

CoViD-19 e nuove tecnologie: implicazioni etiche e tutela dei diritti fondamentali

Carlo BOTRUGNO*

RUEBES, L'Altro Diritto Università di Firenze

ABSTRACT: The handling of pandemic in all the countries affected by the CoViD-19 outbreak is a major topic of discussion at global level, also due to the ethical, legal and social implications posed by the measures adopted by national governments and health authorities to face the emergency. New technologies are playing a fundamental role to curb the virus outbreak and the discussion around its use came out from the narrow boundaries of the academic debate. Moving from the theoretical approach of the everyday bioethics, I will briefly analyse the main ethical issues posed by the advent of pandemics with regard to the use of the new technologies. These issues can be clustered in three categories: *a)* the healthcare organisation; *b)* the respect of fundamental rights; *c)* the protection of vulnerable groups

1. Introduzione

La diffusione del CoViD-19 ha sconvolto le forme di vita della maggior parte della popolazione globale e ha indotto molti dei paesi gravemente colpiti dall'emergenza sanitaria ad adottare misure di contenimento del contagio che si sono tradotte, pressoché ovunque, in una restrizione delle libertà e dei diritti fondamentali che non ha precedenti nella storia delle democrazie moderne, al di fuori del tempo di guerra.

Come noto, sin dall'inizio dell'emergenza, l'obbligo di mantenere la distanza personale – il 'distanziamento sociale' – è stato inteso come un mezzo fondamentale per proteggere la salute della popolazione e garantire, nella misura del possibile, la continuazione

* Contatto: Carlo BOTRUGNO | carlo.botrugno@unifi.it



delle attività ordinarie umane. In questo contesto, le nuove tecnologie – in particolare, le tecnologie dell’informazione e della comunicazione (TIC) – hanno assunto un ruolo di primo piano nel contrasto della pandemia, al netto delle implicazioni etiche, giuridiche e sociali sollevate dal loro utilizzo. L’analisi di queste ultime, invero, ha alimentato un dibattito di proporzioni abnormi, che ha avuto il merito di infrangere gli angusti confini del confronto accademico, coinvolgendo gran parte della società. Sebbene non sempre questo dibattito sia riuscito a fare luce sugli interrogativi sollevati dalla gestione dell’emergenza, esso ha comunque contribuito alla comprensione delle insidie che si annidano nel rapporto tra conoscenza scientifica e processi decisionali all’interno delle democrazie contemporanee. In particolare, i margini di incertezza scientifica che sono coesenziali alla produzione della conoscenza – a dispetto dell’opinione comune, portata a credere nell’‘infallibilità della scienza’ – sono divenuti ‘drammatici’ poiché le evidenze disponibili sul ceppo dei Sars-CoV erano molto limitate prima dell’avvento del CoViD-19.

In questo contesto, i governi nazionali si sono trovati nella difficile situazione di dover adottare misure drastiche come l’imposizione di periodi di quarantena agli individui contagiati e la chiusura di tutte le attività economiche ritenute ‘non essenziali’ (il c.d. *lockdown*), i cui effetti sono stati devastanti per l’economia pubblica. In alcuni Paesi, inoltre, l’assenza di una strategia chiara e coerente per tutelare la salute della popolazione ha condotto a scenari ancora più drammatici, come quello attualmente vissuto dalla popolazione brasiliana, il cui governo federale ha optato per una ‘politica di inerzia’ che sta causando decine di migliaia di morti¹, e che deve essere considerata a tutti gli effetti – e ricordata in futuro – come un autentico genocidio sociale. Infatti, le conseguenze maggiori di questa sciagurata politica si stanno riversando sui gruppi più vulnerabili, quelli che già prima dell’avvento della pandemia vivevano in condizioni socio-economiche precarie e che, pertanto, hanno avuto meno possibilità di difendersi dal rischio di contagio.

¹ Alla data del 9 settembre 2020 i contagi confermati in Brasile sono 4.162.073, mentre il totale delle vittime ammonta a 127.463. Per un approfondimento sulla situazione del Brasile, si rinvia al saggio di J. Silva e A. Lima, “Análise bioética dos dilemas morais na pandemia do CoViD-19. A realidade no Brasil”, contenuto in questo volume della Rivista.



Muovendo dall'approccio della bioetica del quotidiano², in questo saggio identifico e ripercorro sinteticamente alcune delle principali questioni etiche sollevate dall'avvento della pandemia di CoViD-19 con riferimento all'utilizzo di nuove tecnologie come strumento di contrasto del virus o di contenimento alla sua diffusione. In particolare, nel secondo paragrafo mi soffermo sui benefici e i rischi posti dalla transizione dell'organizzazione sanitaria verso i modelli di assistenza digitale e virtuale. Nel terzo paragrafo, ripercorro alcuni punti critici scaturiti dall'intersezione tra dati sanitari e 'controllo', analizzandone le ripercussioni sul godimento dei diritti fondamentali, tra cui, *in primis*, il diritto alla privacy e il diritto alla protezione dei dati personali. Infine, nel quarto paragrafo mi soffermo sulle sfide derivanti dalla protezione dei gruppi vulnerabili nel contesto della pandemia.

2. La digitalizzazione dell'assistenza sanitaria nel contesto emergenziale

Nel drammatico scenario generato dalla diffusione del CoViD-19, il potenziale delle TIC è divenuto immediatamente evidente anche ai non esperti del settore, dal momento che la chiusura di tutte le attività non essenziali ha comportato, fra l'altro, un'oggettiva difficoltà nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria ordinaria. La possibilità di ricorrere a prestazioni sanitarie mediate dalle nuove tecnologie è divenuta fondamentale per favorire la continuità assistenziale senza mettere a repentaglio la salute dei pazienti, ovvero evitando loro il contatto con ambienti potenzialmente fonte di contagio quali i reparti di pronto soccorso e le sale di attesa dei medici di base³.

² Cfr. G. Berlinguer (2000) *Bioetica quotidiana*, Firenze, Giunti; *id.* (2003) *Everyday Bioethics: Reflections on Bioethical Choices*, New York, Baywood Publisher. Inoltre, sia consentito rinviare a un mio precedente scritto, pubblicato, "Healthcare, migrations and everyday bioethics: Weighing the difference", *L'Altro Diritto*, 2: 91-118, in cui riprendo l'approccio della bioetica del quotidiano per ricondurlo alle difficoltà affrontate dai cittadini immigrati nell'accesso all'assistenza sanitaria nei paesi di arrivo.

³ Paradossalmente, l'intervento sanitario da remoto sorge a metà del secolo scorso proprio al fine di predisporre assistenza in situazioni eccezionali, tra cui, per esempio, in caso di disastri naturali. Oggi, tuttavia, una letteratura consistente e trasversale – a cui fa eco la Commissione europea nell'ambito delle politiche del Mercato Unico Digitale –, ha messo in evidenza come la diffusione dei servizi di assistenza mediati dalle TIC possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, e al contempo aumentarne le possibilità di accesso. A mero titolo esemplificativo, K. Munir, K.H. Ahmad, R. McClatchey (2015) "Development of a large-scale neuroimages and clinical variables data atlas in the neuGRID4You (N4U) project", *Journal of Biomedical*

Così come accaduto nelle precedenti emergenze sanitarie dovute alla propagazione di infezioni virali – e.g. Mers-CoV e Sars-CoV-1⁴ – i servizi mediati dalle TIC hanno avuto un ruolo fondamentale anche durante la pandemia di CoViD-19, soprattutto nei paesi in cui, già anteriormente al suo avvento, erano state adottate politiche *ad hoc* per favorirne la diffusione all'interno dei rispettivi sistemi sanitari. In questo contesto, i servizi di assistenza digitali hanno garantito la continuità assistenziale e sostenuto i professionisti sanitari nell'effettuazione dell'attività diagnostica a distanza. Inoltre, tali servizi hanno permesso ai professionisti sanitari in quarantena o in auto-isolamento di poter continuare a lavorare da casa, il che si è rivelato un fattore fondamentale in un contesto in cui i sistemi sanitari si sono trovati ad affrontare una pressione senza precedenti, con una significativa scarsità di personale medico e paramedico impiegabile.

Infine, tali servizi hanno avuto un ruolo determinante nel fornire sostegno psicologico a distanza a quanti hanno accusato stati di ansia, stress e depressione a causa dell'isolamento o, più in generale, per il timore delle conseguenze sociali ed economiche innescate dal protrarsi dell'emergenza⁵.

Tuttavia, non sempre gli sforzi volti a incentivare un uso massiccio dei servizi di assistenza sanitaria digitali hanno sortito i risultati attesi dal momento che, in alcuni casi, i tentativi di convogliare l'assistenza di tipo convenzionale verso quella digitale sono stati inefficaci⁶. Tra questi vi è anche il tentativo operato dal nostro Governo, di concerto con l'Istituto Superiore della Sanità e l'OMS, i quali, nel pieno dell'emergenza sanitaria, hanno

Informatics, 57: 245-262; H. Mahmoud, E. Vogt (2018) “*Telepsychiatry: an Innovative Approach to Addressing the Opioid Crisis*”, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, doi: 10.1007/s11414-018-9611-1; S.A. Lear (2018) „The Delivery of Cardiac Rehabilitation Using Communications Technologies: The “Virtual” Cardiac Rehabilitation Program“, *Canadian Journal of Cardiology*, 34, S278–eS283;

⁴ R. Ohannessian (2015) “Telemedicine: Potential applications in epidemic situations”, *European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en Télémedecine*, 4(3): 9598.

⁵ X. Zhou, C.L. Snoswell, L.E. Harding, M. Bambling, S. Edirippulige, X. Bai, A. Smith (2020) “The role of telehealth in reducing the mental health burden from covid-19”, *Telemed J E Health*, 26(4): 377-379.

⁶ A.C. Smith, E. Thomas, C.L. Snoswell, H. Haydon, A. Mehrotra, J. Clemensen, L.J. Caffery (2020) “Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019”, *J Telemed Telecare*, 26(5): 309-313.



lanciato una “Fast Call per la Telemedicina”⁷, con la duplice finalità di identificare: i) “App e soluzioni tecniche di teleassistenza per pazienti a domicilio, sia per patologie legate a COVID-19, sia per altre patologie, anche di carattere cronico” tra cui anche “app e chatbot per l’automonitoraggio delle condizioni di salute, rivolte a tutti i cittadini o solo ad alcune fasce (come i soggetti sottoposti a isolamento fiduciario)”⁸; e ii) “Tecnologie e soluzioni per il tracciamento continuo, l’alerting e il controllo tempestivo del livello di esposizione al rischio delle persone e conseguentemente dell’evoluzione dell’epidemia sul territorio”, tra cui anche “strumenti di analisi di Big Data, tecnologie hardware e software utili per la gestione dell’emergenza sanitaria”⁹.

Per quanto riguarda la seconda tipologia, come noto, la *Call* ha portato all’adozione dell’*app* di tracciamento denominata ‘Immuni’ – su cui si veda più diffusamente *infra*, al prossimo paragrafo. Con riferimento alla telemedicina, invece, la *Call* non ha sortito gli effetti sperati dal momento che nessuna azione è stata intrapresa a livello nazionale per stimolarne un maggiore utilizzo da parte delle istituzioni del SSN. Di conseguenza, l’attivazione di servizi di telemedicina nel corso dell’emergenza è stata lasciata all’autonoma iniziativa di quei centri ospedalieri che erano in grado di offrire servizi tecnologicamente avanzati, o di attivarli in breve tempo¹⁰.

Simili difficoltà sono state riscontrate anche in altri paesi, tra cui in Gran Bretagna, dove il NHS Digital¹¹ ha messo a disposizione dei propri cittadini una serie di strumenti digitali per sostenere l’assistenza sanitaria a distanza. Tuttavia, all’interno di questi strumenti non vi era il teleconsulto, ovvero la possibilità di effettuare un consulto in tempo reale con un medico o uno specialista attraverso videoconferenza. Di fatto, la domanda di questi servizi ha registrato una crescita esponenziale in tutto il paese in coincidenza con l’avvento della

⁷ La Fast Call è stata lanciata in data 24 marzo 2020, <https://innovaperlitalia.agid.gov.it/call2action/>.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Per una sintetica panoramica delle iniziative adottate in questo contesto, sia consentito rinviare a C. Botrugno, Telemedicina ed emergenza sanitaria, un grande rimpianto per il nostro paese”, *BioLaw Journal, special issue 1*: 691-696.

¹¹ È il portale istituzionale dell’assistenza sanitaria digitale del Regno Unito.

pandemia, che è stata in larga parte soddisfatta dalle istituzioni di cura private in grado di offrire tali servizi ai propri pazienti¹².

In Francia, il Ministro della Salute ha garantito la rimborsabilità di tutti i teleconsulti effettuati a beneficio dei pazienti affetti da CoViD-19, il che ha portato a un incremento significativo nell'utilizzo di questo tipo di servizi in tutto il paese: da circa 10.000 a settimana prima dell'emergenza a circa 486.000 durante la settimana del picco di contagi¹³.

Anche negli Stati Uniti sono state adottate misure eccezionali per favorire la diffusione dei servizi a distanza. In primo luogo, le restrizioni all'erogazione di prestazioni di telemedicina da uno Stato all'altro sono state provvisoriamente sospese. Inoltre, è stata concessa la rimborsabilità di tutti i servizi sanitari digitali erogati durante l'emergenza (sebbene solo ai pazienti coperti dal programma *Medicare*)¹⁴. Non ultimo, l'uso di strumenti di video-comunicazione liberamente accessibili quali WhatsApp, Skype, Apple FaceTime, Facebook Messenger, e Google Hangouts è stato provvisoriamente autorizzato, sebbene questi ultimi non soddisfino i requisiti di sicurezza dettati dall'*Health Insurance Portability and Accountability Act*¹⁵.

Infine, anche in Brasile, a dispetto dell'assenza di una strategia coerente da parte del governo federale per il contenimento e il contrasto del CoViD-19, il Ministero della Salute¹⁶ ha provvisoriamente esteso l'accessibilità dei servizi di telemedicina in deroga al divieto di

¹² T. Greenhalgh, W.J. Shaw, S.C. Morrison (2020) "Video consultations for covid-19", *BMJ*, 368, m998, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>; T. Greenhalgh, H.G.C. Koh, J. Car (2020) "Covid-19: A Remote Assessment in Primary Care", *BMJ*, 368, m1182, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>.

¹³ R. Ohannessian, T.A. Duong, A. Odone (2020) "Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action", *JMIR Public Health Surveill*, 6(2): e18810.

¹⁴ Si veda il *Policy Update* del 17 marzo 2020 a cura dell'American Telemedicine Association, "HHS, CMS, DEA Implement Waivers to Expand Telehealth & Virtual Services for Medicare Beneficiaries", consultabile all'indirizzo <https://info.american-telemedicine.org/covid-19-cms-hhs-dea-updates-3-17-20>.

¹⁵ Anche noto come HIPAA. Cfr. B. Calton, N. Abedini, M. Fratkin (2020) "Telemedicine in the time of coronavirus", *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1): e12-e14; J. Portnoy, M. Waller, T. Elliott (2020) "Telemedicine in the era of covid-19", *J Allergy Clin Immunol Pract*, 8(5): 1489-1491.

¹⁶ Tale provvedimento è contenuto all'interno della *Portaria* n. 467, del 20 marzo 2020, consultabile all'indirizzo <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-marco-de-2020-249312996>.



offrire gli stessi direttamente ai pazienti, così come stabilito all'interno del *Código de Ética Médica* del 2009¹⁷.

Le difficoltà incontrate nel tentativo di 'digitalizzare' l'assistenza sanitaria di tipo convenzionale possono essere ascritte a una pluralità di fattori, tra cui: *i*) la scarsa predisposizione da parte dei professionisti sanitari nell'adattarsi alle caratteristiche della 'pratica virtuale'; *ii*) l'assenza di politiche adeguate per sostenere l'equiparazione delle prestazioni digitali a quelle convenzionali, soprattutto da un punto di vista economico; *iii*) le difficoltà nella riconversione degli assetti organizzativi preesistenti per adattarli a quelli richiesti dall'erogazione dei servizi a distanza¹⁸.

Ciò rende evidente come la disponibilità della tecnologia non sia un fattore di per sé sufficiente ad assicurarne la diffusione all'interno della pratica di routine, il che rimanda all'esigenza di adottare politiche in grado di far fronte agli aspetti critici sollevati da quest'innovativa concezione di intervento in sanità¹⁹.

Da un punto di vista differente, anche in un contesto emergenziale quale quello che stiamo vivendo, si è evidenziato che l'assistenza a distanza non deve rimpiazzare, ma, piuttosto, integrare la rete di servizi sanitari convenzionali. Pertanto, essa deve essere concepita come uno strumento 'ulteriore' a disposizione dei professionisti sanitari per tutelare la salute dei propri pazienti²⁰. Infatti, nonostante gli evidenti vantaggi offerti dall'utilizzo dei servizi a distanza, la loro diffusione indiscriminata si presta anche a uno sconvolgimento della relazione medico-paziente, una relazione che, al netto delle sue perduranti criticità²¹,

¹⁷ Si veda, in particolare, art. 37 della Risoluzione n. 1931/2009 del *Conselho Federal da Medicina*,. Per una panoramica più esaustiva sulla realtà della telemedicina in Brasile, sia consentito rinviare a C. Botrugno, "Telemedicina e Telessáude in Brasile: la prospettiva degli Science and Technology Studies tra etica e diritto", in C. Botrugno, G. Caputo (2020) *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, Firenze, Phasar, pp. 325-345.

¹⁸ A.C. Smith, E. Thomas, C.L. Snoswell, H. Haydon, A. Mehrotra, J. Clemensen, L.J. Caffery (2020) "Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019", cit.

¹⁹ A questo proposito si veda D.A. Fleming, K.E. Edison, H. Pak (2009) "Telehealth Ethics. Telemedicine and e-Health", 8: 797-803; M. Lateef (2011) "The practice of telemedicine: Medico-legal and ethical issues", *Ethics in Medicine*, 27(1): 17-24; C. Botrugno (2017) "Towards an ethics for telehealth", *Nursing Ethics*, 26(2): 357-67. doi: 10.1177/096973301770500.

²⁰ T. Greenhalgh, W.J. Shaw, S.C. Morrison (2020) "Video consultations for covid-19", cit.

²¹ C.L. Cazzullo, F. Poterzio (2007) *Paziente e medico: fenomenologia e prassi della relazione terapeutica*, Roma, Edizioni internazionali; J.A. Clark, E.G. Mishler (1992) "Attending to patients' stories: referencing the

procede da una plurisecolare tradizione ispirata a contatto fisico, prossimità ed empatia²². I processi di digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, se non accompagnati da adeguate cautele, rischiano pertanto di ridurre tale relazione a una mera 'trasmissione di dati clinici' considerati più o meno rilevanti per la diagnosi e il trattamento (in remoto)²³.

Un altro tema che deve essere analizzato con riferimento all'utilizzo dei servizi di telemedicina è quello che si riferisce alle aspettative maturate dai 'pazienti digitali'. Sempre più spesso, invero, tali servizi propongono ai pazienti un'interazione con sistemi di intelligenza artificiale, progettati con ispirazione antropomorfa e interfaccia *user-friendly*, in modo da emulare l'interazione con un professionista sanitario in carne e ossa e, parallelamente, presentare l'elaborazione dell'algoritmo sottostante come il risultato di un'autentica *expertise* medica. A ciò si aggiunga che talvolta sono proprio i pazienti a contribuire all'umanizzazione di tali servizi, attribuendogli la responsabilità di errori e malfunzionamenti. È evidente, pertanto, come la diffusione di questi servizi contribuisca a un profondo ripensamento delle forme di esercizio della pratica medica – e delle categorie giuridiche calibrate sulle stesse – il che rappresenta una sfida notevole per il futuro immediato dei sistemi sanitari pubblici. Inoltre, non va sottaciuto che la promozione di questi servizi da parte dei soggetti privati sta generando un mercato sterminato di nuovi servizi sanitari tecnologicamente mediati, il che, a ben vedere, collima con l'incedere di logiche di stampo neoliberale in sanità ispirate alla *commodification*²⁴, e per effetto delle quali, la salute diviene sempre più spesso un 'prodotto' reperibile sul mercato²⁵.

clinical task", *Sociology of Health and Illness*, 14: 344-372; C. Dowrick (1997) "Rethinking the doctor-patient relationship in general practice", *Health and Social Care in the Community*, 5: 11-14.

²² F.J. Ha, N. Longnecker (2010) "Doctor-patient communication. A review", *The Ochsner Journal*, 10: 38-43; J.H. Osorio (2011) "Evolution and changes in the physician-patient relationship", *Colombia Médica*, 42(3): 400-405.

²³ C. Botrugno (2019) "Information technologies in healthcare: enhancing or dehumanising doctor-patient interaction?", *Health J*, versione *ahead of print* disponibile all'indirizzo <https://doi.org/10.1177/1363459319891213>.

²⁴ R.G. Evans, G.L. Stoddart (1990) "Producing health, consuming healthcare", *Soc Sci Med*, 31(12): 1347-1363, E.D. Pellegrino (1999) "The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic", *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 243-266; B. Lown (2007) "The commodification of healthcare" *PNHP*, consultabile all'indirizzo <https://www.pnhp.org/>



3. Tecnologia, privacy e protezione dei dati: la prova del CoViD-19

Come anticipato nell'introduzione, la maggior parte dei paesi colpiti dal virus ha adottato misure di contrasto drastiche, rese necessarie dalla necessità di evitare un'ulteriore propagazione del contagio, e quindi con l'obiettivo di proteggere la salute e la vita della popolazione. Cionondimeno, il potere delle autorità pubbliche di interferire nel godimento dei diritti fondamentali degli individui è divenuto uno dei maggiori temi di dibattito a livello globale, e ha generato interpretazioni anche molto divergenti sulla gestione della pandemia in corso. Per esempio, Giorgio Agamben, portando a 'estremo compimento' le tesi del suo *Homo Sacer*²⁶, ha interpretato il CoViD-19 come un pretesto – o meglio, un' 'invenzione' – per instillare una logica di 'emergenza permanente' nelle dinamiche delle democrazie contemporanee, conducendo a uno 'stato di eccezione' ispirato alla soppressione della privacy individuale e al controllo sociale²⁷. Per converso, Shoshana Zuboff, autrice di *The Age of Surveillance Capitalism*, ha evidenziato il 'dovere' da parte delle istituzioni pubbliche di salvaguardare con ogni mezzo disponibile la salute individuale e quindi quella della collettività, sottolineando, inoltre, che fosse compito di queste ultime gestire i processi di innovazione tecnologica al fine di evitare che il CoViD-19 divenisse un pretesto ulteriore per rafforzare logiche di accumulazione di carattere capitalista²⁸.

Sulla base della prospettiva che ispira questo saggio – quello della bioetica del quotidiano –, non interessa tanto entrare nel merito di questo dibattito, quanto, piuttosto, evidenziare come la pandemia abbia reso evidente il carattere 'ambivalente' delle nuove tecnologie, ovvero la loro capacità di creare nuove possibilità di interazione fra gli esseri umani e, al contempo, di generare scenari di tipo nuovo, in cui le prerogative fondamentali dell'individuo, per quanto consolidate, possono improvvisamente essere 'esposte' al rischio

publications/the_commodification_of_health_care.php; L. Esposito, F. Perez (2014) "Neoliberalism and the Commodification of Mental Health", *Humanity & Society*, 38(4): 414-442.

²⁵ A questo proposito si veda il numero monografico di *Jura Gentium* dedicato al tema "Homo medicus e commodification. Una prospettiva di bioetica", 2020, 1, disponibile a questo indirizzo https://www.juragentium.org/Centro_Jura_Gentium/la_Rivista_files/JG_2020_1.pdf.

²⁶ G. Agamben (2005) *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.

²⁷ G. Agamben, *L'invenzione di un'epidemia*, consultabile all'indirizzo <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-contagio>.

²⁸ Cfr. intervista a S. Zuboff (2020), consultabile all'indirizzo <https://slate.com/technology/2020/05/coronavirus-shoshana-zuboff-surveillance-capitalism-interview.html>.



di abusi e violazioni. Sin dall'avvento della pandemia, infatti, una grande varietà di dispositivi e servizi tecnologici è stata proposta – e in alcuni casi utilizzata – al fine di contenere la trasmissione del virus presso la popolazione, e per controllare il rispetto delle prescrizioni di quarantena e *lockdown* imposte a tutela della salute collettiva. Tra queste tecnologie, si considerino: i *termoscanner contactless* collocati all'ingresso di supermercati, farmacie, aeroporti e stazioni ferroviarie; i braccialetti biometrici in uso presso alcuni Paesi per controllare l'osservanza degli obblighi di quarantena da parte degli individui contagiati; i droni utilizzati da alcune forze dell'ordine per svariate finalità, tra cui anche sanzionare gli spostamenti degli individui in violazione delle norme disposte a tutela della salute pubblica²⁹; le *apps* volte alla localizzazione degli individui o al 'tracciamento di prossimità' – quest'ultimo più comunemente noto come *contact tracing*, il cui obiettivo è generare un sistema di allerta rivolto congiuntamente alle autorità sanitarie e a quei cittadini entrati 'in contatto' con una persona affetta dal virus.

Da un punto di vista differente, è stato anche messo in evidenza come già alcune settimane prima dell'avvento della pandemia, il governo cinese avesse censurato le comunicazioni degli utenti di alcuni *social networks* – tra cui WeChat – filtrando e bloccando ogni possibile riferimento al CoViD-19 e alla sua progressiva diffusione nel paese³⁰.

Alla luce di quanto sopra, va da sé che la tutela della privacy e la protezione dei dati personali – prerogative chiaramente distinte tanto all'interno del Reg. UE n. 679/2015 (d'ora innanzi, sinteticamente RGPD) quanto all'interno della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea³¹ – siano assurte a tema centrale del dibattito, nazionale e internazionale. In termini generali, il RGPD, invero, non permette né a privati né alle autorità pubbliche di prescindere dal consenso dell'interessato per la raccolta di dati personali sensibili (quali i dati

²⁹ Per quanto riguarda l'uso dei bracciali biometrici, cfr. <https://www.geospatialworld.net/blogs/how-drones-are-being-used-to-combat-covid-19>. Con riferimento, invece, all'utilizzo di droni, si veda <https://www.geospatialworld.net/blogs/how-drones-are-being-used-to-combat-covid-19/>.

³⁰ La notizia è riportata da La Repubblica, https://www.repubblica.it/tecnologia/social-network/2020/03/09/news/la_censura_cinese_sui_social_e_iniziata_il_31_dicembre_2019_ecco_come-250727832/.

³¹ Cfr. artt. 7 e 8 del RGPD.



sanitari), salvo in ipotesi eccezionali, tassativamente stabilite³². All'interno di queste ultime, vi è appunto il caso in cui il trattamento sia 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 professionale³³.

Pertanto, la pandemia da CoViD-19 ha legittimato l'adozione di provvedimenti invasivi della privacy e che, segnatamente, prevedono raccolta e trattamento di dati personali a prescindere dal consenso dei soggetti interessati, possibilità che, come appena visto, è espressamente prevista dallo stesso RGPD. Il carattere eccezionale di questa fattispecie, tuttavia, non comporta una deroga dei principi fondamentali stabiliti dal RGPD per il trattamento dei dati personali, tra cui: liceità, correttezza e trasparenza³⁴, limitazione delle finalità³⁵ e minimizzazione³⁶. In questo contesto, il fulcro del dibattito nazionale ed europeo si è incentrato sull'adozione delle già menzionate *apps* per il *contact tracing*, il cui livello di invasività della privacy individuale è altamente variabile, poiché dipende sia dalle configurazioni tecniche dei rispettivi software, sia dal contesto normativo all'interno del quale le stesse sono destinate ad operare³⁷.

A questo proposito, va segnalato che, tra Marzo e Aprile, l'*European Data Protection Board* (EDPB) ha pubblicato una serie di documenti con l'obiettivo di guidare lo sviluppo e l'adozione di queste *apps* in conformità al RGPD e ai principi fondamentali dell'architettura dell'Unione, fra cui, in particolare, la Carta Europea dei diritti fondamentali. In questo contesto, l'EDPB ha rimarcato come

³² *Ivi*, art. 9.

³³ *Ibidem*, lett. i).

³⁴ *Ivi*, art. 6.1, lett. a.

³⁵ *Ivi*, lett. b.

³⁶ *Ivi*, lett. c.

³⁷ Un'interessante iniziativa è quella del *Covid Tracking Project*, che riporta tutte le *apps* per *contact tracing* adottate nel mondo, con una valutazione relativa al livello di protezione della privacy individuale, consultabile al seguente indirizzo https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ATalASO8KtZMx__zJREoOvFh0nmB-sAqJ1-CjVRSCow/edit#gid=0.

La messa a punto delle app deve avvenire secondo criteri di responsabilizzazione, documentando attraverso una valutazione di impatto sulla protezione dei dati tutti i meccanismi messi in atto alla luce dei principi di *privacy by design e by default*; inoltre, il codice sorgente dovrebbe essere reso pubblico così da permettere la più ampia valutazione possibile da parte della comunità scientifica³⁸.

L'EDPB, inoltre, ha raccomandato l'adozione dell'app su base volontaria da parte della popolazione, valutandola come maggiormente idonea a garantire conformità alla normativa europea, e anche come segno di 'responsabilizzazione' da parte della popolazione europea nel contrasto alla diffusione del virus³⁹. L'EDPB ha anche espresso il proprio parere rispetto alla questione della necessità o meno di raccogliere la localizzazione degli utenti, ricordando che la Direttiva 2002/58/UE (anche nota come *ePrivacy Directive*)⁴⁰ permette agli Stati membri di introdurre misure legislative di carattere eccezionale volte alla salvaguardia della sicurezza pubblica⁴¹. Tuttavia, come sottolinea l'EDPB, a questo proposito:

[t]ale legislazione eccezionale è possibile solo se costituisce una misura necessaria, adeguata e proporzionata all'interno di una società democratica. Tali misure devono essere conformi alla Carta dei diritti fondamentali e alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. Inoltre, esse sono soggette al controllo giurisdizionale della Corte di giustizia dell'Unione europea e della Corte europea dei diritti dell'uomo⁴².

³⁸ EDPB (2020) *Lettera della Presidente alla Commissione europea sul Progetto di linee-guida in materia di app per il contrasto della pandemia dovuta al Covid-19*, 14 aprile 2020, disponibile al seguente indirizzo: <https://www.osservatoriosullefonti.it/emergenza-covid-19/autorita-di-regolazione/european-data-protection-board-edpb/3002-emcovid-edpb1>.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ In particolare, all'art. 15 della stessa Direttiva.

⁴¹ EDPB (2020) *Dichiarazione sul trattamento dei dati personali nel contesto dell'epidemia di COVID-19*, 19 marzo 2020, disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullefonti.it/emergenza-covid-19/autorita-di-regolazione/european-data-protection-board-edpb/2841-emcovid-edpb>.

⁴² *Ibidem*.



Vale la pena aggiungere che la Direttiva *ePrivacy* stabilisce che i dati relativi alla localizzazione dei dispositivi mobili – da distinguere rispetto ai dati di ‘traffico’ avvenuto a mezzo degli stessi – raccolti presso i fornitori dei servizi di telecomunicazioni possono essere trasmessi alle autorità o a terze parti solo laddove gli stessi siano stati anonimizzati, o nel caso in cui l’utente abbia dato il proprio consenso a tale trasmissione⁴³.

Tuttavia, lo stesso EDPB sembra mutare orientamento con riferimento all’opportunità e alla stessa necessità della localizzazione dei dispositivi mobili, così come espresso all’interno della Lettera inviata alla Commissione europea in data 14 aprile 2020, dove si afferma che essa non è necessaria per le *apps* di *contact tracing*, dal momento che il loro obiettivo

non è seguire gli spostamenti individuali o imporre il rispetto di specifiche prescrizioni, bensì individuare eventi (il contatto con soggetti positivi) che hanno natura probabilistica e che possono anche non verificarsi per la maggioranza degli utenti, soprattutto nella fase post-emergenziale. Raccogliere dati sugli spostamenti di una persona durante il funzionamento di un’app di tracciamento dei contatti configurerebbe una violazione del principio di minimizzazione dei dati, oltre a comportare gravi rischi in termini di sicurezza e privacy⁴⁴.

Come chiaramente illustrato dall’EDPB⁴⁵, l’uso di *apps* di *contact tracing*, insieme all’archiviazione dei dati raccolti, deve essere interrotta non appena il contagio cessa di rappresentare una minaccia per la salute pubblica. Tuttavia, a questo proposito, è difficile immaginare un completo ritorno allo *status quo* anteriore all’avvento della pandemia, soprattutto considerando gli ingenti sforzi – anche economici – profusi da parte dei governi nazionali per contenere la minaccia virale, sforzi che potrebbero legittimare azioni volte al contrasto di eventuali future infezioni dello stesso tipo, in base a una logica di ‘difesa preventiva’.

⁴³ Cfr. art. 9, Direttiva *ePrivacy*.

⁴⁴ EDPB (2020) *Lettera della Presidente alla Commissione europea sul Progetto di linee-guida in materia di app per il contrasto della pandemia dovuta al Covid-19*, cit.

⁴⁵ *Ibidem*.



Per quanto riguarda il nostro paese, come già anticipato nel paragrafo precedente, la *Fast Call* lanciata dal Governo ha portato – seppur con numerose polemiche e ritardi⁴⁶ – all’adozione dell’*app* per il tracciamento di prossimità denominata ‘Immuni’⁴⁷. La sua adozione su tutto il territorio nazionale è stata preceduta da un periodo di sperimentazione che ha coinvolto 4 regioni italiane⁴⁸, e suggellata, infine, dall’autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali⁴⁹, il quale ha ritenuto che il trattamento effettuato nell’ambito dell’*app* fosse proporzionato, “essendo state previste misure volte a garantire in misura sufficiente il rispetto dei diritti e le libertà degli interessati, che attenuano i rischi che potrebbero derivare da trattamento”⁵⁰. Il Garante, tuttavia, ha richiamato l’attenzione sui doveri informativi che il gestore dell’*app* deve predisporre a beneficio degli utenti, anche rispetto all’eventuale scarsa accuratezza delle sue rilevazioni. In particolare:

[s]ulla base della valutazione d’impatto trasmessa dal Ministero, tenuto conto della complessità del sistema di allerta e del numero dei soggetti poten-

⁴⁶ Polemiche e ritardi sono state registrate anche in altri paesi europei, tra cui il NHS britannico, dove l’adozione dell’*app* di tracciamento è stata fortemente contestata proprio sotto il profilo del rispetto della privacy, così come riportato da autorevoli mass media, <https://www.theguardian.com/technology/2020/may/05/uk-racing-to-improve-contact-tracing-apps-privacy-safeguards>; <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/apr/25/contact-apps-wont-end-lockdown-but-they-might-kill-off-democracy>. Simili preoccupazioni sono state espresse anche in Francia, per la quale si veda <https://www.lesechos.fr/tech-medias/hightech/coronavirus-les-risques-des-applis-de-tracage-pour-la-vie-privee-1197871>.

⁴⁷ La disciplina che regola l’adozione dell’*app* di tracciamento dei contagi è contenuta all’interno del d.l. 30 aprile 2020, n. 28, convertito in legge 25 giugno 2020, n. 70. Per quanto concerne l’utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale per il contrasto al CoViD-19, si veda il d.l. 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, al cui art 7, rubricato “Metodologie predittive dell’evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione”, si legge che il Ministero della salute “può trattare [...] dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti, raccolti nei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, per lo sviluppo di metodologie predittive dell’evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione [...]. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono individuati i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all’articolo 9 del Regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati.

⁴⁸ In particolare: Abruzzo, Liguria, Marche, Puglia.

⁴⁹ Cfr. Parere del 1 giugno 2020, disponibile al seguente indirizzo <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9356588.1>.

⁵⁰ *Ibidem*.



zialmente coinvolti, il Garante ha comunque ritenuto di dare una serie di misure volte a rafforzare la sicurezza dei dati delle persone che scaricheranno la app. [...] In particolare, l’Autorità ha chiesto che gli utenti siano informati adeguatamente in ordine al funzionamento dell’algoritmo di calcolo utilizzato per la valutazione del rischio di esposizione al contagio. E dovranno essere portati a conoscenza del fatto che il sistema potrebbe generare notifiche di esposizione che non sempre riflettono un’effettiva condizione di rischio. Gli utenti dovranno avere inoltre la possibilità di disattivare temporaneamente l’app attraverso una funzione facilmente accessibile nella schermata principale⁵¹.

Ulteriori cautele sono dettate al fine di garantire che i dati raccolti attraverso l’app non siano trattati per finalità non previste dalla norma che la istituisce, e per garantire la trasparenza e la sicurezza del trattamento effettuato “a fini statistico-epidemiologici”, in modo da evitare, in particolare, “ogni forma di riassociazione a soggetti identificabili e adottando idonee misure di sicurezza e tecniche di anonimizzazione”⁵². Infine, si segnala anche il richiamo alla necessità di adottare “misure tecniche e organizzative per mitigare i rischi derivanti da falsi positivi”⁵³, il che fa eco alle criticità sollevate prima della sua adozione, tra cui anche quelle contenute all’interno della Relazione *ad hoc* pubblicata dal Copasir in data 16 maggio 2020⁵⁴.

Un altro trattamento di dati sanitari sul quale è opportuno soffermarsi è quello che concerne le informazioni di coloro che hanno allertato le autorità sanitarie dopo aver accusato i sintomi tipici del CoViD-19. Questo bacino di dati è stato a sua volta utilizzato dalle forze di polizia per verificare il rispetto delle prescrizioni di quarantena imposte a tali soggetti, durante l’intenso controllo stradale predisposto a tal fine. Siffatto incrocio tra dati sanitari personali e controllo di polizia può essere considerato come un *unicum* nella storia del nostro ordinamento giuridico, la cui ispirazione garantista, emanazione diretta della nostra Costituzione, impedisce che i dati sanitari di migliaia di individui possano essere riutilizzati per una finalità completamente diversa da quella per la quale erano stati raccolti, ovvero per

⁵¹ *Ibidem.*

⁵² *Ibidem.*

⁵³ *Ibidem.*

⁵⁴ Relazione sui profili di sicurezza del sistema di allerta Covid-19 previsto dall’articolo 6 del d.l. n. 28 del 30 aprile 2020, consultabile al seguente indirizzo http://documenti.camera.it/_dati/leg18/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/034/002/INTERO.pdf.

fini di repressione. In particolare, tale incrocio è stato effettuato con l’emanazione del d.l. 9 marzo 2020, n. 14, rubricato “Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale”, al cui interno si prevedeva che – nel rispetto degli artt. 9, par. 2, lett. g), h) e i), e 10 del RGPD –, i soggetti impegnati nel contrasto all’emergenza sanitaria – tra cui il Servizio nazionale di protezione civile, gli uffici del Ministero della Salute e dell’ISS, le strutture pubbliche e private che operano nell’ambito del SSN – potevano trattare dati personali di cui agli artt. 9 e 10 del RGPD, nella misura in cui questi ultimi fossero necessari all’espletamento delle funzioni attribuitegli per la gestione dell’emergenza⁵⁵. Inoltre, all’interno dello stesso d.l. n.14/2020 si prevedeva che tali dati potessero essere comunicati a ‘ulteriori soggetti’ laddove tale comunicazione fosse apparsa parimenti necessaria alla gestione dell’emergenza sanitaria⁵⁶.

Come noto, l’accesso da parte delle forze di polizia ai dati sanitari relativi al contagio della popolazione ha portato all’irrogazione di numerose sanzioni amministrative e denunce per inosservanza dei provvedimenti dell’autorità o per falsa attestazione resa a un pubblico ufficiale⁵⁷. Tuttavia, come evidenziato da Emilio Santoro⁵⁸, sebbene tanto la finalità, quanto gli effetti di questo incrocio fossero chiari sin dall’inizio, molto meno chiare sono apparse le modalità attraverso le quali forze dell’ordine e forze di polizia hanno avuto accesso ai dati della popolazione contagiata all’atto del controllo e, in particolare, a quali informazioni sia stato loro concesso di accedere nel complesso di quelle raccolte per finalità di tutela contro il CoViD-19⁵⁹.

⁵⁵ Cfr. art. 14, comma 1 del d.l. 14/2020.

⁵⁶ *Ibidem*, co. 2.

⁵⁷ I dati aggiornati relativi all’attività di controllo sono consultabili al sito <<https://www.interno.gov.it/it/notizie/covid19-i-dati-sui-controlli-relativi-28-maggio>> 20 maggio 2020.

⁵⁸ Cfr. E. Santoro (2020) “Non lasciamo che il coronavirus contagi la Costituzione”, intervista del 24 marzo 2020, disponibile al sito <https://giustiziacaffe.it/tag/emilio-santoro/>.

⁵⁹ All’art. 14 del d.l. 9 marzo 2020, n. 14, rubricato “Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale” – successivamente confluito nell’art. 17-*bis* della legge di conversione del 24 aprile 2020, n. 27 – si prevede che, nel rispetto degli artt. 9, par. 2, lett. g), h) e i), e 10 del Reg. UE 2016/679, i soggetti impegnati nel contrasto all’emergenza sanitaria – tra cui il Servizio nazionale di protezione civile, 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 – possono effettuare il trattamento dei dati personali di cui agli artt. 9 e 10 del GDPR, che siano necessari all’espletamento delle funzioni attribuite per la gestione dell’emergenza. Inoltre, *ex*

4. La protezione di persone e gruppi sociali in condizione di vulnerabilità

Quello della protezione di persone e gruppi vulnerabili rappresenta un tema centrale nell'ottica della bioetica del quotidiano, e richiede, in via preliminare, che si distinguano le misure poste in essere per difendere gli stessi dal rischio di contagio da quelle predisposte a seguito di una conclamata positività al virus, in modo da evitare che la condizione di vulnerabilità possa aggravare le conseguenze di quest'ultimo. Come si è visto, persone detenute, cittadini stranieri immigrati in condizioni di irregolarità e richiedenti asilo, persone senza dimora, persone con disabilità, e persone anziane (soprattutto, come tristemente noto, quelle ospiti nelle strutture residenziali socio-assistenziali) sono stati fra le categorie maggiormente esposte al nocimento fisico e psicologico arrecato dal propagarsi del virus, soprattutto a causa della limitata autonomia e della compressione estrema dei livelli di *agency* esperite da questi soggetti, che in alcuni casi hanno reso pressoché impossibile adottare le seppur minime precauzioni per proteggersi dal contagio quali il mantenimento della distanza interpersonale, la frequente igiene delle mani, l'igienizzazione di superfici e oggetti, e l'uso di dispositivi di protezione individuale⁶⁰.

In aggiunta, la protezione di queste persone è divenuta ancora più complicata in caso di contagio. Ed è qui che la tecnologia può dispiegare tutto il suo potenziale (ambivalente), dal momento che, come noto, la prima reazione alla notizia di contagio consiste nell'allertare le autorità sanitarie e, salvo il caso di sintomatologia grave, restare in casa. Infatti, in pressoché tutti i paesi gravemente colpiti dal CoViD-19, è stato espressamente interdetto l'accesso ai reparti di pronto soccorso ordinari e, al contempo, ridotta l'attività ambulatoriale dei medici di base nel tentativo di evitare che questi luoghi diventassero altamente iatrogeni, ovvero fonti di trasmissione del contagio, come peraltro sembra essere avvenuto almeno in

art. 14, comma 2, tali dati possono essere comunicati a ulteriori soggetti laddove tale comunicazione risulti parimenti necessaria alla gestione dell'emergenza sanitaria.

⁶⁰ Per quanto riguarda i detenuti, per esempio, è noto che la gestione dell'emergenza sanitaria in carcere abbia presentato sin da subito notevoli punti critici, tra cui l'impossibilità di mantenere il distanziamento interpersonale e quella, correlata, di attuare l'isolamento volontario per coloro che fossero venuti a contatto con un contagiato, e ciò per il ben noto problema del sovraffollamento degli istituti penitenziari italiani. Per una panoramica dei problemi di gestione dell'emergenza sanitaria in carcere si rimanda a E. Santoro (2020) "Diritto alla salute e prevenzione in carcere: problemi teorici e pratici di gestione del coronavirus negli istituti di pena", *Legislazione Penale*, <http://www.laegislazionepenale.eu/wp-content/uploads/2020/05/E.-Santoro-Opinioni.pdf>.

una prima fase⁶¹. Nella misura in cui l'assistenza e il monitoraggio delle condizioni dei pazienti affetti da CoViD-19 è stata effettuata in modalità remota, va da sé che la tecnologia abbia funto da 'spartiacque', poiché individui, nuclei familiari e gruppi sociali che hanno potuto contare su smartphone, tablet e computer (*digital divides*) e sulle capacità richieste per utilizzarli in maniera effettiva (*digital literacies*) hanno potuto massimizzarne i benefici, e quindi accedere a un'assistenza sanitaria più completa e tempestiva.

D'altra parte, come noto già prima dell'insorgenza del CoViD-19, la relazione tra *digital divides* e diseguaglianze rappresenta una sfida fondamentale per le società contemporanee, all'interno delle quali sempre più intensamente – e con rinnovato vigore a partire dall'insorgenza del CoViD-19 – si fomentano processi di innovazione tecnologica che, a dispetto dei benefici arrecati, rischiano di incrementare la distanza che separa coloro i quali hanno possibilità di accedere a risorse e mezzi socio-economici da coloro i quali sono costretti a persistere in una condizione di precariato economico-sociale che, *in limine*, può condizionarne l'intera esistenza. Non è un caso che, recentemente, si siano moltiplicate le iniziative volte a indagare l'impatto del CoViD-19 sull'incedere dei fenomeni di xenofobia e discriminazione sociale, i quali, da una parte, hanno interessato i gruppi sociali che già 'convenzionalmente' sono esposti agli stessi, e quindi ancora una volta, immigrati, rifugiati, persone con disabilità, anziani, ecc. Dall'altra, per contro, si è anche assistito all'inasprirsi di tali sentimenti xenofobi soprattutto a danno di quei cittadini – per esempio, cinesi prima e italiani poi – che si trovavano fuori dai rispettivi paesi e sono stati accusati di essere 'untori', ovvero di aver propagato il virus.

5. Conclusioni

La tecnologia sta assumendo un ruolo progressivamente crescente all'interno delle società contemporanee, e l'avvento della pandemia ha impresso un impulso notevole alla

⁶¹ In particolare, all'indomani della diffusione di alcune inchieste giornalistiche, sono state avviate indagini giudiziarie volte a fare luce su eventuali responsabilità da parte di alcuni dirigenti ospedalieri e del professionale sanitario, per la mancata adozione di misure adeguate a tutela dei pazienti contro il rischio di contagio.



transizione verso il mondo del digitale e del virtuale. D'altra parte, come descritto anteriormente, è ipotizzabile che alcune delle misure adottate nel contesto emergenziale saranno mantenute anche quando il CoViD-19 cesserà di rappresentare una minaccia per la salute pubblica. Appare evidente, pertanto che questa 'esperienza' lascerà un segno indelebile sul funzionamento delle società contemporanee e quindi anche sul godimento dei diritti fondamentali. Si consideri, ad esempio, il caso dei trasporti pubblici e/o l'accesso a spazi aperti al pubblico. La privacy individuale degli utenti dei servizi potrebbe essere 'legittimamente' compressa sulla base della necessità di proteggere la salute della popolazione contro eventuali future minacce di tipo virale.

Come descritto all'interno di questo saggio, il ruolo delle nuove tecnologie è di carattere ambivalente, poiché, se è innegabile che queste ultime facilitino l'accesso ai servizi, e quindi possano incrementare anche l'effettività di alcuni diritti, è parimenti indubbio che possano anche interferire in maniera determinante nella vita quotidiana degli individui, e a seconda delle forme di applicazione, alternare in maniera significativa la portata di alcune prerogative fondamentali.

Correlativamente, deve essere evidenziato che la diffusione indiscriminata delle nuove tecnologie può esacerbare i divari socio-economici già esistenti⁶², a detrimento di quei gruppi sociali che soffrono maggiormente delle diseguaglianze, e soprattutto delle diseguaglianze in salute.

In questo contesto, riflettere sul ruolo delle nuove tecnologie all'interno delle società contemporanee implica l'adozione di una prospettiva fortemente connotata in termini di etica pubblica e, pertanto, calibrata su equità, inclusione, e giustizia sociale. Tali principi, a ben vedere, richiamano l'essenza stessa della bioetica del quotidiano, ovvero un approccio sulla base del quale è possibile attribuire allo Stato un 'dovere di attivarsi' al fine di ri-orientare lo sviluppo delle politiche di innovazione tecnologica con l'obiettivo di renderle effettivamente compatibili con il godimento dei diritti fondamentali, e di volgerle a favore di tutta la popolazione e non appena di alcune elite, il che è essenziale affinché la tecnologia non

⁶² K. Latulippe, C. Hamel, G. Dominique (2017) "Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies", *J Med Internet res*, 19(4): e136; R.M. Viswanath, S. Minsky, E. Puleo, E. Kontos, C. Bigman-Galimore, R. Rudd, K.E. Emmons (2013) "Internet Use, Browsing, and the Urban Poor: Implications for Cancer Control", *J Natl Cancer Inst Monogr*, 47: 199-205.

divenga un ‘ostacolo’, ma piuttosto uno strumento per garantire “la libertà e l’eguaglianza di tutti i cittadini”, in armonia con lo spirito dell’art. 3 della nostra Costituzione.

