

Il segreto professionale, la privacy ed il consenso informato nell'attività sanitaria degli Psicologi italiani

Articolo pubblicato sul n.3 - Anno IX dell'Agosto 2004
del "Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna"

ABSTRACT

In attuazione di una specifica direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, il 31.12.1996 è stata emanata nel nostro Paese la legge 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", che si è posta a salvaguardia dei diritti dei cittadini rispetto all'uso dei dati personali, compresi quelli forniti ai Servizi Sanitari pubblici e privati ed alle organizzazioni sanitarie che li compongono.

Negli anni tra il 1997 ed il 2002, poi, la normativa italiana sulla tutela dei dati personali si è arricchita di varie disposizioni legislative ulteriori, che hanno avuto soprattutto il compito di cercare di definire e di regolamentare l'equilibrio che deve sussistere tra il dovere della Società di acquisire quel minimo di informazioni sui propri cittadini necessarie a garantire il funzionamento della Pubblica Amministrazione ed il legittimo diritto di ogni singolo cittadino a veder salvaguardata la propria "privacy".

Dal 1° Gennaio 2004 la Legge n. 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" è stata quindi sostituita dal Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che riorganizza e completa tutte le precedenti disposizioni nazionali emanate su questa materia. Il presente articolo si pone pertanto l'obiettivo di esaminare i concetti di "Privacy", di "Segreto professionale" e di "Consenso informato", nonché alcune loro dirette ricadute sull'attività professionale degli Psicologi italiani in ambito sanitario pubblico e privato, alla luce del combinato disposto del proprio Codice Deontologico - per essi in vigore dal 1998 - e del più recente e specifico "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Come viene esplicitamente affermato all'interno del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005, emanato nell'Aprile 2003 dal Ministero della Salute del nostro Paese, la necessità di garantire ai cittadini un sistema sanitario "equo" diviene ormai in Italia sempre più evidente ed urgente, anche perché in questi ultimi anni tale "equità" che dovrebbe guidare le politiche sanitarie è stata spesso sottovalutata e messa in secondo piano rispetto ad esigenze organizzative ed economiche di "efficienza" e di "budget". Si sono così venute a creare nelle organizzazioni sanitarie italiane sia pubbliche che private, come testualmente viene affermato dal Piano Sanitario stesso, molteplici "iniquità di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del Paese, alle disuniformi e lunghe liste d'attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, alla insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani".

E poiché tali problemi non sono solamente italiani, ma hanno riguardato in questi ultimi anni un po' tutta l'area cosiddetta "occidentale industrializzata", nel 1999 un gruppo di studiosi anglosassoni, il cosiddetto "Gruppo di Tavistock", ha sviluppato alcuni principi etici generali che si rivolgono a tutti coloro che hanno a che fare con la sanità e la salute: principi che, appunto non essendo settoriali bensì generali, si distinguono dai codici etici specifici elaborati dalle singole componenti del sistema (medici, psicologi, infermieri ecc.)

e che pare pertanto opportuno in questa sede elencare e descrivere almeno sommariamente.

Sulla base del lavoro di questi studiosi, pertanto, possiamo evidenziare in primo luogo i 9 principi etici fondamentali in tema di sanità pubblica e privata che attualmente appaiono maggiormente importanti ed evidenti nell'ambito internazionale occidentale, ed in particolar modo in quello europeo.

- 1) Diritti. I cittadini hanno diritto alla salute e alle azioni conseguenti per la sua tutela.
- 2) Equilibrio. La cura del singolo paziente è centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettività vanno tutelati. In altri termini non si può evitare il conflitto tra interesse dei singoli e interesse della collettività. Ad esempio, la somministrazione di antibiotici per infezioni minori può giovare al singolo paziente, ma nuoce alla collettività perché aumenta la resistenza dei batteri agli antibiotici.
- 3) Visione "olistica" del paziente, che significa prendersi cura di tutti i suoi problemi ed assicurargli continuità di assistenza (dobbiamo sforzarci continuamente di essere ad un tempo "specialisti" e "generalisti").
- 4) Collaborazione degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale è indispensabile stabilire un rapporto di partenariato: "Nulla che mi riguardi senza di me" è, secondo Maureen Bisognano (Institute of Health Care Improvement, Boston), il motto che dobbiamo attribuire ad ogni nostro paziente e che ci deve in primo luogo guidare, e che quindi maggiormente dobbiamo rispettare, in ogni nostra interazione con lui.
- 5) Miglioramento. Non è sufficiente fare bene, dobbiamo fare meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti migliorativi. Vi è ampio spazio per migliorare, giacché tutti i sistemi sanitari soffrono di "overuse, underuse, misuse" delle prestazioni (uso eccessivo, uso insufficiente, uso improprio).
- 6) Sicurezza. Il principio moderno di "Primum non nocere" significa lavorare quotidianamente per massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzarne i danni, ridurre gli errori in medicina.
- 7) Onestà, trasparenza, affidabilità, rispetto della dignità personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente.

Altri due principi che alcuni propongono di aggiungere ai 7 sopraelencati sono la responsabilizzazione di chi opera in sanità e la libera scelta da parte del paziente.

A questi nove principi qui sopra elencati e sommariamente descritti l'attuale Piano Sanitario Nazionale del nostro Paese intende quindi ispirarsi, proponendo azioni concrete e progressive per la loro attuazione dal momento che è compito dello Stato garantire ai cittadini i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione, attraverso il passaggio dalla

precedente visione basata essenzialmente sul principio della “Sanità” a quella più nuova e moderna basata invece sul principio della “Salute”, tant’è che lo stesso Ministero a ciò competente ha recentemente mutato la propria denominazione proprio in tal senso. Tale transizione dalla “Sanità” alla “Salute” è fondata, in particolare, sui seguenti principi essenziali per il Servizio Sanitario Nazionale e per tutte le strutture pubbliche e private ad esso afferenti, principi che rappresentano altresì i punti di riferimento per l'evoluzione prospettata a partire sin da ora:

- ♣ il diritto alla salute;
- ♣ l'equità all'interno del sistema;
- ♣ la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;
- ♣ la dignità ed il coinvolgimento “di tutti i cittadini”;
- ♣ la qualità delle prestazioni;
- ♣ l'integrazione socio-sanitaria;
- ♣ lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;
- ♣ la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del nostro sistema sociale, ma non ha trovato fino ad oggi una sufficiente attuazione. Nella nuova ed attuale visione, esso costituisce un obiettivo assolutamente prioritario; pertanto è indispensabile, al fine di poterlo concretamente attuare, garantire i “Livelli Essenziali di Assistenza” (L.E.A.) concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della “promozione della salute”.

Oltre al documento elaborato dagli studiosi del Gruppo di Tavistock, che si riferisce a tutti gli ambiti sanitari all'interno dei quali gli Psicologi possono operare nelle varie organizzazioni sanitarie pubbliche e private del nostro Paese e di tutta l'area cosiddetta “occidentale”, o quantomeno europea, vanno citati in questa sede anche altri importanti codici etici internazionali di più specifico interesse psicologico clinico e psichiatrico, alla cui lettura eventualmente si rimanda per eventuali approfondimenti che dovessero essere ritenuti necessari. In primo luogo vanno al riguardo citati i documenti in tema di salute mentale messi a punto da appositi gruppi di lavoro organizzati nell'ambito delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, vale a dire la “Dichiarazione sui diritti dei ritardati mentali” (1971), i “Principi per la protezione delle persone malate di mente e per il miglioramento delle cure psichiatriche” (1991) per quanto riguarda l' O.N.U. ed il documento denominato “Medicina Psichiatrica Legale: 10 principi di base” (1996) per quanto riguarda invece l'O.M.S. Per quanto riguarda invece i contributi di Organizzazioni

ed Associazioni internazionali private, vanno invece ricordate le tre “Dichiarazioni di Helsinki” (1964, 1975, 1989), le due “Dichiarazioni sull'uso e l'abuso degli psicofarmaci” (1975, 1983) e la “Dichiarazione sulle questioni etiche riguardanti i malati mentali” (1995) emanate dalla World Medical Association, nonché le tre “Dichiarazioni delle Hawaii” (1977, 1983, 1996) e la “Dichiarazione di Atene sui diritti dei malati di mente” (1989) della Associazione Mondiale degli Psichiatri (World Psychiatric Association). In ambito più strettamente Europeo, invece, vanno citati la “Raccomandazione sulla situazione dei malati di mente” (R. 818, 1977), la “Raccomandazione sulla protezione legale dei malati di mente ospedalizzati contro la loro volontà” (R.83, 1983), la “Raccomandazione sulla psichiatria ed i diritti umani” (R.1235, 1994) e la “Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (art. 7, 1996) emanati dal Consiglio d' Europa, nonché le “Good Clinical Trial Practice” emanate nel 1987 dalla Comunità Europea.

Per quanto riguarda invece più specificatamente le normative del nostro Paese, occorre innanzitutto sottolineare che la stessa Costituzione della Repubblica Italiana tutela la riservatezza come diritto fondamentale dell'uomo (indipendentemente, quindi, dalla cittadinanza italiana), vietando ogni forma di ispezione o perquisizione personale (articolo 13), proclamando l'inviolabilità del domicilio (articolo 14) e garantendo “la libertà e la segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione” (articolo 15). Eccezioni sono previste solo “per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge”.

Da parte sua l'Unione Europea, con la direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione n. 95/46/CE del 24 ottobre 1995, obbliga gli stati membri ad assicurare “la protezione delle libertà e dei diritti fondamentali delle persone fisiche, in particolare della loro vita privata, rispetto al trattamento dei dati personali”. In quanto diritti umani, queste garanzie si applicano a chiunque, per qualunque tipo di dati, e rappresentano il risultato della secolare evoluzione degli Stati Europei verso la democrazia.

In attuazione di tale specifica direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, il 31.12.1996 è stata emanata nel nostro Paese la legge 675/96 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, che si è posta, insieme a quanto previsto dalle nostre specifiche norme deontologiche e dalle nostre leggi penali già in precedenza vigenti, a salvaguardia dei diritti dei cittadini rispetto all'uso dei dati personali, compresi quelli forniti ai Servizi Sanitari pubblici e privati, alle organizzazioni sanitarie che li compongono e ad ogni singolo professionista che vi opera,

incluso chi effettua prestazioni sanitarie all'interno di singoli studi libero-professionali privati.

Negli anni tra il 1997 ed il 2002, poi, la normativa italiana sulla tutela dei dati personali si è arricchita di varie disposizioni legislative ulteriori, che hanno avuto soprattutto il compito di cercare di definire e di regolamentare l'equilibrio che deve sussistere tra il dovere della Società di acquisire quel minimo di informazioni sui propri cittadini necessarie a garantire il funzionamento della Pubblica Amministrazione ed il legittimo diritto di ogni singolo cittadino a veder salvaguardata la propria "privacy". Dal 1° Gennaio 2004 la Legge n. 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" è stata quindi sostituita dal Decreto legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che riorganizza e completa tutte le precedenti disposizioni nazionali emanate su questa materia. Secondo l'attuale normativa, i dati personali sono "proprietà" del soggetto al quale si riferiscono (che viene definito con il termine di "interessato"), e pertanto "Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano" (D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – Art. 1 "Diritto alla protezione dei dati personali").

Quindi, salvo eccezioni previste tassativamente dalla legge, i "dati personali" possono essere utilizzati, trattati e conservati solo per gli scopi, per il tempo e con i modi autorizzati dall'interessato.

L' Art. 4 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali") ci fornisce una serie di definizioni fondamentali che in questa sede mi pare assolutamente opportuno riportare.

- Interessato: la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali;
- Dati identificativi: i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato;
- 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.
- 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;
- 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.

- **Trattamento:** qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, 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;
- **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;
- **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;
- **Incaricati:** le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile.
- **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;
- **Diffusione:** il dare conoscenza di dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.
- **Dato anonimo:** il dato che in origine, o a seguito di trattamento, non può essere associato ad un interessato identificato o identificabile;
- **Blocco:** la conservazione di dati personali con sospensione temporanea di ogni altra operazione del trattamento;
- **Banca di dati:** qualsiasi complesso organizzato di dati personali, ripartito in una o più unità dislocate in uno o più siti;
- **Garante per la tutela delle riservatezza dei dati personali:** l' Autorità istituita dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675 , di cui si specificano compiti e funzioni negli artt. 153 e seguenti del D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 definisce quindi cinque capisaldi per il trattamento dei dati personali. Secondo quanto da esso esplicitamente stabilito, i dati devono:

- essere raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi ed utilizzati solo compatibilmente con tali scopi;
- essere esatti ed aggiornati;
- essere pertinenti, completi, e non eccedenti rispetto al fine per cui sono stati conferiti;
- essere conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un tempo non superiore agli scopi per cui sono stati raccolti o trattati;
- essere trattati lecitamente e correttamente.

Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 individua inoltre con precisione i soggetti a cui competono diritti e doveri rispetto al trattamento dei dati personali:

- L'interessato: è la persona a cui si riferiscono i dati personali;
- Il titolare: è la persona fisica o giuridica su cui ricadono gli obblighi e le responsabilità, anche penali, dell'attuazione della normativa;
- Il responsabile: è la persona che gestisce il controllo e l'organizzazione delle procedure nei rapporti con l'interessato (nel caso di servizi con competenze cliniche, dato il sovrapporsi delle norme sul segreto professionale, il responsabile è il medico direttore della struttura o chi ne fa le veci);
- L'incaricato (o gli incaricati): è colui che materialmente rileva, tratta o accede ai dati seguendo le istruzioni del responsabile;
- Il Garante per la tutela delle riservatezza dei dati personali: è l'autorità indipendente a cui la legge attribuisce compiti di intervento e vigilanza sull'operato dei soggetti pubblici e privati relativamente ai dati personali ed al loro trattamento.

Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 è quindi ispirato alla semplificazione delle procedure in materia di protezione dei dati personali, all'introduzione di nuove garanzie per i cittadini ed alla razionalizzazione delle norme esistenti.

Il provvedimento, sulla base dell'esperienza di 6 anni, riunisce in unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni, e contiene anche importanti innovazioni tenendo conto delle indicazioni del Garante e della Direttiva dell'Unione Europea n. 2000/58 sulla riservatezza nelle comunicazioni elettroniche.

Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 è diviso in tre parti:

- la prima dedicata alle disposizioni generali, riordinate in modo tale da trattare tutti gli adempimenti e le regole del trattamento con riferimento ai settori pubblico e privato;
- la seconda è la parte speciale dedicata a specifici settori: questa sezione, oltre a disciplinare aspetti in parte inediti (informazione giuridica, notificazioni di atti giudiziari, dati

sui comportamenti debitori), completa anche la disciplina attesa da tempo per il settore degli organismi sanitari e quella dei controlli sui lavoratori;

- la terza affronta la materia delle tutele amministrative e giurisdizionali con il consolidamento delle sanzioni amministrative e penali e con le disposizioni relative all'Ufficio del Garante. Il Codice, che rappresenta il primo tentativo al mondo di conformare le innumerevoli disposizioni relative anche in via indiretta alla privacy, è entrato in vigore quasi integralmente il 1° Gennaio 2004.

Vediamo perciò ora, in sintesi, alcuni dei punti rilevanti del testo, che in molte parti recepisce e codifica le numerose pronunce emanate e i pareri forniti in questi anni dal Garante.

- ♣ **Notificazione.** Una delle principali semplificazioni introdotte dal D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 riguarda l'adempimento della notificazione al Garante, ovvero dell'atto con cui l'impresa, il professionista o la pubblica amministrazione segnala all'Autorità i trattamenti di dati che si intendono effettuare. Mentre con l'originale impianto della legge 675/1996, e le successive modificazioni, dovevano notificare tutti i soggetti non esplicitamente esentati, nel testo unico si rovescia l'impostazione e si indicano solo i pochi casi nei quali la notifica va effettuata. La notifica dovrà essere effettuata solo in particolari casi di trattamento di dati sensibili (specie se sanitari) con determinate modalità d'uso, ma anche per trattamenti particolarmente a rischio, effettuati con strumenti elettronici, nel campo della profilazione dei consumatori, oppure in relazione a procedure di selezione del personale e ricerche di marketing, nonché in ipotesi di utilizzo di informazioni commerciali e relative alla solvibilità. Non solo diminuiscono le ipotesi di notifica obbligatoria, ma vengono snellite anche le modalità della stessa: solo per via telematica, seguendo le indicazioni del Garante quanto all'utilizzo della firma digitale.

- ♣ **Consenso.** Il nuovo Codice della privacy sviluppa il principio del bilanciamento degli interessi con uno snellimento degli adempimenti a carico delle aziende. L'area del consenso viene sostanzialmente confermata per ipotesi già esistenti (artt. 11, 12 e 20 della legge 675/1996), con la previsione di alcune altre ipotesi di esonero con riferimento a settori specifici (tra le altre, quelle di utilizzo per perseguire un legittimo interesse del titolare con particolare riferimento all'attività dei gruppi bancari e per i trattamenti effettuati da associazioni no profit con riferimento a soci e aderenti).

- ♣ **Informativa.** Rimane fermo l'adempimento dell'informativa agli interessati preventiva al trattamento dei dati. Il Garante può, comunque, individuare modalità semplificate in particolare per i servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico (call center).

- ♣ **Sanità.** In ambito sanitario si semplifica l'informativa da rilasciare ai pazienti e si

consente di manifestare il consenso al trattamento dei dati con un'unica dichiarazione resa al medico di famiglia o all'organismo sanitario (il consenso vale anche per la pluralità di trattamenti a fini di salute erogati da distinti reparti e unità dello stesso organismo, nonché da più strutture ospedaliere e territoriali). E' comunque necessario che le informazioni essenziali vengano date per iscritto, con linguaggio chiaro e che siano complete ed esaustive. Non è pertanto accettabile che l'informativa sia redatta come una semplice liberatoria formale, poiché il consenso dell'interessato al trattamento deve essere libero ed informato. Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 prevede quindi che le strutture sanitarie pubbliche adottino le misure adeguate per facilitare l'esercizio dei diritti dell'interessato. Per il settore sanitario vengono inoltre codificate misure per il rispetto dei diritti del paziente: distanze di cortesia, niente appelli nominativi dei pazienti in sala di attesa, certezze e cautele nelle informazioni telefoniche e nelle informazioni sui malati ricoverati, estensione delle esigenze di riservatezza anche agli operatori sanitari non tenuti al segreto professionale.

♣ Il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003 prevede infine una serie di sanzioni amministrative, civili o penali per chi ne viola le disposizioni: ad esempio, l'articolo 161 di questo Codice punisce con sanzioni amministrative che vanno dai tremila ai novantamila euro l'omessa o inidonea informativa all'interessato; l'articolo 163 punisce con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da diecimila euro a sessantamila euro l'omessa o incompleta notificazione al Garante ai sensi dei propri articoli 37 e 38; l'articolo 167 punisce con la reclusione da sei mesi a tre anni chi procede ad illecito trattamento di dati personali in violazione di quanto disposto dagli articoli 17, 20, 21, 22, commi 8 e 11, 25, 26, 27 e 45 di questo D.Lgs.; varie altre sanzioni amministrative o penali sono inoltre previste, sempre nel Titolo III, per più specifiche violazioni di singole norme di questo Codice.

Da tutte queste norme deriva altresì il risarcimento ai sensi dell'articolo 2050 del Codice Civile a chiunque cagioni danni a terzi nel trattamento dei dati personali.

In sintesi, quindi, il D.Lgs. n. 196 del 30-6-2003, che unifica ed aggiorna la disciplina sorta nel nostro Paese con la Legge 675/1996 e quindi sviluppatasi con le modifiche ed integrazioni di quest'ultima (tra le quali vanno citate almeno il Decreto del Presidente della Repubblica n. 318 del 28 luglio 1999 pubblicato sulla G.U. Serie Generale del 14 settembre 1999, n. 216 e la Legge 325 del 3 novembre 2000 pubblicata sulla G. U. n. 262 del 9 novembre 2000) costituisce ormai un complesso di norme che ogni titolare di studio professionale o di altra struttura lavorativa è chiamato a conoscere e ad osservare, e per la violazione delle quali sono previste pesanti sanzioni.

Peraltro, rispetto a tali norme occorre non solo, da parte di ogni singolo Psicologo, osservare un rispetto di tipo effettivo e sostanziale, ma anche, soprattutto in caso di esposti, ispezioni o altre vicende a carattere amministrativo, disciplinare o penale, essere in grado di dimostrare una regolarità di tipo formale della propria organizzazione lavorativa in tema di rispetto della privacy dei propri pazienti e di quanto previsto al riguardo dal complesso di norme sopra più volte citato.

Dal punto di vista sostanziale, innanzitutto, occorre al riguardo ricordare ciò che affermano su questo problema gli articoli 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17 del nostro Codice Deontologico. Un commento specifico ai primi quattro di essi appare in questa sede non strettamente necessario, considerando la loro estrema chiarezza e comprensibilità, e mi limiterò pertanto a riportarne ora il loro testo integrale.

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale.

Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto.

Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Articolo 14

Lo psicologo, nel caso di intervento su o attraverso gruppi, è tenuto ad informare, nella fase iniziale, circa le regole che governano tale intervento.

È tenuto altresì ad impegnare, quando necessario, i componenti del gruppo al rispetto del diritto di ciascuno alla riservatezza.

Un sottolineatura particolare, in questa sede, merita invece quanto indicato dall'art. 15 del C.D., in quanto esso appare fondamentale sia per gli Psicologi che abitualmente operano all'interno di Èquipes monoprofessionali o multidisciplinari sia ai singoli Psicologi liberi professionisti che, comunque, incontrano frequentemente anch'essi la necessità di interagire, relativamente a singoli casi specifici, con altri professionisti od operatori appartenenti ai più svariati profili ed aree disciplinari (ad esempio il medico di medicina generale, lo psichiatra, il pediatra, il dietologo ed anche altre figure non di carattere medico, come ad esempio il giudice, l'avvocato, l'insegnante, l'assistente sociale, l'educatore professionale ecc.).

Articolo 15

Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione.

Il Codice Deontologico, in quest'ultimo articolo, lascia al singolo Psicologo la più completa autonomia nella specifica valutazione di quali siano, di volta in volta e caso per caso, "le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione" che è opportuno condividere con gli altri operatori, siano essi o meno Psicologi, che si occupano del medesimo caso. Mi sembra tuttavia importante sottolineare, al riguardo, che un criterio deontologico di carattere generale sicuramente assai utile per discriminare concretamente quali siano o meno le informazioni che lo Psicologo può di volta in volta portare a conoscenza degli altri operatori relativamente al singolo caso sia la rispondenza o meno, di tale azione di condivisione, al principio maggiormente fondamentale ed inderogabile di tutto il Codice Deontologico stesso, vale a dire quello sancito in primo luogo dal primo comma del suo articolo 3 e più volte ripreso all'interno di vari articoli successivi tra i quali appunto gli artt. 12 e 13 sopra integralmente riportati: il principio, cioè, della "tutela" e della salvaguardia del benessere psicologico e psicofisico del soggetto stesso.

Ulteriori indicazioni sicuramente utili ad ogni Psicologo per il sostanziale rispetto delle norme attualmente vigenti nel nostro Paese in tema di rispetto della privacy e del segreto professionale sono contenute negli articoli 16 e 17 del C.D., alla cui lettura eventualmente si rimanda. Giova comunque, a questo punto, ripetere un'esplicita definizione sia del termine di "segreto professionale" che del concetto di "privacy", anche al fine di evidenziarne la non completa sovrapposibilità e le specifiche attinenze.

♣ Segreto professionale: Il segreto professionale viene sancito dal Codice Penale e dai Codici Deontologici, ed attiene al diritto/dovere del singolo professionista di non rivelare a terzi fatti, informazioni o dati appresi da un determinato soggetto in ragione del

rapporto professionale instaurato con lo stesso, a meno che non sussista una “giusta causa (da Leardini, E.: Il segreto professionale nell’attività dello psicologo psicoterapeuta – Riferimenti normativi e deontologici, in “Newsletter dell’Ordine degli Psicologi della Lombardia”, n.3, Luglio 2003”.)

♣ Privacy: diritto di ogni persona alla riservatezza dei propri dati sia personali sia “sensibili” come essi sono definiti dalla Legge 675/1996 e dalle sue successive modifiche ed integrazioni.

Come evidenzia al riguardo Gualandi (2002), pertanto, in base all’art. 11 della Legge n. 675/96 il trattamento dei dati personali di tipo generico (quali ad esempio – data e luogo di nascita – residenza, domicilio o recapito – professione – codice fiscale e/o partita I.V.A. – nazionalità – numero di telefono o di fax o indirizzo di posta elettronica).da parte di soggetti privati è ammesso solo con il consenso espresso dell’interessato (e cioè del “cliente-utente”). Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente, in forma specifica e documentata per iscritto, e se sono state date all’interessato (cliente-committente) – per iscritto ovvero verbalmente – le seguenti informazioni (art. 10 della Legge):

♣ sulle finalità (per l’espletamento dell’incarico professionale) e modalità del trattamento cui sono destinati i “dati personali”;

♣ sulla necessità del conferimento di tutti quei dati che sono indispensabili per l’assolvimento dell’incarico professionale;

♣ circa l’ambito professionale di comunicazione o diffusione dei dati stessi;

♣ sui diritti dell’interessato (cliente-utente) circa il trattamento dei suoi dati personali: diritti elencati nell’art. 13 della legge;

♣ il nome e l’indirizzo del “responsabile” – ove sia una persona diversa dal libero professionista quale “titolare” dei dati – del trattamento dei dati.

Il principio del “ consenso informato” viene peraltro esplicitamente ribadito anche da numerosi articoli del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, in primo luogo in relazione alle attività di ricerca e, quindi, con specifico riferimento all’attività clinica. Gli articoli al riguardo più significativi sono, in particolare, l’art.9, l’art.12, l’art.24, l’art. 31, l’art.32 e l’art. 39. del Codice Deontologico suddetto, che si riportano pertanto integralmente.

Articolo 9

Nella sua attività di ricerca lo psicologo è tenuto ad informare adeguatamente i soggetti in essa coinvolti al fine di ottenerne il previo consenso informato, anche relativamente al

nome, allo status scientifico e professionale del ricercatore ed alla sua eventuale istituzione di appartenenza. Egli deve altresì garantire a tali soggetti la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso.

Nell'ipotesi in cui la natura della ricerca non consenta di informare preventivamente e correttamente i soggetti su taluni aspetti della ricerca stessa, lo psicologo ha l'obbligo di fornire comunque, alla fine della prova ovvero della raccolta dei dati, le informazioni dovute e di ottenere l'autorizzazione all'uso dei dati raccolti. Per quanto concerne i soggetti che, per età o per altri motivi, non sono in grado di esprimere validamente il loro consenso, questo deve essere dato da chi ne ha la potestà genitoriale o la tutela, e, altresì, dai soggetti stessi, ove siano in grado di comprendere la natura della collaborazione richiesta.

Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto dei soggetti alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale.

Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 24

Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza.

Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato.

Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà esserne indicata, ove possibile, la prevedibile durata.

Articolo 31

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdetto sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale.

Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.

Articolo 32

Quando lo psicologo acconsente a fornire una prestazione professionale su richiesta di un committente diverso dal destinatario della prestazione stessa, è tenuto a chiarire con le parti in causa la natura e le finalità dell'intervento.

Articolo 39

Lo psicologo presenta in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. Riconosce quale suo dovere quello di aiutare il pubblico e gli utenti a sviluppare in modo libero e consapevole giudizi, opinioni e scelte.

Strettamente collegata al tema del consenso informato, vi è la poi questione del diritto del paziente alla scelta del trattamento. Esso viene esplicitato, in modo estremamente chiaro, nel testo dell'art. 18 del vigente C.D. degli Psicologi del nostro Paese, e quindi successivamente ripreso ed specificato nei successivi articoli 27, 29 e 37.

Articolo 18

In ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, di professionista cui rivolgersi.

Articolo 27

Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Articolo 29

Lo psicologo può subordinare il proprio intervento alla condizione che il paziente si serva di determinati presidi, istituti o luoghi di cura soltanto per fondati motivi di natura scientifico-professionale.

Articolo 37

Lo psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze.

Qualora l'interesse del committente e/o del destinatario della prestazione richieda il ricorso ad altre specifiche competenze, lo psicologo propone la consulenza ovvero l'invio ad altro collega o ad altro professionista.

Appare infine evidente che, insieme a quella del consenso informato e della libera scelta del paziente, gran parte delle questioni etiche e deontologiche riguardanti l'attività dello Psicologo in ambito sanitario si trovano di fatto allocate nel vasto capitolo delle cosiddette "prese a carico" ed in particolare in quello degli interventi di "sostegno psicologico" e delle "psicoterapie". Tali questioni vengono, in particolare, affrontate quindi dal Codice Deontologico vigente in quasi tutti i suoi "Capitoli" (eccezion fatta, probabilmente, solo per l'ultimo, il Capo V relativo alle sue "Norme di attuazione"), ma in particolare assumono un'evidenza estremamente chiara negli artt. 22, 23, 25, 26, 28 e 30 (tutti ricompresi nel "Capo II – Rapporti con l'utenza e la committenza") qui di seguito integralmente riportati.

Articolo 22

Lo psicologo adotta condotte non lesive per le persone di cui si occupa professionalmente, e non utilizza il proprio ruolo ed i propri strumenti professionali per assicurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.

Articolo 23

Lo psicologo pattuisce nella fase iniziale del rapporto quanto attiene al compenso professionale.

In ambito clinico tale compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale; in tutti gli ambiti lo psicologo è tenuto al rispetto delle tariffe ordinistiche, minime e massime.

Articolo 25

Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone.

Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio.

Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti.

Articolo 26

Lo psicologo si astiene dall'intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l'efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose alle persone cui sono rivolte.

Lo psicologo evita, inoltre, di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia.

Articolo 28

Lo psicologo evita commistioni tra il ruolo professionale e vita privata che possano interferire con l'attività professionale o comunque arrecare nocimento all'immagine sociale della professione.

Costituisce grave violazione deontologica effettuare interventi diagnostici, di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolti a persone con le quali ha intrattenuto o intrattiene relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale. Parimenti costituisce grave violazione deontologica instaurare le suddette relazioni nel corso del rapporto professionale.

Allo psicologo è vietata qualsiasi attività che, in ragione del rapporto professionale, possa produrre per lui indebiti vantaggi diretti o indiretti di carattere patrimoniale o non patrimoniale, ad esclusione del compenso pattuito.

Lo psicologo non sfrutta la posizione professionale che assume nei confronti di colleghi in supervisione e di tirocinanti, per fini estranei al rapporto professionale.

Articolo 30

Nell'esercizio della sua professione allo psicologo è vietata qualsiasi forma di compenso che non costituisca il corrispettivo di prestazioni professionali.

Il rapporto tra etica e psicoterapia, in tutto questo gruppo di articoli, appare essere affrontato secondo vari aspetti, ma sicuramente, come afferma al riguardo Mordini (1997), uno dei suoi nodi principali (insieme alle questioni del "consenso informato" e della "libera scelta da parte del paziente" che ho precedentemente sviluppato) riguarda sicuramente "i problemi sollevati da una forma di malpractice particolarmente subdola in psicoterapia, cioè lo sfruttamento del paziente". Scrive infatti al riguardo questo Autore: "Si parla di sfruttamento del paziente ogni qual volta che lo psicoterapeuta approfitta della propria peculiare posizione per trarne un beneficio non previsto dal contratto terapeutico. Questo sfruttamento, che provochi o non provochi un danno al paziente, rappresenta sempre comunque una rottura dell'alleanza terapeutica (che viene a volte sostituita da forme di reciproca connivenza) ed è quindi contrario all'ethos medico". Tra i vari tipi di sfruttamento del paziente che lo Psicoterapeuta può mettere in atto, Mordini distingue, in particolare, tra sfruttamento "sessuale", "emozionale" ed "economico".

Prosegue pertanto al riguardo questo Autore, analizzando ad uno ad uno questi tre tipi di "sfruttamento" possibili:

“Il tema dello sfruttamento sessuale coincide con quello della liceità o meno di rapporti sessuali tra psicoterapeuta e paziente. Ci sono due posizioni: la prima sostiene che sempre e comunque il sesso esplicito tra psicoterapeuta e paziente dovrebbe essere vietato perché contrario all'ethos medico (Schulz-Ross RA et al., 1992); la seconda posizione sostiene che esso dovrebbe essere vietato perché potrebbe danneggiare il paziente”. Gutheil (1994) ha, comunque, proposto 4 ragioni per condannare eticamente il rapporto sessuale tra psicoterapeuta e paziente:

- infrange la relazione fiduciaria tra i due;
- si sviluppa in una situazione di potere fortemente asimmetrica;
- non tiene conto della vulnerabilità psicologica del paziente;
- vi è un'eccessiva rilevanza di fenomeni intrinseci al processo terapeutico.

Scrive inoltre Mordini rispetto al problema del cosiddetto “sfruttamento emozionale”:

“Si parla di sfruttamento emozionale tutte le volte che uno psicoterapeuta utilizza il proprio paziente per ricavarne un illecito tornaconto emozionale. Naturalmente non è facile dire quali situazioni costituiscano un reale sfruttamento emozionale e quali facciano parte del piacere che lecitamente (e necessariamente) un terapeuta deve trarre dal lavoro svolto positivamente con il proprio paziente Molto raramente lo sfruttamento emozionale del paziente avviene con cosciente intenzionalità da parte del terapeuta. Più spesso è frutto di imperizia, di cattiva formazione personale, di mancanza di un sistema efficace di supervisione o, comunque, di altro controllo periodico. Vale qui a pena di accennare che, molto più che in altre professioni mediche, in psicoterapia assumono importanza (sino a costituire un obbligo deontologico) procedure di supervisione (Gindro S, 1993b)”

Conclude infine Mordini riguardo al terzo tipo di “sfruttamento” sempre possibile del paziente da parte dello psicoterapeuta, vale a dire lo sfruttamento “economico”:

“Una delle preoccupazioni più comuni è che il paziente possa essere sfruttato economicamente o a causa di tariffe troppo elevate o per il prolungarsi inutile della cura. Una nuova preoccupazione è stata recente sollevata da Book (Book H, 1991) sul possibile effetto di pressione da parte di terzi. L'esperienza dell'autore nasce dalle assicurazioni private americane ma la sua descrizione è sempre di più applicabile ai sistemi sanitari riformati europei, dove i manager della sanità premono per riportare in efficienza e al lavoro i pazienti, fuori dai programmi assistenziali. Quando lo psicoterapeuta deve risolvere il compito nei tempi assegnati e nei costi assegnati, come è previsto ad esempio dal sistema DRG, è probabilmente meno capace di entrare in contatto con il paziente”.

Come ancora una volta si vede, quindi, tra tutte le Aree ed i settori applicativi della Psicologia quelli che appaiono sicuramente tra i più ampi e complessi relativamente alle

problematiche deontologiche che più frequentemente e profondamente li attraversano sono proprio quelli relativi alle attività di Psicologia clinica, ed in particolare di Psicoterapia, che gli Psicologi quotidianamente svolgono nelle organizzazioni sanitarie pubbliche e private e negli studi libero-professionali. In questo lavoro abbiamo continuato a cercare di affrontare alcune di queste problematiche in modo ancor più approfondito di quanto la semplice lettura del C.D. non consenta, pur cercando comunque sempre di riportare integralmente il testo degli articoli in cui esse vengono in qualche modo evidenziate. La varietà di situazioni che concretamente si presentano agli Psicologi che operano in tali Aree, tuttavia, va ovviamente molto al di là di quanto non si è potuto affrontare in questa sede, e richiede pertanto, come giustamente evidenzia Renato Di Giovanni (2000), “la necessità, una volta riusciti a darsi un codice deontologico, di tornare alla riflessione etica sulla professione e, più in generale, al modo di legare etica, epistemologia e deontologia”.

Bibliografia

- Ambrosiano, L. (1985) - La presa in carico, in "Tossicodipendenze: contributi per un intervento terapeutico riabilitativo", "Notizie Sanità", Regione Lombardia, 7, 1985.
- American Association of Suicidology (1996) - Report of the Committee on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26 (Suppl.), 1-19, 1996
- Arieti, S. a cura di (1966) - *Manuale di Psichiatria*, Torino, Boringhieri, 1970
- Baraldi, F., Demange, J.P., Jamieson, A., Mengde, J., Morel, A., Pastor, F.P., Prandi, F., Ratini, N., Silbermayr, E., Stocco, P., Thèvoz, G., Covri, C., Nizzoli, U. (2001) – Etica e deontologia degli operatori delle tossicodipendenze, “Personalità/Dipendenze”, vol.8 - Fascicolo II, Settembre 2002, Modena, Mucchi Editore
- Baraldi, F., Demange, J.P., Jamieson, A., Mengde, J., Morel, A., Pastor, F.P., Prandi, F., Ratini, N., Silbermayr, E., Stocco, P., Thèvoz, G., Covri, C., Nizzoli, U. (2001) – Linee guida per il comportamento deontologicamente fondato dei professionisti delle tossicodipendenze, “Personalità/Dipendenze”, vol.8 - Fascicolo II, Settembre 2002, Modena, Mucchi Editore
- Boldrini, F. (2001) – La comunicazione medico-paziente nel caso di diagnosi di neoplasia, *Bollettino d’informazione dell’Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna*, n.10, Giugno 2001
- Borsellino, P. (1999) – Bioetica tra autonomia e diritto, Zadig, Milano, 1999
- Calvi, E. e Gulotta, G. (1999) - Il codice deontologico degli psicologi italiani commentato articolo per articolo, Milano, Giuffrè, 1999
- Calvi, E. (2000) - Etica e deontologia per lo psicologo e lo psico-terapeuta, in C. Parmentola, *Il soggetto psicologo e l’oggetto della psicologia nel codice deontologico degli psicologi italiani*, Milano, Giuffrè, 2000
- Calvi, E., a cura di (2002) – *Lo Psicologo al lavoro – Contesto professionale, casi e dilemmi, deontologia*, Milano, Franco Angeli, 2002
- Cariani, D., Issopi, F., Mascolo, P., Mora, F., Pansini, A., Pirri, P. e Tulli, F. (2001) - “Linee guida di deontologia professionale nei percorsi di selezione e valutazione del personale, in *Notiziario dell’Ordine degli Psicologi del Lazio* n.3 del 2001, Roma, pagg. 16 – 27 (documento approvato dal Consiglio Regionale dell’Ordine degli Psicologi del Lazio in data 19 Luglio 2001)
- Carli, R. (1987) - *Psicologia clinica*, Utet, Torino, 1987
- Carli, R., Paniccia, R. M., Lancia, F. (1988) - *Il gruppo in psicologia clinica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988
- Ciofi, R., Molignoni, S. e Tosi, M. (2002) – *Manuale di diritto per Psicologi e operatori di area socio-psico-pedagogica*, Milano, Ulrico Hoepli Editore, 2002
- Denes, G. e Pizzamiglio, L. (a cura di) (1995) - *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e Patologia dei Processi Cognitivi*, Bologna, Zanichelli, 1995
- Desiderio, M. T. (2000) - Etica e promozione della salute, in Parmentola, C. (2000) - *Il soggetto psicologo e l’oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani*, Milano, Giuffrè, 2000

- Di Giovanni, R. (2000) - I rapporti con l'utenza e la committenza: Etica, Deontologia ed Epistemologia, in Parmentola, C. (2000) - "Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani", cit.
- Dudine, L. (1999) - Come opera lo Psicologo del lavoro e delle organizzazioni nella selezione, in : www.psiconline.it Fasoli, M., Rossi Romano, D., Predolini, E. (2002) – Quando parlo con il mio medico con quanti parlo?, in www.sdrogabrescia.it , 2002
- E.F.P.A., Comitato Permanente Deontologia (2001) - Lo psicologo europeo nel lavoro forense come testimone esperto. Raccomandazioni per una pratica etica, in "La professione di Psicologo" n. 3/02, Aprile 2002.
- Fennel, P. – Legal and ethical issues in mental health care of elderly patients, in The Organisation Of Care For Elderly People With Mental Health Problems, pagg. 527-546
- Festini Cucco, W., Nosengo, C., Saviane Kaneklin, L. (a cura di) (1987) - Psiche e istituzioni., Franco Angeli, Milano, 1987
- Forza, A. (2000) - Opponibilità del segreto professionale all'autorità giudiziaria in relazione a circostanze conosciute dallo psicologo nell'ambito del proprio esercizio professionale, sulla Newsletter n° 3 (Ottobre - Dicembre 2000) dell' A.I.P.G. - Associazione Italiana di Psicologia Giuridica e reperibile sul sito web della medesima Associazione all'indirizzo web <http://www.aipgitalia.org/antonioforza.htm>
- Frati, F. (2001) - Il comportamento dello Psicologo nei casi di presunto abuso sessuale nei confronti di minori, sul n.9 di Gennaio 2001 del "Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna", sul n. 3 di Aprile 2002 del Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi "La Professione di Psicologo" e sul n. 3 di Maggio 2002 di "AUPI Notizie"
- Frati, F. (2002) - La deontologia come parametro di qualità nell'esercizio della professione di psicologo", sul n. 3 – Anno VII – Giugno 2002 del "Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna"
- Frith, C. D. (1995) - Neuropsicologia Cognitiva della Schizofrenia, Milano, Raffaello Cortina Ed., 1995
- Gius, E. e Zamperini, A. (1995) – Etica e psicologia, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995
- Gius, E., Coin R. (1999) - I dilemmi dello psicoterapeuta: il soggetto tra norme e valori - Milano, Cortina, 1999
- Guerini, U. (2001) – Prime osservazioni sulla legge n. 63/2001 di attuazione dell'art. 111 della Costituzione, relazione presentata alla Giornata di studio promossa dalla Camera penale di Bologna in data 16 Marzo 2001
- Gualandi, F. (2002) – Misure minime di sicurezza sulla privacy per titolari di studio o di altre strutture lavorative, Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002
- ISTAT - "Italia in cifre 2001 - Una selezione di dati aggiornati sulla vita economica, sociale e culturale del Paese", reperibile all'indirizzo Web <http://www.istat.it/Anumital/italia2001/index.html>
- Lattanzi-Licht, M., & Connor, S. - Care of the Dying: The Hospice Approach. In H. Wass and R.A. Neimeyer (Eds.), Dying: Facing the Facts. Washington, D.C.: Taylor and Francis, 1995
- Leardini, E. (2003) - Il segreto professionale nell'attività dello psicologo psicoterapeuta – Riferimenti normativi e deontologici, in "Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia", n.3, Luglio 2003.
- Madonna, G. (1997) – Il primato dell'etica, Salerno, P. Laveglia Editore, 1997
- Marcelli, D., Braconnier, A. (1989) - Psicopatologia dell'Adolescente, Milano, Masson, 1989
- Masterson, J. (1972) - Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach, New York, Wiley-Interscience, 1972
- Masterson, J. (1981) - The Narcissistic and Borderline Disorders, New York, Brunner/Mazel, 1981
- Mccarthy, R.A. e Warrington, E.K. (1992) - Neuropsicologia Cognitiva. Un'introduzione Clinica, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1992
- Mc Luhan, M. (1967) - *Understanding Media*, McGraw Hill, New York, trad. it. Gli strumenti del comunicare. Mass media e società moderna, Il Saggiatore, Milano, 1967
- Mc Luhan M. (1976) - La galassia Gutemberg. Nascita dell'uomo tipografico, Roma, Armando Editore, 1976
- Mc Luhan M. (1998) - Media e nuova educazione. Il metodo della domanda nel villaggio globale, Roma, Armando, 1998
- Mc Luhan M. (1998) – La cultura come business. Il mezzo è il messaggio, Roma, Armando, 1998
- Miller, F. G., & Meier, D. E. - Voluntary death: A comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 128, 559-562, 1998
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Aprile 2003
- Mordini, E. (1997) – Psichiatria, Deontologia ed Etica Medica , in Lo Psichiatra Italiano, Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche, Milano: 1997
- Mordini, E. (1999) – Etica e psicoanalisi , in www.psychomedia.it/pm/human/etica, 1999

- Mori, M. – Living will o Carta dell'Autodeterminazione: spunti di riflessione etica sulla validità di tale documento nella malattia di Alzheimer, in "Bioetica", pagg. 54-56
- Nizzoli, U. (1999) - Lo spazio di aiuto tra cliente/paziente e terapeuta: la relazione terapeutica con il tossicomane, Quaderni di Veronica, Regione Emilia-Romagna, a. 8,n.1, nov.99, pagg. 21-23;
- Nizzoli, U. (2000) - Nouvelles drogues, nouvelles pratiques pour les jeunes: recherche action de prévention et recherche intervention, (con Catellani C.), Cahier T3E n. 6, col supporto dell'Unione Europea (2 lingue: francese, inglese), pagg. 57—73 (lato A) e pagg. 57-72 (lato B), 2000
- Nizzoli, U. (2000) - La cura delle tossicodipendenze, Percorsi di lavoro, Regione Emilia-Romagna, pagg. 36-44, 2000;
- Nizzoli, U. (2000) - Prevenzione, assessment, trattamento dei disturbi del comportamento alimentare presso il Sistema DCA dell'Azienda sanitaria di Reggio Emilia, (con Covri C. et A.), Personalità/Dipendenze v.6, f.II, pagg.77-98;
- Nizzoli, U. (2001) - New european instruments for treatment outcome research. Reability of the Maudsley Addiction Profile an Treatment Perceptions. Questionnaires in Italy, Spain and Portugal, (con Marsden J. Torres M. Corbelli C. Margaron H. Prado de Castro I. Stewart D. Gossop M.), in European Addiction Research, 2000, 6;3, pp 115-122, 2001
- Nizzoli, U. (2001) - Dipendenze patologiche e salute mentale. Un approccio integrato tra bisogni clinici ed organizzativi, in Salute e prevenzione. La Rassegna delle tossicodipendenze, n. 28.01, F. Angeli ed. pp75-90, 2001.
- Nizzoli, U. (2001) - Lotta all'esclusione: il coraggio di prendere in carico, (con Colli C.), in P/D v.7 f. I pp 99-100, 2001.
- Nizzoli, U. (2001) - La cura delle persone con Aids, (a cura di, con Bosi R.) Erickson, 2001
- Nizzoli, U. (2002) - Formazione permanente degli Operatori delle tossicodipendenze. Linee-guida (con Alexia I., Margaron H., Silbermayer E. Spinhirny D., Torres M.A., Covri C.); in P/D v 8 f II°, pp. 199-212, 2002
- Nizzoli, U. (2002) - Etica e deontologia degli Operatori delle Tossicodipendenze; dal contratto con la Commissione Europea ed ERIT (con Baraldi F., Demange J.P., Jamieson A., Mengde J. Morel A., Pastor P., Prandi F., Ratini N., Silbermayer E., Stocco P., Thévoz G., Covri C.); in idem c.s., pp. 213-224; 2002
- Omnibus Budget Reconciliation Act. - Public Law No. 101-508, §§ 4206, 4751 (codified in 42 U.S.C., 1395cc(f) [Medicare] and 1396a(w) [Medicaid]), 1990
- Pandolfi, A. M. (1987) - Gli interventi in Psicologia clinica in funzione dei bisogni dell' utente, in Festini Cucco W., Nosengo C. , Saviane Kaneklin, L., (a cura di), cit., pp. 24-35
- Parmentola, C. (2000) - Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia nel Codice Deontologico degli psicologi italiani, Milano, Giuffrè, 2000
- Ponti, G. L. (1973) - Compendio di criminologia, Milano, Cortina, 1973
- Recrosio, L. (2001) - "Aspetti deontologici dell'intervento dello Psicologo in Psicologia giuridica", relazione presentata al Convegno "Psicologia e Giustizia: ruoli, funzioni, competenze dello Psicologo in campo giudiziario e penitenziario" organizzato dall'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia a Trieste il 17 febbraio 2001, reperibile sul sito web del medesimo Ordine all'indirizzo web www.psicologi.fvg.it
- Santosuosso, A. – Libertà di cura e libertà di terapia, Il Pensiero Scientifico editore, Roma, 1998
- Sarchielli, G. e Fraccaroli, F. (2002) - Le professioni dello Psicologo, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002
- Sarchielli, G. e Frati, F. (2002) - Le attività dello Psicologo nei diversi settori di intervento professionale: una prima ipotesi di repertorio delle attività professionali, Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002
- Sgaramella, T. M. - "Neuropsicologia Cognitiva dell'Invecchiamento", Padova, Masson, 1999
- Walsh, K.W. - Neuropsicologia Clinica, Bologna, Il Mulino, 1991
- Winnicott, D. W. (1956) - La psicoanalisi e il senso di colpa, in Sviluppo affettivo e ambiente, Roma, Armando, 1965
- Winnicott, D.W., (1965) - Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, Roma, 1965
- Winnicott, D. W. (1974) - Gioco e realtà, Armando, Roma, 1974
- World Health Organization (1990) - Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: Author.,1990
- Zanzi, E. e Cavallero, P. (2000) - L'anziano e il farmaco: corpo e pensiero tra sofferenza e rimedio, Psicologia Europea, n. 2, anno XII, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2000
- Zanzi, E. e Venturelli, A. (2002) - Psicologia dell'invecchiamento, Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, n.1, Gennaio 2002
- Zarit, S. H. and Zarit, J. M. (1998) – Ethical Issues in Geriatric Psychology, in Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment, The Guilford Press, 1998, pagg. 347-363
- Zizzi, G. – Verso la fine della vita, Cesena, Società Editrice Il Ponte Vecchio, 2002

- Zucconi, M. (2002) – Psicologia giuridica e deontologia: problemi e casistica, in Calvi, E., a cura di (2002) – Lo Psicologo al lavoro, cit.