genitore affidatario di dare il proprio consenso al trattamento sanitario del figlio minore e di acquisire i dati clinici che lo riguardano.

I codici deontologici sono annessi e hanno acquistato valore normativo .

La verifica di tale conformità è compito del Garante

AFFIDATARI FAMILIARI

L'AFFIDO FAMILIARE È UN PROVVEDIMENTO TEMPORANEO MEDIANTE IL QUALE UN MINORE VIENE ACCOLTO PRESSO UNA FAMIGLIA, UNA COMUNITÀ O UNA SINGOLA PERSONA, NEL CASO IN CUI LA FAMIGLIA DI ORIGINE SIA IN UNA FASE DI DIFFICOLTÀ E NON RIESCA A GARANTIRE IL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI DEL MINORE.

L'affido familiare può essere:

- *giudiziale*, nel caso in cui sia disposto dai servizi sociali e adottato tramite un provvedimento del giudice tutelare
- *consensuale*, nel caso in cui sia condiviso e approvato dai genitori.

Nel caso di affido consensuale il dispositivo può contenere indicazioni per cui si abbia un affido part-time, limitato cioè ad alcune parti della giornata, o ad alcuni giorni della settimana.

L'affido si distingue anche sulla base delle famiglie affidatarie in:

- affido a familiari, nel caso gli affidatari siano familiari entro il quarto grado di parentela
- affido a extra-familiari, nel caso non vi sia legame familiare tra il minore e la famiglia affidataria

I motivi per cui viene generalmente adottato questo provvedimento sono legati ad una malattia, alla detenzione, a motivi di tossicodipendenza o di ordine educativo, che possono realizzarsi in casi di molestie sessuali da parte di familiari.

L'istituto è regolamentato dalla *Legge n.184 1983* come modificata dalla *Legge n.149 2001*.

La legittimazione all'accesso delle cartelle cliniche deve altresì essere riconosciuta agli affidatari familiari.

Devono occuparsi del minore per assicurarne una crescita sana e serena.

Espressa previsione di legge attribuisce loro, la gestione degli "ordinari rapporti" con le autorità sanitarie (art. 5, comma 1) . Per assolvere il loro compito gli affidatari familiari devono dunque conoscere i dati clinici che riguardano il minore e devono poter accedere alla sua cartella clinica.

INABILITATO

L'inabilitazione è un istituto, del diritto civile, che esclude **parzialmente** il soggetto dalla capacità di agire. La differenza rispetto al presupposto dell'interdizione sta solo nella minore gravità dell'infermità, che consente al soggetto di compiere da solo gli atti di ordinaria amministrazione, mentre deve essere assistito da un **curatore** per gli atti di straordinaria amministrazione. Questi, a differenza del tutore non è un rappresentante del soggetto, in quanto non lo sostituisce ma lo **affianca**.

La posizione giuridica dell'inabilitato è identica a quella del minore emancipato (artt. 424,co1;394).

L'inabilitazione discende da un provvedimento del giudice, e i suoi presupposti sono:

- uno stato di infermità **meno grave** rispetto all'interdizione
- la **prodigalità**
- l'abuso di bevande alcoliche o sostanze stupefacenti, che possano causare un grave pregiudizio economico al soggetto o alla sua famiglia (art. 415, co.2).
- il sordomutismo o la cecità sin dalla nascita qualora sia mancata un'istruzione sufficiente(art.415, co.3).

I sordomuti ed i ciechi sono, in linea di principio, pienamente capaci di agire (salva la preclusione per il cieco, in quanto non può leggere, di fare testamento segreto (art. 604, co. 3). Tuttavia, la loro minorazione fisica può, in mancanza di una adeguata educazione, influire negativamente sullo sviluppo psichico e renderli in parte o, addirittura, in tutto incapaci di provvedere ai loro interessi. Essi possono allora essere inabilitati o, se si accerta la loro totale incapacità, interdetti (art. 415, co. 3).

Tanto l'interdizione quanto l'inabilitazione possono essere richieste anche nell'ultimo anno di età, dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado e dagli affini entro il secondo, dal tutore o curatore, e dal p.m. (art. 417)

L'inabilitazione può essere revocata solo su istanza di un legittimo richiedente, ma non dell'incapace, ed in seguito alla revoca l'inabilitato riacquista completamente la capacità di agire

Un'altra vistosa nullità colpisce la disposizione del codice di deontologia medica là dove esige il consenso del rappresentante legale per gli interenti diagnostici e terapeutici nonché per il trattamento dei dati sensibili che riguardano la persona inabilitata, non esiste il rappresentante legale dell'inabilitato, solamente "assistito" da un curatore e solo per gli atti di straordinaria amministrazione. Per quanto attiene agli atti e negozi personali nessuna limitazione colpisce l'inabilitato.

INTERDETTI LEGALI

All'inabilitato il codice di deontologia medica accomuna l'interdetto.

Si comprende allora che la disposizione del codice di deontologia medica non va applicata agli interdetti legali, in quanto la loro incapacità concerne solo i negozi patrimoniali.

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il codice di deontologia medica non menziona l'amministratore di sostegno: recente figura introdotta dalla legge n.6 del 2004 art. 406 cod. civ. nuovo testo.

Il beneficiario di un'amministrazione di sostegno non è come tale presuntivamente privo della capacità di intendere e di volere, non esclude le sue facoltà intellettuali e volitive.

Il provvedimento giudiziale di massima deve specificare gli atti in relazione ai quali il beneficiario è legalmente rappresentato all'amministratore di sostegno.

Se non include il consenso ai trattamenti sanitari e all'accesso ai dati clinici, il beneficiario conserva i suoi pieni diritti di decisione e di informazione per i minorenni non può parlarsi di presunta incapacità di intendere e di volere. La legge presume la capacità di intendere e di volere del minore che abbia raggiunto una certa età da il proprio consenso all'adozione, al riconoscimento da parte del genitore naturale all'affidamento, preadottivo.

Il diritto del minore di essere ascoltato è espressamente previsto nell'ipotesi in cui i genitori siano in disaccordi e uno di essi si rivolga al giudice.

Il giudice sente i genitori e il figlio "se maggiorenne degli anni quattordici....oggi 12...".

Superata dal principio della Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989 che proclama il diritto del minore di essere ascoltato in tutti i procedimenti il cui esito possa incidere sulla sua vita e sul suo processo di sviluppo, quando abbia capacità di discernimento.

CAPITOLO QUINTO
LA TUTELA DELLA PRIVACY: ASPETTI PSICOLOGICI
E RELAZIONALI NELL'AMBITO SANITARIO

A cura del Dott. Federico Mantile (psicoterapeuta, neuropsichiatra infantile) e delle Dott.sse Filomena Carotenuto (psicologa) e De Lia Ilaria (psicologa)

- 1. Premessa;**
- 2. La Convenzione di Strasburgo n. 108 del 28 gennaio 1981**
- 3. Schema Qualità Servizio;**
- 4. Il Vissuto di Malattia;**
- 5. Consenso informato e comunicazione**
- 6. La Relazione d' aiuto**
- 7. Il Segreto Professionale**

1. Premessa;

Questo capitolo rappresenta la sintesi di un intervento degli autori all'interno di un corso tenutosi presso l'Ospedale Cardarelli agli operatori sanitari di quel nosocomio. Il nostro intervento mirava ad integrare altre relazioni più complete sul piano giuridico e del diritto, ma per la loro specificità, poco votate ad esaminare gli aspetti psicologici e relazionali che soggiacciono al concetto di privacy. L'intenzione degli autori era quella di fornire una base interpretativa delle incomprensioni che si vengono a creare nelle relazioni d'aiuto, quale quella sanitaria, fra erogatore e fruitore del servizio e in particolare sul tema della riservatezza, per evitare inutili contenziosi, malanimi delle parti e sindromi da burn – out del personale sanitario.

Perfettamente consapevoli che gli aspetti psicologici inerenti la privacy nella sanità hanno una interpretazione complessa, scegliemmo di dirigere la nostra attenzione su due versanti: uno, quello che scaturisce dal più ampio discorso generale sulle libertà personali da tutelare, ed un altro che sgorga da un intimo così profondo che attinge allo specifico del vissuto di malattia.

Cercammo quindi in rete gli argomenti che meglio rispondevano alla esigenza del corso riportando un “pacth – work” che avremmo poi utilizzato per focalizzare l’attenzione sulle due linee fondamentali sopra riportate e che nelle nostre intenzioni avrebbe dovuto stimolare un dibattito sull’argomento proposto.

Partimmo pertanto da un episodio che per la risonanza avuta sulla stampa era ormai diventato un classico sul tema della privacy:

**“Assistiti costretti ad esibire al tabaccaio la diagnosi di tumore”
- Privacy sanitaria, stretta del Garante (Gar. Privacy Richiesta di informazioni 9.2.2004)**

Rischia una multa da quattromila a 24 mila euro una Asl romana finita sotto la lente del Garante per la privacy per non aver rispettato le norme e in particolare le nuove disposizioni del Codice sulla privacy entrato in vigore il 1° gennaio di quest'anno. Il nuovo Codice infatti prescrive una serie di accorgimenti che dovranno essere adottati dalle strutture sanitarie per migliorare il rapporto quotidiano con gli assistiti. Tra questi l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, l'adozione di postazioni di lavoro riservate che non permettano, durante i colloqui, di far conoscere ai vicini informazioni sullo stato di salute, una maggiore tutela del segreto professionale al quale ora è tenuto anche il personale paramedico. Il caso – come informa la news letter del 9 febbraio - era stato segnalato con una lettera ad un quotidiano da un'assistita che in occasione del rilascio della tessera per l'esenzione dal pagamento del ticket si era vista richiedere anche copia del certificato medico che attesta la malattia dalla quale è affetta e che le dà diritto all'esenzione. Nell'impossibilità di fare una fotocopia all'interno dell'ufficio pubblico, la paziente si era dovuta recare presso un vicino tabaccaio dove aveva trovato in attesa altri malati che seguivano la stessa trafila. Per avere la copia del certificato, dove era indicata la diagnosi di tumore, era stata dunque costretta ad esibirlo al tabaccaio del quartiere dove abita. Il Garante, venuto a conoscenza del fatto, ha immediatamente disposto accertamenti per verificare innanzitutto se vi sia stato un eccesso nella richiesta di dati personali all'interessata. Entro la fine di febbraio l'azienda

sanitaria dovrà così comunicare al Garante quali procedure utilizza per il rilascio dei documenti che consentono l'esenzione dal pagamento del ticket ed in base a quale norma verrebbe richiesta copia del certificato medico che attesta la patologia per la quale si chiede l'esenzione. L'azienda dovrà inoltre far sapere le misure che intende adottare, alla luce dell'entrata in vigore del Codice sulla privacy, per assicurare il più possibile la dignità e la riservatezza delle persone che si recano presso i suoi uffici (10 febbraio 2004)

Garante per la protezione dei dati personali Oggetto: richiesta di informazioni ai sensi dell'art 157; comma 1; del d.lg. n. 196/2003. 9.2.2004

E' pervenuta a questa Autorità una segnalazione secondo cui codesta Azienda richiederebbe, in occasione del rilascio della tessera per l'esenzione dal pagamento del ticket, la fotocopia del certificato medico attestante la patologia per la quale si richiede la suddetta esenzione.

Al fine di consentire a questo Ufficio di poter compiutamente valutare la questione, si chiede, ai sensi dell'art. 157, comma 1, del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), di voler fornire ogni utile elemento al riguardo con particolare riferimento:

- a) alle procedure utilizzate ai fini del rilascio di documenti attestanti l'esenzione dal pagamento del ticket;*
- b) all'eventuale fonte normativa in base alla quale verrebbe richiesta copia della certificazione medica attestante la patologia per la quale si richiede l'esenzione dal pagamento del ticket.*

Si invita, inoltre, codesta Azienda a voler illustrare le iniziative che intende adottare, anche alla luce di quanto disposto dall'art. 83 del Codice, al fine di assicurare quanto più possibile la dignità e la riservatezza dei pazienti nell'espletamento di tali procedure amministrative.

Per esigenze procedurali la risposta dovrà essere inviata entro il 23 febbraio p.v. all'indirizzo riportato in calce, citando possibilmente il numero di protocollo per intero e la data della presente.

Si ricorda, infine, che in caso di inottemperanza all'invito, si renderà applicabile la sanzione prevista dall'art. 164 del d. lg. n. 196/2003.

Come si vede, in questo episodio entrambi gli assunti iniziali sono presenti: la necessità di tutelare la riservatezza ed il vissuto di malattia.

Per quanto riguarda le prime concettualizzazioni sulla privacy, si deve citare l'opera di S. D. Warren e L. D. (*The right to privacy*, in *Harvard Law Review*) del 1890, quando le tecniche della fotografia andavano così perfezionandosi da "essere percepite come invasive e potenzialmente pericolose per la propria immagine privata e pubblica. La riduzione dell'individuo ad un'immagine impressa su un pezzo di carta riproducibile in numerose copie fedeli all'originale e circolabili senza possibilità alcuna di controllo da parte del soggetto in esso riprodotto, creò nell'immaginario sensazioni e timori molto simili a quelli che si avvertono nei confronti della nuove tecnologie tese, per loro intima essenza, a catturare un numero enorme di informazioni, testi o immagini, elaborarle e renderle disponibili sulla base di una semplice richiesta" (Leo Stilo).

Brandeis fu ispirato dalla lettura dell'opera di Ralph Waldo Emerson, il grande filosofo statunitense, che proponeva la solitudine come criterio e fonte di libertà.

Leo Stilo (ci scusiamo con lui e con gli altri autori per non essere riusciti a contattarli né a reperire i titoli dei vari articoli attinti dalla rete: il corso era strutturato in maniera colloquiale e non pensammo a registrare gli interventi e le relative citazioni), proseguendo il suo excursus sulla storia della privacy, così continua: "L'esigenza di proteggere l'elemento psicologico e relazionale della persona, oltre a quello fisico, fu avvertita come pressante non appena le tecniche fotografiche vennero perfezionate al punto da La similitudine è data dal fatto che attraverso le nuove tecnologie della gestione delle informazioni un complesso di dati di rilevanza personale fornito o catturato, in un determinato momento e per un determinato fine, riesce a raffigurare e delineare il profilo di un individuo, fissandolo e cristallizzandolo nello

spazio e nel tempo come in una fotografia e in modo avulso dalle condizioni originarie, di cui quei dati o quelle particolari informazioni costituivano espressione. Ritornando alle origini della privacy, la questione non fu affrontata utilizzando i classici canoni dello *ius excludendi del diritto di proprietà* o con il ricorso al concetto del pericolo per l'onore o la reputazione del soggetto coinvolto, ma venne in rilievo qualcosa di più intimo e profondo: la personalità dell'individuo, sintesi di elementi fisici e, ancor di più, di complessi ed imperscrutabili aspetti psicologici.

Gli operatori del diritto, teorici e pratici, si sentirono chiamati in causa da un fenomeno che appariva così pericolosamente invasivo della sfera personale, perché consapevoli di non poter concretamente ed efficacemente reagire con gli ordinari strumenti giuridici a loro disposizione, sia da un punto di vista della prevenzione che di quello della repressione, agli eventuali abusi compiuti attraverso l'uso delle nuove tecnologie.

Partendo dalla consapevolezza di dover solcare nuove strade, la Corte Suprema statunitense elaborò così una cospicua giurisprudenza mettendo in evidenza, scolpendone le varie sfaccettature, i numerosi aspetti in cui si concretizzava la brillante intuizione degli Autori precedentemente citati¹⁹. Le due facce della medaglia su cui si mossero giudici e studiosi, scivolando da un caso all'altro, erano costituite:

- dall'esigenza di erigere un muro, un confine invalicabile, a protezione del singolo e delle sue informazioni personali che non potesse essere oltrepassato senza il consenso esplicito del singolo individuo (Aspetto Passivo);
- la libertà di poter compiere scelte personali ed intime in piena autonomia e senza il pericolo di essere influenzato dalle critiche o dalla disapprovazione dell'ambiente circostante (Aspetto Attivo).

¹⁹ GERMANI, *Origini ed evoluzione del concetto di privacy nell'esperienza di common law*, in *Giur. di Merito*, 1975, 152; BALDASSARE, *Privacy e Costituzione*, Roma 1974; RODOTÀ, *Tecnologie e diritti*, Bologna, 1995.

In Europa le cose andarono in modo diverso; tranne che per qualche rara eccezione, infatti, gli Stati del Vecchio continente non elaborarono un istituto analogo alla *privacy* statunitense”.

Addirittura in Italia l’attenzione verso la *privacy* è della seconda metà degli anni ’90 (la prima legge sulla tutela della *privacy* è infatti solo del 1996 – L. 675/96).

Come tutti i concetti, anche la *privacy* è cambiata nel tempo col contemporaneo avanzamento culturale e la diversa percezione del sé che a questo ne è conseguito: dal “*right to be alone*”⁴¹ anglosassone memoria (1860) vale a dire dal diritto di essere lasciati da soli (quello che i romani chiamavano *ius excludendi alios*) si è passati ad una concettualizzazione più ampia, che valorizza gli aspetti più profondi della personalità (non a caso si parla di diritto soggettivo perfetto che rientra in quella categoria di diritti così detti assoluti, che possono essere fatti valere nei confronti di tutti gli altri soggetti, e in particolare, in quel gruppo di diritti che vanno sotto il nome di diritti della personalità).

Proprio in quest’ottica si è arrivato a vietare la raccolta di informazioni che possano consentire di delineare un profilo personale e violare quindi l’intimità personale.

A tale proposito la Corte di Strasburgo ha stabilito che: «1. Ogni persona ha il diritto al rispetto della vita privata e familiare, del suo domicilio e della sua corrispondenza. 2. Non può esservi ingerenza della pubblica autorità nell’esercizio di tale diritto se non in quanto tale ingerenza sia prevista dalla legge e in quanto costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria per la sicurezza nazionale, l’ordine pubblico, il benessere economico del Paese, la prevenzione dei reati, la protezione della salute o della morale, o la protezione dei diritti e delle libertà altrui.». C’è un’altra fondamentale ragione alla base dell’attuale: il pericolo di discriminazione. Paradossalmente, più la società si arricchisce di diversità razziali, etniche, culturali, e più aumenta il rischio di discriminazione. Quindi, appare a maggior ragione importante la riservatezza dei dati dei singoli individui.

“ Convenzione di Strasburgo n. 108 del 28 gennaio 1981

La Convenzione “sulla protezione delle persone rispetto al trattamento automatizzato dei dati di carattere personale” è stata ratificata e resa esecutiva dalla legge 21 febbraio 1989, n. 98 (G.U. n. 66 del 20 marzo 1989).

Lo strumento con cui la Convenzione è stata introdotta nel nostro ordinamento giuridico statale è denominato “ordine d’esecuzione”. Tale tecnica di adattamento dell’ordinamento interno agli obblighi del trattato consiste in un atto normativo, in questo caso l’atto-fonte è una legge, che piuttosto che formulare (a differenza del procedimento ordinario) norme, le individua tramite rinvio (per *relationem*) all’accordo internazionale. « Si ritiene, tuttavia, che l’ordine d’esecuzione, in tanto possa conseguire l’obiettivo in funzione del quale è adottato, in quanto l’accordo cui si riferisce sia suscettibile di essere immediatamente applicabile (contenga – come altrimenti si dice – prescrizioni “self executing”)»²⁰. Quando questa situazione non si verifica, la semplice adozione dell’ordine d’esecuzione non è sufficiente, «non sembra, infatti, ammissibile che il puntuale intervento del legislatore possa essere validamente surrogato da un atto normativo di tipo “ellittico e abbreviato” (per riprendere una definizione di Mario Miele); e che l’interprete sia autorizzato a dedurre da tale atto tutte le norme necessarie e sufficienti all’attuazione dell’accordo internazionale»²¹.

Il contenuto del trattato a causa della natura non-self executing, desumibile chiaramente dall’art. 4²² e dal tenore delle altre disposizioni, subordina la sua efficacia all’adozione di apposite norme interne che ne rendano operativo il contenuto all’interno dell’ordinamento degli

²⁰ D’ATENA, *Lezioni Tematiche di Diritto Costituzionale*, Roma, 1996, 222

²¹ D’ATENA, *op. cit.*, 222

²² Art. 4 n. 1 della Convenzione di Strasburgo del 1981, n. 108: « Ogni Parte adotta, nel suo diritto interno, le misure necessarie per dare effetto ai principi fondamentali per la protezione dei dati enunciati nel presente capitolo »

Stati (Parti); in Italia tale normativa interna è stata adottata solo nel 1997. La Convenzione, costituita da 27 articoli ripartiti in sette capitoli, tenta di mediare e di trovare un difficile equilibrio tra due opposte esigenze: la libertà della circolazione delle informazioni e i diritti fondamentali della persona. L'oggetto del Trattato è individuato e delimitato dall'art. 1: «Scopo della presente convenzione è quello di garantire, sul territorio di ogni Parte, ad ogni persona fisica, qualunque siano la sua cittadinanza o residenza, il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, ed in particolare del diritto alla vita privata, nei confronti dell'elaborazione automatizzata dei dati di carattere personale che la riguardano («protezione dei dati»)». Dopo aver fissato, convenzionalmente, il significato di alcuni termini (casellario automatizzato, elaborazione automatizzata e responsabile del casellario) nell'art. 2, determina nell'art. 3, segnandone i confini e le possibili eccezioni, il campo di applicazione della Convenzione. L'oggetto di protezione è individuato in ogni informazione relativa alla persona che inserita in uno schedario informatico diventi possibile oggetto di «elaborazione automatica»²³. L'altro elemento discriminante, ai fini dell'applicabilità della normativa in esame, è l'identificazione del responsabile di tale schedario «con la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, l'ente o altro organismo competente, secondo il diritto nazionale, a decidere quale debba essere la finalità del casellario automatizzato, quali categorie di dati a carattere personale debbano essere registrati e quali operazioni siano ad essi applicabili». E', in altre parole, la «qualità» dei dati (a carattere personale) e il «tipo» del mezzo utilizzato (elaborazione automatizzata) a disegnare il perimetro all'interno del quale opera detta disciplina.

²³ La legge italiana del 31 dicembre 1996 n. 675 interpreta il concetto di trattamento in modo più ampio, estendendo la tutela alle raccolte dei dati di tipo personale e alle loro elaborazioni indipendentemente dal mezzo, elettronico o umano, utilizzato per realizzarle.

In merito alla suddetta “qualità dei dati” e alla loro elaborazione i principi fissati dalla Convenzione²⁴ sono così sintetizzabili:

1. la liceità e la correttezza (principio di lealtà e buona fede) del reperimento e dell’elaborazione automatica dei dati
2. la legittimità (principio di legalità) e la determinazione anticipata dei fini, motivo e causa della registrazione
3. l’impiego dei dati reperiti ed elaborati in stretta conformità con i fini predetti;
4. l’adeguatezza dell’uso al fine, intesa come sufficiente e non eccessiva utilizzazione dei dati oltre il minimo necessario per il raggiungimento dello scopo;
5. correttezza dei dati e il loro possibile aggiornamento (da parte degli interessati) nel caso in cui si rivelassero errati o semplicemente “non più corrispondenti alla realtà”;
6. i dati devono essere conservati in modo da risalire alle persone interessate, per un tempo che non ecceda quello sufficiente a raggiungere i fini per i quali sono stati registrati ed elaborati.

Accanto a questi principi di carattere generale, operanti per l’intera categoria “dati di rilevanza personale”, la Convenzione detta una particolare, e più rigida, disciplina per alcuni tipi di dati personali ritenuti particolarmente “sensibili”, la cui schedatura è ritenuta potenzialmente rischiosa. All’interno di questa tipologia di dati sono collocati quelli indicanti: l’origine razziale, le opinioni politiche, le convinzioni religiose, i dati relativi allo stato di salute e alla vita sessuale ed infine,

²⁴ Art. 5 della Convenzione di Strasburgo del 1981, n. 108

quelli relativi alle condanne penali. A causa della pericolosità intrinseca ad elaborazioni automatiche aventi ad oggetto questo tipo di dati, la Convenzione detta una norma generale che vieta tali operazioni a «meno che il diritto interno non preveda garanzie adatte». La scelta di un'elencazione così dettagliata della fenomenologia dei dati c.d. "sensibili" non è vista in modo favorevole da una parte della dottrina che intravede, in tale tecnica, una inutile limitazione e costrizione dell'oggetto di tutela che potrebbe provocare futuri dubbi interpretativi e vuoti di difesa²⁵. Tuttavia, al legislatore della convenzione può essere mossa la critica di non avere sufficientemente specificato agli Stati, parti del trattato, gli strumenti e i livelli minimi idonei a garantire la necessaria vigilanza e difesa di questi particolari dati personali²⁶.

Un punto di fondamentale importanza è rappresentato dal contenuto dell'articolo 8, «Ulteriori garanzie per la persona interessata», delineante una serie di poteri che ogni individuo può esercitare nei confronti di un casellario automatizzato e del suo responsabile. Innanzitutto, ogni persona deve poter conoscere: l'esistenza di un casellario automatizzato di dati a carattere personale e gli scopi per i quali è nato; l'identità, la residenza abituale e la sede amministrativa del suo responsabile. Inoltre, deve poter conoscere, senza incontrare eccessive difficoltà e costi elevati, l'esistenza all'interno di tali archivi di dati ad esso relativi e, in caso affermativo, poterne estrarre copia al fine di verificarne la veridicità e la liceità. Nel caso in cui si riscontri un errore si deve poterne ottenere la rettifica o l'aggiornamento od eventualmente, in caso di illegalità del trattamento, la cancellazione. Tutte queste

²⁵ WACKS, *Personal Information. Privacy and the Law*, Oxford, 1993, 222 ss.; LATTANZI, *Dati sensibili: una categoria problematica nell'orizzonte europeo*, in *Europa e Diritto Privato*, 1998.

²⁶ L'art. 7 della Convenzione di Strasburgo del 1981, n. 108, pone a carico dei responsabili dei casellari automatizzati alcuni obblighi tesi a garantire la sicurezza dei dati in esso contenuto, contro: 1) eventuali distruzioni accidentali o non autorizzate; 2) perdita accidentale; 3) l'accesso, la modifica e la diffusione non autorizzate.

disposizioni sarebbero risultate vane, al fine di una concreta tutela, senza la previsione contenuta nella lett. d) dell'art. 8 che impone agli Stati di disporre gli interventi necessari a rendere effettiva una «...possibilità di ricorso qualora non venga dato seguito ad una richiesta di conferma o, a seconda del caso, di comunicazione, rettifica, o cancellazione» relativa alle richieste precedentemente illustrate.

Uno dei motivi di fondo dell'intera disciplina è individuabile nell'indirizzo teleologicamente imposto, come imprescindibile elemento, al reperimento e all'elaborazione dei dati personali; l'idea del "fine", infatti, segna e scandisce tutte le fasi della vita di quello che la Convenzione definisce casellario di dati. Si deve aggiungere che l'obbligo imposto di "responsabilizzare" i "responsabili" dei casellari suddetti non è assoluto, ma prevede significative, e a volte troppo estese, deroghe che consentono agli Stati di mitigare la rigidità di detta disciplina. Il parametro utilizzato per consentire queste limitazioni del diritto all'autodeterminazione informativa è quello «della necessità in una società democratica...»²⁷; questa formula si riallaccia a quella dell'art. 8 CEDU e alla copiosa giurisprudenza di Strasburgo in materia. Una volta fissati, negli articoli precedentemente commentati, gli estremi della tutela, la Convenzione affronta la spinosa questione del flusso di dati di rilevanza personale oltre frontiera. Si tenta così, dopo aver inclinato il piano della bilancia ponendo sul piatto dei diritti fondamentali numerosi pesi, di riequilibrarlo collocando sull'altro, quello dedicato alla libertà di circolazione delle informazioni, il principio per cui: «una Parte non può, ai soli fini della protezione della vita privata,

²⁷ L'art. 9 n. 2 della Convenzione di Strasburgo del 1981, n. 108 sancisce la possibilità a favore degli Stati contraenti di derogare alle disposizioni degli art. 5 (Qualità dei dati), 6 (Categorie speciali di dati) ed 8 (Ulteriori garanzie per la persona interessata) «qualora una tale deroga, prevista dal diritto della Parte, costituisca una misura necessaria in una società democratica: a) alla protezione della sicurezza dello Stato, alla sicurezza pubblica, agli interessi monetari dello Stato o alla repressione dei reati; b) alla protezione della persona interessata e dei diritti e delle libertà altrui»

proibire o condizionare ad una autorizzazione speciale il movimento oltre frontiera di dati a carattere personale destinati al territorio di un'altra Parte» (art. 12, n. 2.). Anche in questo caso all'enunciazione del principio seguono numerose possibilità di deroghe; ma l'aspetto che più di altri è importante, in questa sede, sottolineare, perché possibile oggetto di critica, è la mancanza di una specifica previsione di restrizioni al trasferimento di dati personali verso i paesi non contraenti. Tuttavia, in questa materia è intervenuta con decisione la normativa comunitaria che ha dedicato maggiore attenzione alla disciplina del movimento transfrontaliero dei dati personali verso Paesi extra-comunitari colmando così la lamentata lacuna. La Convenzione di Strasburgo del 1981 n. 108 continua ancora oggi, ad anni di distanza dalla sua formulazione, a rappresentare un testo di fondamentale importanza per chiunque voglia conoscere le origini, giuridiche e storiche, del diritto all'autodeterminazione informativa ed acquisire una sensibilità e un metodo utile ad affrontare lo studio di una materia così vasta e caratterizzata dalla frammentarietà dei suoi contenuti.

La grandezza della Convenzione, nonostante la formulazione ampia delle sue fattispecie e la presenza di deroghe che sembrano vanificare il contenuto di alcuni principi, risiede in quel piccolo, ma allo stesso tempo rilevante, nucleo fondamentale ed irrinunciabile di garanzie imposte agli Stati che nel tempo è riuscito a promuovere ed ottenere un avvicinamento ed una armonizzazione delle diverse discipline nazionali" (da Leo Stilo).

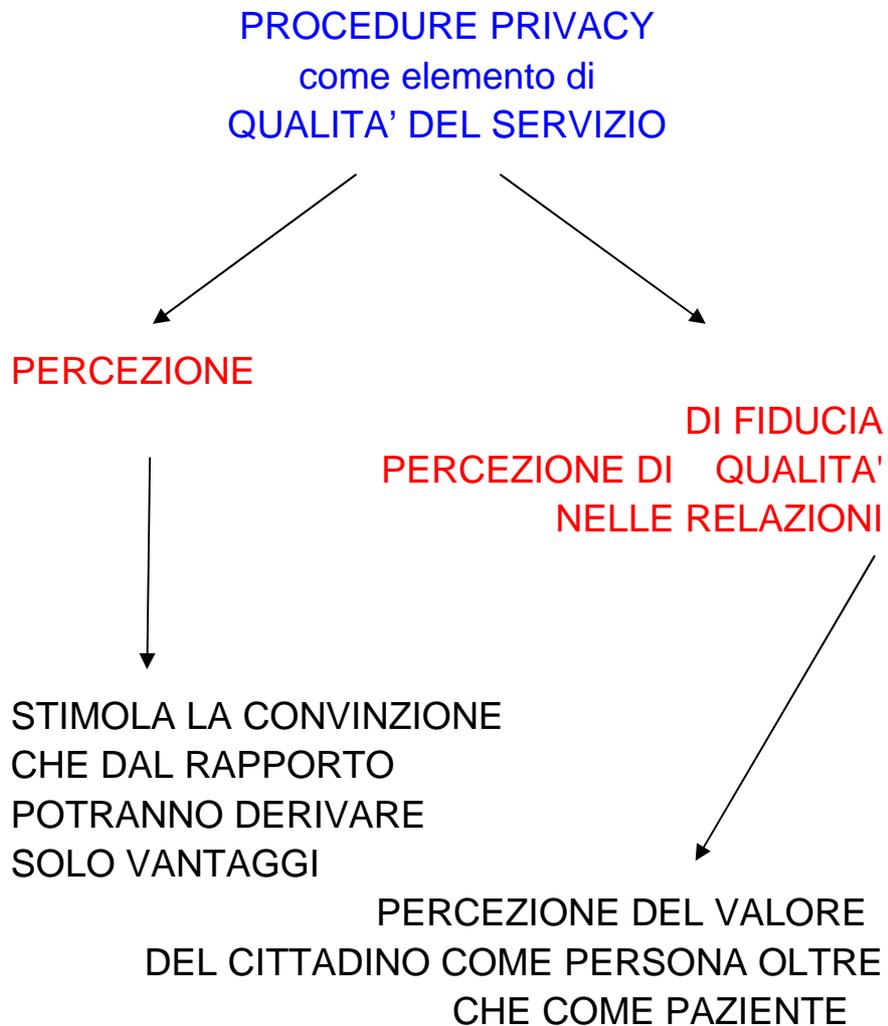
Riflessioni conclusive

Per concludere, parlando del rapporto tra la libertà della circolazione delle informazioni e i diritti fondamentali non si può far finta di nulla e tralasciare di considerare, anche se brevemente e solo ponendo le basi della questione, i possibili effetti che su di esso hanno prodotto, e probabilmente produrranno, i terribili e noti attentati terroristici che

hanno colpito, con gli Stati Uniti d'America, tutto il mondo innescando delle terrificanti reazioni a catena che si ripercuotono, ormai quotidianamente, sulla sfera della vita privata di ogni individuo. La riflessione che si vuole compiere parte dalla constatazione che fino a qualche mese addietro la gran parte della popolazione europea era pronta a condannare e stigmatizzare, come strumenti propri di uno "Stato Autoritario e di Polizia", operazioni compiute su larga scala tese alla raccolta indiscriminata di masse di dati (in particolare di rilevanza personale) per fini di prevenzione del crimine, perché avvertite come invasive della sfera più intima e personale di ciascuno. Oggi, alla luce di questi terribili eventi, un angoscioso quesito si pone all'attenzione dei nostri "governanti": si può affermare pacificamente che le considerazioni predette siano rimaste immutate e che la società europea sia disposta a non retrocedere sulla soglia dei traguardi raggiunti in tema di autodeterminazione informativa, sacrificandoli sull'altare di un rafforzato "bisogno pubblico" di sicurezza teso ad incrementare l'intensità dei controlli e delle "schede personali" per fini di prevenzione di crimini così crudeli e disumani?

Quello che si può aggiungere è un invito ad ancorarsi a quei minimi valori comuni in tema di trattamento dei dati di rilevanza personale e cercare, anche in un periodo storico così difficile, di non cedere alla facile tentazione di sconvolgere la gerarchia dei valori portanti della nostra moderna e liberale società, giustificando ogni ingerenza nella vita privata del singolo individuo con il semplice e vuoto richiamo ad una esigenza di sicurezza pubblica. Per non perdere conquiste culturali così importanti che ancora una volta, e nonostante tutto, bisogna cercare caso per caso il "giusto mezzo" tra la sicurezza, nella sua dimensione pubblica, e la privacy, nella sua dimensione individuale e personale, non accontentandosi mai di aprioristiche ed immotivate scelte di controlli indiscriminati di massa.

Lo schema che segue, tratto da diapositive della fimmg (federazione italiana medici di medicina generale), illustra come il concetto di privacy calato nell'ambito sanitario abbia una valenza addirittura terapeutica:



A questo punto del corso decidemmo di completare il nostro “patch – work” con una serie di articoli inerenti il vissuto di malattia quale elemento fondamentale per comprendere l’altro ed il suo bisogno di riservatezza, poi passammo a considerare il consenso informato, la relazione d’aiuto ed il segreto professionale.

Il vissuto di malattia

La malattia ferisce l’individuo nella sua immagine sociale, e la vita intima e personalissima di un uomo o una donna diventa un interrogativo: già il malato soffre sovente più a causa delle sue riflessioni sulla malattia che per la malattia stessa.

Senza considerare il fatto che numerose malattie si verificano (anche) per il tipo di storia che abbiamo condotto del corso delle esperienze vissute nella nostra vita.

Alla malattia si accompagnano troppe volte processi discriminatori.

Noi pratichiamo diverse specie di discriminazioni, a causa delle quali riduciamo con “molta efficacia” le possibilità di vita del soggetto stigmatizzato/emarginato/categorizzato.

Con l’emarginazione siamo di fronte ad un’identità sociale virtuale. Con il rispetto indiscutibile della privacy quando è costruttivo per il gruppo o per il singolo dobbiamo far riferimento all’identità sociale attualizzata della persona ovvero alla categoria a cui possiamo dimostrare che essa appartiene. Ciò avviene sia si parli di concreto (ad esempio il cibo; la sessualità) sia di spirituale: qualsiasi scelta implica una rinuncia e quindi la distruzione di ciò a cui si è rinunciato.

Nella nostra società il dolore che il paziente narra non coincide solitamente con il male che il medico cerca, ne consegue che il corpo del paziente non è il corpo che lo stesso malato e chi lo cura vede. Il male si “addensa”, si rende palpabile, si localizza nei confini del corpo

pur non facendo vedere riflesso neppure un frammento della provenienza della sofferenza da cui nasce; allora la morte, attraverso l'ultimo tentativo che fa la psiche per salvarsi può, paradossalmente, avere il sopravvento.

“Le emozioni che i pazienti provano sono comprensibili, tenendo conto che all'ingresso la ‘persona’ diventa un ‘paziente’, in un ordine sociale nuovo e molto differente; lui o lei è il contenitore passivo di procedure diagnostiche, terapeutiche e di assistenza infermieristica, mentre i loro simboli di identità personale, come i vestiti, vengono rimossi e la loro privacy violata” (Gammon, 1998).

Nonostante il ricovero in ospedale abbia come obiettivo la cura e possibilmente la guarigione del paziente, tale evento porta con sé i vissuti di un grande cambiamento. Il disagio maggiore per la persona è il passaggio da cittadino a paziente, con la conseguente perdita del proprio ruolo sociale e familiare. Nell'ospedale non si può portare il proprio status sociale, non ci sono “titoli”, pertanto si avverte quasi una sorta di spersonalizzazione. A tutto ciò va aggiunto che le necessità organizzative e la scarsità di risorse, sia economiche che umane, tendono alla soddisfazione dei bisogni della massa a discapito delle necessità del singolo individuo. Il paziente sarà, quindi, costretto ad adottare una serie di regole e orari che spesso non si adattano alle proprie esigenze e quindi non le vive come restrizioni, ma, piuttosto, come costrizioni.

L'imposizione di abitudini e di orari nuovi, la limitazione dello spazio e dell'autonomia, l'impatto con il gergo tecnico e medico, dal significato incomprensibile, l'esigenza di affrontare procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e dolorose, il mancato rispetto del pudore e della propria dignità, possono generare nel paziente una sensa-

zione di *minaccia* e di *frustrazione* ed influenzare negativamente l'umore della persona ricoverata.

Entrare in ospedale produce un impatto psicologico non indifferente, che può generare reazioni come: ansia, aggressività, regressione, formazione reattiva aggressiva e proiettiva, negazione, isolamento, stress.

Il *visuto ansioso* è molto comune e può riguardare ogni aspetto del ricovero; spesso l'ansia si esprime attraverso l'insonnia, una facile irritabilità e l'eccitabilità. E' in questi casi necessario individuare il bisogno del soggetto e rassicurarlo.

L' *aggressività* è spesso una conseguenza della paura, dell'ansia e di necessità che la persona ritiene non soddisfatte.

La *regressione* consiste nella messa in atto di comportamenti tipici di una fase di sviluppo precedente. Il malato abbandona le proprie attività e si lascia curare come se fosse un bambino piccolo: è passivo, dipendente, si ripiega su se stesso e avverte un impellente bisogno di cure e assistenza, perdendo la sua abituale autonomia.

La *formazione reattiva aggressiva e proiettiva* si manifesta nel fatto che il paziente considera la malattia come un attacco proveniente dall'esterno e, perciò, reagisce ad essa ed alle cure in maniera aggressiva e rifiutante. In questo modo riesce ad allontanare l'angoscia scatenata dalla consapevolezza della patologia, a discapito, però, di un rapporto sereno con le persone che lo curano.

La *negazione* consiste nel negare del tutto la realtà della malattia e nel comportarsi come una persona sana, oppure può avvenire in maniera parziale, ed in questo caso la persona afferma di avere una malattia benigna o transitoria, quando invece non è così.

L' *isolamento* riguarda l'atteggiamento di distanziamento del paziente nei confronti della propria malattia: ne parla in termini scientifici e specifici, in maniera fredda e distaccata, come se stesse discutendo di un 'caso' e non di se stesso.

Lo *stress* è provocato dalle reazioni psicologiche alla malattia. Esso, a sua volta, potrebbe avere un'influenza diretta sull'aggravarsi della sintomatologia stessa (sistemi neurovegetativo, endocrino, immunitario), con un'ulteriore messa in atto di situazioni di stress.

Si impara ad "osservare" come si imparano le emozioni. Aiutare a comprendere un momentaneo *Status* non significa fornire un avallo a tempo indeterminato alla regressione del paziente o a voler cedere il passo ai vantaggi secondari della malattia; vuole solo significare il saper stabile un rapporto umano davvero più importante in un mondo in cui è dato sempre più valore al significato economico del tempo e minor senso ai processi emotivi. I principali indicatori di anomia sono l'aumento del numero dei suicidi, di divorzi, dell'uso di prodotti tossici e della delinquenza o della criminalità.

Il mestiere di chi cura, qualsiasi sia la professionalità, consiste anche nella capacità di rimanere paziente.

Come ogni archetipo anche quello del "guaritore" possiede due diverse e opposte polarità: da una parte c'è l'essere umano malato, stressato, esaurito, incapace di far fronte alla vita; dall'altro l'essere umano che ha la capacità di lenire e guarire. Il potere subentra quando il terapeuta dimentica queste premesse e giunge a sentirsi superiore al paziente tramite la convinzione più o meno assoluta che il suo dominio può estendersi ancora oltre, fino al dominio dell'angoscia, della malattia.

Nel trattamento della maggior parte dei pazienti in primo piano è il problema della rimozione dell'aggressività. La Klein ha osservato che questa condizione affettiva si colloca all'interno del rapporto duale tra il bambino e la madre. Nelle ipotesi di questa studiosa, la madre (fallica) è introiettata nel bambino già fin dalla seconda metà del primo anno di vita.

L'aggressività occupa una posizione decisiva nella teoria di M. Klein, soprattutto in ordine alle fantasie aggressive che il bambino, nei primi anni di vita, rivolge verso la madre. I pensieri regressivi in cui spesso cade colui che è gravemente malato, possono essere paragonati a quelli prodotti dal bambino nei confronti del seno materno. I pensieri del malato, la sua aggressività può, paradossalmente, proiettarsi nei confronti di coloro che di esso si fanno carico, ovvero dei suoi curatori, dei così detti "sani". L'aggressività costituzionale mira ad attaccare la fonte dei sentimenti invidiosi, cioè la stessa sorgente di vita nel corpo di coloro che aiutano il malato. Se pensiamo al ritorno che il paziente ne avrà, ovvero all'aggressività restituita dal curatore sullo stesso malato, essa richiamerà alla mente la riattivazione della più precoce esternalizzazione dell'istinto di morte. Se nella vita non incontriamo ostilità nelle nostre idee, ciò significa che esse non esprimono nulla.

Il paziente può pensare che la paura della morte, sia contenuta in qualcosa di più complesso della paura stessa, ovvero in un'atmosfera relazionale all'interno della quale il desiderio di eliminare l'aggressore (il virus, le medicine, se stesso, coloro che non lo curano sufficientemente) può emergere in ogni momento. Si tratta di un desiderio incomprensibile, ma connesso a tutto il resto della vita psichica. Psicologicamente l'aggressività può assumere il significato di evitamento della percezione della depressione. In questa situazione il paziente potrebbe essere aiutato a comprendere il significato della propria aggressivi-

tà, non verso una colpevolizzazione ulteriore, ma nella direzione della libertà di espressione delle emozioni.

L'aggressività del malato dovrebbe essere contenuta (in senso psicologico), elaborata, per poi essere restituita al malato stesso in una forma a lui più comprensibile e tollerabile.

Dal che si evince che la figura del medico è investita di aspettative e di valenze spesso aggressive, pertanto, ogni 'aggancio' fornito all'altro diviene lo schermo che gli consente di elaborare in forma aggressiva un vissuto depressivo o d'invidia, con conseguenze esitabili (e di frequente succede...) in cause legali. Il mancato rispetto della privacy, oltre alle violazioni di legge, diviene anche quell'aggancio di cui sopra, nonché violazione del compito precipuo dell'operatore sanitario che non è di mera cura ma anche di 'nutrizione', e consiste innanzi tutto nell'accogliere e dare casa al paziente e specialmente alla sua parte infantile, che soffre o che è in gravi difficoltà. Nel malato divengono frequenti momenti regressivi dai quali ha difficoltà ad uscire perché in essi si rifugia. L'assistenza sanitaria viene in aiuto ad uscire da questi temibili momenti a condizione che il malato, la sua vita psichica, trovi un oggetto contenitore.

Il rispetto della privacy, lungi dall'essere un mero adempimento burocratico, dunque, rappresenta un altissimo momento di rispetto dell'altro ed anche un fondamentale strumento di cura psicologica.

L'importanza della legge sulla tutela della privacy non deve concretizzarsi, quindi, solo in cambiamenti formali (come l'adozione di apposita modulistica per l'informativa o la richiesta di consenso al trattamento dei dati). Piuttosto deve poter influire sul rapporto tra operatore ed assistito, prima ancora che sulla modifica di modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali, rivalutando la centralità del principio primario di autonomia della persona. È l'interessato che e-

sprime la volontà in merito alle decisioni che riguardano la propria salute: è informato e dà il consenso per l'acquisizione dei propri dati, conosce la finalità della raccolta e chi è autorizzato a svolgere operazioni con i propri dati, può ricostruire la storia della sua documentazione sanitaria, può esercitare il diritto di opposizione e quello di non sapere.

Consenso informato e comunicazione

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo cambiamento della relazione tra gli operatori sanitari e gli utenti. Tale cambiamento è derivato anche dall'aumento della consapevolezza, da parte del cliente, dei suoi diritti e, soprattutto, di quello all'informazione, quindi la relazione medico-paziente sta assumendo un carattere di natura contrattuale, ove l'autorità del medico è democraticamente condivisa.

Il trattamento che porta maggiore beneficio al paziente deve essere effettuato nel rispetto dei suoi valori e dell'autonomia delle sue scelte; infatti, il principio di autonomia pone in primo piano il rispetto della persona e la relativa capacità di effettuare delle scelte attraverso le quali decidere della propria vita, ma, affinché l'individuo possa correttamente decidere, è necessario che sia informato in maniera corretta e completa.

L'informazione, quindi, rappresenta un elemento fondamentale nella relazione medico-paziente, in quanto condiziona in maniera determinante la scelta delle opzioni diagnostico-terapeutiche da parte dell'utente. I contenuti devono riguardare una breve descrizione della metodica prescelta e delle relative alternative terapeutiche, gli obiettivi, le possibilità di successo, i possibili rischi ed effetti collaterali.

Affinché l'informazione venga al meglio compresa, è importante che venga erogata in modo chiaro e comprensibile, evitando di usare termini tecnici o di forte impatto emotivo. Quindi l'informazione deve essere modulata con riguardo al singolo paziente, in relazione alla sua cultura e al suo stato psicologico.

È importante sottolineare che la trasmissione delle informazioni deve essere accompagnata dall'utilizzo di adeguati strumenti comunicativi di tipo verbale e non.

La comunicazione verbale comprende il linguaggio parlato e quello scritto; per comunicazione non verbale si intendono tutti quegli altri modi di comunicare che non siano parlati o scritti, quali ad esempio, il linguaggio del corpo, ossia, come ci si muove, i gesti, il modo di utilizzare lo spazio, il tono della voce, il suo ritmo.

La comunicazione non verbale riveste una notevole importanza nell'ambito della relazione tra l'operatore sanitario ed il paziente, contribuendo allo sviluppo del rapporto fiduciario tra gli stessi.

È importante tener presente che in una comunicazione il contenuto ha un peso soltanto del 10%, il tono della voce del 30%, la gestualità del 60%.

Durante il processo comunicativo, gli operatori sanitari devono cercare di comprendere il più possibile la comunicazione non verbale del cliente, in modo da identificare sia le istanze espresse che quelle non espresse, e interpretare il significato dei relativi messaggi.

Generalmente, il messaggio verbale trasmette informazioni, notizie, mentre quello non verbale esprime ciò che a parole non si riesce a dire, ossia i sentimenti, gli stati d'animo. All'interno del messaggio ci sono, quindi, due valenze, l'una di contenuto, cioè di trasmissione di notizia, l'altra di relazione, relativa anche al tipo di rapporto emotivo che si stabilisce tra gli individui.

Altro concetto importante è quello di feed-back, ovvero la risposta che si ottiene dopo aver inviato un messaggio e che produce, a sua volta, un altro feedback. Attraverso il feed-back si esprime assenso o dissenso, accettazione o rifiuto, comprensione o incomprensione, chiarezza o confusione.

Nella comunicazione operatore-paziente è fondamentale tener presente che spesso ci si rivolge a persone che non conoscono le terminologie mediche e tecniche. Compito dell'operatore è, quindi, quello di rendere comprensibile ed accessibile anche la procedura più complessa e accertarsi che ci sia stata la comprensione del messaggio da parte del paziente, ovvero che vi sia stato un feed-back positivo. La comunicazione, infatti, è efficace quando il significato del messaggio che giunge al ricevente è identico a quello che l'emittente aveva inviato.

Affinché si possa stabilire con il paziente un'adeguata relazione, è fondamentale che il professionista si ponga in un atteggiamento di ascolto attivo, ossia provi a mettersi "nei panni dell'altro", cercando di entrare nel punto di vista dell'interlocutore e condividendo, per quello che è umanamente possibile, le sensazioni che manifesta.

La relazione d'aiuto

Nella relazione di aiuto come è presentata da Rogers, possiamo trovare la sintesi di atteggiamenti interiori che si fondano sul valore della persona del malato, che la rendono conosciuta ed accettata, la fanno rispettare e promuovere, valorizzare, potenziare: essa è "una si-

tuazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione". (C. Rogers, "La terapia centrata sul cliente", Martinelli, Firenze, 1970).

Nella comunicazione si libera come una corrente fatta di emozioni e proiezioni che circolano tra operatore e cliente. Per instaurare un buon rapporto che, nel caso di operatore-paziente diviene rapporto terapeutico, si segue un itinerario ben preciso che favorisce e facilita la realizzazione.

Premesse fondamentali per questo tipo di rapporto, risultano essere:

- la fiducia,
- l'empatia,
- l'interessamento.

La fiducia è il cardine per l'intero piano. Essa ha lontane origini: affonda le stesse nei primi rapporti madre-figlio.

Aver acquisito il senso di fiducia, significa che la persona, nei vari momenti della vita e con modalità diverse riesce a considerare gli altri come qualcuno su cui poter fare affidamento.

Il bisogno di fiducia mette in crisi il paziente che, minacciato dalla malattia, regredisce. Da questo si comprende come tra malato ed operatore si verifichi una situazione molto simile a quella madre-figlio. Il malato ha bisogno di fiducia e l'operatore può fornirgliela, rapportandosi a lui assicurandogli assistenza. Si può dire che la fiducia va costruita, non si può esprimere e pretendere immediatamente; poggia sull'aiuto e su esperienze rassicuranti che meritano fiducia e non è compromessa dalle prime risposte di diffidenza che accompagnano gli approcci iniziali paziente-operatore. Nella costruzione di questo rapporto, giocano le esperienze precedenti del malato che, in qualche modo, proietta sul professionista i fantasmi del suo ieri.

La fiducia, però, si costruisce anche nel presente, vivendo alcuni atteggiamenti che la favoriscono, come:

- l'accettare gli altri

- l'essere sereni e disponibili
- avere una chiara coscienza di sé che si riflette nel rapporto con gli altri
- essere coerenti tra ciò che si dice e ciò che si fa
- saper trattare sempre il paziente come soggetto, mai come oggetto di gratificazione.

Realizzare in pieno il rapporto di fiducia è difficile in termini ottimali, anche perché ci si conosce poco e non si riesce a comprendere il proprio intimo; pertanto creare delle premesse favorevoli aiuta la realizzazione del progetto.

Alla fiducia segue l'empatia: "il sentire il mondo più intimo dei valori personali del cliente, come se fosse proprio, senza però mai perdere la qualità del 'come se'". Chi sa esprimere empatia comprende dal di dentro i sentimenti dell'altro, è capace di entrare nel suo mondo percettivo e trovarci completamente di casa, riuscendo però ad uscirne appena lo desidera, per mantenere l'obiettività e la lucidità. La comunicazione empatica è concentrata sui sentimenti, richiede che si sia partecipi, che non si giudichi e si tenga conto della gestualità del corpo (piegare la testa verso il paziente, sorridere, tenere le braccia aperte - evitare di guardare lontano, di gesticolare, di avere una postura chiusa o orientata ad andarsene).

Le esperienze empatiche si susseguono nella vita; si pensa che l'empatia sia legata all'angoscia. Il bimbo, infatti, nei primi tempi di vita sa percepire l'angoscia che può assalire la madre, senza alcuna manifestazione verbale, vive con lei un rapporto empatico.

L'empatia può dunque essere legata ad esperienze per così dire negative, nelle quali si sperimentano questi tipi di sentimenti, ma anche ad esperienze positive. Si pensi, ad esempio, all'esperienza empatica che si può vivere con gli amici per un successo, una vincita, ecc.

Simpatia ed empatia non sono sinonimi, sebbene la prima aiuti a comprendere la seconda. La simpatia è un essere insieme emotiva-

mente, mentre l'empatia implica un certo distacco emotivo, per essere più obiettivi.

Comunicare empatia significa facilitare il rapporto interpersonale. Vivere un rapporto empatico significa accostarsi all'altro con disponibilità, comprendendo i suoi problemi in modo obiettivo. Nel rapporto empatico si aiuta il cliente senza esprimere giudizi su una situazione, ma incoraggiandolo a chiarirla esprimendo i propri sentimenti.

L'interessamento è il terzo cardine per fondare un vero rapporto con il cliente, ossia con chi vive una situazione di bisogno e necessita di aiuto per risolverla. L'interessamento è un dato su cui si basa anche l'assistenza. Assistere qualcuno non può risolversi in una pura formalità burocratica: è un processo che richiede dei prerequisiti di base che vanno dalla fiducia, all'empatia e all'interessamento.

Interessarsi di qualcuno significa offrirgli delle garanzie tali da consentirgli di sentirsi sicuro, anche in situazioni e momenti di minaccia e pericolo. Questo stato di cose è comprovato nell'ospedalizzazione. Il malato, per la sua condizione, vive in uno stato ansiogeno, talvolta prova senso d'angoscia, ma se trova personale che lo accoglie con un atteggiamento empatico ed interessato, sarà più propenso a riacquistare il senso di fiducia per la vita. L'assistenza potrà dirsi ottimale se verrà rispettata la personalità del paziente in modo concreto e, in tal modo, potrà instaurarsi una collaborazione reciproca.

Il segreto professionale

Il rispetto della vita privata altrui è un dovere morale; nulla è più proprio dell'uomo che i suoi pensieri, i suoi sentimenti, le sue aspirazioni, le sue debolezze e tutto ciò che egli considera "intimo", ossia riguardante la sua sfera personale e che egli vuole tenere soltanto per sé. Ogni uomo difende questa sfera personale contro intrusioni altrui,

che considererebbe una grave offesa, e la rivela soltanto a pochi confidenti oppure a persone qualificate da cui possa ricevere aiuto.

Il diritto che ogni persona ha al rispetto della sua intimità è universalmente riconosciuto come uno dei diritti fondamentali dell'uomo. Così la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo prescrive, all'articolo 12 che "nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesioni del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni".

Si devono rispettare non solo le cose materiali che appartengono alla persona e la sua integrità fisica, ma anche il suo mondo interiore. Nell'esercizio di una professione il rispetto della privacy diventa anche un dovere deontologico; soprattutto si deve avere rispetto nei confronti di quelle persone che nel momento del bisogno si fidano e si affidano a coloro che, per professione, li possono aiutare e curare. Allora il dovere di non interferenza nelle cose personali altrui si configura come dovere di segretezza professionale e ciò riguarda in particolar modo le professioni sanitarie.

Al consiglio e alle cure del medico e degli altri operatori, infatti, si affidano delle persone che si trovano nel bisogno per mancanza di salute. Per poter ricevere un aiuto adeguato il paziente è talvolta costretto a rivelare situazioni e problemi che egli considera parte della sua sfera intima e che altrimenti non rivelerebbe.

La condizione di dipendenza nella quale si trova la persona malata rende più rigoroso ed urgente per il personale sanitario il dovere morale e deontologico del rispetto della vita privata dell'assistito, sia attraverso un comportamento ispirato a discrezione e in ogni caso attraverso il mantenimento del segreto.

La discrezione che deve caratterizzare il comportamento dell'operatore sanitario è fatta di correttezza, civiltà e buona educazione. Essa va ben al di là di una rigida e burocratica osservanza delle

norme di un codice penale e deontologico. Si può far valere come regola pratica per ogni persona addetta alle cure dei malati: saper non guardare ciò che spontaneamente cade sotto gli occhi; non voler udire ciò che viene detto dal malato e dai suoi familiari; far finta di non capire ciò che invece si capisce benissimo, ma che non riguarda le vicende della malattia che deve essere curata.

In ogni caso si richiede al personale sanitario il mantenimento del segreto su ciò di cui è venuto a conoscenza in ragione della sua professione.

In definitiva, non meno del sapere scientifico e dell'abilità tecnica, la capacità di entrare in relazione con il paziente è una componente fondamentale della professione sanitaria. L'operatore deve essere in grado di affiancare alle tradizionali competenze di tipo tecnico la capacità di conoscere e di comprendere ciascun paziente, stabilendo con questi una corretta relazione personale e svolgendo i suoi interventi nel rispetto della globalità dell'individuo.



**BREVE RASSEGNA NORMATIVA
IN MATERIA DI TUTELA DELLA RISERVATEZZA
DEI DATI SANITARI**

Costituzione della Repubblica Italiana

Art. 2.

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 14.

Il domicilio è inviolabile.

Non vi si possono eseguire ispezioni o perquisizioni o sequestri, se non nei casi e modi stabiliti dalla legge secondo le garanzie prescritte per la tutela della libertà personale.

Gli accertamenti e le ispezioni per motivi di sanità e di incolumità pubblica o a fini economici e fiscali sono regolati da leggi speciali.

Art. 15.

La libertà e la segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili.

La loro limitazione può avvenire soltanto per atto motivato dall'autorità giudiziaria con le garanzie stabilite dalla legge.

D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196
CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

TITOLO I
PRINCIPI GENERALI

Art. 1

Diritto alla protezione dei dati personali

1. Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano.

Art. 2

Finalità

1. Il presente testo unico, di seguito denominato “codice”, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

2. Il trattamento dei dati personali è disciplinato assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà di cui al comma 1 nel rispetto dei principi di semplificazione, armonizzazione ed efficacia delle modalità previste per il loro esercizio da parte degli interessati, nonché per l’adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento.

Art. 3

Principio di necessità nel trattamento dei dati

1. I sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l’utilizzazione di dati personali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l’interessato solo in caso di necessità.

Art. 4

Definizioni

1. Ai fini del presente codice si intende per:
 - a) “**trattamento**”, qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l’ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registra-

zione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati;

b) “dato personale”, qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale;

c) “dati identificativi”, i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato;

d) “dati sensibili”, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale;

e) “dati giudiziari”, i dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) a o) e da r) a u), del d.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale;

f) “titolare”, la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza;

g) “responsabile”, la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo preposti dal titolare al trattamento di dati personali;

h) “incaricati”, le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile;

i) “interessato”, la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali;

l) “comunicazione”, il dare conoscenza dei dati personali a uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, dal rappresentante del titolare nel territorio dello Stato, dal responsabile e dagli incaricati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione;

m) “diffusione”, il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione;

n) “**dato anonimo**”, il dato che in origine, o a seguito di trattamento, non può essere associato ad un interessato identificato o identificabile;

o) “**blocco**”, la conservazione di dati personali con sospensione temporanea di ogni altra operazione del trattamento;

p) “**banca di dati**”, qualsiasi complesso organizzato di dati personali, ripartito in una o più unità dislocate in uno o più siti;

q) “**Garante**”, l'autorità di cui all'articolo 153, istituita dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675.

2. Ai fini del presente codice si intende, inoltre, per:

a) “**comunicazione elettronica**”, ogni informazione scambiata o trasmessa tra un numero finito di soggetti tramite un servizio di comunicazione elettronica accessibile al pubblico. Sono escluse le informazioni trasmesse al pubblico tramite una rete di comunicazione elettronica, come parte di un servizio di radiodiffusione, salvo che le stesse informazioni siano collegate ad un abbonato o utente ricevente, identificato o identificabile;

b) “**chiamata**”, la connessione istituita da un servizio telefonico accessibile al pubblico, che consente la comunicazione bidirezionale in tempo reale;

c) “**reti di comunicazione elettronica**”, i sistemi di trasmissione, le apparecchiature di commutazione o di instradamento e altre risorse che consentono di trasmettere segnali via cavo, via radio, a mezzo di fibre ottiche o con altri mezzi elettromagnetici, incluse le reti satellitari, le reti terrestri mobili e fisse a commutazione di circuito e a commutazione di pacchetto, compresa Internet, le reti utilizzate per la diffusione circolare dei programmi sonori e televisivi, i sistemi per il trasporto della corrente elettrica, nella misura in cui sono utilizzati per trasmettere i segnali, le reti televisive via cavo, indipendentemente dal tipo di informazione trasportato;

d) “**rete pubblica di comunicazioni**”, una rete di comunicazioni elettroniche utilizzata interamente o prevalentemente per fornire servizi di comunicazione elettronica accessibili al pubblico;

e) “**servizio di comunicazione elettronica**”, i servizi consistenti esclusivamente o prevalentemente nella trasmissione di segnali su reti di comunicazioni elettroniche, compresi i servizi di telecomunicazioni e i servizi di trasmissione nelle reti utilizzate per la diffusione circolare radiotelevisiva, nei limiti previsti dall'articolo 2, lettera c), della direttiva 2002/21/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 marzo 2002;

f) “**abbonato**”, qualunque persona fisica, persona giuridica, ente o associazione parte di un contratto con un fornitore di servizi di comunicazione elettronica

accessibili al pubblico per la fornitura di tali servizi, o comunque destinatario di tali servizi tramite schede prepagate;

g) “utente”, qualsiasi persona fisica che utilizza un servizio di comunicazione elettronica accessibile al pubblico, per motivi privati o commerciali, senza esservi necessariamente abbonata;

h) “dati relativi al traffico”, qualsiasi dato sottoposto a trattamento ai fini della trasmissione di una comunicazione su una rete di comunicazione elettronica o della relativa fatturazione;

i) “dati relativi all’ubicazione”, ogni dato trattato in una rete di comunicazione elettronica che indica la posizione geografica dell’apparecchiatura terminale dell’utente di un servizio di comunicazione elettronica accessibile al pubblico;

l) “servizio a valore aggiunto”, il servizio che richiede il trattamento dei dati relativi al traffico o dei dati relativi all’ubicazione diversi dai dati relativi al traffico, oltre a quanto è necessario per la trasmissione di una comunicazione o della relativa fatturazione;

m) “posta elettronica”, messaggi contenenti testi, voci, suoni o immagini trasmessi attraverso una rete pubblica di comunicazione, che possono essere archiviati in rete o nell’apparecchiatura terminale ricevente, fino a che il ricevente non ne ha preso conoscenza.

3. Ai fini del presente codice si intende, altresì, per:

a) “misure minime”, il complesso delle misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali di sicurezza che configurano il livello minimo di protezione richiesto in relazione ai rischi previsti nell’articolo 31;

b) “strumenti elettronici”, gli elaboratori, i programmi per elaboratori e qualunque dispositivo elettronico o comunque automatizzato con cui si effettua il trattamento;

c) “autenticazione informatica”, l’insieme degli strumenti elettronici e delle procedure per la verifica anche indiretta dell’identità;

d) “credenziali di autenticazione”, i dati ed i dispositivi, in possesso di una persona, da questa conosciuti o ad essa univocamente correlati, utilizzati per l’autenticazione informatica;

e) “parola chiave”, componente di una credenziale di autenticazione associata ad una persona ed a questa nota, costituita da una sequenza di caratteri o altri dati in forma elettronica;

f) “profilo di autorizzazione”, l’insieme delle informazioni, univocamente associate ad una persona, che consente di individuare a quali dati essa può accedere, nonché i trattamenti ad essa consentiti;

g) “**sistema di autorizzazione**”, l’insieme degli strumenti e delle procedure che abilitano l’accesso ai dati e alle modalità di trattamento degli stessi, in funzione del profilo di autorizzazione del richiedente.

4. Ai fini del presente codice si intende per:

a) “**scopi storici**”, le finalità di studio, indagine, ricerca e documentazione di figure, fatti e circostanze del passato;

b) “**scopi statistici**”, le finalità di indagine statistica o di produzione di risultati statistici, anche a mezzo di sistemi informativi statistici;

c) “**scopi scientifici**”, le finalità di studio e di indagine sistematica finalizzata allo sviluppo delle conoscenze scientifiche in uno specifico settore.

Art. 5

Oggetto ed ambito di applicazione

1. Il presente codice disciplina il trattamento di dati personali, anche detenuti all’estero, effettuato da chiunque è stabilito nel territorio dello Stato o in un luogo comunque soggetto alla sovranità dello Stato.

2. Il presente codice si applica anche al trattamento di dati personali effettuato da chiunque è stabilito nel territorio di un Paese non appartenente all’Unione europea e impiega, per il trattamento, strumenti situati nel territorio dello Stato anche diversi da quelli elettronici, salvo che essi siano utilizzati solo ai fini di transito nel territorio dell’Unione europea. In caso di applicazione del presente codice, il titolare del trattamento designa un proprio rappresentante stabilito nel territorio dello Stato ai fini dell’applicazione della disciplina sul trattamento dei dati personali.

3. Il trattamento di dati personali effettuato da persone fisiche per fini esclusivamente personali è soggetto all’applicazione del presente codice solo se i dati sono destinati ad una comunicazione sistematica o alla diffusione. Si applicano in ogni caso le disposizioni in tema di responsabilità e di sicurezza dei dati di cui agli articoli 15 e 31.

(omissis)

TITOLO II DIRITTI DELL'INTERESSATO

Art. 7

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha **diritto di ottenere** l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha **diritto di ottenere**:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha **diritto di opporsi**, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

(omissis)

TITOLO III REGOLE GENERALI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

CAPO I

Regole per tutti i trattamenti

Art. 11

Modalità del trattamento e requisiti dei dati

1. I dati personali oggetto di trattamento sono:
 - a) trattati in modo lecito e secondo correttezza;
 - b) raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi;
 - c) esatti e, se necessario, aggiornati;
 - d) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati;
 - e) conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.
2. I dati personali trattati in violazione della disciplina rilevante in materia di trattamento dei dati personali non possono essere utilizzati.

(omissis)

Art. 13

Informativa

1. L'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali sono previamente informati oralmente o per iscritto circa:
 - a) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
 - b) la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
 - c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;
 - d) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
 - e) i diritti di cui all'articolo 7;

f) gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi dell'articolo 5 e del responsabile. Quando il titolare ha designato più responsabili è indicato almeno uno di essi, indicando il sito della rete di comunicazione o le modalità attraverso le quali è conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili. Quando è stato designato un responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, è indicato tale responsabile.

2. L'informativa di cui al comma 1 contiene anche gli elementi previsti da specifiche disposizioni del presente codice e può non comprendere gli elementi già noti alla persona che fornisce i dati o la cui conoscenza può ostacolare in concreto l'espletamento, da parte di un soggetto pubblico, di funzioni ispettive o di controllo svolte per finalità di difesa o sicurezza dello Stato oppure di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

3. Il Garante può individuare con proprio provvedimento modalità semplificate per l'informativa fornita in particolare da servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico.

4. Se i dati personali non sono raccolti presso l'interessato, l'informativa di cui al comma 1, comprensiva delle categorie di dati trattati, è data al medesimo interessato all'atto della registrazione dei dati o, quando è prevista la loro comunicazione, non oltre la prima comunicazione.

5. La disposizione di cui al comma 4 non si applica quando:

a) i dati sono trattati in base ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;

b) i dati sono trattati ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento;

c) l'informativa all'interessato comporta un impiego di mezzi che il Garante, prescrivendo eventuali misure appropriate, dichiara manifestamente sproporzionati rispetto al diritto tutelato, ovvero si riveli, a giudizio del Garante, impossibile.

(omissis)

TITOLO V TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO

CAPO I PRINCIPI GENERALI

Art. 75

Ambito applicativo

1. Il presente titolo disciplina il trattamento dei dati personali in ambito sanitario.

Art. 76

Esercenti professioni sanitarie e organismi sanitari pubblici

1. Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico ai sensi dell'articolo 85, trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute: con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato; anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità di cui alla lettera a) riguarda un terzo o la collettività.

2. Nei casi di cui al comma 1 il consenso può essere prestato con le modalità semplificate di cui al capo II.

3. Nei casi di cui al comma 1 l'autorizzazione del Garante è rilasciata, salvi i casi di particolare urgenza, sentito il Consiglio superiore di sanità.

CAPO II MODALITÀ SEMPLIFICATE PER INFORMATIVA E CONSENSO

Art. 77

Casi di semplificazione

1. Il presente capo individua modalità semplificate utilizzabili dai soggetti di cui al comma 2:

- a) per informare l'interessato relativamente ai dati personali raccolti presso il medesimo interessato o presso terzi, ai sensi dell'articolo 13, commi 1 e 4;
- b) per manifestare il consenso al trattamento dei dati personali nei casi in cui ciò è richiesto ai sensi dell'articolo 76;
- c) per il trattamento dei dati personali.

2. Le modalità semplificate di cui al comma 1 sono applicabili:
- a) dagli organismi sanitari pubblici;
 - b) dagli altri organismi privati e dagli esercenti le professioni sanitarie;
 - c) dagli altri soggetti pubblici indicati nell'articolo 80.

Art. 78

Informativa del medico di medicina generale o del pediatra

1. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta informano l'interessato relativamente al trattamento dei dati personali, in forma chiara e tale da rendere agevolmente comprensibili gli elementi indicati nell'articolo 13, comma 1.
2. L'informativa può essere fornita per il complessivo trattamento dei dati personali necessario per attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico o dal pediatra a tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o di cui questi è informato in quanto effettuate nel suo interesse.
3. L'informativa può riguardare, altresì, dati personali eventualmente raccolti presso terzi, ed è fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli, includendo almeno gli elementi indicati dal Garante ai sensi dell'articolo 13, comma 3, eventualmente integrati anche oralmente in relazione a particolari caratteristiche del trattamento.
4. L'informativa, se non è diversamente specificato dal medico o dal pediatra, riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, effettuato da un professionista o da altro soggetto, parimenti individuabile in base alla prestazione richiesta, che:
 - a) sostituisce temporaneamente il medico o il pediatra;
 - b) fornisce una prestazione specialistica su richiesta del medico e del pediatra;
 - c) può trattare lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata;
 - d) fornisce farmaci prescritti;
 - e) comunica dati personali al medico o pediatra in conformità alla disciplina applicabile.
5. L'informativa resa ai sensi del presente articolo evidenzia analiticamente eventuali trattamenti di dati personali che presentano rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità dell'interessato, in particolare in caso di trattamenti effettuati:

- a) per scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti, ponendo in particolare evidenza che il consenso, ove richiesto, è manifestato liberamente;
- b) nell'ambito della teleassistenza o telemedicina;
- c) per fornire altri beni o servizi all'interessato attraverso una rete di comunicazione elettronica.

Art. 79

Informativa da parte di organismi sanitari

1. Gli organismi sanitari pubblici e privati possono avvalersi delle modalità semplificate relative all'informativa e al consenso di cui agli articoli 78 e 81 in riferimento ad una pluralità di prestazioni erogate anche da distinti reparti ed unità dello stesso organismo o di più strutture ospedaliere o territoriali specificamente identificati.
2. Nei casi di cui al comma 1 l'organismo o le strutture annotano l'avvenuta informativa e il consenso con modalità uniformi e tali da permettere una verifica al riguardo da parte di altri reparti ed unità che, anche in tempi diversi, trattano dati relativi al medesimo interessato.
3. Le modalità semplificate di cui agli articoli 78 e 81 possono essere utilizzate in modo omogeneo e coordinato in riferimento all'insieme dei trattamenti di dati personali effettuati nel complesso delle strutture facenti capo alle aziende sanitarie.
4. Sulla base di adeguate misure organizzative in applicazione del comma 3, le modalità semplificate possono essere utilizzate per più trattamenti di dati effettuati nei casi di cui al presente articolo e dai soggetti di cui all'articolo 80.

Art. 80

Informativa da parte di altri soggetti pubblici

1. Oltre a quanto previsto dall'articolo 79, possono avvalersi della facoltà di fornire un' unica informativa per una pluralità di trattamenti di dati effettuati, a fini amministrativi e in tempi diversi, rispetto a dati raccolti presso l'interessato e presso terzi, i competenti servizi o strutture di soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o della prevenzione e sicurezza del lavoro.
2. L'informativa di cui al comma 1 è integrata con appositi e idonei cartelli ed avvisi agevolmente visibili al pubblico, affissi e diffusi anche nell'ambito di pubblicazioni istituzionali e mediante reti di comunicazione elettronica, in particolare

per quanto riguarda attività amministrative di rilevante interesse pubblico che non richiedono il consenso degli interessati.

Art. 81

Prestazione del consenso

1. Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, nei casi in cui è necessario ai sensi del presente codice o di altra disposizione di legge, può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato, nei modi indicati negli articoli 78, 79 e 80.

2. Quando il medico o il pediatra fornisce l'informativa per conto di più professionisti ai sensi dell'articolo 78, comma 4, oltre quanto previsto dal comma 1, il consenso è reso conoscibile ai medesimi professionisti con adeguate modalità, anche attraverso menzione, annotazione o apposizione di un bollino o tagliando su una carta elettronica o sulla tessera sanitaria, contenente un richiamo al medesimo articolo 78, comma 4, e alle eventuali diverse specificazioni apposte all'informativa ai sensi del medesimo comma.

Art. 82

Emergenze e tutela della salute e dell'incolumità fisica

1. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, nel caso di emergenza sanitaria o di igiene pubblica per la quale la competente autorità ha adottato un'ordinanza contingibile ed urgente ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono altresì intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di:

a) impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;

b) rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato.

3. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, anche in caso di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia.

4. Dopo il raggiungimento della maggiore età l'informativa è fornita all'interessato anche ai fini della acquisizione di una nuova manifestazione del consenso quando questo è necessario.

Art. 83

Altre misure per il rispetto dei diritti degli interessati

1. I soggetti di cui agli articoli 78, 79 e 80 adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure minime di sicurezza.

2. Le misure di cui al comma 1 comprendono, in particolare:

a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;

b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere;

c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;

d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;

e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;

f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso;

g) la formale previsione, in conformità agli ordinamenti interni delle strutture ospedaliere e territoriali, di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà;

h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute;

i) la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale.

2-bis. Le misure di cui al comma 2 non si applicano ai soggetti di cui all'articolo 78, che ottemperano alle disposizioni di cui al comma 1 secondo modalità adeguate a garantire un rapporto personale e fiduciario con gli assistiti, nel rispetto del codice di deontologia sottoscritto ai sensi dell'articolo 12.

Art. 84

Comunicazione di dati all'interessato

1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.

2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'articolo 82, comma 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.

CAPO III

FINALITA' DI RILEVANTE INTERESSE PUBBLICO

Art. 85

Compiti del Servizio sanitario nazionale

1. Fuori dei casi di cui al comma 2, si considerano di rilevante interesse pubblico, ai sensi degli articoli 20 e 21, le finalità che rientrano nei compiti del Servizio sanitario nazionale e degli altri organismi sanitari pubblici relative alle seguenti attività:

a) attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale, ivi compresa

l'assistenza degli stranieri in Italia e dei cittadini italiani all'estero, nonché di assistenza sanitaria erogata al personale navigante ed aeroportuale;

b) programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;

c) vigilanza sulle sperimentazioni, farmacovigilanza, autorizzazione all'immissione in commercio e all'importazione di medicinali e di altri prodotti di rilevanza sanitaria;

d) attività certificatorie;

e) l'applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;

f) le attività amministrative correlate ai trapianti d'organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano, anche in applicazione della legge 4 maggio 1990, n. 107;

g) instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

2. Il comma 1 non si applica ai trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute effettuati da esercenti le professioni sanitarie o da organismi sanitari pubblici per finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettività, per i quali si osservano le disposizioni relative al consenso dell'interessato o all'autorizzazione del Garante ai sensi dell'articolo 76.

3. All'identificazione dei tipi di dati idonei a rivelare lo stato di salute e di operazioni su essi eseguibili è assicurata ampia pubblicità, anche tramite affissione di una copia o di una guida illustrativa presso ciascuna azienda sanitaria e presso gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

4. Il trattamento di dati identificativi dell'interessato è lecito da parte dei soli soggetti che perseguono direttamente le finalità di cui al comma 1. L'utilizzazione delle diverse tipologie di dati è consentita ai soli incaricati, preposti, caso per caso, alle specifiche fasi delle attività di cui al medesimo comma, secondo il principio dell'indispensabilità dei dati di volta in volta trattati.

Art. 86

Altre finalità di rilevante interesse pubblico

1. Fuori dei casi di cui agli articoli 76 e 85, si considerano di rilevante interesse pubblico, ai sensi degli articoli 20 e 21, le finalità, perseguite mediante trattamento di dati sensibili e giudiziari, relative alle attività amministrative correlate all'applicazione della disciplina in materia di:

a) tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza, con particolare riferimento a quelle svolte per la gestione di consultori familiari e istituzioni analoghe, per l'informazione, la cura e la degenza delle madri, nonché per gli interventi di interruzione della gravidanza;

b) stupefacenti e sostanze psicotrope, con particolare riferimento a quelle svolte al fine di assicurare, anche avvalendosi di enti ed associazioni senza fine di lucro, i servizi pubblici necessari per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, gli interventi anche di tipo preventivo previsti dalle leggi e l'applicazione delle misure amministrative previste;

c) assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate effettuati, in particolare, al fine di:

1) accertare l'handicap ed assicurare la funzionalità dei servizi terapeutici e riabilitativi, di aiuto personale e familiare, nonché interventi economici integrativi ed altre agevolazioni;

2) curare l'integrazione sociale, l'educazione, l'istruzione e l'informazione alla famiglia del portatore di handicap, nonché il collocamento obbligatorio nei casi previsti dalla legge;

3) realizzare comunità-alloggio e centri socio riabilitativi;

4) curare la tenuta degli albi degli enti e delle associazioni ed organizzazioni di volontariato impegnati nel settore.

2. Ai trattamenti di cui al presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 85, comma 4.

CAPO IV PRESCRIZIONI MEDICHE

Art. 87

Medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale

1. Le ricette relative a prescrizioni di medicinali a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale sono redatte secondo il modello di cui al comma 2, conformato in modo da permettere di risalire all'identità dell'interessato solo in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione, ovvero a fini di verifiche amministrative o per scopi epidemiologici e di ricerca, nel rispetto delle norme deontologiche applicabili.

2. Il modello cartaceo per le ricette di medicinali relative a prescrizioni di medicinali a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale, di cui agli allegati 1, 3, 5 e 6 del decreto del Ministro della sanità 11 luglio 1988, n. 350, e al capitolo 2,

paragrafo 2.2.2. del relativo disciplinare tecnico, è integrato da un tagliando predisposto su carta o con tecnica di tipo copiativo e unito ai bordi delle zone indicate nel comma 3.

3. Il tagliando di cui al comma 2 è apposto sulle zone del modello predisposte per l'indicazione delle generalità e dell'indirizzo dell'assistito, in modo da consentirne la visione solo per effetto di una momentanea separazione del tagliando medesimo che risulti necessaria ai sensi dei commi 4 e 5.

4. Il tagliando può essere momentaneamente separato dal modello di ricetta, e successivamente riunito allo stesso, quando il farmacista lo ritiene indispensabile, mediante sottoscrizione apposta sul tagliando, per una effettiva necessità connessa al controllo della correttezza della prescrizione, anche per quanto riguarda la corretta fornitura del farmaco.

5. Il tagliando può essere momentaneamente separato nei modi di cui al comma 3 anche presso i competenti organi per fini di verifica amministrativa sulla correttezza della prescrizione, o da parte di soggetti legittimati a svolgere indagini epidemiologiche o di ricerca in conformità alla legge, quando è indispensabile per il perseguimento delle rispettive finalità.

6. Con decreto del Ministro della salute, sentito il Garante, può essere individuata una ulteriore soluzione tecnica diversa da quella indicata nel comma 1, basata sull'uso di una fascetta adesiva o su altra tecnica equipollente relativa anche a modelli non cartacei.

Art. 88

Medicinali non a carico del Servizio sanitario nazionale

1. Nelle prescrizioni cartacee di medicinali soggetti a prescrizione ripetibile non a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale, le generalità dell'interessato non sono indicate.

2. Nei casi di cui al comma 1 il medico può indicare le generalità dell'interessato solo se ritiene indispensabile permettere di risalire alla sua identità, per un'effettiva necessità derivante dalle particolari condizioni del medesimo interessato o da una speciale modalità di preparazione o di utilizzazione.

Art. 89

Casi particolari

1. Le disposizioni del presente capo non precludono l'applicazione di disposizioni normative che prevedono il rilascio di ricette che non identificano l'interessato o recanti particolari annotazioni, contenute anche nel decreto-legge

17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94.

2. Nei casi in cui deve essere accertata l'identità dell'interessato ai sensi del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, le ricette sono conservate separatamente da ogni altro documento che non ne richiede l'utilizzo.

2-bis. Per i soggetti di cui all'articolo 78, l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 87, comma 3, e 88, comma 1, è subordinata ad un'esplicita richiesta dell'interessato.

CAPO V DATI GENETICI

Art. 90

Trattamento dei dati genetici e donatori di midollo osseo

1. Il trattamento dei dati genetici da chiunque effettuato è consentito nei soli casi previsti da apposita autorizzazione rilasciata dal Garante sentito il Ministro della salute, che acquisisce, a tal fine, il parere del Consiglio superiore di sanità.

2. L'autorizzazione di cui al comma 1 individua anche gli ulteriori elementi da includere nell'informativa ai sensi dell'articolo 13, con particolare riguardo alla specificazione delle finalità perseguite e dei risultati conseguibili anche in relazione alle notizie inattese che possono essere conosciute per effetto del trattamento dei dati e al diritto di opporsi al medesimo trattamento per motivi legittimi.

3. Il donatore di midollo osseo, ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 52, ha il diritto e il dovere di mantenere l'anonimato sia nei confronti del ricevente sia nei confronti di terzi.

CAPO VI DISPOSIZIONI VARIE

Art. 91

Dati trattati mediante carte

1. Il trattamento in ogni forma di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale eventualmente registrati su carte anche non elettroniche, compresa la carta nazionale dei servizi, o trattati mediante le medesime carte è consentito se necessario ai sensi dell'articolo 3, nell'osservanza di misure ed accorgimenti prescritti dal Garante nei modi di cui all'articolo 17.

Art. 92**Cartelle cliniche**

1. Nei casi in cui organismi sanitari pubblici e privati redigono e conservano una cartella clinica in conformità alla disciplina applicabile, sono adottati opportuni accorgimenti per assicurare la comprensibilità dei dati e per distinguere i dati relativi al paziente da quelli eventualmente riguardanti altri interessati, ivi comprese informazioni relative a nascituri.

2. Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità:

a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'articolo 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;

b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

Art. 93**Certificato di assistenza al parto**

1. Ai fini della dichiarazione di nascita il certificato di assistenza al parto è sempre sostituito da una semplice attestazione contenente i soli dati richiesti nei registri di nascita. Si osservano, altresì, le disposizioni dell'articolo 109.

2. Il certificato di assistenza al parto o la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che rendono identificabile la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, in conformità alla legge, decorsi cento anni dalla formazione del documento.

3. Durante il periodo di cui al comma 2 la richiesta di accesso al certificato o alla cartella può essere accolta relativamente ai dati relativi alla madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile.

Art. 94

Banche di dati, registri e schedari in ambito sanitario

1. Il trattamento di dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti in banche di dati, schedari, archivi o registri tenuti in ambito sanitario, è effettuato nel rispetto dell'articolo 3 anche presso banche di dati, schedari, archivi o registri già istituiti alla data di entrata in vigore del presente codice e in riferimento ad accessi di terzi previsti dalla disciplina vigente alla medesima data, in particolare presso:

a) il registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto-correlati istituito presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 dicembre 2002, n. 308;

b) la banca di dati in materia di sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob o delle varianti e sindromi ad essa correlate, di cui al decreto del Ministro della salute in data 21 dicembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 8 del 10 gennaio 2002;

c) il registro nazionale delle malattie rare di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità in data 18 maggio 2001, n. 279;

d) i registri dei donatori di midollo osseo istituiti in applicazione della legge 6 marzo 2001, n. 52;

e) gli schedari dei donatori di sangue di cui all'articolo 15 del decreto del Ministro della sanità in data 26 gennaio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 78 del 3 aprile 2001.

Norme, minorenni e salute

Art. 3, Convenzione ONU, 1989: “in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche e private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l’interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente”. E’ una clausola che contiene tanto istanze di autonomia, quanto istanze di protezione.

Considerazione delle capacità e delle aspirazioni dei figli-

Art. 147 codice civile, dove la potestà dei genitori viene declinata come obbligo di mantenere, istruire, educare la prole, tenendo conto delle capacità, dell’inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli.

Ascolto del minore-

Art. 12 Convenzione New York: “Gli Stati Parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità. A tal fine si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale”. L’ascolto è finalizzato all’esercizio del diritto del minore di esprimere la propria opinione. Esprimere la propria opinione non equivale a far valere la propria volontà, ma l’“opinione” è sicuramente veicolo della volontà. Importanza dell’ascolto ai fini della valutazione del discernimento del minore.

Sovranazionali

Convenzione sui diritti del fanciullo, ONU, New York 20/11/89, ratif. da L. 176791

(art. 3, preminenza dell'interesse del minore; art. 12, ascolto del minore capace di discernimento per raccoglierne l'opinione)

Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina, Oviedo 4/4/1997, ratif. da L. 145/2001(art. 5, regola generale del consenso libero e informato; art. 6, autorizzazione del rappresentante legale per il minore considerato incapace di acconsentire; considerazione dell'opinione del minore come fattore sempre più determinante in proporzione all'età e al grado di maturità; art. 10, diritto di conoscere ogni informazione sulla propria salute)

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, Nizza, 7-8/12/2000

(art. 1, rispetto e tutela della dignità umana, inviolabile; art.3, rispetto del consenso libero e informato nella medicina e nella biologia, secondo modalità definite dalla legge; art. 24, diritto del bambino alla protezione e alle cure; diritto ad esprimere la propria opinione sulle questioni che lo riguardano e diritto che l'opinione sia presa in considerazione in funzione dell'età e della maturità; preminenza dell'interesse del minore in tutte le questioni che lo riguardano)

Nazionali

Costituzione italiana

(art. 13, inviolabilità della libertà personale; art. 32, diritto alla salute e volontarietà dei trattamenti sanitari; rispetto della persona umana nei trattamenti sanitari obbligatori)

Codice civile

(art. 2, capacità di agire del minorenni; art. 147, obbligo di mantenimento dei genitori; obbligo di prendere in considerazione le capacità, le inclinazioni, le aspirazioni dei figli (valevole anche per il tutore ex art. 348); art. 333, esercizio pregiudizievole della potestà genitoriale)

Codice penale

(art. 40, 2° comma, obbligo di impedire l'evento; art. 50, consenso dell'avente diritto; art. 54, stato di necessità; art. 591, abbandono di minori degli anni 14; art. 593, omissione di soccorso)

Codice di deontologia medica

(art. 29, dovere di adoperarsi per l'armonico sviluppo psico-fisico del minore e dovere di ricorrere all'autorità giudiziaria, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alle cure necessarie; art. 33, consenso al trattamento sanitario da parte del legale rappresentante e dovere d'informativa all'autorità giudiziaria, in caso di mancato consenso a trattamento necessario e indifferibile; art. 34, obbligo di informare il minore e di tenere conto della sua volontà, fermo il rispetto dei diritti del legale rappresentante)

Norme particolari**Contracezione**

(L. 194/78, art. 2, autodeterminazione della minorenne)

Interruzione volontaria della gravidanza

(L. 194/78, art. 12, autodeterminazione della minorenne, salva autorizzazione del giudice tutelare o urgenza accertata dal medico)

Cura della tossicodipendenza

(DPR. 309/90, art. 120, autodeterminazione del minore o richiesta del rappresentante legale)

Accertamento di AIDS o infezione da HIV

(L. 135/90, art. 5, autodeterminazione del minore e riservatezza assoluta sui risultati)

Accertamenti radiologici

(D.lgs. 230/95, modif. da D.lgs. 187/2000: art. 108, ricerca scientifica e clinica, consenso dei legali rappresentanti; art. 111, particolare cautela riguardo ai minorenni; accertamenti a fini di prevenzione, solo per

finalità sanitarie e con il consenso della persona interessata ed è escluso l'impiego di radioscopia diretta; accertamenti a fini medico-legali o assicurativi, solo con il consenso della persona interessata ed è escluso l'impiego della radioscopia diretta

Rettificazione di attribuzione di sesso

(L. 164/82, nulla dispone riguardo ai minorenni)

Prelievi e trapianti di organi e tessuti da cadavere (L. 91/99, art. 4, possibile solo in presenza di esplicita dichiarazione di volontà di entrambi i genitori, non altrimenti surrogabile; non possibile per i nati e per i minori ricoverati in istituti di assistenza)

Prelievo di cornee (L.301/93, non abrogata dal L. 91/99, assenso del rappresentante legale)

da vivente

Prelievo di rene (L. 458/67, non lo prevede)

Prelievo di parti di fegato (L. 483/99, rinvia alla L. 458/67)

Sangue e derivati

Prelievo (L. 107/90, art. 3, consenso degli esercenti la potestà o la tutela; in mancanza, del giudice tutelare)

Trasfusione (DM. 1/9/95, art. 4, consenso di entrambi i genitori o del tutore; in caso di disaccordo, giudice tutelare. Previsione contraria alla legge –art. 316 CC. In caso di imminente pericolo di vita, il medico è esonerato dall'acquisizione del consenso, ma deve darne comunicazione al Comitato per il buon uso del sangue)

Sperimentazione

Precedenti importanti sono: la Dichiarazione di Helsinki, 1964, che consentiva la ricerca clinica sui minorenni, a condizione di assenza di rischio o di rischio minimo; la Raccomandazione n. R (90) 3, 1990 del Consiglio dei Ministri degli Stati membri della U.E., che, dopo avere attribuito al legale rappresentante il potere di dare il consenso, richiedeva altresì il consenso dell'incapace legale dotato di discernimento, le Linee guida dell'EMEA (Note for guidance on Clinical investigation of medicinal products in children), 1997, le quali, ribadita l'attribuzione del potere di consentire al legale rappresentante, dispo-

nevano che i bambini dovessero essere informati circa la sperimentazione in modo che potessero comprendere e, se capaci, dovessero dare il loro consenso scritto.

Le disposizioni normative attualmente operanti, nei limiti dell'efficacia giuridica di cui sono effettivamente dotate, sono le seguenti:

Convenzione di Oviedo, 4/4/1997

(art.17: oltre ai requisiti generali che non ci sia alternativa alla ricerca sull'uomo, i rischi siano accettabili in rapporto ai benefici, il progetto sia approvato dall'autorità competente, ed a quelli specifici per i minorenni che i risultati attesi comportino un beneficio reale e diretto per la salute del paziente, che la ricerca non si possa effettuare con effetti equivalenti su persone capaci di consentire, è richiesto che sia stata data l'autorizzazione scritta da parte del rappresentante e che la persona non si opponga. A titolo eccezionale è ammessa la ricerca senza beneficio per il paziente, allorchè, sussistendo tutte le condizioni precedenti, ci si attenda un significativo miglioramento delle conoscenze e non vi siano che un rischio minimo e un fastidio minimo per il paziente).

DM. 15/7/97, Recepimento delle linee guida della U.E. di Buona Pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali (punto 4.8.12: quando uno studio clinico -terapeutico o non terapeutico- include soggetti che abbisognano del consenso del rappresentante legale il soggetto dev'essere informato in merito allo studio nella misura compatibile con la sua capacità di comprensione e, se è in grado, deve firmare personalmente il modulo di consenso informato scritto; punto 4.8.13: uno studio non terapeutico -che non prevede cioè beneficio diretto per il paziente- dev'essere condotto su soggetti che diano personalmente il consenso, ma...; punto 4.8.14: studi non terapeutici possono essere condotti su tali soggetti, se gli obiettivi dello studio non possono essere raggiunti con soggetti capaci; se i rischi prevedibili sono modesti; se l'impatto negativo sul benessere del soggetto è minimo e modesto; se lo studio non è vietato dalla legge; se vi è stata approvazione specifica da parte del CE; infine, punto 4.8.15: è consentito l'arruolamento in situazioni di emer-

genza, prescindendo, cioè, non solo dal consenso dell'incapace, ma anche da quello del legale rappresentante!).

D.L. 23/98 conv. L. 94/98, Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico (vicenda Di Bella), art. 2, la sperimentazione può essere condotta solo su pazienti che abbiano reso il proprio consenso informato. Da ciò si è desunta l'impraticabilità sui minorenni.

Direttiva U.E. 20/2001, 4/4/2001, (da recepirsi negli stati membri entro il 1°/5/04), art. 4, sono richiesti, tra l'altro: il consenso informato dei genitori o del legale rappresentante, che deve rispecchiare la volontà presunta del minore ed è revocabile in ogni momento; l'informazione, commisurata alla capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi ed i benefici, dev'essere data al minore da personale esperto nel trattare con i minori; gli sperimentatori devono tenere conto del desiderio esplicito del minore in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare le informazioni, di rifiutare la partecipazione, di ritirarsi dalla sperimentazione in qualsiasi momento.

Codice di deontologia medica, art. 46, ammessa solo sperimentazione per finalità preventive o terapeutiche, con il consenso del legale rappresentante; divieto di sperimentazione priva di finalità terapeutiche.

Una norma di chiusura da tenere presente nella materia, laddove la sperimentazione abbia scarsa o nessuna potenzialità benefica è:

Codice civile, art. 5: divieto di atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o che siano contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute

L. 675/96 modif. da D.lgs. 282/99, art. 23, consenso per l'incapace di agire è dato da chi esercita legittimamente la potestà (sembra applicabile soltanto ai casi dell'impossibilità fisica di consentire e dell'incapacità d'intendere e di volere l'ipotesi di attribuzione del potere di consentire a familiari, prossimi congiunti, conviventi, responsabili della struttura di accoglienza).

Codice di deontologia medica (approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurgici e degli Odontoiatri – 3 ottobre 1998)

STRALCIO NORME RIGUARDANTI MINORI

CAPO III

Doveri del medico verso i minori, gli anziani e i disabili

Art. 29. Assistenza. – Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'autorità giudiziaria nei casi specificatamente previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psicofisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

Art. 33. Consenso del legale rappresentante. – Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

Art. 34. Autonomia del cittadino. – Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Art. 35. *Assistenza d'urgenza.* – Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

CAPO VII

Sessualità e riproduzione

Art. 40. *Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.* – Il medico, nell'ambito della salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, è tenuto a fornire ai singoli e alla coppia, nel rispetto della libera determinazione della persona, ogni corretta informazione in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Ogni atto medico diretto a intervenire in materia di sessualità e di riproduzione è consentito soltanto al fine di tutelare la salute.

Art. 41. *Interruzione volontaria di gravidanza.* – L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettore di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna, o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria di gravidanza.

Art. 42. *Fecondazione assistita.* – Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

È fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a) forme di maternità surrogata;

b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;

c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;

d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

È proscriotta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

CAPO VIII

Sperimentazione

Art. 43. *Interventi sul genoma e sull'embrione umano.* – Ogni intervento sul genoma umano non può che tendere alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche.

Sono vietate manipolazioni genetiche sull'embrione che non abbiano finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche.

Art. 44. *Test genetici predittivi.* – Non sono ammessi test genetici se non diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie ereditarie e se non espressamente richiesti, per iscritto, dalla persona interessata o dalla madre del concepito, che hanno diritto alle preliminari informazioni e alla più ampia e oggettiva illustrazione sul loro significato, sul loro risultato, sui rischi della gravidanza, sulle prevedibili conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia.

Il medico non deve, in particolare, eseguire test genetici predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato.

Art. 45. *Sperimentazione scientifica.* – Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'Uomo.

Art. 46. *Ricerca biomedica e sperimentazione sull'Uomo.* – La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'Uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'inviolabilità, dell'integrità psico-fisica e della vita della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul suo diritto di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione.

Nel caso di soggetti minori o incapaci è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche a favore degli stessi; il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti.

Ove non esistano finalità terapeutiche è vietata la sperimentazione clinica su minori, su infermi di mente o su soggetti che versino in condizioni di soggezione o dietro compenso di qualsiasi natura.

La sperimentazione deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

Art. 47. *Sperimentazione clinica.* – La sperimentazione, disciplinata dalle norme di buona pratica clinica, può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati.

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

Art. 48. *Sperimentazione sull'animale.* – La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità scientifiche non altrimenti conseguibili, a una fondata aspettativa di progresso della scienza medica e deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un Comitato etico.

Legge 25 febbraio 1992, n. 210

Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati

Art. 1. – 1. Chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge ⁽¹⁾.

2. L'indennizzo di cui al comma 1 spetta anche ai soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati, nonché agli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.

3. I benefici di cui alla presente legge spettano altresì a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali ⁽²⁾.

4. I benefici di cui alla presente legge spettano alle persone non vaccinate che abbiano riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, i danni di cui al comma 1; alle persone che, per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per potere accedere ad uno Stato estero, si siano sottoposte a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie; ai soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposti a vaccinazioni anche non obbligatorie.

Art. 2. – 1. L'indennizzo di cui all'articolo 1, comma 1, consiste in un assegno, reversibile per quindici anni, determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'articolo 8 della legge 2 maggio 1984, n. 111. L'indennizzo è cumulabile con ogni altro emolumento a qualsiasi titolo percepito ed è rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato.

2. L'indennizzo di cui al comma 1, è integrato dall'indennità integrativa speciale di cui alla legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato, ed ha decorrenza dal primo giorno del mese suc-

cessivo a quello di presentazione della domanda ai sensi dell'articolo 3. La predetta somma integrativa è cumulabile con l'indennità integrativa speciale o altra analoga indennità collegata alla variazione del costo della vita. Ai soggetti di cui al comma 1 dell'articolo 1, anche nel caso in cui l'indennizzo sia stato già concesso, è corrisposto, a domanda, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla presente legge, un assegno *una tantum* nella misura pari, per ciascun anno, al 30 per cento dell'indennizzo dovuto ai sensi del comma 1 e del primo periodo del presente comma, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.

3. Qualora a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla presente legge sia derivata la morte, l'avente diritto può optare fra l'assegno reversibile di cui al comma 1 e un assegno *una tantum* di lire 150 milioni. Ai fini della presente legge, sono considerati aventi diritto nell'ordine i seguenti soggetti a carico: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro. I benefici di cui al presente comma spettano anche nel caso in cui il reddito della persona deceduta non rappresenti l'unico sostentamento della famiglia.

4. Qualora la persona sia deceduta in età minore, l'indennizzo spetta ai genitori o a chi esercita la potestà parentale.

5. I soggetti di cui all'articolo 1 sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 dell'articolo 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, nonché del pagamento della quota fissa per ricetta di cui al comma 16-ter del medesimo articolo 8 della citata legge n. 537 del 1993, introdotto dall'articolo 1 della legge 24 dicembre 1994, n. 724, limitatamente alle prestazioni sanitarie necessarie per la diagnosi e la cura delle patologie previste dalla presente legge.

6. I benefici di cui alla presente legge spettano altresì al coniuge che risulti contagiato da uno dei soggetti di cui all'articolo 1, nonché al figlio contagiato durante la gestazione.

7. Ai soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto è riconosciuto, in aggiunta ai benefici previsti dal presente articolo, un indennizzo aggiuntivo, stabilito dal Ministro della sanità con proprio

decreto, in misura non superiore al 50 per cento di quello previsto ai commi 1 e 2.

Art. 3. – 1. I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1, comma 1, presentano alla USL competente le relative domande, indirizzate al Ministero della sanità entro il termine perentorio di tre anni nel caso di vaccinazioni o di epatiti post-trasfusionali o di dieci anni nei casi di infezioni da HIV. I termini decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione di cui ai commi 2 e 3, l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno. La USL provvede, entro novanta giorni dalla data di presentazione delle domande, all'istruttoria delle domande stesse e all'acquisizione del giudizio di cui all'articolo 4, sulla base delle direttive del Ministero della sanità, che garantiscono il diritto alla riservatezza anche mediante opportune modalità organizzative.

1-*bis*. Chiunque, nell'esercizio delle proprie funzioni, venga a conoscenza di casi di persone danneggiate da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, è tenuto a rispettare il segreto d'ufficio e ad adottare, nell'ambito delle proprie competenze, tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona interessata.

2. Alla domanda è allegata la documentazione comprovante: la data della vaccinazione, i dati relativi al vaccino, le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e l'entità delle lesioni o dell'infermità da cui è derivata la menomazione permanente del soggetto.

3. Per le infezioni da HIV la domanda deve essere corredata da una documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data dell'avvenuta infezione da HIV.

4. Alla domanda di indennizzo ai sensi dell'articolo 2, comma 3, è allegata la documentazione comprovante: la data della vaccinazione, i dati relativi al vaccino, le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e il decesso. Per le infezioni da HIV alla domanda è allegata la documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati con l'indicazione dei

dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data dell'avvenuto decesso.

5. Il medico che effettua la vaccinazione di cui all'articolo 1 compila una scheda informativa dalla quale risultino gli eventuali effetti collaterali derivanti dalle vaccinazioni stesse.

6. Il medico che effettua trasfusioni o somministra emoderivati compila una scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione.

7. Per coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, hanno già subito la menomazione prevista dall'articolo 1, il termine di cui al comma 1 del presente articolo decorre dalla data di entrata in vigore della legge stessa ⁽³⁾.

Art. 4. – 1. Il giudizio sanitario sul nesso causale tra la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte è espresso dalla commissione medico-ospedaliera di cui all'articolo 165 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 dicembre 1973, n. 1092.

2. La commissione medico-ospedaliera redige un verbale degli accertamenti eseguiti e formula il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate.

3. La commissione medico-ospedaliera esprime il proprio parere sul nesso causale tra le infermità o le lesioni e la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio.

4. Nel verbale è espresso il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità secondo la tabella A annessa al testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, come sostituita dalla tabella A allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834.

Art. 5. – 1. Avverso il giudizio della commissione di cui all'articolo 4, è ammesso ricorso al Ministro della sanità. Il ricorso è inoltrato entro trenta giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

2. Entro tre mesi dalla presentazione del ricorso, il Ministro della sanità, sentito l'ufficio medico-legale, decide sul ricorso stesso con atto che è comunicato al ricorrente entro trenta giorni.

3. È facoltà del ricorrente esperire l'azione dinanzi al giudice ordinario competente entro un anno dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in difetto, dalla scadenza del termine previsto per la comunicazione.

Art. 6. – 1. Nel caso di aggravamento delle infermità o delle lesioni, l'interessato può presentare domanda di revisione al Ministro della sanità, tramite la USL territorialmente competente entro sei mesi dalla data di conoscenza dell'evento.

2. Per il giudizio sull'aggravamento si osserva la procedura di cui agli articoli 3 e 4.

Art. 7. – 1. Ai fini della prevenzione delle complicanze causate da vaccinazioni, le Unità sanitarie locali predispongono e attuano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, progetti di informazione rivolti alla popolazione e in particolare ai donatori e ai soggetti riceventi materiali biologici umani, alle persone da vaccinare e alle persone a contatto.

2. I progetti di cui al comma 1 assicurano una corretta informazione sull'uso dei vaccini, sui possibili rischi e complicanze, sui metodi di prevenzione e sono prioritariamente rivolti ai genitori, alle scuole ed alle comunità in genere.

3. Le regioni, attraverso le Unità sanitarie locali, curano la raccolta dei dati conoscitivi sulle complicanze da vaccino, anche al fine di adeguare a tali dati i progetti di informazione e i metodi di prevenzione.

Art. 8. – 1. Gli indennizzi previsti dalla presente legge sono corrisposti dal Ministero della sanità.

2. All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 19 miliardi per l'anno 1992 e in lire 10 miliardi a decorrere dal 1993, si provvede mediante riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo 4550 dello stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno 1992 e corrispondenti capitoli per gli anni successivi.

3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Legge 22 maggio 1978, n. 194

Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

Art. 1. – Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Art. 2. – I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

Art. 3. – Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405, è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo.

Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Art. 4. – Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Art. 5. – Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del conce-

pito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

Art. 6. – L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Art. 7. – I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Art. 8. – L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie.

Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

- 1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;
- 2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione.

Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura.

Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle Unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione.

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Art. 9. – Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obietto deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità

delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Art. 10. – L'accertamento, l'intervento, la cura e l'eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il Servizio sanitario nazionale.

Art. 11. – L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna.

Le lettere *b)* e *f)* dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, sono abrogate.

Art. 12. – La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna.

Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle per-

sone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere l'interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Art. 13. – Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato.

Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso.

Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Art. 14. – Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna.

In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Art. 15. – Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza.

Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Art. 16. – Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge, il ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione.

Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro della giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

Art. 17. – Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà.

Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

Art. 18. – Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno.

La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna.

Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

Art. 19. – Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni.

La donna è punita con la multa fino a lire centomila.

Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere *a)* e *b)* dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi.

Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà. La donna non è punibile.

Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave quest'ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

Art. 20. – Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

Art. 21. – Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Art. 22. – Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato.

Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale.

Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

**“ INFORMAZIONE E CONSENSO ALL’ATTO MEDICO”
Emanato dal Consiglio Nazionale di Bioetica nel 1992**

Si legge a conferma dell’importanza riconosciuta ormai alla capacità decisionale del minore e più in generale della prevalenza del criterio soggettivo dell’informazione (misurata ed adeguata allo specifico utente affinché egli possa effettivamente comprendere e decidere) :

“ La minore età, una malattia mentale e la stessa malattia fisica possono incidere sulla concreta attitudine a prendere una determinata decisione. Una limitata capacità, può essere sufficiente per decidere qui ed ora in merito ad un determinato problema” ed ancora nello stesso documento leggesi:”la competenza decisionale di un soggetto va dunque verificata, di volta in volta, prima e rispetto ad una decisione ritenuta significativa: essa può essere presente e valida, assente, dubbia, mutevole. Per riconoscere le capacità di un soggetto sembra importante al Consiglio Nazionale Bioetica l’esame delle modalità con cui avviene il processo deliberativo”;

**CONVENZIONE INTERNAZIONALE SUI DIRITTI DELL’UOMO
E LA BIOMEDICINA
Del 19.11.1996, ratificata dal Governo italiano ad Oviedo il
4.4.1997**

Dove si afferma: *“ Anche l’opinione del minore, come disabile mentale, dovrà essere presa in considerazione, come fattore determinante, ferma la responsabilità dei legali rappresentanti” e che:”il consenso del minore è considerato, come un fattore sempre più determinante in funzione della sua età e del suo grado di maturità”;*

MANLIO MEROLLA

**I LIBRI E PUBBLICAZIONI
DELLA COLLANA
LEX ET IUS**

DIRETTA DA MANLIO MEROLLA

LE NUOVE LOCAZIONI ABITATIVE

Maurizio De Tilla

POLITICHE SOCIALI A FAVORE DEI DISABILI

Idee, proposte ed opinioni - Atti del Convegno

Manlio Merolla I edizione (atti del Convegno)

POLITICHE SOCIALI A FAVORE DEI DISABILI

Manlio Merolla, Bruno Schettini, Teresa Filosa - II edizione

L'AUDIZIONE DEI MINORI

Manlio Merolla

I e II edizione

IL DIRITTO DI VISITA

Relativo ai giudizi di separazione e divorzio

Manlio Merolla - I e II Edizione

L'AFFIDO FAMILIARE*

E cenni di Adozione Internazionale

Manlio Merolla, Pasqualina Campagnolo, Luiza Castro,

Graziana Ignara, Felicetta Manfredonia I Edizione – II

Edizione

L'ORATORIA FORENSE**di Giovanni Zarrillo****Atti della Scuola di Legge dell'Istituto degli Studi Giuridici Superiori****L'OBIEZIONE FORENSE****Manlio Merolla,****Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuridici Superiori****PROPOSTE NORMATIVE DELL'ISTITUTO STUDI GIURIDICI SUPERIORI****Manlio Merolla,****Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuridici Superiori****IL BURN AUT FORENSE****Studi e Ricerche****Manlio Merolla,****Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuridici Superiori****IL MOBBING FAMILIARE E CONIUGALE*****Studi & Ricerche dell'Istituto degli Studi Giuridici Superiori****Manlio Merolla, Valeria Pessetti, Carmine Capasso, Ornella Marini****BREVE TRATTATO DI CRIMINOLOGIA FAMILIARE : IL MOBBING FAMILIARE E CONIUGALE*****Manlio Merolla****Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuridici Superiori**

LA MEDIAZIONE FORENSE

Manlio Merolla, Giovanni D'Angelo

**Atti di studio della Scuola di Legge dell'Istituto degli Studi
Giuridici Superiori**

**LA CONSULENZA LEGALE STRUTTURATA E ME-
DIAZIONE FORENSE**

Nelle separazioni consensuali dei coniugi

Manlio Merolla

**Atti di studio della Scuola di Legge dell'Istituto degli Studi
Giuridici Superiori e contributo scientifico del Dr. Giovanni
D'Angelo**

**INDAGINI DIFENSIVE E DIMOSTRAZIONI PRO-
BATORIE***

Nei giudizi di Famiglia e Minori

Manlio Merolla, Fabio Candalino, Gennaro Olmo.

CONGEDI PARENTALI

Manlio Merolla - Maria Rosaria Majolo

**TECNICHE REDAZIONALI DEGLI ATTI GIUDIZIA-
RI***

Manlio Merolla

**TUTELA DEI MINORI OSPEDALIZZATI :
LA PRIVACY ED ASPETTI NORMATIVI***

**Manlio Merolla, Marco Angeloni, Rosa Patricelli, Filomena
Carotenuto, Federico Mantile**

**TUTELA PENALE CONTRO GLI ABUSI E VIOLENZE
DOMESTICHE:**

**GLI ORDINI DI PROTEZIONE ED ASPETTI CRIMI-
NOLOGICI E STUDI E RICERCHE STATISTICHE***

Manlio Merolla, Fabio Candalino

**L'AVVOCATO DEI MINORI: LINEE GUIDA IN DI-
RITTO CIVILE MINORILE**

Manlio Merolla, Serena Montini,

**Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuri-
dici Superiori :Marco Angeloni, Rosa Patricelli, Francesca
Paglionico,**

I Edizione

**CRIMINOLOGIA MINORILE: DISAGIO, DEVIANZA E
DELINQUENZA;**

STUDI & RICERCHE

Manlio Merolla,

**Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuri-
dici Superiori: Marco Angeloni, Rosa Patricelli, Fabio Can-
dalino, Francesca Paglionico, Serena Montini,**

I Edizione

LA RESPONSABILITA' MEDICA*

Manlio Merolla,

**Collaborazione Redazionale Ricercatori Istituto Studi Giuri-
dici Superiori :Marco Angeloni, Rosa Patricelli, Fabio Can-
dalino, Francesca Paglionico, Serena Montini,**

*: IN STAMPA, RISTAMPA E PUBBLICAZIONE
PER INFORMAZIONI E CONSULTAZIONI CON L'AUTORE
TEL.: REDAZIONE 081/556.14.18
- EMAIL: LEXMEROLLA@LIBERO.IT -
WWW.LEXETJUS.NET – WWW.SCUOLADILEGGE.COM –

NOTE SUGLI AUTORI

Dott. Federico Mantile

Per consultazioni con

l'autore:EMail:federico.mantile@fastwebnet.it;

PSICOTERAPEUTA, NEUROPSICHIATRA INFANTILE -
GIUDICE ONORARIO PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DI NAPOLI

Dott.ssa Filomena Carotenuto

Per consultazioni con l'autore:E-Mail: lexcarotenuto@libero.it;

PSICOLOGA – ESPERTA DI PROCESSI DI FORMAZIONE DEGLI ADULTI

Dr.ssa De Lia Ilaria

Per consultazioni con l'autore:E-Mail:

PSICOLOGA – RICERCATRICE DELL'ISTITUTO STUDI GIURIDICI SUPERIORI E CONSULENTE STUDIO LEGALE MULTIPROFESSIONALE
MEROLLA, ANGELONI & PARTNERS

Avvocato Marco Angeloni

Per consultazioni con l'autore:E-Mail:lexangeloni@libero.it;

CONSIGLIERE DELLA CAMERA MINORILE DI SANTA M. CAPUA VETERE RICERCATORE ISTITUTO STUDI GIURIDICI SUPERIORI.

Prat. Avvocato Rosa Patricelli

Per consultazioni con l'autore:E-Mail:lexpatricelli@libero.it;

CONSIGLIERE DELLA CAMERA MINORILE MULTIPROFESSIONALE DI

NAPOLI [GIÀ ASSOCIAZIONE FORENSE A TUTELA DELLA FAMIGLIA E MINORI] RICERCATRICE ISTITUTO STUDI GIURIDICI SUPERIORI.

Avvocato Prof. Manlio Merolla

Avvocato Cassazionista. Criminologo. Ex Giudice Tutelare presso Tribunale Napoli; esperto in diritto Minorile, di Famiglia e criminologia familiare e minorile; Docente e Direttore della Scuola di Legge di Diritto Minorile e Famiglia dell'Istituto Studi Giuridici Superiori; Direttore della Rivista *Lex et Jus*; Presidente Nazionale della Consulta delle Camere Minorili Multiprofessionali e dell'Osservatorio Interassociativo a Tutela della Famiglia e dei Minori; Coordinatore Nazionale del Movimento Laico dei Missionari Forensi; Promotore ed ideatore di numerose proposte normative; Giornalista ed Autore di numerose pubblicazioni giuridiche e scientifiche; **Per consultazioni con l'autore: E-Mail: lexmerolla@libero.it; - www.Studiolegalefamigliaminori.it – www.lexetjus.net**

CON LA COLLABORAZIONE REDAZIONALE,
dei Ricercatori della Scuola di legge di Diritto Minorile, Famiglia e
Criminologia e psicologia Giuridica
DELL'ISTITUTO DEGLI STUDI GIURIDICI
[ISCRITTO NELL'ANNUARIO DEA DAL 2001
TRA GLI ISTITUTI DI RICERCA SCIENTIFICA DI INTERESSE NAZIONALE]:

AVV. MARCO ANGELONI, DR.SSA ROSA PATRICELLI,
Dr.ssa Francesca Paglionico, Dr.ssa Serena Montini;

MARCHI E LOGHI TUTELATI;
www.scuoladilegge.com –
www.istitutostudigiuridicisuperiori.eu- www.lexetjus.net
