



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 34/2020

Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19

Versione del 25 maggio 2020

Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici

Versione del 25 maggio 2020

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19

Coordinatore:

Carlo PETRINI

(Direttore Unità di Bioetica e Presidente Comitato Etico, ISS, Roma)

Componenti:

Luigi BERTINATO (*Segreteria Scientifica della Presidenza, ISS, Roma*); Giovanna FLORIDIA, Sabina GAINOTTI, Luciana RIVA (*Unità di Bioetica, ISS, Roma*); Alberto GAMBINO (*Università Europea di Roma*); Ignazio GRATAGLIANO (*SIMG e Università degli Studi di Bari*); Donato GRECO (*già Direttore Laboratorio ISS, Roma e Direttore Generale della Prevenzione Ministero della Salute*); Gualberto GUSSONI (*Direttore Scientifico FADOI, Roma*); Chiara MANNELLI (*Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS, Candiolo, TO*); Assunta MORRESI (*Università degli Studi di Perugia*); Pierantonio MUZZETTO (*Università di Parma, OMCEO Parma, Consulta Deontologia Nazionale FNOMCeO*); Federico NICOLI (*Università degli Studi dell'Insubria, Varese e Domus Salutis, Brescia*); Francesca PIERGENTILI (*Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma*); Giorgio RESTA (*Università degli Studi Roma Tre*)

Autori del presente documento

Luciana RIVA, Antonietta FILIA, Giovanna FLORIDIA, Donato GRECO, Chiara MANNELLI,
Assunta MORRESI, Patrizio PEZZOTTI, Giorgio RESTA, Carlo PETRINI

Istituto Superiore di Sanità

Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19
2020, iii, 15 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020

La sorveglianza è una componente fondamentale della sanità pubblica, in particolare nell'ambito delle attività di prevenzione e controllo delle malattie infettive. In situazioni emergenziali, le misure di controllo poste in essere per la tutela della salute pubblica possono imporre restrizioni al singolo individuo, tracciando nuovi e temporanei confini alla sua libertà. Nell'implementazione dei singoli interventi è necessario che sia sempre garantito un adeguato bilanciamento tra l'efficacia epidemiologica e il rispetto dei diritti fondamentali delle persone. Delineando alcune misure di contenimento attuate per contrastare l'epidemia da COVID-19, questo documento rileva l'importanza di promuovere la riflessione etico-giuridica nel contesto degli interventi di tutela della salute pubblica, facendo costante riferimento a un insieme di valori condivisi.

Istituto Superiore di Sanità

Territorial surveillance and protection of public health: some ethical and legal issues. Version of May 25, 2020.

ISS Bioethics COVID-19 Working Group
2020, iii, 15 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020 (in Italian)

This report examines a few ethical and legal aspects related to public health surveillance and protection activities, particularly in the context of the COVID-19 pandemic. In emergency situations, for the protection of collective health, control measures may impose restrictions on the individual, drawing a new and temporary boundary to his freedom. The measures put in place to contain the contagion may lead to a conflict between personal rights and collective interests. Ethical reflection is fundamental to assess that an adequate balance between the epidemiological effectiveness of interventions and respect for people's fundamental rights is always guaranteed, even in emergency conditions.

Per informazioni su questo documento scrivere a: luciana.riva@iss.it

Si ringraziano Massimiliano Caldora, Carlo D'Aprile e Susanna Tamiozzo per il supporto alla redazione del manoscritto.

Citare questo documento come segue:

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



Indice

Prefazione.....	iii
Introduzione	1
Etica nella sorveglianza della salute pubblica e nel trattamento dei dati sanitari	3
Sorveglianza nazionale in corso di epidemia di COVID-19: il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità.....	4
Sorveglianza territoriale: il ruolo degli operatori di sanità pubblica e del medico di medicina generale	5
L'attività di sorveglianza legata al <i>contact tracing</i>	7
Misure di contenimento e protezione dei dati: aspetti giuridici	9
Tecnologie digitali	11
Raccomandazioni dell'OMS.....	13
Conclusioni	14

Prefazione

La pandemia di COVID-19 è stata dirompente: ha reso la nostra fragilità ancor più manifesta e ci ha chiamati ad affrontare dilemmi di grande portata nell'ambito sia dell'etica clinica (al letto del malato), sia dell'etica nella sanità pubblica (a livello di comunità).

COVID-19 porta un gravoso carico di sofferenza per i pazienti e per le loro famiglie: i medici e gli altri professionisti della sanità si sono trovati a dover gestire situazioni difficilissime in emergenza e in carenza di risorse; coloro che hanno responsabilità di sanità pubblica hanno dovuto prendere decisioni con forte impatto sulle singole persone e sulla società. Sotto il profilo etico sono particolarmente rilevanti i conflitti che si creano tra diritti individuali e interessi collettivi.

Se, semplificando la complessità della situazione, volessimo fare riferimento ai cosiddetti "principi" classici della bioetica, l'emergenza ha costretto ad attenuare l'enfasi sul principio di autonomia per salvaguardare il rispetto dei principi di giustizia e di beneficiabilità.

In ogni attività dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) vi sono, in misura e modalità differenti, rilevanti componenti di etica. Per questo motivo nell'Istituto sono operativi l'Unità di Bioetica e il Comitato Etico, che supportano nello svolgimento delle varie funzioni.

Nel caso inaspettato di COVID-19, che ha caricato sull'Istituto un onere gravoso, si è reputato opportuno costituire, tra i Gruppi di Lavoro tematici per COVID-19, anche un Gruppo di Lavoro interamente dedicato alla Bioetica, con competenze in numerose discipline e con la partecipazione anche di esperti esterni all'ISS. Nel Gruppo di Lavoro vi sono competenze in vari ambiti della medicina clinica, epidemiologia, sanità pubblica, diritto, filosofia e in altre discipline, oltre che, ovviamente, in bioetica.

Il primo rapporto del Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19 affronta il tema di sorveglianza e della tutela della salute pubblica. L'Istituto, in quanto organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, è fortemente orientato alla prospettiva della sanità pubblica: la sorveglianza, che è cruciale per la gestione della pandemia, è una delle componenti che maggiormente caratterizzano la sanità pubblica. Per questo motivo, si è deciso di affrontare l'argomento all'inizio dell'attività del Gruppo di Lavoro. Il tema della sorveglianza, a sua volta, è fortemente intrecciato con altri temi eticamente rilevanti. Alcuni di tali temi (es. le implicazioni etiche della protezione dei dati personali, il ruolo del medico di medicina generale) sono oggetto di altri Rapporti del Gruppo di Lavoro in corso di pubblicazione, o in preparazione, o in programma per le successive attività del Gruppo.

Carlo Petrini

Introduzione

La sorveglianza è un elemento fondamentale della sanità pubblica, specialmente nell'ambito delle attività di prevenzione e controllo delle malattie infettive. Consente, infatti, alle autorità sanitarie di fare stime epidemiologiche e fornisce la base di conoscenza necessaria per pianificare interventi sulla popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce come la **raccolta, analisi e interpretazione sistematiche e continue dei dati relativi alla salute, necessari per la pianificazione, l'implementazione e la valutazione delle pratiche di sanità pubblica**¹. Nel contesto delle epidemie di malattie infettive, l'*International Health Regulations* (IHR) spiega la sorveglianza come **la raccolta, il confronto e l'analisi continui e sistematici di dati e la pronta divulgazione di informazioni per la valutazione e la risposta di sanità pubblica, in base alle necessità**². Le attività di sorveglianza fungono da sistema di allarme rapido, consentono di documentare l'impatto di un intervento e di monitorare lo stato epidemiologico delle patologie, supportano le politiche e le strategie di sanità pubblica.

È possibile individuare tre fasi di azione principali: i) progettazione e pianificazione del sistema; ii) raccolta, analisi e interpretazione dei dati; iii) utilizzo dei dati mediante la diffusione e l'applicazione a programmi specifici.

Nell'ambito della realizzazione di interventi di sorveglianza su una popolazione, si pongono al decisore una serie di questioni eticamente rilevanti. In primo luogo, può emergere un conflitto tra diritti personali e interessi collettivi quando, per esigenze di tutela della salute pubblica, si rende necessario limitare la privacy o le libertà civili dei singoli cittadini. Oppure, ad esempio, può verificarsi il rischio di processi di discriminazione e stigmatizzazione verso sottogruppi di individui vulnerabili, nel caso in cui sia richiesta la segnalazione nominativa.

È importante sottolineare che le attività di sorveglianza raramente sono sottoposte a una valutazione da parte di organismi indipendenti quali i Comitati Etici, diversamente da quanto accade per le ricerche di sanità pubblica e di epidemiologia, sebbene anche nel caso di queste ultime, ad oggi, non vi sia un assetto normativo vincolante come quello vigente per le sperimentazioni cliniche.

Tutte le decisioni di sanità pubblica spettano alle autorità competenti, coadiuvate dagli esperti di riferimento ed è rilevante sotto il profilo etico che, anche in situazioni di emergenza, le modalità di allocazione delle risorse e di gestione dei dati relativi ai singoli individui siano oggetto di scrutinio, condivisione e dibattito pubblico.

La valutazione degli aspetti etico-giuridici merita un'attenta considerazione anche oggi, nel contesto delle misure di contenimento e controllo poste in atto per fronteggiare la pandemia da COVID-19.

Com'è noto, nel 2019, in Cina, un Coronavirus animale ha acquisito la capacità di infettare l'uomo: il SARS-CoV-2. Questo nuovo virus, a differenza degli abituali coronavirus umani (es. quelli del raffreddore) che provocano una sia pur debole risposta immunitaria, ha trovato la popolazione totalmente priva di memoria immunitaria, dando così via libera a una rapida e aggressiva espansione epidemica.

Il virus si trasmette da persona infetta a persona suscettibile per via respiratoria, con un fattore k (numero di persone contagiate da un caso infetto) superiore a 2, ragione per cui la crescita degli infetti, in assenza di qualsiasi misura di controllo, assume un andamento esponenziale.

¹ WHO health topics | Public health surveillance. Geneva: World Health Organization; 2014.

² International Health Regulations. 3rd edition. Geneva: World Health Organization; 2005.

Una persona infetta è considerata contagiosa da 48 ore prima a due settimane dopo la comparsa dei sintomi (o la raccolta del campione positivo se la persona è asintomatica).

Si possono verificare casi in cui le persone continuano ad avere un tampone positivo per periodi anche più lunghi di 20 giorni ma queste persone non sono necessariamente contagiose. Vi sono anche individui infetti che non manifestano sintomi tipici. Anche questi individui silenti, però, possono contagiare altre persone.

Nel nostro Paese si è assistito a una rapida diffusione del virus, con due distinti pattern epidemiologici: un'esplosiva espansione in alcune province del Nord e una diffusione molto più limitata nelle restanti aree, dove l'epidemia ha interessato piccoli paesi o comunità chiuse. Dall'inizio dell'epidemia al 20 maggio 2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 227.204 casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale come positivi per SARS-CoV-2, tuttavia si è concordi nel ritenere che il numero delle persone infette sia ancora più elevato.

L'esperienza di altri Paesi (Cina, Corea) e di precedenti epidemie da coronavirus (SARS, MERS), induce a configurare una progressiva discesa delle curve fino ad una situazione di cessata urgenza ma di persistente sporadica casistica di infetti. Lo scenario plausibile di una fase post epidemica potrebbe essere caratterizzato da un rischio infettivo ancora esistente che si manifesta in casi isolati o limitati focolai in comunità ristrette. Un simile scenario richiederebbe il mantenimento di misure di monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 per un lungo periodo, ma consentirebbe l'abolizione del confinamento generalizzato della popolazione, insieme con una graduale ripresa delle attività produttive e della vita sociale, modulata con specifiche persistenti attività di sorveglianza e controllo. In particolare, per contenere rapidamente eventuali focolai di COVID-19 e interrompere le catene di trasmissione è fondamentale che le autorità sanitarie siano in grado di identificare tempestivamente ogni caso di COVID-19, isolarlo, trattarlo, identificare le persone che possono essere state esposte al caso durante il suo periodo di contagiosità, e chiedere ai contatti stretti di mettersi in quarantena, monitorandoli per la comparsa di sintomi per tutto il periodo di incubazione della malattia (14 giorni).

Etica nella sorveglianza della salute pubblica e nel trattamento dei dati sanitari

Le istituzioni sanitarie sono le autorità responsabili della protezione della salute degli individui permanentemente o temporaneamente presenti all'interno dei propri confini, siano essi cittadini, turisti o rifugiati³.

Tra i doveri attribuiti ad esse, l'OMS include quello di sviluppare un sistema di sorveglianza territoriale che rispetti determinati standard sotto il profilo etico: le misure devono mostrarsi sempre necessarie, ragionevoli, proporzionate, non discriminatorie e trasparenti, ed attuarsi nel pieno rispetto del quadro normativo vigente, nazionale e internazionale.

In situazioni emergenziali, e qualora strettamente necessario per la tutela della salute collettiva, le misure di controllo possono imporre restrizioni al singolo individuo, tracciando un nuovo e temporaneo confine alla sua libertà, sufficiente a risultare garanzia effettiva di tutela per la popolazione. Nel corso della pandemia da COVID-19, le misure necessarie per contenere la diffusione del contagio hanno portato all'emissione di disposizioni restrittive limitanti la libertà dei singoli individui. La complessità insita nella valutazione di tali misure è stata intensificata dalla scarsa disponibilità di conoscenze preesistenti in merito all'infezione da SARS-CoV-2, utili per elaborare raccomandazioni in tempi rapidi.

Nelle diverse fasi dell'emergenza è stato necessario raccogliere e utilizzare dati personali dei cittadini, sollevando questioni etiche e giuridiche rilevanti, tra cui la necessità di garantire che l'impiego di tali dati restasse confinato alle finalità per cui erano state raccolti⁴.

La sorveglianza territoriale e l'ingente intromissione nella sfera personale degli individui che, nel caso di alcune proposte tecnologiche, può tradursi anche nel tracciamento degli spostamenti fisici quotidiani, investono di ampia responsabilità le istituzioni chiamate a rappresentare un riferimento di affidabilità e competenza.

In uno Stato democratico, la fiducia nelle istituzioni da parte dei membri della comunità costituisce la premessa fondamentale per raggiungere un livello adeguato di aderenza alle disposizioni emanate dai decisori politici, nonché per sviluppare una responsabilizzazione e un atteggiamento di mutua reciprocità e solidarietà gli uni verso gli altri, con particolare attenzione alle categorie più fragili.

L'instabilità strutturale che caratterizza le situazioni di emergenza sanitaria, governate dal fattore urgenza, non deve far perdere di vista l'inderogabile necessità di un coinvolgimento dei cittadini: essi devono essere adeguatamente informati attraverso una comunicazione puntuale, affidabile e che risulti comprensibile ad ognuno.

È di cruciale rilevanza etica che il rispetto verso i diritti delle singole persone in quanto tali e della collettività in quanto insieme di individui, sia garantito anche e soprattutto nel contesto emergenziale, dove le criticità non rimangono mai limitate agli aspetti sanitari.

³ WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance 2017, p. 25.

⁴ WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance 2017, p. 29.

Sorveglianza nazionale in corso di epidemia di COVID-19: il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità

Il 22 gennaio 2020 il Ministero della Salute ha stabilito l'attivazione del sistema di sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2, indicando le modalità di segnalazione dei casi su territorio nazionale. Con Ordinanza della Protezione Civile, a partire dal 28 febbraio 2020, il coordinamento della sorveglianza epidemiologica del SARS-CoV-2 è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che amministra una piattaforma digitale in cui le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano inseriscono i dati di competenza territoriale quotidianamente.

L'ISS effettua anche sorveglianza microbiologica e pubblica regolarmente un'infografica e un bollettino in cui sono presentati i dati integrati. I dati raccolti nell'ambito di queste attività vengono trattati per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, ai sensi dell'articolo 9, paragrafo 2, del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali (*General Data Protection Regulation*, GDPR). L'ISS comunica i dati concernenti la sorveglianza epidemiologica e microbiologica al Ministro della Salute e, in forma aggregata, al Capo del Dipartimento della Protezione Civile e li mette a disposizione delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Tutti i dati, in forma anonimizzata, possono essere condivisi con gli specifici database dell'OMS e dello European Center for Disease Control (ECDC), al fine di garantire la collaborazione scientifica ed epidemiologica internazionale. I dati aggiornati su contagiati, decessi, persone guarite e distribuzione regionale sono consultabili dai cittadini sul sito del Ministero della Salute e della Protezione Civile.

Il 3 aprile 2020 il Ministero della Salute ha emanato una circolare in cui ricorda che:

“la diagnosi molecolare per casi di infezione da SARS-CoV-2 va eseguita presso i laboratori di riferimento regionali e laboratori aggiuntivi individuati dalle regioni secondo le modalità concordate con il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità e le procedure da ultimo riportate nella circolare n. 9774 del 20 marzo 2020”.

Prevede inoltre che sia:

“richiesto il solo invio di un numero rappresentativo di campioni clinici al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, previo accordo, al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2” e che i campioni positivi SARS-CoV-2 di persone decedute devono essere conservati “presso la struttura che effettua il prelievo e/o la diagnosi di laboratorio e inviati successivamente al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS su espressa richiesta dello stesso”.

Con Decreto 30 aprile 2020 del Ministro della Salute, sono esplicitati i criteri per le attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A⁵. È stabilito che:

“il Ministero della Salute, tramite apposita cabina di regia, che coinvolgerà le Regioni/PP.AA. e l'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie le informazioni necessarie per la classificazione del rischio e realizza una classificazione settimanale del livello di rischio di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2 nelle Regioni/PP.AA.”

⁵ Decreto del Ministro della Salute 30 aprile 2020. Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020.

Con l'epidemia di COVID-19 l'ISS ha dovuto fornire una risposta rapida ed efficace alla richiesta di informazioni scientifiche e di formazione proveniente dal territorio sulle misure di contenimento della nuova malattia. Nell'ambito delle attività di formazione, l'ISS ha realizzato i seguenti corsi FAD (Formazione a Distanza) rivolti ai professionisti impegnati in attività di contrasto e sorveglianza epidemiologica del COVID-19:

- Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto.
- Emergenza epidemiologica COVID-19: elementi per il *contact tracing*

e, tra i numerosi meeting scientifici e webinar:

- Il contributo del medico di medicina generale.
- Data base per segnalazione casi.
- Telemedicina e supporto delle azioni di contrasto alla diffusione di COVID-19.
- *Contact tracing*: ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19.
- *Contact tracing*, esperienze a confronto.
- La medicina generale nella fase 2 dell'epidemia da COVID-19: novità organizzative ed assistenziali.
- *Contact tracing*: non solo app.

Sorveglianza territoriale: il ruolo degli operatori di sanità pubblica e del medico di medicina generale

L'attività di sorveglianza territoriale è affidata ai dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali (ASL o AUSL), coordinati dalle Regioni secondo indirizzi concordati a livello nazionale ed espressi nei LEA (Livelli essenziali di assistenza): la sorveglianza si articola nei distretti sanitari definiti per ciascuna ASL/AUSL.

Il medico di famiglia, professionista convenzionato col Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rappresenta il primo contatto tra il cittadino e l'SSN ed è dunque un elemento fondamentale della sorveglianza sul territorio, soprattutto per l'identificazione tempestiva dei casi. Si rimanda al Rapporto ISS COVID-19 specifico prodotto dal Gruppo di Lavoro "Bioetica COVID-19" per approfondire il ruolo e il significato che tale figura assume nel corso di una situazione emergenziale⁶.

In generale, nella pianificazione e organizzazione di ogni raccolta dati, gli operatori della sanità pubblica devono valutare quali informazioni sia necessario acquisire per gli specifici obiettivi di tutela della salute delineati dalle autorità competenti. I quesiti posti e le modalità di raccolta dei dati dovrebbero prevedere anche l'ottimizzazione del flusso informatico necessario alla loro elaborazione e le eventuali modalità di condivisione con altri gruppi, quali istituzioni locali e nazionali, società scientifiche e ordini professionali. L'operatore di sanità pubblica coinvolto in queste attività, acquisisce un profilo analogo a quello del "data scientist", cioè quel professionista con competenze eterogenee che di solito si associa alla capacità di gestire Big Data e di trarre informazioni rilevanti. La sorveglianza territoriale, attivata secondo le modalità della continuità assistenziale, può anche avvalersi di associazioni di volontariato e/o, ad esempio, di comitati territoriali della CRI (Croce Rossa Italiana); il coinvolgimento della cittadinanza può diventare così un'occasione di comunicazione su temi di salute pubblica solitamente riservati agli addetti ai lavori, favorendo la diffusione di corrette informazioni ed il successo degli interventi che si intende realizzare.

⁶ *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione*, volume di prossima pubblicazione della serie Rapporti ISS COVID-19.

In condizioni di emergenza, il ruolo di tutti gli operatori di sanità pubblica presenti a livello territoriale diventa essenziale affinché siano rilevati e resi disponibili tempestivamente i dati utili. Il personale deve essere appositamente formato e messo in condizione di agire coerentemente all'interno di un sistema complesso che risponde a regole chiare e condivise.

L'attività di sorveglianza legata al *contact tracing*

In ogni ipotesi di gestione del rischio epidemico, oltre a identificare rapidamente i casi sospetti, testarli, isolarli, e trattare i casi confermati, è cruciale l'individuazione dei soggetti che abbiano avuto contatti stretti con i casi confermati, affinché si possa provvedere alle misure preventive, di quarantena e di interruzione della catena di trasmissione. Nella situazione epidemica causata da COVID-19, **in assenza di un vaccino preventivo, l'unica strategia attualmente disponibile per il controllo dell'infezione è la pronta identificazione dei soggetti infetti e il loro stretto isolamento per almeno due settimane dall'inizio dei sintomi (o dalla raccolta del campione positivo), accompagnato dalla ricerca attiva dei contatti avuti durante il periodo di contagiosità (tracciatura dei contatti).**

Sia la persona ammalata di COVID-19 che quella infetta ma asintomatica, sono individuabili con test molecolari specifici condotti su tamponi nasali e faringei. Sono inoltre disponibili numerosi tipi di test sierologici sugli anticorpi che identificano infezioni pregresse, ognuno dei quali presenta limiti e un margine di errore: la validazione centralizzata di questi test è in corso, così come la produzione di linee di indirizzo per un utilizzo appropriato e pertanto l'uso di questi test è attualmente indicato solo in studi sieroepidemiologici.

L'identificazione dei contagiati ed il loro isolamento tempestivo riducono di molto la probabilità che questi possano infettare altre persone. Il **tracciamento 'manuale' dei contatti** (o ***contact tracing***), svolto dal personale delle autorità sanitarie, è uno strumento fondamentale della sanità pubblica, per la prevenzione e il controllo della diffusione delle malattie trasmissibili da persona a persona. Viene utilizzato quotidianamente dai dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali (ASL o AUSL), per il controllo di altre malattie infettive come la tubercolosi, il morbillo, e alcune malattie trasmesse sessualmente (es. sifilide, infezioni da HIV). Protegge la salute della popolazione limitando il contatto delle persone contagiose con altre persone, e di conseguenza, le possibilità di trasmissione dell'infezione nella popolazione.

Nel contesto di COVID-19, il *contact tracing* consiste nell'identificazione e gestione delle persone che possono essere state esposte ad un caso probabile o confermato di malattia nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi nel caso (o precedenti la raccolta del campione positivo se il caso è asintomatico), fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso, per evitare che queste persone (i contatti) che sono ad alto rischio di avere acquisito l'infezione, possano a loro volta trasmettere l'infezione. Si definisce contatto stretto una persona che ha avuto una esposizione ad alto rischio (ad esempio una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19 o una persona che ha avuto un contatto faccia a faccia con un caso a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti).

Visto che la trasmissione di COVID-19 può verificarsi anche durante la fase pre-sintomatica della malattia, o da persone che rimangono asintomatiche, è importante identificare i contatti stretti molto rapidamente e assicurarsi che osservino la quarantena per il periodo di incubazione della malattia.

Il *contact tracing* per il COVID-19 si svolge attraverso le seguenti attività:

- 1) identificare i contatti attraverso un colloquio con i casi di COVID-19 e una indagine epidemiologica dettagliata;
- 2) parlare con i contatti, per informarli che potrebbero essere venuti in contatto con un caso di infezione/malattia da SARS-CoV-2 e per confermare le informazioni raccolte;
- 3) classificare i contatti in contatto ad alto o basso rischio (in base al tipo di esposizione) e testare i casi sospetti;

- 4) fornire ai contatti informazioni sui comportamenti da tenere e misure preventive da attuare per evitare la trasmissione dell'infezione, inclusa la quarantena se si tratta di un contatto stretto;
- 5) monitorare i contatti stretti per 14 giorni dopo l'esposizione per identificare rapidamente eventuali casi secondari.

L'uso di applicazioni digitali può facilitare la ricerca dei contatti ma non sostituiscono il *contact tracing* tradizionale effettuato dalle ASL. In particolare possono aiutare a ricostruire in maniera rapida il quadro dei contatti sociali avuti da un caso confermato nel periodo epidemiologicamente rilevante. L'esperienza dei Paesi asiatici – dalla Cina, alla Corea del Sud, a Singapore – è da questo punto di vista particolarmente utile ed è stata oggetto di numerosi studi scientifici⁷.

Nell'implementazione di sistemi di tracciamento è tuttavia necessario che sia sempre garantito un adeguato bilanciamento tra l'efficacia epidemiologica e il rispetto dei diritti fondamentali delle persone, oltre che la sicurezza di tutti gli aspetti riguardanti la gestione del dato.

⁷ Vedi ad esempio: Ferretti L, Wymant C, *et al.* Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing, in *Science* 10.1126/science.abb6936 (2020); Holmes A. Singapore is using a high-tech surveillance app to track the coronavirus, keeping schools and businesses open. Here's how it works, in *Business Insider*, March 24, 2020.

Misure di contenimento e protezione dei dati: aspetti giuridici

Le misure adottate per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 hanno toccato trasversalmente molteplici settori del diritto interno, dal diritto dell'economia a quello tributario, del lavoro ed amministrativo. Per rendere più capillare la sorveglianza e più agevole lo scambio di informazioni tra le autorità sanitarie, è stato necessario attuare una disciplina 'semplificata' della tutela dei dati personali; argomento, questo, oggetto di uno specifico "Rapporto ISS COVID-19" prodotto dal Gruppo di Lavoro "Bioetica COVID-19", al quale si rimanda⁸.

Con la dichiarazione dello stato di emergenza deliberata dal Consiglio dei Ministri (CdM) il 31 gennaio 2020, per la durata di 6 mesi, hanno acquisito assoluta centralità sul piano operativo le ordinanze di Protezione Civile, nonché i decreti legge, strumenti fisiologicamente deputati dalla Costituzione alla normazione in condizioni di urgenza. Queste due fonti hanno disegnato l'architettura fondamentale del **diritto dell'emergenza, che si connota per la sua eccezionalità e la portata derogatoria rispetto a principi e istituti consolidati del nostro ordinamento giuridico**. All'indomani della dichiarazione dello stato di emergenza, il Dipartimento della Protezione Civile ha adottato varie ordinanze limitanti il godimento di diritti e libertà fondamentali, per la finalità di contenimento dell'epidemia e per la sicurezza e la salute dei cittadini. In particolare, l'ordinanza 3 febbraio 2020 – con il previo parere conforme del Garante per la Protezione dei Dati Personali, n. 15 del 2 febbraio 2020 – ha stabilito all'art. 5 che: "allo scopo di assicurare la più efficace gestione dei flussi e dell'interscambio di dati personali", **i soggetti operanti nell'ambito del Servizio nazionale di protezione civile e delle strutture operative ad esso connesse possono realizzare, nel rispetto dei principi stabiliti dall'art. 5 del Regolamento (UE) 679/2016 sul trattamento dei dati personali (GDPR) (proporzionalità, minimizzazione, finalità, ecc.), trattamenti di dati personali anche appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (ex dati sensibili) e financo dati giudiziari (art. 10 GDPR) necessari per l'espletamento della funzione di protezione civile nel contesto dell'emergenza**. Tali dati possono essere comunicati a soggetti pubblici e privati, nel caso in cui ciò risulti indispensabile, ai fini del contenimento dell'epidemia.

L'art. 14 decreto legge 9 marzo 2020, n. 14⁹ ha riformulato tale disposizione rimarcandone il carattere temporaneo e ribadendo che:

- a. i dati personali, comuni e 'sensibili', possono essere trattati e avere una circolazione interna agli organi deputati al contrasto dell'emergenza;
- b. i medesimi dati possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici;
- c. al trattamento si applicano i principi di cui all'art. 5 GDPR (liceità, correttezza, trasparenza, finalità, minimizzazione, ecc.);
- d. il conferimento di incarichi di trattamento ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del Codice in materia di protezione dei dati potrà avvenire con modalità semplificate, ed anche oralmente;
- e. nel quadro di tali attività, le autorità sanitarie e gli altri soggetti autorizzati, qualora trattino dati raccolti presso l'interessato medesimo, possono omettere o rendere in forma semplificata l'informativa prescritta dall'art. 13 GDPR.

⁸ *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19*, volume di prossima pubblicazione nella serie Rapporti ISS COVID-19.

⁹ Ora trasfuso nell'art. 17-bis del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, convertito in legge dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27.

Per ricostruire il sistema della sorveglianza, è opportuno fare cenno ad almeno altre due ordinanze. La prima, del **Ministero della Salute, del 21 febbraio 2020**, riguarda la sorveglianza attiva dei soggetti a rischio contagio: l'**art. 3**, nel ribadire che i dati personali raccolti nell'ambito delle attività di sorveglianza vengono trattati dall'Autorità sanitaria competente per motivi di interesse pubblico (lett. i dell'art. 9, par. 2, GDPR), **stabilisce che il termine di conservazione di tali dati è di 60 giorni dalla raccolta**. La seconda, del Dipartimento della Protezione Civile del 27 febbraio 2020, allarga la platea dei titolari del trattamento, la tipologia dei dati raccolti, nonché la direzione (in entrata e in uscita) del flusso comunicativo. I DPCM del 4 e dell'8 marzo 2020, inoltre, riformulano ed estendono le misure già adottate con precedenti provvedimenti del Ministero della Salute, stabilendo per i soggetti che abbiano soggiornato in zone a rischio epidemiologico, l'obbligo di comunicare tali informazioni all'azienda sanitaria competente per territorio, nonché al medico di medicina generale o al pediatra.

Le disposizioni in oggetto appaiono in linea con l'**art. 23 GDPR**, che prevede che il diritto dell'Unione o dello Stato Membro possa limitare, mediante misure legislative, la portata degli obblighi e dei diritti (di cui agli artt. da 12 a 22, nonché dell'art. 5):

“qualora tale limitazione rispetti l'essenza dei diritti e delle libertà fondamentali e sia una misura necessaria e proporzionata in una società democratica per salvaguardare [...] importanti obiettivi di interesse pubblico generale dell'Unione o di uno Stato Membro, in particolare un rilevante interesse di [...] sanità pubblica e sicurezza sociale”.

In sintesi, tutte le norme richiamate integrano e in parte modificano il sistema della protezione dei dati, al fine di bilanciare il rispetto della protezione degli stessi con le esigenze sovraordinate e improcrastinabili di tutela della salute pubblica. I principi stabiliti dal GDPR agli artt. 6, 9 e 23, possono di per sé legittimare non soltanto il trattamento dei dati relativi a persone infette, ma anche le attività di ricerca della catena di contagio intraprese a vari livelli, dal medico di famiglia alle strutture ospedaliere o altre strutture sanitarie coinvolte.

Tecnologie digitali

Le scelte inerenti all'adozione di forme di sorveglianza basate sulle tecnologie digitali sono soggette a una delicata operazione di bilanciamento degli interessi coinvolti, rappresentati da un lato dalla protezione dei dati personali, della dignità della persona e dell'integrità del processo democratico e, dall'altro, dalla tutela della vita e della salute.

Nel corso dell'epidemia di COVID-19, il dibattito sulle forme legittime di contenimento *data-driven*, è stato al centro dell'agenda governativa e parlamentare, non soltanto in Italia¹⁰. A livello europeo, il Comitato europeo per la Protezione dei Dati (*European Data Protection Board*, EDPB)¹¹ ha formulato alcuni principi generali di riferimento (come quello di gradualità e proporzionalità) specificati in apposite linee guida¹². La Commissione Europea, con la Raccomandazione dell'8 aprile 2020¹³ ha espresso indicazioni che dovrebbero essere rispettate dagli Stati Membri che ricorrano ad applicazioni tecnologiche per finalità di prevenzione, allerta e tracciamento dei contatti.

Di seguito le principali opzioni operative che sono state oggetto di valutazione da parte degli organi competenti con evidenziate le criticità collegate al loro eventuale utilizzo:

- a. **Raccolta dei dati aggregati sui flussi di comunicazione.** L'ipotesi meno invasiva consiste nell'acquisizione, da parte delle società di telecomunicazione e/o providers di servizi Internet e social networks, di dati anonimi relativi all'ubicazione degli utenti al fine di ricostruire trend di mobilità e analizzare l'andamento epidemiologico tramite cartografie. Non sembrano frapporsi ostacoli giuridici a tale prassi: gli artt. 9 e 15 della Direttiva 2002/58/CE e l'art. 126 del Codice in materia di protezione dei dati consentono l'acquisizione di dati relativi all'ubicazione degli utenti, diversi dai dati di traffico, se anonimi o altrimenti previo consenso dell'interessato¹⁴.
- b. **Geolocalizzazione e tracciamento selettivo degli spostamenti di singoli utenti.** Questa ipotesi è stata avanzata, assieme a quella relativa ai droni, principalmente con finalità repressive al fine di controllare il rispetto delle misure di contenimento del contagio. Essa appare, però, in tensione con il principio di proporzionalità che regola il diritto della protezione dei dati¹⁵.
- c. **Tracciamento di prossimità attraverso apposite applicazioni rese operative attraverso i servizi di telefonia mobile.** In Italia la preferenza si è orientata verso una App denominata "Immuni" e sviluppata da Bending Spoons. L'idea di fondo consiste nel mettere a disposizione dei cittadini un'applicazione che permetta, tramite la tecnologia Bluetooth-Low-Energy, di registrare e mantenere in forma criptata sul singolo dispositivo traccia anonima dei contatti stretti (al di sotto di una certa distanza spaziale e per un certo lasso temporale) avuti con altri utenti nel periodo epidemiologicamente rilevante. In caso di accertata positività registrata dallo stesso utente attraverso un codice, a seguito del responso microbiologico, si configurano diverse opzioni: a) la App potrebbe

¹⁰ Cfr. art. 76 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18.

¹¹ È un organismo dell'UE incaricato dell'applicazione del regolamento generale sulla protezione dei dati a partire dal 25 maggio 2018. È composto dal responsabile di ciascuna autorità per la protezione dei dati e dal Garante europeo della protezione dei dati o dai loro rappresentanti.

¹² Guidance 4/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak, European Data Protection Board, 21 April, 2020.

¹³ Raccomandazione (UE) 2020/518 della Commissione dell'8 aprile 2020.

¹⁴ Così il parere dello European Data Protection Board, che attribuisce particolare rilievo all'anonimato; analoga è la valutazione del Garante federale tedesco, <https://www.bfdi.bund.de/DE/Datenschutz/Datenschutz-Corona/Allgemeines/FAQ-Mobilfunkdaten-RKI/FAQ-Mobilfunkdaten-RKI-table.html>.

¹⁵ Come anche indicato dalla Raccomandazione (UE) 2020/518 della Commissione dell'8 aprile 2020 (cfr. paragrafo 10).

automaticamente inviare un segnale anonimo di alert ai contatti stretti, i quali verrebbero invitati a rivolgersi al personale sanitario per le opportune valutazioni; b) le autorità sanitarie, accedendo direttamente ai dati conservati su una piattaforma centralizzata e adoperando una chiave di decrittazione, potrebbero identificare i contatti a rischio e contattarli con celerità per assumere le misure necessarie. Gli specifici dettagli operativi non sono stati ancora resi noti, ma il Governo ha stabilito, con l'art. 6 del decreto legge 30 aprile 2020, n. 28, il quadro minimo delle garanzie che devono essere rispettate e che si uniformano ai principi ribaditi dalla Commissione e dal Comitato europeo per la protezione dei dati. **Sono di seguito sinteticamente richiamati:**

- **Anonimità:** è necessario che le informazioni conservate su dispositivi o piattaforme abbiano carattere anonimo e che siano previste modalità tecnologiche che limitino in massimo grado il rischio di re-identificazione.
- **Esclusione del ricorso a qualsiasi forma di geolocalizzazione dell'individuo,** atteso che per le finalità di tracciamento di prossimità non è necessaria la raccolta di dati relativi ai movimenti e alla localizzazione geografica dell'interessato.
- **Possibilità di esprimere un consenso differenziato per differenti utilizzi dei dati** (es. sintomatologia e diagnostica, tracciamento di prossimità, telemedicina, ecc.).
- **Limite di tempo:** i dati non dovranno essere conservati oltre il periodo strettamente necessario per gli scopi di controllo epidemiologico e contenimento dell'infezione.

Deve tenersi fermo il principio fissato dall'art. 22 GDPR con relativa **esclusione di decisioni a carattere interamente automatizzato.**

Un carattere altrettanto importante rivestono inoltre:

- la **volontarietà:** l'adesione a programmi di tracciabilità dei contatti deve essere volontario, evitando forme premiali o incentivali per incoraggiare la partecipazione. I cittadini devono poter aderire perché consapevoli dell'importanza dei provvedimenti intrapresi per la salute propria e della comunità di cui fanno parte.
- l'**accessibilità:** il sistema deve essere facilmente comprensibile ed accessibile, per rendere effettivo il consenso informato di ciascun cittadino riguardo a tutte le possibili opzioni della app. Un sistema troppo complesso rischierebbe di rendere formale il consenso personale, specie nel caso di persone con scarsa dimestichezza con i supporti informatici.
- la **proporzionalità:** le informazioni richieste devono essere unicamente quelle strettamente necessarie al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento dell'infezione.

Raccomandazioni dell'OMS

L'OMS propone, nel documento del 2017 dal titolo *Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance*, 17 raccomandazioni per promuovere l'eticità della sorveglianza della salute pubblica:

1. Gli Stati hanno l'obbligo di sviluppare sistemi di sorveglianza della salute pubblica adeguati, fattibili, sostenibili. I sistemi di sorveglianza dovrebbero avere uno scopo chiaro e un piano per la raccolta, l'analisi, l'uso e la diffusione dei dati sulla base delle pertinenti priorità di sanità pubblica.
2. Gli Stati hanno l'obbligo di sviluppare adeguati ed efficaci meccanismi per garantire l'eticità della sorveglianza.
3. I dati di sorveglianza dovrebbero essere raccolti solo per un pubblico e legittimo scopo di salute.
4. Gli Stati hanno l'obbligo di garantire che i dati raccolti siano di qualità sufficiente, tempestivi, affidabili e validi, per raggiungere gli obiettivi di salute pubblica.
5. La pianificazione della sorveglianza della salute pubblica dovrebbe essere guidata da una definizione delle priorità governative trasparente.
6. La comunità globale ha l'obbligo di sostenere gli Stati che mancano di risorse adeguate per intraprendere la sorveglianza.
7. I valori e le preoccupazioni delle comunità dovrebbero essere presi in considerazione nella pianificazione, implementazione e utilizzo dei dati di sorveglianza.
8. I responsabili della sorveglianza dovrebbero identificare, valutare, minimizzare e rivelare i rischi di danni prima che venga condotta la sorveglianza. Il monitoraggio per eventuali danni dovrebbe essere continuo e, se si identificano danni, si dovrebbe intraprendere un'azione appropriata per mitigarli.
9. La sorveglianza di individui o gruppi particolarmente sensibili a una malattia, a un danno o a un'ingiustizia è fondamentale. Essa richiede un attento controllo per evitare l'imposizione di oneri aggiuntivi non necessari.
10. I governi e gli altri titolari di dati di sorveglianza devono garantire che i dati identificabili siano adeguatamente protetti.
11. In determinate circostanze, la raccolta di nomi o dati identificabili sono giustificati.
12. Le persone hanno l'obbligo di contribuire alla sorveglianza quando sono richiesti set di dati completi, affidabili, validi ed esiste una protezione adeguata. In queste circostanze, può essere ammissibile non chiedere il consenso.
13. I risultati della sorveglianza devono essere comunicati in modo efficace ai destinatari pertinenti.
14. Con adeguate garanzie e giustificazioni, i responsabili della sorveglianza della salute pubblica hanno l'obbligo di condividere i dati con altri soggetti nazionali e con le agenzie internazionali di sanità pubblica.
15. Durante un'emergenza di sanità pubblica è indispensabile che tutte le parti coinvolte nella sorveglianza condividano i dati in modo tempestivo.
16. Con adeguata giustificazione e garanzie, le agenzie di sanità pubblica possono utilizzare o condividere i dati di sorveglianza a fini di ricerca.
17. I dati di sorveglianza identificabili non devono essere condivisi con soggetti e istituzioni che potrebbero usarli per agire contro gli individui o per usi estranei alla sanità pubblica.

Conclusioni

La sorveglianza territoriale in sanità pubblica, a cui questo breve rapporto è dedicato, rappresenta un elemento fondamentale nell'ambito della prevenzione e del controllo epidemiologico delle malattie infettive. Nel corso della pandemia da COVID-19, le misure volte al contenimento del contagio hanno determinato un conflitto tra diritti personali e interessi collettivi, le cui principali implicazioni etico-giuridiche sono state qui brevemente descritte. Alla luce delle considerazioni emerse, **si vuole sottolineare l'importanza della riflessione etica e del “dialogo interdisciplinare fra gli attori scientifici, etici, politici”¹⁶ anche in condizioni di emergenza, con riferimento costante ai seguenti valori:**

- **Solidarietà.** La solidarietà richiede un approccio collaborativo tra individui, istituzioni sanitarie, governi e nazioni; richiede di lavorare insieme ed è indispensabile nell'assistenza alle persone e nel dispiegamento di risorse umane e materiali.
- **Proporzionalità e necessità.** Gli svantaggi derivanti dall'attuazione di un particolare piano di sorveglianza (per esempio, la violazione della tutela dei dati personali) devono essere compensati dai benefici. La proporzionalità richiede che le restrizioni alla libertà individuale e le misure adottate per proteggere il pubblico da possibili danni, non siano maggiori di quanto è necessario per affrontare il livello effettivo di rischio. Le misure più coercitive dovrebbero essere utilizzate solo nel caso in cui le misure meno restrittive si siano dimostrate inefficaci per raggiungere l'obiettivo di tutela della salute pubblica.
- **Utilità.** Le decisioni prese in merito ai piani di sorveglianza devono essere finalizzate a migliorare la salute pubblica. L'utilità deve essere bilanciata con gli altri valori: la salute della comunità si ottiene in primo luogo tutelando e promuovendo la salute dei singoli.
- **Ragionevolezza.** Le decisioni devono essere adeguate o congruenti rispetto all'obiettivo di tutela della salute collettiva.
- **Minimizzazione del danno.** Un principio fondamentale dell'etica in sanità pubblica riguarda l'obbligo di proteggere il pubblico da gravi danni. Il concetto di danno comprende danni fisici, psicologici, sociali ed economici. In una pandemia, restrizioni alla libertà individuale e imposizione di pratiche per il contenimento delle infezioni possono essere necessarie per proteggere la salute dei cittadini. Tali restrizioni dovrebbero, tuttavia, sempre essere spiegate e motivate dai decisori.
- **Trasparenza e comprensibilità.** Le finalità dei piani di sorveglianza devono essere esplicite. La trasparenza è il presupposto necessario dell'intera filiera della sorveglianza, se si vuole guadagnare e consolidare la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario e nelle azioni intraprese. La trasparenza non si limita alla mera pubblicazione delle informazioni disponibili (nel rispetto della privacy dei singoli), ma significa anche dare una chiave di lettura e una ipotesi interpretativa degli stessi, il più comprensibile possibile alla popolazione tutta.
- **Rappresentatività.** Nella sorveglianza a scopo di ricerca tutti i sottogruppi della popolazione dovrebbero essere rappresentati accuratamente.
- **Equità.** Alcuni sottogruppi sono caratterizzati da problemi di salute in misura più rilevante rispetto alla popolazione generale: essi devono pertanto essere oggetto di particolare attenzione in quanto la malattia grava specialmente su loro.

¹⁶ Cfr. UNESCO International Bioethics Committee and World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology, Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a Global Perspective, 26 March 2020.

- **Partecipazione.** La partecipazione di settori specifici della cittadinanza nello sviluppo di piani di sorveglianza può essere utile per garantire che i dati raccolti siano più pertinenti e vengano utilizzati meglio. Può anche favorire la diffusione di una corretta informazione e la prevenzione di casi di stigmatizzazione.
- **Non stigmatizzazione.** Alcuni indicatori, se incrociati con dati sociali e demografici che identificano sottogruppi vulnerabili della popolazione, disponibili per unità geografiche abbastanza piccole, potrebbero contribuire a processi di stigmatizzazione, rafforzando dinamiche pregiudiziali.
- **Protezione dei dati personali e consenso al loro uso.** In alcuni casi può essere impossibile ottenere il consenso dell'interessato al momento della raccolta dei dati. Tuttavia i dati personali devono essere trattati in modo conforme a tutte le norme di legge, sia pur con i limiti posti dalla disciplina prevista per lo stato di emergenza. È importante sottolineare che **una eventuale deroga alle garanzie costituzionali per la protezione dei dati si deve sempre intendere come concomitante allo stato d'emergenza e che, cessata l'emergenza, tutte le garanzie costituzionali devono tornare in essere tali quali erano prima.**

L'insieme dei valori descritti rappresenta una lente attraverso cui valutare, da una prospettiva etica, i programmi di sanità pubblica. Dal lato dei decisori e di tutti i professionisti coinvolti nelle attività di sorveglianza e tutela della salute, è indispensabile un lavoro integrato per realizzare azioni responsabili ed efficaci, anche in condizioni di urgenza. Ogni processo decisionale si sviluppa a partire da una base di informazioni provenienti dal territorio ed è solo attraverso il dialogo costante con gli operatori di sanità pubblica presenti a livello locale, e nel rispetto dei valori etico-giuridici di riferimento, che è possibile pianificare interventi e verificarne l'adeguatezza tramite il monitoraggio costante degli esiti.

Solo tramite un lavoro sinergico tra diversi professionisti di riferimento è inoltre possibile: i) individuare i rischi e i benefici associati ai singoli interventi proposti e giustificare i rischi in relazione ai potenziali benefici; ii) verificare l'omogeneità dell'applicazione dei programmi alla popolazione e, nel caso in cui siano selezionati sottogruppi di popolazione, escludere eventuali profili stigmatizzanti; iii) verificare che il processo di consenso informato sia previsto, realizzabile, appropriato e sufficiente; iv) individuare le implicazioni sociali delle iniziative e le potenziali conseguenze sia a breve che a lungo termine; v) comunicare in maniera tempestiva, trasparente e comprensibile a tutti.

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 7 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti.
Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev.)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor.
Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19.
Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19.
Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Versione del 29 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS.
Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 30 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.)
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19.
Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 3 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.
Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2 Versione del 7 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica
Raccomandazioni ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone rino/orofaringeo per la diagnosi di COVID-19. Versione del 29 maggio 2020
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev. 2).

12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M.
Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.
Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19.
Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.
Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.
Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.
Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19.
Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 14 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev.).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.
Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario

- emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.*
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19.
Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione dell'8 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti.
Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.
Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19.
Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19.
Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19.
Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.
Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.
Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19.
Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)