

Cartelle sanitarie e segreto medico (*Diritto di visione delle cartelle sanitarie*)

Prendo spunto da una richiesta giunta dalla Direzione di un Ospedale acuto per fare il punto sulla questione summenzionata del segreto medico riferito alle cartelle sanitarie di pazienti curati in ospedale, a livello ambulatoriale e stazionario. La questione appare di un certo interesse poiché sono sovente sollecitato sia dagli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale, sia dagli altri Istituti di cura (Cliniche, Istituti per anziani, ecc).

1 Introduzione

La materia è disciplinata in primo luogo dal Codice penale svizzero (CPS) e dalla legge sanitaria del 1989, e approfondita dal Codice deontologico della FMH del 1997. Le norme in questione si applicano indipendentemente dal regime di finanziamento del singolo istituto di cura (LAMal, Legge ospedaliera, Legge anziani, LASP ecc.) e dallo statuto giuridico dello stesso (pubblico o privato).

Il segreto medico è definito dall'articolo 321 del Codice penale svizzero:

Violazione del segreto professionale (Codice penale svizzero)

Art. 321

1. Gli ecclesiastici, gli avvocati, i difensori, i notai, i revisori tenuti al segreto professionale in virtù del Codice delle obbligazioni, **i medici, i dentisti, i farmacisti, le levatrici**, come pure gli **ausiliari** di questi professionisti, che rivelano segreti a loro confidati per ragione della loro professione o di cui hanno avuto notizia nell'esercizio della medesima sono puniti, a querela di parte, con la detenzione o con la multa. Sono parimenti puniti gli **studenti** che rivelano un segreto di cui hanno avuto notizia nel corso dei loro studi.

La rivelazione del segreto è punibile anche **dopo la cessazione dell'esercizio** della professione o dopo la fine degli studi.

2. La rivelazione **non** è punibile quando sia fatta col consenso dell'interessato o con l'autorizzazione scritta data, a richiesta di chi detiene il segreto, dall'autorità superiore o dall'autorità di vigilanza.

3. Rimangono riservate le disposizioni della legislazione federale e cantonale sull'obbligo di dare informazioni all'autorità o di testimoniare in giudizio.

L'art. 20 della legge sanitaria, che svolge ruolo di legge d'applicazione in questo contesto, recita a sua volta:

Segreto professionale (legge sanitaria)

Art. 20 ¹ Il segreto professionale ha lo scopo di **proteggere la sfera privata del paziente**.

² Ogni operatore sanitario è tenuto, nell'interesse del paziente, al segreto professionale. I funzionari e i privati che sono a conoscenza di segreti sanitari sono considerati ausiliari conformemente alle disposizioni dell'articolo 321, cpv. 1 del Codice Penale Svizzero e quindi soggetti all'obbligo del segreto professionale.

³ L'operatore sanitario è liberato dal segreto professionale **solo con il consenso scritto del paziente** o per **decisione del Medico cantonale**. Quest'ultimo si pronuncia solo su richiesta scritta del detentore del segreto. Se il paziente è incapace di discernimento l'operatore è liberato su istanza del rappresentante legale.

⁴ Non soggiacciono all'obbligo del segreto professionale:

- a) le denunce obbligatorie previste dall'articolo 68;
- b) le dichiarazioni e gli annunci obbligatori alle autorità, segnatamente quelli concernenti le malattie trasmissibili previste da leggi, regolamenti e ordinanze federali e cantonali;
- c) le testimonianze obbligatorie conformemente al diritto penale;
- d) la raccolta e la comunicazione di dati statistici, epidemiologici, di morbilità o altri, sempreché sia garantito l'anonimato dei pazienti verso terzi.

Queste disposizioni sono poi ulteriormente approfondite dall'articolo 11 del Codice deontologico della FMH, che esplicita ulteriormente la questione, soprattutto per quanto concerne i rapporti tra colleghi:

Obbligo del segreto per la protezione del paziente (codice deontologico)

Art. 11

Il segreto professionale è di rigore secondo le norme stabilite dalla legge. Il segreto professionale obbliga il medico a mantenere il silenzio su tutto ciò che, nell'esercizio della sua professione, gli viene confidato o viene a sapere in qualsiasi altro modo. Il medico rispetta questo segreto anche e soprattutto nell'ambito della propria famiglia e verso i parenti, i prossimi, il datore di lavoro del paziente, nonché verso gli assicuratori.

Il medico istruisce le persone che l'assistono nel suo lavoro o che hanno accesso a delle informazioni del suo studio medico, circa i loro doveri a proposito del segreto professionale. Una dichiarazione scritta dell'impegno a rispettare questo segreto è auspicabile.

Il segreto professionale vale anche verso i colleghi. In caso di collaborazione tra medici (consulenze, affidamento del paziente a un altro medico, ospedalizzazione, ecc.) si può, di regola, **presumere l'accordo** del

paziente per quanto riguarda la trasmissione di informazioni mediche di rilievo.

Per facilitare la comprensione diremo anche che, per l'operatore sanitario, **segreto medico** e **segreto professionale** sono nozioni identiche e intercambiabili.

La gestione di una cartella sanitaria è parte integrante dei doveri dei medici (e degli altri operatori sanitari). Disporre di un documento scritto sul quale siano registrate le cure prestate al paziente rappresenta un diritto del paziente. Ne rende atto la legge sanitaria con il suo articolo 67.

Cartella sanitaria (legge sanitaria)

Art. 67 ¹ Ad eccezione del farmacista, dell'assistente farmacista e dell'odontotecnico, ogni operatore autorizzato, come pure ogni **responsabile sanitario** di servizi o strutture sanitarie che esegue prestazioni o attua terapie è tenuto a compilare, per ogni paziente, una **cartella sanitaria** nella quale devono essere almeno indicati:

- a) le generalità;
- b) il tipo di trattamento eseguito;
- c) le prestazioni effettuate;
- d) le date di inizio e di conclusione del trattamento nonché la data di ogni consultazione.

Egli deve, nell'ambito del rispettivo campo d'attività, indicare sulla cartella sanitaria la diagnosi e, se ne ha facoltà, gli agenti terapeutici prescritti. È riservato l'art. 11 cpv. 6.

² Le informazioni di cui all'art. 6 cpv. 4 possono essere menzionate su un documento separato dalla cartella sanitaria.

³ Per ogni intervento chirurgico, oltre alle informazioni di cui al cpv. 1 di questo articolo, devono essere documentate le informazioni cliniche e tecniche sull'intervento, nonché le generalità del o degli operatori e dell'anestesista, delle altre persone coinvolte nell'intervento, nonché il genere, la durata e l'ora dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

⁴ **La cartella e gli altri documenti sanitari devono essere conservati per almeno dieci anni dalla conclusione del trattamento.** È riservato il diritto del paziente ad accedere alla cartella sanitaria conformemente all'art. 6 cpv. 3 e 4.

In particolare il paziente ha il diritto di entrare in possesso dei dati che lo concernono, tuttavia non di tutti i dati, ma solamente di quelli **oggettivi**. Annotazioni personali del medico e indicazioni anamnestiche ricevute da terzi possono non essere consegnate al paziente che richiede la cartella sanitaria.

Generalità (legge sanitaria)

Art 5

c) cartella sanitaria

³ Il paziente ha la facoltà, previa domanda scritta e nei limiti di tempo stabiliti all'art. 67 cpv. 4, di consultare presso ogni operatore sanitario, servizio o altra struttura sanitaria **la parte oggettiva** della cartella sanitaria e gli altri **documenti sanitari oggettivi** che lo concernono come pure di **ottenere copia**. La cartella sanitaria deve essere tenuta conformemente alle disposizioni dell'art. 67. Il paziente ha la facoltà di chiedere la correzione di eventuali errori dei dati e delle informazioni oggettive che lo concernono. È riservato il cpv. 4 di questo articolo.

⁴ L'operatore sanitario **non è tenuto** a portare a conoscenza o a mettere a disposizione del paziente le informazioni sanitarie pervenutegli **da parte di terzi** (ad esclusione dei dati oggettivi di analisi di laboratorio, di accertamenti radiologici o altri) nonché le osservazioni personali. In caso di contestazione è dato ricorso alla Commissione di vigilanza prevista dall'articolo 24.

Ciò che va ricordato con riferimento al segreto medico è che **potenzialmente ogni** trasmissione di informazioni a persone diverse dal paziente costituisce una violazione del segreto medico. Dal profilo giuridico questa violazione diventa lecita se è, alternativamente:

- a) coperta dal **consenso** del paziente¹,
- b) **autorizzata** dal Medico cantonale quale autorità di vigilanza ai sensi dell'art. 321 CPS oppure
- c) **giustificata** da norme di legge che impongono la trasmissione dei dati².

All'interno di ogni Istituto di cura occorre inoltre distinguere tre gruppi di cartelle sanitarie:

- 1) le cartelle sanitarie di **pazienti stazionari** in classe comune, semi-privata o privata;

¹ Il consenso del paziente può essere **esplicito** (scritto o verbale), **presunto** – in caso di pazienti non capaci di discernimento – oppure **dedotto** dal comportamento del paziente. Quest'ultimo caso di **consenso implicito** è quello più frequente nella pratica.

² Quale ad esempio la Legge federale sulle malattie trasmissibili.

- 2) le cartelle sanitarie di **pazienti ambulanti o semi-stazionari** (pronto soccorso, ospedali di giorno)
- 3) le cartelle sanitarie di **pazienti ambulanti** che si recano in uno **studio medico** situato all'interno del nosocomio (esempio: primari, capiservizio, altri).

E' doveroso ricordare inoltre che con il termine di "cartella sanitaria" s'intende l'assieme della documentazione sanitaria riguardante il paziente (cartella medica, Kardex infermieristico, esami di laboratorio, lastre di radiologia, ecc.).

2 Responsabilità dell'allestimento della cartella sanitaria

La cartella sanitaria dev'essere tenuta seguendo le indicazioni generali della Legge sanitaria, riprese anche dal Codice deontologico della FMH, all'articolo 12.

Obbligo di registrare e i conservare (codice deontologico)

Art. 12

Il medico, nell'esercizio della sua professione, ha l'obbligo di prendere note sufficienti sulle costatazioni fatte e le misure adottate.

La documentazione deve essere conservata almeno per 10 anni a decorrere dall'ultima iscrizione.

Responsabile per la tenuta della cartella sanitaria è il medico ospedaliero incaricato della cura, indipendentemente dal suo ruolo gerarchico nell'Istituto (medico assistente, capoclinica, caposervizio o primario). Ogni medico attivo in un Istituto di cura, a tempo parziale come a tempo pieno, è infatti autorizzato dallo Stato all'esercizio - dipendente o indipendente - della professione. Nell'ospedale acuto il medico incaricato della cura è quasi sempre il medico assistente. Va dunque fugato il sentimento - a volte diffuso - che il primario porti la responsabilità circa gli atti di cura del paziente. Il primario ha invece il compito, di concerto con la Direzione sanitaria dell'Istituto, di definire - nel Servizio che dirige - le regole generali di compilazione e tenuta delle cartelle mediche e d'istruire i suoi subordinati sui principii del segreto medico e della tenuta della documentazione.

Qualsiasi Istituto di cura, per essere autorizzato ad esercitare sul territorio del Cantone, deve adempiere ai requisiti dell'articolo 81 della Legge sanitaria e disporre perciò di un'esplicita Direzione sanitaria, garante dei diritti dei pazienti (tra i quali figura la cartella sanitaria).

Ospedali, cliniche, case di cura, altre strutture assimilabili (legge sanitaria)

Art. 81 ¹ La concessione dell'autorizzazione d'esercizio è subordinata all'accertamento della disponibilità di una **direzione sanitaria** e amministrativa, di un numero adeguato di operatori sanitari, di strutture, servizi e attrezzature sanitarie, e di un'organizzazione interna atti a **garantire le premesse di sicurezza dei pazienti, di qualità delle prestazioni e delle cure.**

Spetta dunque alla Direzione sanitaria dell'ospedale (per gli ospedali dell'EOC è di regola assunta dal Presidente del Collegio dei primari) assicurare la corretta gestione delle cartelle sanitarie e istruire regolarmente i medici attivi nell'Istituto. La Direzione sanitaria assume poi la responsabilità della gestione di ogni singola cartella per 10 anni dopo la partenza dall'ospedale del medico responsabile della cura – assistente, capoclinica o primario.

La richiesta formulata per esempio da una signora per entrare in possesso della cartella sanitaria del proprio congiunto deceduto in Ospedale dev'essere istruita - conformemente all'articolo 20 - in prima istanza dal medico che ha curato il paziente e, in suo difetto, dal Direttore sanitario. Quest'ultimo dovrà verificare nella cartella sanitaria se la richiesta della consorte potrebbe in qualche modo ledere le volontà del defunto; se ritiene che la richiesta è fondata e che gli interessi ad accedere alla cartella da parte del parente sono superiori a quelli del paziente deceduto volti a mantenere il segreto, potrà chiedere al Medico cantonale di essere svincolato dal segreto professionale, formulando per iscritto le sue osservazioni. Essendo il paziente deceduto, il Medico cantonale è infatti l'unica istanza autorizzata a prendere la decisione relativa alla trasmissione delle informazioni.

3 Cartelle sanitarie di pazienti stazionari

Il grado di copertura assicurativa del paziente (comune, semi-privato o privato) è ininfluente ai fini della gestione della cartella sanitaria, tranne che per il paziente privato il Primario potrebbe gestire di prima persona la cura e quindi anche la cartella medica, mentre Kardex (cartella infermieristica) ed esami radiologici seguono le usuali vie.

Alla dimissione del paziente il Kardex e la cartella medica vengono unite e archiviate. Compete all'Istituto di cura - per il tramite della sua Direzione sanitaria - garantire un'archiviazione di 10 anni delle cartelle sanitarie (art. 67 cpv. 4).

Ogni richiesta di visione delle informazioni ivi contenute deve dunque passare dalla Direzione sanitaria, che ne valuta le legittimazione e le motivazioni. Se il

paziente è vivo, spetta al paziente esprimersi circa la possibilità di permettere a terzi l'accesso alla sua cartella sanitaria. Se il paziente è deceduto compete al Direttore sanitario valutare la richiesta e chiedere lo svincolo al Medico cantonale (vedi sopra). Ciò vale per chiunque, anche per medici esterni che non hanno partecipato alla cura stazionaria del paziente.

Diverso il ruolo di medici che hanno lasciato l'ospedale, ma che hanno assunto in prima persona la responsabilità della cura del paziente deceduto (non quindi medici coinvolti solo in qualità di consulenti). In questo caso il medico è già al corrente dei contenuti della cartella sanitaria e potrebbe volervi accedere per verificare il proprio operato.

Tuttavia, se un medico ha per esempio preso a carico un paziente nel servizio di neurologia, egli può comunque accedere **solo agli atti in questione**, non invece a tutta la documentazione relativa ai ricoveri in altri reparti, che hanno preceduto o seguito la cura neurologica. Spesso però l'archiviazione dell'ospedale è gestita in modo centralizzato e le cartelle sanitarie dei vari servizi sono archiviate assieme. Il medico in questione accedrebbe allora a più informazioni di quante il segreto medico permetta.

Per evitare confusione e possibili illeciti, è sempre meglio che il medico interessato ad accedere alla cartella sanitaria faccia richiesta specifica alla Direzione sanitaria, motivandone le ragioni (*"scopo di ricerca, verifica di una terapia, ecc."*). Compete al Direttore sanitario verificare la domanda e valutarne l'accoglienza, dopo avere verificato eventuali disposizioni lasciate dal paziente nella cartella sanitaria. In caso d'incertezza il Direttore sanitario chiederà il parere – se rintracciabile – al medico che aveva gestito direttamente la cura (medico assistente o altro). Il segreto medico è un'istituzione importante, tanto che la sua violazione è perseguibile penalmente. In nessun caso il Direttore sanitario potrà giustificare un comportamento "disinvolto".

Quindi nessun medico – **neppure se è oppure è stato attivo in ospedale** – deve avere il diritto di accedere automaticamente alle cartelle di pazienti dei quali non ha assunto, in prima persona, la cura.

E' anche doveroso ricordare che il segreto medico non si estingue con la morte del paziente o con la cessazione, da parte del medico, del rapporto d'impiego con l'Istituto. Il segreto medico perdura nel tempo, senza termini di prescrizione. Lo stesso ha infatti anche lo scopo di garantire un corretto funzionamento del sistema sanitario, oltre che di tutelare la sfera privata del paziente interessato.

4 Cartelle sanitarie di pazienti semi-stazionari o ambulatoriali

Le medesime considerazioni possono essere fatte per la gestione delle cartelle sanitarie di pazienti visitati nel servizio di Pronto Soccorso o in altri Servizi ambulatoriali (ospedale di giorno, ecc.).

5 Cartelle sanitarie di pazienti ambulanti che si recano in uno studio medico situato all'interno dell'Ospedale (primari, capiservizio, altri)

In questo caso le considerazioni sono diverse. Il medico che esercita ambulatoriamente all'interno di un Istituto di cura – del quale egli può anche non essere dipendente – agisce come libero professionista. Egli dev'essere necessariamente al beneficio di un'autorizzazione all'esercizio **indipendente** della professione (libero esercizio) e fattura le sue prestazioni come qualsiasi altro collega di studio medico. Le differenze sono essenzialmente legate al fatto che tra il medico e l'Istituto vi è un contratto che definisce le modalità di collaborazione e il loro costo (in genere una percentuale sul fatturato). Il medico può per esempio fatturare le sue prestazioni avvalendosi dei servizi di fatturazione dell'ospedale, può avvalersi di personale assunto dall'ospedale, può utilizzare i servizi logistici e di analisi dell'ospedale; per questi servizi corrisponde all'ospedale un importo.

Comunque sia egli agisce in propria regia e assume la sua responsabilità civile. Egli è anche responsabile per la **tenuta**, la **gestione** e la **conservazione** delle sue cartelle sanitarie, così come avviene per ogni altro studio medico. Compete al medico assicurare la gestione – per 10 anni – delle sue cartelle sanitarie. Egli può asportare tutte le proprie cartelle dall'Ospedale e depositarle in un luogo di sua scelta, purché informi i pazienti e garantisca loro l'accesso alle cartelle. Oppure può trovare un accordo logistico con la direzione dell'ospedale e depositare le sue cartelle presso gli archivi dell'ospedale. Egli ne rimane comunque il responsabile, fino alla cessione concordata dei suoi pazienti a un subentrante. In questo caso deve tempestivamente informare i pazienti dell'avvenuto cambiamento e indicare loro la possibilità di ritirare la propria cartella sanitaria, qualora non desiderassero continuare la cura presso il subentrante. Il suo accesso alle cartelle sanitarie è dunque totale fino alla cessione dello studio o fino alla morte.

6 Comunicazione a medici esterni di informazioni contenute nelle cartelle sanitarie di pazienti ambulanti o degenti presso l'ospedale

Si tratta di un capitolo particolarmente delicato, poiché la prassi oggi in vigore è decisamente più generosa di quanto diritto e giurisprudenza permetterebbero. E' comunque compito della Direzione sanitaria richiamare costantemente queste

norme all'attenzione di tutti gli operatori sanitari attici nell'istituto: medici, infermieri, segretarie mediche, amministratori.

Di principio non possono essere fornite a terzi informazioni mediche concernenti pazienti ambulatori o degenti, senza avere ottenuto il consenso del paziente. Dunque la richiesta telefonica del parente sconosciuto circa lo stato di salute del padre, fratello, zio o amico, va evasa senza dettagli, limitandosi a dare un'indicazione generale (*"sta abbastanza bene, non sta tanto bene, ecc"*). Un rifiuto totale di rispondere, senza avere prima accertato l'identità dell'interlocutore e il consenso del paziente, sarebbe legalmente ammissibile, ma si scontrerebbe contro il comune buon senso. Informazioni più precise possono però essere trasmesse a terzi solo con il consenso del paziente maggiorenne (da 16 anni). Anche sulla **forma** del consenso occorre mantenere il buon senso: spesso un **consenso orale** sarà sufficiente ed eviterà una burocratizzazione della gestione del segreto medico. E' comunque necessario **annotare il consenso in cartella**, anche con una semplice frase (*"ottenuto dal paziente il consenso per parlare con i figli della sua malattia"*).

Un'altra situazione frequente è la richiesta di documentazione (spesso il rapporto medico d'uscita) fatta da un medico esterno all'Ospedale a nome di un paziente che lo consulta o del quale ha assunto la cura ambulatoriale. Anche se la risposta migliore sarebbe quella d'invitare il paziente a ritirare il rapporto – rendendo così superfluo il consenso – nella pratica quotidiana un simile agire sarebbe inadeguato e inopportuno. In un piccolo territorio e di fronte a richieste di medici locali che si conoscono, il consenso del paziente può essere dedotto dal fatto che si sia rivolto a quel medico per continuare la cura.

Tuttavia non deve succedere che una segretaria invii automaticamente parte della cartella sanitaria a qualsiasi medico ne faccia richiesta, oppure invii meccanicamente il rapporto medico d'uscita dall'ospedale a tutti i medici figuranti nell'anamnesi (o che in passato hanno avuto in cura il paziente), senza avere prima accertato che il paziente stesso abbia espresso il suo consenso.

Come fare concretamente ? Per il primo caso la segretaria può per esempio invitare il medico esterno a fare una banale richiesta scritta, sottoscritta anche dal paziente, da inviare per fax all'ospedale (*"per favore inviarmi il rapporto d'uscita e i dati di laboratorio relativi alla degenza di agosto in medicina interna della signora Bernasconi Maria, 1929, Chiasso"* – firmato **dr XY** e signora **M. Bernasconi**"), fax poi da inserire nella cartella sanitaria ospedaliera. Quando invece la segretaria conosce bene il medico esterno e sa **effettivamente** che la paziente è in sua cura, il consenso all'invio della documentazione può essere dedotto. In ogni caso la trasmissione dei dati va iscritta nella cartella sanitaria (*"inviato A, B, C e D – su richiesta telefonica/fax - al dr XY il 15 settembre 2000"*). Per il secondo caso (invio sistematico del rapporto d'uscita), la

segretaria deve agire con grande prudenza: in assenza di un'esplicita annotazione in cartella da parte del medico ("*paziente d'accordo d'inviare copia del rapporto d'uscita alla ginecologa dr.ssa XY e all'oftalmologo dr YX*"), essa invierà il rapporto d'uscita solamente al medico che ha richiesto il ricovero (consenso implicito).

7 Conclusioni

L'importanza della protezione dei dati personali è andata aumentando costantemente nell'ultimo decennio, enfatizzando i diritti individuali del cittadino. E' dunque necessario conoscere l'evoluzione della situazione ed adeguarvisi, senza peraltro perdere il buon senso e trasformare ogni atto quotidiano in un percorso a ostacoli.

Ciò che a prima vista appare ostico si dimostra tuttavia, nella realtà dei fatti, facilmente risolvibile con un minimo di organizzazione. Bisogna però riuscire anche a superare certe barriere psicologiche legate alla visione del medico come "tutore" del paziente.

Al centro dell'attenzione c'è sempre il paziente, sofferente e forse anche bisognoso d'aiuto, ma pur sempre cittadino con diritto di autodeterminazione. Cittadino che, fino a prova del contrario, è in grado d'intendere e di volere.

Dott. I. Cassis

Medico cantonale