



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 42/2020

# Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19

Gruppo di lavoro Bioetica COVID-19

Versione del 28 maggio 2020



# Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19

Versione del 28 maggio 2020

## Gruppo di lavoro ISS 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**

Francesca PIERGENTILI, Alberto GAMBINO, Giorgio RESTA, Carlo PETRINI

Istituto Superiore di Sanità

**Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.**

Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19

2020, iii, 21 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020

La disciplina della protezione dei dati personali ha acquisito un ruolo fondamentale nell'emergenza COVID-19: la raccolta e l'utilizzo dei dati, in particolare quelli relativi alla salute, sono strumenti indispensabili nell'azione di contrasto della pandemia. Limitazioni alla privacy per motivi di tutela della sanità pubblica sono consentite dal GDPR, così come dal Codice in materia di protezione dei dati, secondo criteri di proporzionalità, precauzione e temporaneità. Il presente rapporto ricostruisce i principi giuridici ed etici della materia, cercando di fornire indicazioni operative per il trattamento dei dati personali nell'emergenza.

Istituto Superiore di Sanità

**Data protection in COVID-19 emergency. Version of May 28, 2020.**

ISS Bioethics COVID-19 Working Group

2020, iii, 21 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020 (in Italian)

Data protection rules has gained a key role in the COVID-19 emergency: the collection and use of data, particularly the ones concerning health, are crucial tools for the law enforcement action against the pandemic. Privacy restrictions due to public health protection motifs are allowed by the GDPR, along with the Data Protection Code, in accordance with the proportionality, precaution and temporariness criteria. The present report reenacts the legal and ethical principles, in the attempt to provide operative guidance for the processing of personal data during the emergency.

Un particolare ringraziamento dagli autori è per il Dott. Carlo Villanacci, Responsabile della Protezione dei Dati dell'Istituto Superiore di Sanità, per l'attenta revisione del testo.

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

Per informazioni su questo documento scrivere a: [segreteria.bioetica@iss.it](mailto:segreteria.bioetica@iss.it)

Citare questo documento come segue:

Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).

---

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
1. Principi generali.....	2
1.1. Normativa sulla protezione dei dati personali.....	2
1.1.1. Principi fondamentali in tema di protezione dei dati personali.....	2
1.1.2. Trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario.....	3
1.1.3. Trattamento dei dati nell'emergenza sanitaria.....	4
1.2. Principi etici e biogiuridici sulla protezione dei dati sanitari.....	5
2. Profili applicativi.....	8
2.1. Protezione dei dati sanitari nella pandemia COVID-19.....	8
2.1.1. Art. 14 del decreto-legge n. 14/2020 sul trattamento dei dati nell'emergenza da COVID-19.....	8
2.1.2. La protezione dei dati personali nella sorveglianza territoriale.....	8
2.1.3. Protezione dei dati sanitari nella ricerca e nella sperimentazione in emergenza sanitaria...9	
2.1.4. Indicazioni del Garante della privacy.....	12
2.1.5. Dichiarazioni dello European Data Protection Board e del Consiglio d'Europa.....	12
2.1.6. Fascicolo sanitario elettronico alla luce del decreto Rilancio.....	14
2.2. Profili applicativi sulla protezione dei dati nella pandemia COVID-19.....	16
2.2.1. Indicazioni operative per le strutture e gli operatori sanitari.....	16
2.2.2. Dati sanitari e contesto lavorativo.....	16
2.2.3. COVID-19 e utilizzo delle App: l'App Immuni nel decreto-legge n. 28/2020.....	18



# Prefazione

Etica e diritto sono strettamente intrecciati. La salute e la protezione dei dati personali sono due ambiti in cui tale intreccio è particolarmente fitto.

La tutela dei dati personali nel tempo della pandemia di COVID-19 interessa tutti: i singoli cittadini, gli operatori della sanità pubblica, coloro che hanno responsabilità decisionali. La pandemia, quindi, sfida l'etica e il diritto a livello sia dell'individuo, sia della società. Essa è uno dei casi più emblematici dei conflitti che tipicamente il diritto e l'etica devono affrontare nella sanità pubblica: la conciliazione tra diritti individuali e interessi collettivi. Specialmente nelle situazioni di emergenza, la tutela della salute della popolazione può imporre restrizioni nelle libertà individuali. Tra queste vi sono, per esempio, la quarantena e la necessità di conoscere dati sanitari.

Il Gruppo di Lavoro ISS "Bioetica – COVID-19" ha reputato opportuno offrire, nell'ambito dei "Rapporti ISS COVID-19", anche un contributo giuridico dedicato al tema della protezione dei dati personali. Il presente Rapporto, quindi, è complementare ad altri Rapporti prodotti dal Gruppo di Lavoro, e ne costituisce un indispensabile integrazione.

Si è cercato di rendere il rapporto fruibile ad un pubblico vasto ed eterogeneo: il cittadino potrà trovarvi informazioni utili su ciò che la situazione pandemica comporta sull'assetto normativo che regola la tutela dei dati personali: il ricercatore, il personale sanitario, l'amministratore della sanità pubblica potranno trovare una sintesi pratica e operativa utile anche per preparare progetti, prendere decisioni, allestire programmi.

Un testo sulla tutela dei dati personali non poteva mancare nella serie dei "Rapporti ISS-COVID-19" anche perché è lo stesso Istituto Superiore di Sanità (ISS) a dover avere particolare cura nel gestire adeguatamente i dati personali. Infatti, sebbene in Istituto non si assistano direttamente pazienti, tuttavia si gestiscono informazioni cliniche, si acquisiscono, elaborano e diffondono dati, si coordinano sperimentazioni cliniche, studi epidemiologici e altri tipi di ricerche, si effettuano molteplici altre attività fondate sull'utilizzo di dati sanitari.

L'utilità del testo non si esaurisce nel momento dell'emergenza pandemica, che ha imposto l'adozione di norme severe che sarebbero inaccettabili in condizioni ordinarie, ma si estenderà nel tempo: per un lungo periodo, infatti, occorrerà mantenere attive procedure intrusive nei dati personali, quali, ad esempio, il controllo dei contatti interpersonali.

*Carlo Petrini*





# Introduzione

L'emergenza sanitaria in atto causata dalla pandemia ha generato un conflitto tra libertà individuali e interessi collettivi, che ha riguardato anche la materia dei dati personali.

L'evoluzione della tecnologia digitale ha ormai reso sempre più "reale" la dimensione digitale stessa: oggi la raccolta e l'utilizzo dei dati, e in particolare quelli relativi alla salute, hanno acquisito un ruolo fondamentale per contrastare la diffusione del contagio.

La disciplina di protezione dei dati contempla già limitazioni necessarie a garantire la salute pubblica, attraverso criteri di proporzionalità, precauzione e temporaneità. È all'interno della cornice di questi principi che si leggono le previsioni e, soprattutto, le deroghe al sistema ordinario di tutela dei dati.

Il punto problematico riguarderà allora l'individuazione del livello consentito di limitazione dei diritti, quello strettamente necessario ai fini della tutela della salute. In altre parole, la tensione creatasi tra privacy e salute pubblica fino a che punto potrà spingersi?

La materia della protezione dei dati è stata definita un "diritto inquieto"<sup>1</sup> poiché in dialettica con una tecnica in continua evoluzione e con i molteplici interessi, di natura sia individuale che collettiva, ma che trova forza nella sua funzione sociale<sup>2</sup>: nel contrasto al virus essa si rivela, allora, indispensabile "rappresentando il punto di equilibrio tra libertà e tecnica, tra persona e società, il presupposto della tenuta della democrazia anche in circostanze eccezionali"<sup>3</sup>.

Anche il Comitato europeo per la protezione dei dati ha affermato che non dovrebbe esserci una scelta tra risposta efficace alla crisi e la tutela dei diritti fondamentali, essendo possibile realizzare entrambi gli obiettivi: "i principi di protezione dei dati possono svolgere un ruolo molto importante nella lotta contro il virus" dal momento che "il diritto europeo in materia di protezione dei dati consente l'uso responsabile dei dati personali per la gestione della salute, garantendo al contempo che non siano erosi i diritti e le libertà individuali"<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Intervento di A. Soro, Presidente del Garante per la protezione dei dati personali in *Agenda Digitale*, 29 marzo 2020, "Tracciamento contagi coronavirus, ecco i criteri da seguire". Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteprivacy.it>

<sup>2</sup> Cfr. *Considerando* n. 4 del GDPR

<sup>3</sup> Intervento di A. Soro, cit.

<sup>4</sup> Comitato europeo per la protezione dei dati, *Linee-guida 04/2020 sull'uso dei dati di localizzazione e degli strumenti per il tracciamento dei contatti nel contesto dell'emergenza legata al COVID-19*, 21 aprile 2020, punto 49.

# 1. Principi generali

## 1.1. Normativa sulla protezione dei dati personali

### 1.1.1. Principi fondamentali in tema di protezione dei dati personali

Il diritto di ogni persona alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano è oggi un diritto fondamentale dell'individuo previsto dall'art. 8, par.1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dall'art. 16, par. 1, del TFUE (Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea).

Tale diritto è, inoltre, tutelato dal Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, che ha abrogato la direttiva 95/46/CE (indicato come *General Data Protection Regulation*, GDPR). In Italia anche il **Codice in materia di protezione dei dati personali**<sup>5</sup> è stato adeguato, con il DL.vo 10 agosto 2018, n. 101, alle disposizioni del Regolamento.

Per dato personale si intende qualsiasi informazione riguardante, direttamente o indirettamente, una persona fisica identificata o identificabile (il c.d. «interessato»): tale informazione può riguardare una sua caratteristica, il suo stato di salute, la sua situazione economica, ecc.

Al fine di tracciare una sintesi dei principi generali in tema di protezione dei dati personali, l'art. 5 del GDPR individua:

- a) i principi di **liceità, correttezza e trasparenza**: i dati devono essere trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato;
- b) la limitazione della **finalità**: i dati sono, cioè, raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime; gli stessi sono trattati in modo compatibile con tali finalità. Eventuali trattamenti successivi devono essere compatibili con le finalità della raccolta dei dati.
- c) la **minimizzazione** dei dati: i dati personali sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati;
- d) il principio di **esattezza e aggiornamento**: devono, cioè, essere esatti e aggiornati; devono essere inoltre adottate le misure per rettificare o cancellare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità del trattamento;
- e) le limitazioni alla **conservazione** dei dati: questi ultimi devono essere conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati;
- f) il principio di **integrità e riservatezza**: trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali.
- g) il principio di **responsabilizzazione**: il titolare del trattamento è competente per il rispetto dei principi appena esaminati e in grado di provarlo. Il titolare mette in atto le misure tecniche e organizzative adeguate per garantire, ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento è effettuato conformemente al Regolamento (art. 24, paragrafo 1).

---

<sup>5</sup> Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Per quanto riguarda la liceità del trattamento dei dati, il Regolamento – come già in precedenza il Codice in materia di protezione dei dati personali – prevede che ogni trattamento trovi fondamento in una idonea base giuridica.

I fondamenti della liceità sono indicati dall'art. 6 del GDPR, in base al quale il trattamento sarà lecito se l'interessato abbia espresso il consenso al trattamento o, altrimenti, se il trattamento è necessario: alla salvaguardia di interessi vitali della persona interessata o di terzi; per adempiere a obblighi di legge cui è soggetto il titolare; per interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri; per il perseguimento del legittimo interesse prevalente del titolare o di terzi cui i dati vengono comunicati; all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte.

Qualora il trattamento sia basato sul consenso, in base all'art. 7 del GDPR, il titolare del trattamento deve dimostrare che l'interessato abbia prestato il proprio consenso. Non è richiesta in ogni caso la forma scritta. La logica sottesa alla norma è quella della responsabilizzazione dei data controllers, senza appesantirne il carico burocratico. Tale obiettivo potrebbe essere raggiunto, per esempio, attraverso un "registro" cronologico e sistematicamente organizzato dei consensi, una annotazione nella cartella clinica, nonché attraverso una registrazione del colloquio.

Per quanto riguarda il trattamento di "categorie particolari di dati personali" (art. 9 del GDPR) – tra i quali rientrano i dati relativi alla salute – esso è, in via generale, vietato a meno che il titolare dimostri di soddisfare almeno una delle condizioni previste dall'art. 9, par. 2 del GDPR.

### 1.1.2. Trattamento dei dati relativi alla salute in ambito sanitario

Il divieto generale di trattare le "categorie particolari di dati", tra cui anche quelli sulla salute, consente alcune deroghe, che rendono lecito il trattamento di tali dati. Le eccezioni, previste dall'art. 9 del GDPR, sono riconducibili ai trattamenti necessari per:

- a) **motivi di interesse pubblico rilevante** sulla base del diritto dell'UE o degli Stati membri (art. 9, par. 2, lett. g) del GDPR);
- b) **motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica**, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che preveda misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale (art. 9, par. 2, lett. i) del GDPR e considerando n. 54) (es. emergenze sanitarie conseguenti a sismi e sicurezza alimentare);
- c) **finalità di cura**, e cioè finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione/Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità, (art. 9, par. 2, lett. h) e par. 3 del GDPR e considerando n. 53.

I trattamenti essenziali per finalità determinate e connesse alla cura della salute ed effettuati da un professionista sanitario soggetto al segreto professionale (o altra persona soggetta all'obbligo di segretezza), non richiedono il consenso dell'interessato al trattamento dei dati.

Per quanto riguarda i trattamenti in ambito sanitario che non rientrano nelle ipotesi sopra richiamate e che richiedono il consenso esplicito dell'interessato (art. 9, par. 2, lett. a), si riporta, come esempio, il caso dei trattamenti effettuati attraverso il Fascicolo sanitario elettronico e i trattamenti connessi all'utilizzo di App mediche – con le quali autonomi titolari raccolgono dati, anche sanitari dell'interessato, per finalità diverse dalla telemedicina oppure quando, indipendentemente dalla finalità dell'applicazione, ai dati dell'interessato

possano avere accesso soggetti diversi dai professionisti sanitari o altri soggetti tenuti al segreto professionale<sup>6</sup>.

In base al principio di trasparenza (art. 5, par. 1, lett. a) del GDPR) i titolari devono informare l'interessato sui principali elementi del trattamento, al fine di renderli consapevoli sulle principali caratteristiche dello stesso. L'informativa deve essere concisa, trasparente, intellegibile, facilmente accessibile. Il linguaggio con la quale l'informativa è scritta deve essere semplice e chiaro.

Per quanto riguarda i tempi di conservazione, invece, se non fissati da specifiche norme, sono definiti dal titolare del trattamento e, in ogni caso, devono essere indicati nella informativa. Il tempo di conservazione può essere fornito dal titolare anche attraverso l'indicazione dei criteri utilizzati per determinarlo (artt. 13 e 14, par. 2, lett. a).

Sono obbligatori la tenuta del registro dei trattamenti e la nomina di un RPD per gli organismi pubblici e nel caso di trattamenti in larga scala. Si ritiene che anche il trattamento dei dati relativi a pazienti svolto da un ospedale privato, da una casa di cura o da una residenza sanitaria assistenziale (RSA) possa rientrare, in linea generale, nel concetto di larga scala<sup>7</sup>.

### 1.1.3. Trattamento dei dati nell'emergenza sanitaria

Nella situazione di emergenza sanitaria, come quella in atto, l'attività di trattamento dei dati rientra nella ipotesi prevista dall'art. 9 par. 2 lett. i) del GDPR, che come visto nel paragrafo precedente, consente deroghe al generale divieto di trattare "categorie particolari di dati" quando:

«il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale».

Non a caso il decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14 recante *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*, pubblicato in G.U. n. 62, il 9 marzo 2020, ed in vigore dal 10 marzo 2020, consente – come si vedrà nei paragrafi successivi – una disciplina semplificata per la tutela dei dati personali in base, per l'appunto, all'art. 9 par. 2 lett. i) del Regolamento.

Già prima del decreto-legge, l'ordinanza del Capo del dipartimento della Protezione civile (O.C.D.P.C.) n. 630 del 3 febbraio 2020<sup>8</sup> – a seguito di parere conforme dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali<sup>9</sup> – aveva consentito la possibilità di realizzare trattamenti dei dati personali, anche appartenenti alle categorie particolari (art. 9 GDPR) e giudiziarie (art. 10 GDPR), necessari per l'esercizio della funzione di Protezione civile, connessa all'insorgenza delle patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. È stato pertanto consentito, vista la situazione di necessità, un flusso di scambio di dati tra i soggetti individuati dagli artt. 4 e 13 del codice della Protezione civile<sup>10</sup> (i componenti del Servizio Nazionale della Protezione civile e delle strutture operative ad esso connesse) nel rispetto dei principi stabiliti dall'art. 5 GDPR, visti in precedenza (proporzionalità, minimizzazione, finalità, ecc.). Tali dati potranno essere condivisi tra i soggetti

<sup>6</sup> cfr. FAQ CNIL del 17.8.2018 sulle applicazioni mobili in sanità

<sup>7</sup> [Linee guida sui Responsabili della protezione dei dati, WP243](#), adottate il 13.12.2016, versione emendata e adottata in data 5.4.2017, punto 2.1.3, doc. web n. 612048, fatte proprie dal Comitato europeo per la protezione dei dati il 25.5.2018, cfr. Endorsement n. 1/2018

<sup>8</sup> O.C.D.P.C. n. 630 del 3.2.2020, pubblicata in G.U. n. 32 in data 8.2.2020

<sup>9</sup> Provvedimento n. 15 del 2.2.2020

<sup>10</sup> Decreto legislativo n. 1 del 2.1.2018

autorizzati, nonché comunicati a soggetti pubblici e privati nel caso in cui ciò risulti indispensabile, ai fini del contenimento dell'epidemia.

L'ordinanza ha poi previsto che per esigenze di celerità 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, anche oralmente.

## 1.2. Principi etici e biogiuridici sulla protezione dei dati sanitari

Nell'inedita emergenza sanitaria che stiamo vivendo sono entrati inevitabilmente in tensione principi e valori diversi tra loro, tutti tutelati dal nostro ordinamento. È necessario allora trovare nell'emergenza un, non semplice, bilanciamento tra protezione di beni primari e libertà fondamentali.

Tale tensione ha riguardato anche la materia dei dati personali: la tutela della vita e della salute - sia come interesse collettivo, sia come protezione del singolo individuo (soprattutto del soggetto più fragile) - nella pandemia ha consentito deroghe al regime ordinario della protezione dei dati personali.

La vita e la salute sono certamente beni fondamentali e prioritari. Il diritto alla vita, "riconosciuto implicitamente come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996) - in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri - dall'art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU (Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali)"<sup>11</sup>, così come il diritto alla salute, unico diritto della Carta costituzionale ad essere qualificato come "fondamentale" (art. 32 Cost.), trovano nell'attuale situazione emergenziale una protezione del tutto particolare, in grado di consentire restrizioni di altre libertà e diritti pur sempre garantiti dalle norme costituzionali (è il caso, ad esempio, della libertà di circolazione, del diritto all'istruzione, della libertà di riunione, della libertà religiosa e di culto, della libertà di iniziativa economica). In ogni caso è possibile affermare che le restrizioni in oggetto non possono spingersi sino a pregiudicare il rispetto dell'altrettanto fondamentale principio della dignità umana, che l'art. 1 della Carta dei diritti UE definisce "inviolabile".

A tal proposito, anche il tema della raccolta e del trattamento dei dati personali nell'emergenza sanitaria investe questioni etiche e biogiuridiche rilevanti.

Il *Considerando* n. 4 del GDPR ricorda che il trattamento dei dati personali "dovrebbe essere al servizio dell'uomo" e che il diritto alla protezione dei dati "non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va contemperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità". Il Regolamento rispetta tutti i diritti fondamentali e osserva le libertà e i principi riconosciuti dalla Carta dell'Unione europea e dai trattati.

Come si è già visto nei paragrafi precedenti, limitazioni alla privacy per motivi di sanità pubblica sono consentite dal Regolamento, così come dal Codice in materia di protezione dei dati: le deroghe al regime ordinario sono considerate misure necessarie e proporzionate applicate "per la salvaguardia della sicurezza pubblica, ivi comprese la tutela della vita umana, in particolare in risposta a catastrofi di origine naturale o umana" (*Considerando* n. 73 del GDPR).

Il riferimento alla necessità e alla proporzionalità delle limitazioni alla privacy comporta che l'impiego dei dati sia limitato alle finalità per cui sono raccolti<sup>12</sup> e per il tempo strettamente necessario a far fronte all'emergenza.

La disciplina della protezione dei dati contempla già al suo interno limitazioni necessarie a garantire la salute pubblica, attraverso criteri di proporzionalità, precauzione e temporaneità.

---

<sup>11</sup> Corte cost. sentenza n. 242 del 2019

<sup>12</sup> Cfr. WHO, *Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance*, 2017

Per l'inscindibile rapporto che lega il dato sanitario alla persona, rimane comunque necessario un coinvolgimento e la condivisione delle misure adottate con il singolo. Anche la scelta legata al tracciamento e all'utilizzo di App per il contenimento del contagio, come si vedrà in seguito, è strettamente connessa alla volontà e al consenso del singolo. Tali riflessioni chiamano in causa la responsabilità individuale per il bene comune e, pertanto, per la tutela della salute collettiva, in un'ottica solidaristica. Per esserci allora una scelta libera, consapevole e responsabile per la lotta all'epidemia sarà necessaria una adeguata, completa e comprensibile informazione dell'interessato.

È importante ricordare che la salute collettiva non è il fine assoluto, in grado di legittimare qualsiasi compressione delle libertà e dei diritti individuali del singolo, ma la "somma" della salute di ogni individuo, il quale non è mai mezzo per la collettività ma è già fine in se stesso.

Il contrasto all'epidemia ha come fine il bene di ogni singolo individuo e, pertanto, il bene della collettività, intesa come insieme di tutti gli individui. Le raccomandazioni, dunque, legate alla precauzione, alla proporzionalità e alla temporaneità delle misure che limitano le possibilità e le libertà individuali nell'emergenza sanitaria, non sono semplici clausole "di stile" ma esprimono l'attenzione per il singolo e per i suoi diritti fondamentali, pur riconoscendo necessario il contrasto dell'epidemia.

Un esempio di questa attenzione al singolo si è avuto per il caso della diffusione sui social network e sugli organi di stampa di dati personali eccessivi (nome, cognome, indirizzo di casa, dettagli clinici) riguardanti persone risultate positive al COVID-19. Rispetto a tali diffusioni è intervenuto il Garante della protezione dei dati, ricordando che "anche in una situazione di emergenza quale quella attuale, in cui l'informazione mostra tutte le sue caratteristiche di servizio indispensabile per la collettività, non possono essere disattese alcune garanzie a tutela della riservatezza e della dignità delle persone colpite dalla malattia". L'Autorità ha, pertanto, richiamato all'attenzione di tutti gli operatori dell'informazione il "rispetto del requisito dell'essenzialità" delle notizie che vengono fornite, astenendosi dal riportare i dati personali dei malati che non rivestono ruoli pubblici, per questi ultimi nella misura in cui la conoscenza della positività assuma rilievo in ragione del ruolo svolto"<sup>13</sup>.

I dati e le tecnologie utilizzate per la lotta al COVID-19 non hanno come obiettivo il controllo delle persone e dei loro comportamenti ma si rivelano, invece, strumenti utili per la persona e per la collettività dal momento che offrono ulteriori possibilità per il contenimento del contagio.

Principi fondamentali che devono guidare la materia sono sicuramente il divieto di discriminazioni, rispetto alla malattia e all'utilizzo dei dati per la lotta al virus, come anche l'esclusione di qualsiasi fine lucrativo derivante dalla raccolta di dati personali ricavati nell'ambito di tali misure di contrasto all'emergenza sanitaria da parte delle aziende.

Il Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa, in una Dichiarazione del 14 aprile 2020<sup>14</sup>, ha ricordato, tra i principi essenziali nel contesto della pandemia, il rispetto della dignità umana e dei diritti umani "che devono guidare le decisioni e pratiche mediche nel contesto dell'attuale crisi".

Il numero crescente di casi gravi solleva infatti importanti problemi etici a cui i professionisti e le autorità devono rispondere. In tale contesto il Consiglio d'Europa ricorda gli importanti principi contenuti nella Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (Convenzione di Oviedo) che offre un quadro unico per la protezione dei diritti umani, anche nell'emergenza, per guidare le decisioni e le pratiche sia in campo clinico che in quello della ricerca. In particolare si fa riferimento: al principio di uguaglianza, soprattutto in riferimento ai soggetti più fragili; alla necessità dell'intervento legislativo per le restrizioni ai diritti dell'individuo; alla

---

<sup>13</sup> Garante protezione dati personali, Comunicato stampa del 31 marzo 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteprivacy.it/>

<sup>14</sup> Consiglio d'Europa, *Déclaration du DH-BIO sur les considérations en matière de droits de l'Homme relatives à la pandémie de COVID-19*, 14 aprile 2020

necessità di condizioni di protezioni specifiche per quanto riguarda la raccolta e il trattamento di dati sanitari, essenziali nella lotta contro COVID-19; il principio di responsabilità e di solidarietà sociale, anch'essi fondamentali per il contrasto della pandemia.

## 2. Profili applicativi

### 2.1. Protezione dei dati sanitari nella pandemia COVID-19

#### 2.1.1. Art. 14 del decreto-legge n. 14/2020 sul trattamento dei dati nell'emergenza da COVID-19

L'art. 14 decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14 (ora art. 17-bis del decreto-legge 18/2020, convertito con modifiche in legge 24 aprile 2020, n. 27) ha cristallizzato il regime del trattamento dei dati nell'attuale emergenza sanitaria da COVID-19, riformulando quanto già previsto dall'ordinanza del 3 febbraio 2020 ed elevando il rango della fonte che regola la materia.

L'art. 14 ha prima di tutto ricordato il carattere temporaneo del regime semplificato, destinato ad avere una vigenza non superiore alla durata dello stato di emergenza. Si è poi previsto che:

- a) i dati personali, comuni e "sensibili", possono essere **trattati e avere una circolazione interna agli organi deputati al contrasto dell'emergenza**, tra i quali rientrano, oltre ai soggetti precedentemente indicati, anche "gli uffici del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, le strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e i soggetti deputati a monitorare e a garantire l'esecuzione delle misure disposte ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6";
- b) i medesimi dati possono essere **comunicati** ad altri soggetti **pubblici** (si pensi in particolare agli enti territoriali o alle autorità di pubblica sicurezza) e **privati** (si pensi ai datori di lavoro), nonché **diffusi** (purché non si tratti dei dati particolari di cui all'art. 9 e 10 GDPR), qualora ciò risulti indispensabile al fine dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza in atto;
- c) al trattamento si applicano i **principi** generali contenuti nell'all'art. 5 GDPR, già menzionati in precedenza (liceità, correttezza, trasparenza, finalità, minimizzazione, etc.);
- 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) 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.

#### 2.1.2. La protezione dei dati personali nella sorveglianza territoriale

La disciplina "semplificata" della tutela dei dati personali nell'emergenza sanitaria è, dunque, finalizzata a rendere più agevole e veloce lo scambio di informazioni tra le autorità sanitarie, sviluppando così la sorveglianza territoriale<sup>15</sup> e rendendo più efficace il contenimento dell'epidemia.

Per ricostruire il sistema della sorveglianza, è allora importante menzionare alcuni provvedimenti che hanno inciso direttamente sulla disciplina che riguarda i titolari del trattamento, la tipologia dei dati raccolti e la direzione del flusso comunicativo.

---

<sup>15</sup> Per un approfondimento della tematica vedi Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020 - *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici*, disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>; e *La protezione dei dati personali nel diritto dell'emergenza Covid-19* di G. Resta in *Giustiziacivile.com*, n. 5/2020.



Il primo dei provvedimenti in discorso è l'ordinanza del Ministero della Salute, del 21 febbraio 2020<sup>16</sup>, concernente la sorveglianza attiva dei soggetti a rischio contagio. L'art. 2 ricorda che i dati personali raccolti nell'ambito delle attività di sorveglianza – e, dunque, in base all'art. 1, in caso di quarantena con sorveglianza attiva per soggetti che abbiano avuto contatti stretti con casi confermati di infezione – “vengono trattati dall'Autorità sanitaria competente per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, ai sensi dell'art. 9, paragrafo 2, del Regolamento UE 2016/679, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali, ivi incluse quelle relative al segreto professionale, e in relazione al contesto emergenziale in atto”. L'articolo stabilisce inoltre il termine di conservazione dei dati: la documentazione acquisita deve essere “distrutta trascorsi sessanta giorni dalla raccolta, ove non si sia verificato alcun caso sospetto”.

L'ordinanza del Dipartimento di protezione civile del 27 febbraio 2020 ha, invece, attribuito all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la sorveglianza epidemiologica e quella microbiologica del SARS-CoV-2, disponendo la creazione di una piattaforma informatica nella quale devono confluire i dati raccolti da tutte le Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano. L'ordinanza prevede inoltre che l'ISS raccolga i **campioni biologici positivi** di tutte le persone sottoposte a sorveglianza epidemiologica per analizzarli, per confermare i casi di positività e tenerne una lista aggiornata. L'ordinanza prescrive poi la comunicazione dei dati dall'ISS al Ministro della Salute e, in forma aggregata, al Capo Dipartimento Protezione Civile. Per agevolare la collaborazione scientifica internazionale, è previsto infine che i dati, resi in forma anonima, possano essere condivisi con il database della World Health Organization (WHO, Organizzazione Mondiale della Sanità) e dello European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Le disposizioni normative d'urgenza prevedono poi per chi abbia soggiornato nelle zone a rischio epidemiologico di dare tale comunicazione alla azienda sanitaria territoriale, anche per il tramite del medico di base, per gli accertamenti previsti come, ad esempio, l'isolamento fiduciario.

I DPCM del 4 e dell'8 marzo 2020, nello specifico, estendono le misure già adottate dai precedenti provvedimenti del Ministero della Salute, stabilendo per i soggetti che abbiano soggiornato nelle zone a rischio l'**obbligo di comunicare** tali informazioni all'azienda sanitaria competente per territorio, nonché al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta. Tali dati verranno poi riversati al servizio di sanità pubblica con modalità definite dalle Regioni.

### **2.1.3. Protezione dei dati sanitari nella ricerca e nella sperimentazione in emergenza sanitaria**

L'art. 40 del decreto-legge 8 aprile 2020 n. 23 ha previsto che limitatamente al periodo dello stato di emergenza, “al fine di migliorare la capacità di coordinamento e di analisi delle evidenze scientifiche disponibili sui medicinali, l'**AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) può accedere a tutti i dati degli studi clinici sperimentali, osservazionali e dei programmi di uso terapeutico compassionevole, per pazienti con COVID-19**”. Anche i protocolli degli studi osservazionali sui farmaci sono preliminarmente valutati dalla Commissione tecnico scientifica (CTS) dell'AIFA, che ne comunica gli esiti anche al Comitato tecnico scientifico dell'Unità di crisi.

Il Garante per la protezione dei dati personali ha chiarito, nella sezione FAQ relativa al Trattamento dati nel contesto delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche mediche nell'ambito dell'emergenza sanitaria da COVID-19, che i **centri di sperimentazione** possono trattare dati personali, anche relativi alla salute dei pazienti affetti da COVID-19, per sperimentazioni cliniche dei medicinali – come gli studi clinici sperimentali sui medicinali di fase I, II, III e IV, gli studi osservazionali sui farmaci e i programmi di uso terapeutico compassionevole – nella misura strettamente necessaria per il contrasto della pandemia, sulla base del

---

<sup>16</sup> Ordinanza del Ministero della salute del 21 febbraio 2020 – Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19

**consenso degli interessati o di un altro presupposto giuridico**, ai sensi dell'art. 9, par. 2, del GDPR, in conformità al diritto dell'Unione o nazionale per motivi di interesse pubblico rilevante, per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica e per fini di ricerca scientifica (art. 9, par. 2, lett. a), g), i) e j)<sup>17</sup>.

Laddove non sia possibile informare gli interessati e non sia quindi possibile acquisire il consenso al trattamento, i titolari del trattamento sono tenuti a raccogliere tale consenso, previa idonea informativa, presso chi esercita legalmente la potestà di questi ultimi, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato<sup>18</sup>.

Se per specifiche e comprovate ragioni non sia possibile acquisire il consenso informato neanche presso terzi, o se questo rischi di pregiudicare l'esito della ricerca – come nel caso di trattamento di dati riferiti a pazienti defunti o ricoverati in reparti di terapia intensiva – i titolari che intendano svolgere trattamenti di dati che riguardano **studi sperimentali e usi compassionevoli dei medicinali per uso umano**, per la cura e la prevenzione del virus, non sono obbligati, nella fase emergenziale, alla preventiva sottoposizione del progetto di ricerca, alla valutazione di impatto e alla consultazione preventiva del Garante di cui all'art. 110 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Quanto agli studi osservazionali, una interpretazione strettamente letterale del documento citato, riprodotto nella sezione FAQ del Garante, potrebbe indurre a ritenere che, nell'impossibilità di ottenere il consenso informato, i promotori di uno studio osservazionale debbano sottoporre il progetto di ricerca e la valutazione di impatto alla consultazione preventiva del Garante, mentre i promotori di uno studio clinico a carattere interventistico ne sarebbero espressamente esentati.

Una siffatta diversificazione del regime giuridico sembrerebbe poco ragionevole, in quanto gli studi meno invasivi per la sfera personale (ossia gli studi osservazionali), sarebbero destinatari di un trattamento peggiore rispetto agli studi che presentano rischi diretti per la persona umana. Anche in virtù di una siffatta considerazione, è da preferire una diversa lettura del documento del Garante, la quale verte su una declinazione più ampia della nozione di "studio sperimentale". Si noti innanzitutto che tra le ipotesi, contemplate dal Garante medesimo, di impossibilità di acquisizione del consenso informato, rientra la ricerca che coinvolga il trattamento di "dati relativi a pazienti defunti". Ebbene, poiché è difficile ipotizzare che uno studio interventistico possa essere condotto su pazienti defunti, se ne desume chiaramente che il Garante, nell'utilizzare la formula "studi sperimentali", fa propria un'accezione estesa del sintagma, facendovi rientrare anche gli studi osservazionali o non interventistici. Quanto all'utilizzo dell'avverbio "esclusivamente", esso è da intendersi riferito alla finalità di "cura e prevenzione del virus Covid-19", sicché il senso della proposizione sarebbe quello di adottare un regime derogatorio - eliminandosi la necessità della valutazione preventiva del Garante - per tutti gli studi clinici (interventistici e osservazionali) i quali perseguano lo specifico obiettivo, di grande rilevanza sociale, della "cura e prevenzione del virus Covid-19". In tal modo al documento in oggetto si attribuirebbe non soltanto un significato convergente con le esigenze della ricerca scientifica come precedentemente illustrate e non distonico rispetto ad esse. Ancor più, si eviterebbe un contrasto con quanto previsto nell'Autorizzazione generale n. 9/2016 – Autorizzazione generale al trattamento dei dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica – del 15 dicembre 2016 (confermata con provvedimento del 13 dicembre 2018, doc. web n. 9068972), che, per le ipotesi di studi osservazioni su campioni biologici umani per i quali sia impossibile ottenere il consenso informato dell'interessato, autorizza il trattamento dei dati qualora il progetto di ricerca abbia ottenuto il parere favorevole del competente comitato etico territoriale, escludendo espressamente la necessità di una valutazione preventiva del Garante. In conclusione, è ragionevole ritenere che anche gli studi osservazionali godano – alle condizioni illustrate in precedenza – di un regime derogatorio per tutta la durata

<sup>17</sup> Cfr. FAQ - *Trattamento dati nel contesto delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche mediche nell'ambito dell'emergenza sanitaria da Covid-19*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.garanteprivacy.it/>

<sup>18</sup> Cfr. punto 4.11.2 delle *Prescrizioni relative al trattamento dei dati genetici*, allegato 4 al provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, doc. web n. 9124510).

dell'emergenza Covid-19. Al contempo non si può non esprimere l'auspicio di un intervento chiarificatore da parte dello stesso Garante, che elimini i margini di incertezza residui, i quali possono rappresentare un ostacolo significativo per la più efficace e proficua conduzione delle attività di ricerca scientifica.

Il Comitato europeo per la protezione dei dati (European Data Protection Board, EDPB) ha adottato il 21 aprile 2020 le linee guida sul trattamento di dati relativi alla salute per finalità di ricerca nel contesto dell'emergenza legata al COVID-19<sup>19</sup>. Le Linee guida chiariscono che il GDPR già contiene numerose disposizioni in merito al trattamento dei dati relativi alla salute per finalità di ricerca scientifica, le quali trovano applicazione anche nel contesto della pandemia<sup>20</sup>. Il documento ricorda essere comunque necessario il rispetto dei principi forniti dall'art. 5 del GDPR, e in particolare richiama:

- a) **La trasparenza.** L'interessato dovrebbe essere informato del trattamento e che i dati sanitari che lo riguardano sono trattati per scopi scientifici. Per quanto riguarda i dati utilizzati nella ricerca, spesso sono ottenuti non direttamente dall'interessato (ma ad esempio sono ricavati dalle cartelle cliniche): sarà dunque necessario fornire le informazioni contenute nell'art. 14, che prevede le informazioni da fornire qualora i dati personali non siano stati ottenuti presso l'interessato. Le Linee guida ricordano poi quanto disposto: dall'art. 14, par. 3, lett. a), e cioè che il titolare del trattamento fornisce le informazioni "entro un termine ragionevole dall'ottenimento dei dati personali, ma al più tardi entro un mese, in considerazione delle specifiche circostanze in cui i dati personali sono trattati"; dall'art. 14, par. 4, e cioè che "qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati ottenuti, prima di tale ulteriore trattamento fornisce all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni informazione pertinente". Eccezioni sono consentite dall'art. 14, par. 5, lett. b) e riportate nelle Linee guida. Il riferimento è ai casi di: impossibilità della comunicazione delle informazioni; lo sforzo sproporzionato; il rischio di rendere impossibile o di pregiudicare gravemente il conseguimento delle finalità di tale trattamento. L'art. 14, par. 5, lett. c), prevede poi una deroga agli obblighi informativi nel caso in cui l'ottenimento o la comunicazione sono espressamente previsti dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento e che prevede misure appropriate per tutelare gli interessi legittimi dell'interessato.
- b) **La limitazione delle finalità.** L'art. 5, par.1, lett. b) prevede, in particolare, che "un ulteriore trattamento dei dati personali" a fini di ricerca scientifica non è considerato incompatibile con le finalità iniziali. L'art. 89 prevede inoltre che il trattamento a fine di ricerca scientifica "è soggetto a garanzie adeguate per i diritti e le libertà dell'interessato". Tali misure possono includere la pseudonimizzazione, purché le finalità in questione possano essere conseguite in tal modo.
- c) **La minimizzazione dei dati e limiti alla conservazione.** Nella ricerca scientifica, la minimizzazione dei dati può essere raggiunta attraverso la valutazione del tipo e della quantità di dati necessari alle finalità del trattamento. Laddove possibile, è importante rendere anonimi i dati. I dati possono essere conservati per periodi più lunghi a condizione che siano trattati esclusivamente a fini di ricerca scientifica. Per definire quali dati sono necessari o per stabilire il periodo di conservazione è importante considerare lo scopo della ricerca.
- d) **L'integrità e riservatezza.** Servono adeguate misure di sicurezza dei dati, anche nell'emergenza sanitaria. Strumenti utili a tal fine sono: la pseudonimizzazione, gli accordi di non divulgazione e la definizione dell'accesso.

---

<sup>19</sup> *Guidelines 03/2020 on the processing of data concerning health for the purpose of scientific research in the context of the COVID-19 outbreak*, adottate il 21 aprile 2020

<sup>20</sup> Come ad esempio l'art. 5, par. 1, lett. b) e lett. e); l'art. 14, par. 5, lett. b); e l'art. 17, par. 3, lett. d) GDPR.

Per il contrasto della pandemia sarà necessaria la condivisione internazionale dei dati personali relativi alla salute per finalità di ricerca scientifica. In rapporto ai **trasferimenti internazionali di dati relativi alla salute per finalità di ricerca connesse alla lotta al COVID-19**, le Linee guida ricordano la necessità di rispettare i principi contenuti nell'art. 5, nell'art.6 sulla liceità, e nell'art. 9 sulle categorie particolari di dati, ma anche l'intero capo V del GDPR sul trasferimento dei dati. In particolare, l'art. 45 prevede che il trasferimento è ammesso se la Commissione ha deciso che il paese terzo, un territorio o uno o più settori specifici all'interno del paese terzo, o l'organizzazione internazionale in questione garantiscono un livello di protezione adeguato.

#### **2.1.4. Indicazioni del Garante della privacy**

Il Garante per la protezione dei dati personali è più volte intervenuto nel corso dell'emergenza sanitaria, sottolineando la necessità di prevedere adeguate garanzie per il rispetto dei principi di proporzionalità, necessità, ragionevolezza e temporaneità.

I diritti possono essere, infatti, in contesti emergenziali limitati, ma tali restrizioni “devono essere proporzionali alle esigenze specifiche e temporalmente limitate”, iscritte “in un quadro di garanzie certe...senza cedere a improvvisazioni”: “il limite dell'emergenza è insomma nel suo non essere autonoma fonte del diritto ma una circostanza che il diritto deve normare, pur con eccezioni e regole duttili, per distinguersi tanto dalla forza, quanto dall'arbitrio”<sup>21</sup>.

La protezione dati rappresenta, allora, “uno strumento utilissimo nell'azione di contrasto dell'epidemia, quando quest'azione sia fondata su dati e algoritmi, dei quali va garantita esattezza, qualità e revisione “umana”, ove necessario, come nel caso di decisioni automatizzate errate perché fondate su bias”<sup>1</sup>.

Anche rispetto a possibili geolocalizzazioni, il Garante ha indicato quale criterio di azione quello della gradualità, attraverso la valutazione, prima, delle soluzioni meno invasive. Per l'acquisizione di dati identificativi, ha invece espresso la necessità di una “previsione normativa ad efficacia temporalmente limitata, dotata di adeguate garanzie e, soprattutto, conforme al principio di proporzionalità, che impone anzitutto un'analisi sullo scopo della raccolta dei dati”: serve, pertanto, “un'analisi preliminare dell'effettiva idoneità della soluzione scelta a conseguire risultati utili nell'azione di contrasto, in ordine proporzionale alle esigenze perseguite e sempre che misure meno invasive non debbano ritenersi idonee a conseguire i risultati sperati”<sup>1</sup>.

#### **2.1.5. Dichiarazioni dello European Data Protection Board e del Consiglio d'Europa**

L'EDPB ha affermato che il quadro giuridico in materia di protezione dei dati “è stato concepito per essere flessibile e, in quanto tale, è in grado di conseguire una risposta efficace per limitare la pandemia e proteggere i diritti umani e le libertà fondamentali”<sup>22</sup>.

Esso ha inoltre sottolineato che ove sia necessario ricorrere al trattamento di dati personali per gestire la pandemia, la protezione dei dati sarà “indispensabile per generare un clima di fiducia, creare le condizioni per l'accettabilità sociale di qualsiasi soluzione e garantire, pertanto, l'efficacia di tali misure”. Dal momento che il virus non conosce confini, il Comitato ha auspicato “di sviluppare un approccio comune europeo in risposta alla crisi attuale, o almeno realizzare una cornice di interoperabilità”.

Già nella Dichiarazione del 19 marzo 2020, il Comitato aveva rilevato la necessità di “adottare adeguate misure di sicurezza e riservatezza che garantiscano che i dati personali non siano divulgati a soggetti non

---

<sup>21</sup> Intervista a A. Soro, Presidente del Garante per la protezione dei dati personali, “La sfida privacy in era coronavirus”, Ansa, 17 marzo 2020.

<sup>22</sup> Comitato europeo per la protezione dei dati, *Linee guida 04/2020 sull'uso dei dati di localizzazione e degli strumenti per il tracciamento dei contatti nel contesto dell'emergenza legata al COVID-19*, 21 aprile 2020

autorizzati” e di “documentare in misura adeguata le misure messe in campo per gestire l’attuale emergenza e il relativo processo decisionale”<sup>23</sup>.

Per il Comitato il trattamento automatizzato dei dati e le tecnologie digitali possono essere elementi chiave nella lotta alla pandemia. Tuttavia, esso chiarisce che è necessario “guardarsi dal rischio di effetti irreversibili”: ogni misura adottata in queste circostanze eccezionali deve essere necessaria, limitata nel tempo, di portata minima e soggetta a un riesame periodico ed effettivo nonché a una valutazione scientifica”<sup>4</sup>.

Nelle Dichiarazione dell’EDPB è chiarito che le esigenze di contrasto all’epidemia e la tutela della salute pubblica possono essere considerate possibili basi giuridiche del trattamento alternative al consenso dell’interessato, sia per i dati comuni (artt. 6, punto 1, lett. *d*, *e*), che per i dati particolari, in base all’art. 9, punto 2, nel rispetto della proporzionalità e del contenuto essenziale del diritto alla protezione dei dati.

Per quanto riguarda l’uso di App per la lotta al virus, il Comitato europeo per la protezione dei dati ha affermato che “il monitoraggio sistematico e su larga scala dell’ubicazione e/o dei contatti tra persone fisiche costituisce una grave interferenza nella vita privata”, che può essere legittimata “solo facendo affidamento su un’adozione volontaria da parte degli utenti per ciascuno dei rispettivi scopi”: le persone che non intendono o non possono utilizzare tali applicazioni non dovrebbero subire alcun pregiudizio. Per quanto riguarda l’utilizzo dei dati relativi all’ubicazione, per il Comitato sarebbe da privilegiare il trattamento di dati anonimi piuttosto che di dati personali. Mentre l’anonimizzazione consente di utilizzare i dati senza restrizioni, i dati pseudonimizzati rientrano nel campo di applicazione del regolamento generale sulla protezione dei dati<sup>4</sup>.

La segnalazione nell’App di utenti infetti dal COVID-19 dovrebbe poi essere soggetta a idonea procedura (come ad esempio mediante l’impiego di un codice monouso correlato a una identità pseudonima della persona infetta e collegato a un laboratorio o a un operatore sanitario) e sarebbe necessaria una conferma sicura: “se la conferma non può essere ottenuta in modo sicuro, non dovrebbe aversi alcun trattamento di dati sulla base di una presunzione di validità dello status relativo all’utente”.

Anche il Consiglio d’Europa, con un documento del 7 aprile,<sup>24</sup> ha ricordato alcuni principi fondamentali da seguire nell’emergenza sanitaria: il necessario rispetto dello stato di diritto e dei principi democratici (in particolare del principio di legalità; la necessaria temporalità limitata allo stato di emergenza delle misure eccezionali; il principio di necessità, che richiede un limitato campo di applicazione della legislazione di emergenza; la ripartizione dei poteri e il controllo dell’azione dell’esecutivo durante lo stato di emergenza) e dei principi fondamentali in materia di diritti umani (in particolare del diritto alla vita, del divieto di tortura e di pene o trattamenti inumani o degradanti, del diritto alla libertà e alla sicurezza). Il Consiglio nel documento si è soffermato anche sulla materia dei dati personali, ricordano il ruolo importante delle nuove tecnologie di accesso e di trattamento dei dati per contenere e porre rimedio alla pandemia: il monitoraggio, il tracciamento e l’anticipazione sono considerate fasi cruciali della sorveglianza. Il documento ha inoltre ricordato che anche la Convenzione 108 del Consiglio, nella sua versione aggiornata<sup>25</sup>, consente eccezioni alle norme ordinarie sulla protezione dei dati, per un periodo di tempo limitato, con garanzie adeguate (ad esempio l’anonimizzazione) e con un quadro di controllo efficace per garantire che questi dati siano raccolti, analizzati, conservati e condivisi in modo legittimo e responsabile.

---

<sup>23</sup> Comitato europeo per la protezione dei dati, *Dichiarazione sul trattamento dei dati personali nel contesto dell’epidemia di COVID-19*, adottata il 19 marzo 2020

<sup>24</sup> COE, Information Documents SG/Inf(2020)11, *Respecting democracy, rule of law and human rights in the framework of the COVID-19 sanitary crisis. A toolkit for member states*, 7 aprile 2020

<sup>25</sup> *Modernised Convention for the Protection of Individuals with Regard to the Processing of Personal Data* (CETS 223)

### 2.1.6. Fascicolo sanitario elettronico alla luce del decreto Rilancio

Con l'art. 11 del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, il c.d. decreto "Rilancio", è estesa la definizione di **Fascicolo sanitario elettronico** (FSE) – di cui all'art. 12, commi 1 e 3, del decreto-legge n. 179 del 2012 – a tutti i documenti digitali sanitari e socio-sanitari, riferiti alle prestazioni sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che fuori SSN. È, pertanto, esteso il campo di azione del FSE attraverso l'ampiamiento della tipologia di informazioni trattate e ampliato il novero dei soggetti abilitati con il riferimento alla generalità degli esercenti le professioni sanitarie.

Con il decreto è inoltre abrogato il comma 3 bis dell'art. 12 del decreto-legge n. 179/2012 e, pertanto, eliminato l'obbligo del consenso dell'interessato all'alimentazione del FSE. L'esplicita manifestazione del consenso da parte dell'assistito rimane comunque necessaria per la consultazione del FSE da parte dei soggetti autorizzati (ex comma 5) e per l'alimentazione del pregresso (referti e informazioni relativi a eventi clinici del passato).

Il Governo ha voluto in tal modo proporre importanti riforme sulla disciplina del FSE alla luce della recente esperienza maturata nell'ambito della pandemia da COVID-19.

In ossequio al principio di accentramento e di non duplicazione affermato negli ultimi Piani Triennali per l'Informatizzazione delle amministrazioni, le modifiche apportate alla disciplina sembrano volte a realizzare l'interoperabilità dei FSE anche sul piano dell'accesso mediante un nuovo Portale Nazionale FSE, attraverso il quale tutti gli assistiti potranno consultare e aggiungere dati nel proprio Fascicolo, indipendentemente dalla residenza regionale.

È prevista, inoltre, l'alternatività per l'accesso al FSE tra il sito di ciascuna Regione o Provincia e quello relativo al Portale Nazionale. Detto portale dovrà essere realizzato secondo le misure tecniche e organizzative che saranno definite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sempre più spesso impiegato dal Governo e dal Legislatore come consulente privacy.

L'intento è, evidentemente, quello di creare un Fascicolo che non sia più ad uso esclusivo del sistema sanitario regionale e alimentato unicamente dalle strutture pubbliche e accreditate, ma anche dagli altri medici nonché dagli stessi assistiti. Soprattutto, ciò che rileva, è la previsione volta a uniformare i flussi informativi tra tutti i soggetti coinvolti nella cura degli assistiti, anche rispetto ai piani terapeutici. In questo senso è essenziale la previsione di una interoperabilità con l'Anagrafica Nazionale Assistiti (ANA), con l'Indice Nazionale dei documenti del FSE, l'Anagrafe Vaccinale e, non da ultimo, con il Sistema Informativo dei Trapianti, al fine di conoscere le dichiarazioni sulle donazioni degli organi, e con i CUP.

Novità riguardano anche l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI) dei FSE: sono state estese le sue funzioni, a supporto delle regioni in ritardo per l'accelerazione della digitalizzazione dei documenti – attraverso l'aggiunta della funzione di codifica e di firma remota - e per la conservazione dei documenti digitalizzati. L'INI è inoltre potenziato con il trattamento, in conformità al GDPR, anche delle necessarie informazioni riguardanti le deleghe (es. dei minori), la gestione dell'indice dei FSE a livello nazionale e il portale nazionale FSE.

Le modifiche apportate al FSE offrono molteplici spunti di riflessione atteso che, allo stato, sono le Regioni e le Province, ai sensi del decreto-legge n. 179/2012, a gestire il FSE e a definirne misure e modalità di sicurezza, nell'ambito di alcuni parametri tecnici di interoperabilità definiti dal MEF.

La nuova modalità di accesso prevista per il FSE segue, evidentemente, la logica di un maggiore accentramento della gestione dei dati sanitari, esigenza emersa indubbiamente nel recente periodo di pandemia globale, ove l'immediata conoscenza della storia clinica degli assistiti è risultata essenziale per la tempestiva diagnosi della patologia e, viepiù, per contenere il contagio.

Proprio in questa ottica, la scelta di coinvolgere il Garante risulta quanto mai opportuna nella misura in cui alla concentrazione dei dati consegue una maggiore esposizione ad attacchi. Non sono d'altronde mancati in quest'ultimo periodo cyber attacchi legati proprio all'emergenza sanitaria volti a trafugare quanti più dati sanitari possibile.

I rischi aumentano, evidentemente, anche in ragione del maggior numero di soggetti che sono chiamati a inserire i dati nel FSE, come accennato, non solo i medici del sistema sanitario regionale, ma tutti gli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito a prescindere dal luogo. Questo comporterà, infatti, anche l'apertura del FSE a soggetti privati i cui sistemi dovranno interagire con lo standard pubblico, fermo il rispetto delle misure di sicurezza definite.

Il coinvolgimento di una vasta platea di soggetti operanti nel settore sanitario metterà alla prova anche le attuali politiche di trattamento dei dati personali e la sicurezza dei relativi sistemi gestionali. Se già il Garante aveva anticipato prima dell'emergenza COVID-19 che una specifica attenzione sarebbe stata data alle strutture sanitarie nelle prossime attività ispettive è da attendersi che il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari nel FSE necessiterà di una maggiore cura e sforzo volto ad assicurare il corretto trattamento dei dati personali.

Agevolerà, indubbiamente, la realizzazione di adeguate misure di sicurezza la previsione dell'obbligo di accesso alla piattaforma tramite SPID, di cui al richiamo alla Determinazione n. 80 del 2018 dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

Le modifiche introdotte incideranno anche sulla titolarità del trattamento dei dati di cui al FSE che, allo stato, è in capo a Regioni e Province ma che dovrà essere riconsiderata alla luce del potere di determinazione delle misure di sicurezza ora attribuito al MEF. In questo senso il Garante sarà chiamato anche a definire i rapporti rispetto ai trattamenti dei dati sanitari, esplicitando i profili di responsabilità tra i vari soggetti coinvolti sia in ordine alla disciplina del trattamento dei dati, che con riferimento alla responsabilità medica connessa al corretto inserimento dei dati.

Ciò che è certo è che le modifiche apportate al FSE dal Decreto Rilancio non sono meramente formali o stilistiche, al contrario porteranno ad un cambiamento radicale nel FSE e nell'impiego, anche da parte degli assistiti, di questo strumento. In disparte i rischi, è indubbia la necessità del cambio di impostazione del FSE al fine non tanto di un contenimento della spesa, circostanza che ne aveva inizialmente suggerita la creazione, ma soprattutto per la gestione più efficiente dei dati che, specie nei momenti di crisi, devono essere nella disponibilità degli operatori sanitari per assicurare a tutti i malati, da parte del sistema sanitario nazionale, il livello di cure più elevato possibile.

L'art. 7 del decreto Rilancio consente poi al **Ministero della Salute** il trattamento dei dati personali, anche relativi alla salute, raccolti nei sistemi informativi dell'SSN. Un decreto successivo del Ministro della salute stabilirà, previo parere del Garante, quali dati potranno essere trattati (anche appartenenti alle categorie particolare di dati), le modalità di acquisizione dei dati, i tempi di conservazione e le specifiche tutele e garanzie per gli interessati.

L'art. 13 del decreto autorizza l'**Istituto Nazionale di Statistica** (ISTAT), in qualità di titolare del trattamento, anche in contitolarità con altri soggetti che fanno parte o partecipano al Sistema statistico nazionale, fino al termine dello stato di emergenza e per i dodici mesi successivi, a trattare dati personali, anche inerenti alle particolari categorie di dati e relativi a condanne penali e reati, di cui agli articoli 9 e 10 del GDPR, per effettuare rilevazioni, anche longitudinali, elaborazioni e analisi statistiche anche presso gli interessati sul territorio nazionale, volte alla comprensione della situazione economica, sociale ed epidemiologica italiana. I trattamenti saranno individuati in una o più specifiche direttive del presidente dell'ISTAT, adottate previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, e svolti nel rispetto delle pertinenti disposizioni del Decreto legislativo n. 196 del 2003 e delle Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale.

L'articolo specifica che l'ISTAT fornisce agli interessati le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del GDPR anche in forma sintetica. Le informazioni agli interessati sono pubblicate in maniera completa e facilmente consultabili sul sito istituzionale dell'ISTAT.

I dati trattati nell'ambito delle indagini statistiche privi di ogni riferimento che permetta l'identificazione diretta delle unità statistiche, possono essere comunicati, per finalità scientifiche, ai soggetti di cui al comma 1 dell'art. 5-ter del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nei limiti e secondo le modalità ivi previste, nonché ai soggetti che fanno parte o partecipano al Sistema statistico nazionale. La diffusione dei dati trattati nell'ambito delle indagini statistiche è autorizzata comunque solo in forma anonima e aggregata.

## **2.2. Profili applicativi sulla protezione dei dati nella pandemia COVID-19**

### **2.2.1. Indicazioni operative per le strutture e gli operatori sanitari**

La disciplina in vigore vieta la diffusione dei dati relativi alla salute: il divieto non ha subito deroghe nell'emergenza epidemiologica. Le aziende sanitarie e gli operatori sanitari, così come le prefetture e i comuni, non possono diffondere (attraverso per esempio siti web) i nominativi dei casi accertati di positività o dei soggetti sottoposti alla misura dell'isolamento, anche qualora la finalità sia quella di contenere la diffusione dell'epidemia.

Il Garante della privacy ha chiarito che le strutture sanitarie possono individuare le modalità che ritengono più opportune per fornire informazioni, riguardanti lo stato di salute, ai familiari dei pazienti positivi che non sono in grado di comunicare autonomamente (può, ad esempio, la struttura sanitaria dedicare un numero verde per tali informazioni). È tuttavia necessario prevedere adeguate misure per identificare le persone legittimate a ricevere tali informazioni sullo stato di salute del familiare ricoverato.

L'Autorità ha inoltre specificato che tutti i professionisti sanitari possono raccogliere le informazioni che ritengono necessarie per le attività di cura dei loro pazienti, comprese quelle legate ai sintomi da COVID-19. L'accertamento e la raccolta di tali informazioni, così come le informazioni sugli spostamenti più recenti sono invece di competenza degli operatori sanitari e del sistema attivato dalla protezione civile, organi deputati a garantire il rispetto delle nuove regole di sanità pubblica.

L'operatore di sanità pubblica è inoltre chiamato, per il contenimento del contagio, a ricostruire la filiera dei contatti stretti del soggetto risultato positivo.

### **2.2.2. Dati sanitari e contesto lavorativo**

Nell'attuale situazione legata all'emergenza epidemiologica, si sono susseguiti numerosi interventi atti di indirizzo emanati dalle istituzioni competenti: tra le misure è stato stabilito, al fine di contenere il contagio, che i datori di lavoro, le cui attività non sono sospese, sono tenuti a osservare le misure per il contenimento e la gestione dell'emergenza contenute nel *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro tra Governo e parti sociali* del 14 marzo 2020.

Il Protocollo prevede che “nel caso in cui una persona presente in azienda sviluppi febbre e sintomi di infezione respiratoria quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente all'ufficio del personale, si dovrà procedere al suo isolamento in base alle disposizioni dell'autorità sanitaria e a quello degli altri presenti dai locali, l'azienda procede immediatamente ad avvertire le autorità sanitarie competenti”.

Il datore di lavoro ha inoltre l'obbligo di comunicare i nominativi del personale contagiato alle autorità sanitarie competenti e di collaborare per l'individuazione dei contatti stretti, per l'attivazione delle misure di



profilassi. Saranno, infatti, le autorità sanitarie a occuparsi di informare questi ultimi, non potendo il datore comunicare il nominativo del dipendente affetto da COVID-19 agli altri lavoratori. Il datore di lavoro dovrà comunque adottare, in caso di presenza di persona affetta all'interno dei locali, le misure relative alla pulizia e alla sanificazione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (v. punto 4 del Protocollo condiviso).

Il datore di lavoro deve rilevare la temperatura corporea del personale dipendente per l'accesso ai locali e alle sedi aziendali, ma anche nei confronti degli utenti, dei visitatori, dei clienti nonché dei fornitori (ove per questi ultimi non ci sia una modalità di accesso separata).

Anche il Ministro per la pubblica amministrazione ha stabilito misure analoghe per i propri dipendenti, attraverso la firma di diversi protocolli con le sigle sindacali maggiormente rappresentative nella pubblica amministrazione (come il *Protocollo di accordo per la prevenzione e la sicurezza dei dipendenti pubblici in ordine all'emergenza sanitaria da "COVID-19"* del 3 e 8 aprile 2020): le misure per la sicurezza del settore privato sono state, infatti, ritenute coerenti con le indicazioni già fornite dal Ministro con la direttiva n. 2/2020 e con la Circolare n. 2/2020.

La rilevazione della temperatura corporea del lavoratore, associata all'identità dell'interessato, costituisce un trattamento di dati personali, in base all'art. 4, par. 1, del Regolamento: l'Autorità ha chiarito che non è ammessa la registrazione del dato relativo alla temperatura corporea rilevata, bensì, nel rispetto del principio di minimizzazione, è consentita la registrazione della sola circostanza del superamento della soglia stabilita dalla legge e nel caso in cui sia necessario documentare la ragione che ha escluso l'accesso al luogo di lavoro.

Nel caso in cui la temperatura corporea venga rilevata a clienti o visitatori occasionali, anche se la temperatura risulti superiore alla soglia indicata nelle disposizioni emergenziali, non è, di regola, necessario registrare il dato concernente il motivo del diniego di accesso.

Nel rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, il dipendente ha l'obbligo di segnalare al datore di lavoro qualsiasi situazione di pericolo per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro (art. 20 del DL.vo 9 aprile 2008, n. 81).

La direttiva n. 1/2020 del Ministro per la pubblica amministrazione ha chiarito che, in virtù di tale obbligo, il dipendente pubblico e chiunque opera, a vario titolo, nella P.A. deve segnalare all'amministrazione di provenire o di avere avuto contatti con chi proviene da un'area a rischio. Il datore di lavoro può richiedere tali comunicazioni, ove necessario, anche mediante canali dedicati.

L'accesso alla sede di lavoro è comunque precluso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi o provenga da zone a rischio.

In ogni caso potranno essere raccolti solo i dati necessari, adeguati e pertinenti rispetto alla prevenzione del contagio: non potranno essere richieste invece informazioni aggiuntive in merito alla persona risultata positiva o alle località visitate o a ulteriori dettagli attinenti alla sfera privata.

In base al Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro già citato è possibile richiedere una dichiarazione che attesti tali circostanze anche a visitatori e clienti.

Al medico competente permane, anche nell'emergenza, il divieto di informare il datore di lavoro circa le specifiche patologie dei lavoratori. Nell'emergenza gli adempimenti connessi alla sorveglianza sanitaria sui lavoratori da parte del medico competente rappresentano misure di prevenzione di carattere generale e sono effettuati nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali e nel rispetto delle misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della Salute (cfr. anche Protocollo condiviso del 14 marzo 2020).

Il medico competente collabora, inoltre, con il datore di lavoro per le misure di regolamentazione legate al COVID-19: il medico segnala al datore di lavoro situazioni di particolare fragilità e patologie attuali o

pregresse dei dipendenti (cfr. paragrafo 12 del Protocollo del 14 marzo citato) e, pertanto, quei casi specifici in cui la condizione di fragilità connessa anche allo stato di salute del dipendente impongono l'impiego dello stesso in ambiti meno esposti al rischio di infezione. Non è però necessario fornire informazioni al datore di lavoro sulla specifica patologia del lavoratore.

Il datore di lavoro può trattare i dati personali dei dipendenti se ciò: sia previsto dalla normativa; se disposto dagli organi competenti; se vi è una specifica segnalazione del medico competente, nello svolgimento dei propri compiti di sorveglianza sanitaria.

Il datore di lavoro non dovrà comunicare i dati relativi al personale contagiato al Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Sin dall'inizio dell'emergenza in Italia, il Garante aveva espresso la necessità di seguire le indicazioni date dalle autorità competenti in materia, chiedendo ai datori di lavoro di "astenersi dal raccogliere, a priori e in modo sistematico e generalizzato, anche attraverso specifiche richieste al singolo lavoratore o indagini non consentite, informazioni sulla presenza di eventuali sintomi influenzali del lavoratore e dei suoi contatti più stretti o comunque rientranti nella sfera extra lavorativa", essendo "la finalità di prevenzione dalla diffusione del Coronavirus ...svolta da soggetti che istituzionalmente esercitano queste funzioni in modo qualificato"<sup>26</sup>.

L'art. 99 del decreto Rilancio ha infine istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali l'**Osservatorio nazionale per il mercato del lavoro**: tra le finalità dell'Osservatorio vi è lo studio e l'elaborazione dei dati relativi all'occupazione con particolare riferimento all'analisi per competenze, caratteristiche settoriali, territoriali, sociali, demografiche e di genere.

### **2.2.3. COVID-19 e utilizzo delle App: l'App Immuni nel decreto-legge n. 28/2020**

Il decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28, recante Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta COVID-19, ha introdotto un sistema di tracciamento dei contatti e dei contagi per prevenire la diffusione del COVID-19.

La decisione di intervenire con un atto avente forza di legge, di rango primario, soddisfa i requisiti di cui all'art. 9, par. 2, lett. i) del GDPR e agli artt. 2-ter e 2-sexies del Codice, con garanzie ulteriori che potranno essere stabilite con il provvedimento del Garante da adottare ai sensi dell'art. 2-quinquiesdecies del medesimo Codice.

La piattaforma unica nazionale è istituita presso il Ministero della Salute per la gestione del sistema dei soggetti che, a tal fine, installeranno, su base volontaria, sul proprio cellulare un'apposita applicazione (*App Immuni*). L'App utilizza la tecnologia Bluetooth-Low-Energy e permette la registrazione e il mantenimento sul dispositivo mobile, in forma criptata, della traccia dei contatti stretti avuti con altri utenti, in forma anonima. Attraverso la piattaforma è così possibile, in caso di accertata positività di un soggetto, la rapida ricostruzione della catena dei contatti avuti dal soggetto stesso, per la segnalazione del rischio e l'attivazione delle misure di isolamento prescritte.

---

<sup>26</sup> Garante protezione dati personali, Comunicato del 2.3.2020, *Coronavirus: Garante Privacy, no a iniziative "fai da te" nella raccolta dei dati. Soggetti pubblici e privati devono attenersi alle indicazioni del Ministero della salute e delle istituzioni competenti*. Disponibile all'indirizzo <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9282117>

Lo scopo dell'applicazione, come chiarisce l'art. 6 del decreto-legge, è quello di "allertare le persone che siano entrate in contatto stretto con soggetti risultati positivi e tutelarne la salute attraverso le previste misure di prevenzione nell'ambito delle misure di sanità pubblica legate all'emergenza COVID-19".

Il decreto ha recepito l'indirizzo offerto dall'Autorità garante e dal Comitato europeo per la protezione dei dati, sulla necessaria volontarietà dell'utilizzo dell'applicazione: il comma 4 dell'articolo chiarisce a tal proposito che il mancato utilizzo "non comporta alcuna conseguenza pregiudizievole" e assicura il rispetto del principio di parità di trattamento. La mancata adesione al sistema, pertanto, non comporta alcun svantaggio né rappresenta la condizione per l'esercizio di diritti.

Il titolare del trattamento dei dati è il Ministero della Salute, il quale si coordina, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, anche ai sensi dell'articolo 28 del GDPR, con i soggetti operanti nel Servizio nazionale della protezione civile e con i soggetti "attuatori" di cui all'art. 1 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3.2.2020, nonché con l'ISS e, anche per il tramite del Sistema Tessera Sanitaria, con le strutture pubbliche e private accreditate che operano nell'ambito dell'SSN. Le modalità operative del sistema di allerta sono complementari alle ordinarie modalità in uso nell'ambito dell'SSN.

Il Ministero della salute, all'esito di una valutazione di impatto, sempre aggiornata ed effettuata ai sensi dell'art. 35 del GDPR, "adotta misure tecniche e organizzative idonee a garantire un livello di sicurezza adeguato ai rischi elevati per i diritti e le libertà degli interessati", sentito il Garante per la protezione dei dati personali. In particolare:

- a) gli utenti ricevano, prima dell'attivazione dell'applicazione, **informazioni chiare e trasparenti** al fine di raggiungere una piena consapevolezza, in particolare, sulle finalità e sulle operazioni di trattamento, sulle tecniche di pseudonimizzazione utilizzate e sui tempi di conservazione dei dati (art. 13 e 14 GDPR);
- b) per impostazione predefinita i dati personali raccolti dovranno essere esclusivamente quelli **necessari** ad avvisare gli utenti dell'applicazione di rientrare tra i contatti stretti di altri utenti accertati positivi al COVID-19, individuati secondo criteri stabiliti dal Ministero della Salute, ed agevolare l'eventuale adozione di misure di assistenza sanitaria in favore degli stessi soggetti (art. 25 GDPR);
- c) il trattamento effettuato per allertare i contatti sia basato sul trattamento di **dati di prossimità dei dispositivi, resi anonimi oppure**, ove ciò non sia possibile, **pseudonimizzati**. È esclusa, in ogni caso la geolocalizzazione dei singoli utenti;
- d) siano garantite, su base permanente, la **riservatezza**, l'**integrità**, la **disponibilità** e la **resilienza** dei sistemi e dei servizi di trattamento nonché misure adeguate ad evitare il rischio di reidentificazione degli interessati cui si riferiscono i dati pseudonimizzati oggetto di trattamento
- e) i dati relativi ai contatti stretti siano conservati, anche nei dispositivi mobili, per il periodo strettamente necessario al trattamento, la cui durata è stabilita dal Ministero. I dati sono cancellati in modo automatico alla scadenza del termine;
- f) i diritti degli interessati di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679 possano essere esercitati anche con modalità semplificate

Il comma 3 dell'art. 6 chiarisce che i dati così raccolti non possono essere trattati per finalità diverse da quella indicata nell'articolo. L'unica deroga ammessa è per l'utilizzo "in forma aggregata o comunque anonima, per soli fini di sanità pubblica, profilassi, statistici o di ricerca scientifica", (ai sensi degli artt. 5, par.1, lett.a) e 9, par. 2, lett. i) e j), del GDPR).

L'utilizzo dell'App. e della piattaforma, nonché il trattamento dei relativi dati sono, comunque, interrotti alla data di cessazione dello stato di emergenza disposto con delibera del Consiglio dei ministri del 31.1.2020 –

che indica come data il 31 luglio –, e comunque non oltre il 31 dicembre 2020: “entro la medesima data tutti i dati personali trattati devono essere cancellati o resi definitivamente anonimi” (comma 6).

La piattaforma è di titolarità pubblica ed è realizzata esclusivamente con infrastrutture localizzate sul territorio nazionale e gestite da soggetti pubblici o società a totale partecipazione pubblica; anche i programmi informatici sviluppati per la realizzazione della piattaforma sono di titolarità pubblica.

Il Garante per la protezione dei dati personali, nel parere sulla normativa del 29 aprile 2020<sup>27</sup>, ha rilevato che la disciplina contenuta nel decreto tiene conto di molte delle indicazioni fornite dallo stesso nell’audizione tenuta in data 8 aprile presso la IX Commissione trasporti e comunicazioni della Camera dei deputati<sup>28</sup>, dal Segretario generale in riscontro alle ipotesi avanzate all’interno del Gruppo di lavoro “data-driven” per l’emergenza COVID-19, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri<sup>29</sup>. Essa appare poi conforme ai criteri indicati dalle linee guida del Comitato europeo per la protezione dei dati del 21 aprile per quanto riguarda: la trasparenza, la necessaria previsione normativa, la volontarietà, la determinatezza ed esclusività dello scopo, la selettività e la minimizzazione dei dati, la non esclusività del processo algoritmico, l’interoperabilità con altri sistemi di *contact tracing* utilizzati in Europa, la reciprocità di anonimato tra gli utenti dell’App.

La norma sul sistema di tracciamento è poi sufficientemente dettagliata per quanto riguarda l’articolazione del trattamento, la tipologia di dati raccolti, le garanzie accordate agli interessati e la temporaneità della misura.

L’App, insieme ai tamponi e ai test sierologici, sarà uno strumento utile per contenere la diffusione del virus. L’efficienza del contributo che le App possono fornire alla gestione della pandemia dipende però da molteplici fattori (come ad esempio la definizione di “contatto” in termini di prossimità e durata)<sup>30</sup>. Fondamentale per il contributo delle App è sicuramente la percentuale delle persone che installeranno l’applicazione stessa: a tal proposito risulta necessaria non solo la predisposizione di una disciplina garantista ma anche un’ampia campagna informativa in grado di sensibilizzare la collettività. La tutela della salute, individuale e collettiva, e il principio di solidarietà dovrebbero essere il perno del sistema in grado di abbattere le “resistenze” per il bene comune.

Le applicazioni dovrebbero, poi, far parte di una strategia globale in materia di sanità pubblica per combattere la pandemia.

Anche la Commissione UE ha riconosciuto l’importanza della lotta comune europea al virus, anche attraverso l’uso di App: essa ha affermato che “le applicazioni mobili di solito installate su smartphone (App) possono aiutare le autorità sanitarie, a livello nazionale e dell’UE, a monitorare e contenere l’attuale pandemia di COVID-19 e sono particolarmente importanti in fase di revoca delle misure di contenimento”, fornendo “indicazioni dirette ai cittadini” e sostenendo “lo sforzo di tracciamento dei contatti”<sup>31</sup>. Ma la Commissione ha anche chiarito che “*conditio sine qua non* per lo sviluppo, l’accettazione e l’utilizzo di tali App da parte delle persone è la fiducia”: in altre parole, “i cittadini devono essere certi che è garantito il

---

<sup>27</sup> Garante protezione dati personali, *Parere sulla proposta normativa per la previsione di una applicazione volta al tracciamento dei contagi da COVID-19* - 29 aprile 2020

<sup>28</sup> in [www.gpdp.it](http://www.gpdp.it), doc. web n. [9308774](#)

<sup>29</sup> nota del 7 aprile 2020, doc. web. n. [9316821](#)

<sup>30</sup> Cfr. p. 6, Comitato europeo per la protezione dei dati, *Linee-guida 04/2020 sull’uso dei dati di localizzazione e degli strumenti per il tracciamento dei contatti nel contesto dell’emergenza legata al COVID-19*, 21 aprile 2020

<sup>31</sup> Commissione UE, Comunicazione, *Orientamenti sulle App a sostegno della lotta alla pandemia di covid-19 relativamente alla protezione dei dati* (2020/C 124 I/01). Vedi inoltre Commission EU, *Recommendation on a common Union toolbox for the use of technology and data to combat and exit from the COVID-19 crisis, in particular concerning mobile applications and the use of anonymised mobility data*, 8-4-2020, C (2020)2296 final.); *Guidance on Apps supporting the fight against COVID-19 pandemic in relation to data protection*, 17-4-2020, 2020/C 124 I/01)

rispetto dei diritti fondamentali e che le App verranno utilizzate solo per finalità specificamente definite, che non saranno utilizzate per la sorveglianza di massa e che le persone continueranno ad avere il controllo dei propri dati”.

Come appare necessario ribadire, anche nell’ottica della fiducia dei cittadini, che le limitazioni e le deroghe consentite per la lotta al virus al diritto alla protezione dei dati personali sono intrinsecamente legate allo stato di emergenza e destinate a decadere non appena superata la crisi.

# 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 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
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 per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020).
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 del 15 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)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiari M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).