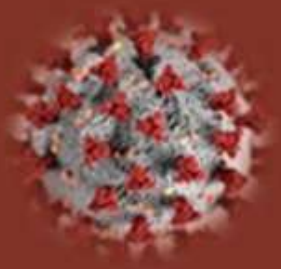
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segretariato Generale
Comitato Nazionale per la Bioetica



Comitato Nazionale
per la Bioetica

bioetica.governo.it



I documenti del CNB sul Covid-19

Maggio 2021

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Comitato Nazionale per la Bioetica

I documenti del CNB sul Covid-19

INDICE

	Indice		p. 3
1	Parere - Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica"	8 aprile 2020	p. 5
2	Parere - Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale	28 maggio 2020	p. 21
3	Parere - La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell’ambito della pandemia covid-19: aspetti etici	22 ottobre 2020	p. 43
4	Parere - Covid-19 e bambini: dalla nascita all’età scolare	23 ottobre 2020	p. 53
5	Parere - I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione	27 novembre 2020	p. 67
6	Mozione - La solitudine dei malati nelle strutture sanitarie in tempi di pandemia	29 gennaio 2021	p. 83
7	Mozione - Urgenza vaccinale: aspetti bioetici	12 marzo 2021	p. 89
8	Parere - Passaporto, patentino, green pass nell’ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici	30 aprile 2021	p. 97
	Composizione del CNB e Segreteria		p. 107

- Maggio 2021 -

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB
COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

COVID-19: LA DECISIONE CLINICA IN CONDIZIONI DI CARENZA DI RISORSE E IL CRITERIO DEL "TRIAGE IN EMERGENZA PANDEMICA"

8 aprile 2020

Presentazione

Nell'ambito della pandemia Covid-19 il sistema sanitario è stato sottoposto ad una pressione enorme. In questo parere il Comitato prende in esame il problema dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate.

Sulla base dei principi fondamentali della Costituzione (diritto alla tutela della salute, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà) e del criterio universalistico ed egualitario su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, il Comitato ritiene che nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà. In questo contesto, il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile.

Il Comitato ritiene che il *triage in emergenza pandemica*, si debba basare su una premessa, la *preparedness* (predisposizione di strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali, con una filiera trasparente nelle responsabilità), la *appropriatezza clinica* (valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla urgenza e gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione, considerando la proporzionalità del trattamento), l'*attualità* che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della "comunità dei pazienti", con una revisione periodica delle liste di attesa.

Il Comitato inoltre sottolinea che la allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessita della massima trasparenza nei confronti dell'opinione pubblica, perché le scelte di ciascuno siano veramente libere e informate. Il CNB segnala con preoccupazione la proliferazione di contenziosi giudiziari nei confronti dei professionisti della salute nel contesto dell'attuale emergenza pandemica e ritiene che vada presa in considerazione l'idea di limitare eventuali profili di responsabilità professionale degli operatori sanitari in relazione alle attività svolte per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

Una attenzione specifica è dedicata alle *persone più vulnerabili*, che possono sentirsi a rischio di abbandono, in particolare le persone anziane, ricoverate nelle strutture dedicate, per le quali il Comitato auspica che siano assicurate cure appropriate, protezione e attenzione al fine di evitare contagi da parte del virus Sars-CoV-2.

Il documento è stato coordinato dai Proff.: Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Luca Savarino. Con il contributo e l'apporto di tutti i componenti del Comitato.

Nella seduta del 8 aprile 2020 il parere ha ottenuto, a grande maggioranza, il voto favorevole dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa. Ha altresì successivamente aderito al parere la Prof.ssa Cinzia Caporale.

Il Prof. Maurizio Mori ha espresso voto contrario e ha voluto precisare le ragioni del proprio dissenso nella posizione di minoranza, pubblicata contestualmente al parere.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini; per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato.

Si è astenuta: per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio,

Assenti dalla seduta, hanno manifestato la loro adesione al parere i Proff.: Riccardo Di Segni, Silvio Garattini e Massimo Sargiacomo.

1. Premessa

Da diversi mesi il nostro Paese si trova a dover fronteggiare una minaccia senza precedenti per la salute e la vita dei cittadini, provocata dal rapido e crescente contagio del virus Sars-CoV-2. Una minaccia tanto più difficile da contrastare poiché è stata sottovalutata l'allerta sul rischio di pandemie globali lanciata da organismi internazionali, con conseguenti ritardi nella preparazione a fronteggiare le emergenze sanitarie[1]. Il sistema sanitario[2] è stato sottoposto ad una pressione straordinaria e ha dovuto velocemente riorganizzarsi e ristrutturarsi, per cercare di individuare ed isolare i soggetti fonte di contagio e, nei casi più gravi, per poter curare gli ammalati da Covid-19 in reparti ospedalieri di terapia intensiva e subintensiva, spesso allestiti in pochissimo tempo. Nel contesto della salute pubblica, l'evento pandemico provocato dal Covid-19 ha assunto aspetti di particolare drammaticità.

In questo parere il Comitato intende prendere in esame un problema etico specifico: quello dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate. Un problema di grande complessità, che richiede di considerare e di contemperare principi diversi, quali, tra gli altri, la protezione della vita e della salute, la libertà, la responsabilità, la giustizia, l'equità, la solidarietà, la trasparenza. Il Comitato considera questa riflessione prioritaria e necessaria, tenuto conto anche delle difficili scelte che sono chiamati a fare i medici nelle strutture sanitarie. Al tempo stesso, il Comitato si riserva di trattare a breve le molte altre problematiche etiche che l'emergenza Covid-19 solleva.

Nell'approntare tale riflessione, il CNB intende rimarcare come nella nostra Carta costituzionale siano presenti alcuni principi fondamentali che possono costituire un valido orientamento in ambito bioetico. In particolare l'art. 32 – ove si parla della salute come "fondamentale diritto dell'individuo" e "interesse della collettività" –, l'art. 2 – che riconosce e garantisce il principio personalista e il dovere di solidarietà – e l'art. 3 – che contempla il principio di eguaglianza – costituiscono dei punti di riferimento irrinunciabili per la relazione di cura, anche quando questa venga promossa in condizioni di criticità estrema, come quelle attuali.

---

[1] Cfr. il Report pubblicato nel settembre 2019 dal Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) e intitolato *A World at Risk, Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies*: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf. Il GPMB è un organismo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Banca Mondiale.

[2] Passata l'emergenza vi sarà modo di ritornare sulla difficile prova a cui è stata sottoposta la nostra sanità, nello sforzo di assicurare a tutti prevenzione dalla malattia e cure adeguate. Sin d'ora possiamo però sottolineare alcune criticità, quali: i finanziamenti inadeguati al Servizio Sanitario Nazionale, come già evidenziato dal CNB nel parere *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale*, (26 gennaio 2017) e nella mozione *Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale* (29 maggio 2015); un'erronea programmazione nella formazione e nel reclutamento di medici, soprattutto specialisti, connessa anche al blocco del turn-over del personale sanitario; un insufficiente finanziamento delle borse di studio per la frequenza di scuole di specializzazione medica; una struttura organizzativa con pesanti disomogeneità territoriali: nel tempo il nostro Servizio Sanitario Nazionale è andato trasformandosi, di fatto, in un insieme di Servizi Sanitari Regionali (oltre a quelli delle province autonome), comportando in tal modo un'inaccettabile disuguaglianza tra i cittadini, a seconda della regione in cui risiedono; il mancato aggiornamento e la mancata implementazione, sia a livello nazionale che regionale, del "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 dal Ministero della Salute e non più aggiornato dopo il 2006; il ridimensionamento del ruolo della medicina di base e territoriale; la progressiva separazione tra politiche sanitarie e politiche socio-assistenziali, con la conseguente svalutazione di queste ultime.

Ai principi costituzionali il CNB ritiene doveroso aggiungere il riferimento alla Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che prescrive che la cura vada assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario. È doveroso fare sempre tutto il possibile per garantire a tutti, nessuno escluso, la tutela della salute; ugualmente si deve fare tutto il possibile per non trovarsi in una situazione di grave carenza di risorse (professionali, di dispositivi sanitari, di posti letto). A tale scopo deve essere indirizzata, e poi concretamente realizzata, un'adeguata ed equa allocazione delle risorse sanitarie. La terribile emergenza scatenata dal virus Sars-CoV-2 ci pone tuttavia di fronte a una simile carenza e pone il drammatico problema di come gestire al meglio tali risorse per assicurare il diritto alla salute di cui parla la Costituzione.

1. La distribuzione delle risorse scarse: i criteri etici per l'accesso

La sorveglianza della salute pubblica e la medicina delle catastrofi sono i due ambiti di riferimento per la tematica oggetto del presente documento. Esse dispongono di una letteratura di settore particolarmente ricca e articolata. Nella drammaticità della situazione attuale emerge, in alcune zone del Paese particolarmente colpite, una condizione in cui le risorse disponibili non sono di fatto sufficienti a coprire i bisogni pressanti di cura della totalità dei malati. E ciò anche considerando che le persone che necessitano di assistenza medica non sono solo quelle contagiate dall'epidemia in corso, ma anche le altre colpite da patologie acute e croniche che improvvisamente vedono calare drasticamente personale e mezzi di cura fino ad allora disponibili e per loro essenziali.

Già da settimane stiamo assistendo ad una enorme riorganizzazione sanitaria, logistica e del personale, per cercare di rispondere a tutte le esigenze e non lasciare indietro nessuno. Ma la situazione resta critica e il sistema è sottoposto a un pesante stress: di qui la necessità di individuare criteri per l'accesso alle risorse che siano adeguati all'eccezionalità del momento. A tale proposito il Comitato esprime solidarietà e forte sostegno nei confronti dei medici e degli operatori sanitari e sociali che sono drammaticamente coinvolti in prima persona nel contrastare l'epidemia: essi sono quotidianamente posti di fronte al problema tragico della allocazione di risorse scarse rispetto a bisogni enormi e con la necessità di assumere delle decisioni in tempi brevi, a volte brevissimi. Intorno a questo problema si è aperto, ed è tuttora in corso, un ampio confronto internazionale che coinvolge società scientifiche, Comitati etici nazionali e internazionali ed esperti.[3]

[3] Ad es. tra le società scientifiche ed istituti: SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili,* 6.3.2020; *Coronavirus - Statement del Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, in* http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=83219*;* Belgian Society of Intensive Care Medicine*, Ethical Principles Concerning Proportionality of Critical Care During the 2020 COVID-19 Pandemic in Belgium,* 2020; The Hastings Center*, Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus Sars-CoV-2 (COVID-19); Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*, 16.3.2020. Tra i Comitati etici nazionali ed i dipartimenti di ministeri della salute, sul tema specifico della distribuzione delle risorse: *Informe del Comité de Bioètica de Espana Sobre los Aspectos Bioéticos de la Priorizacion de Recursos Sanitarios en el Contexto de la Crisis del Coronavirus*, 25.3.2020; Nuffield Council on Bioethics, *Ethical Considerations in Responding to the COVID-19 Pandemic,* 17.03.2020; Department for Health, Ireland, *Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic,* 2020. Altri Comitati Nazionali di Bioetica si sono pronunciati in generale sul tema Covid-19 (Francia, Germania, Austria) e Comitati internazionali (Comitato Internazionale di Bioetica e Commissione Mondiale

La situazione di acuta emergenza che ha colpito la nostra sanità pubblica ha messo in luce quanto sia fondamentale assicurare requisiti e condizioni che consentano di rispettare la dignità umana e i principi etici fondamentali fatti propri dalle Carte dei diritti internazionali - a partire dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani - e nazionali - come la nostra Costituzione. Il Comitato ritiene pertanto che nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito. E ritiene che sia doveroso mettere in atto tutte le strategie possibili, anche di carattere economico-organizzativo, per far sì che sia garantita l'universalità delle cure.

2. Il criterio del "triage in emergenza pandemica"

Quando ci si trova in una situazione, come quella attuale, di grave carenza di risorse, il CNB valuta il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento per l'allocazione delle risorse medesime: ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità[4], la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile. In particolare, il CNB continua a ritenere valido il metodo del triage, che però deve essere ripensato sulla base dell'eccezionalità del momento. A tale proposito, si potrebbe parlare di triage in emergenza pandemica, le cui linee fondamentali si basano su una premessa, la *preparedness*, [5] e su due concetti chiave: appropriatezza clinica e attualità.

= ***Preparedness***

Si tratta di predisporre strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali rispetto ad emergenze causate da pandemie. In altre parole, si deve valutare come gestire in situazioni eccezionali l'inevitabile conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente: un dilemma difficile da risolvere nella concretezza delle scelte, come mostra la vasta letteratura in proposito.

---

di Etica della Conoscenza Scientifica e Tecnologica dell'Unesco, Gruppo Europeo di Etica della Scienza e Nuove Tecnologie, Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa). Tra gli esperti si segnala: E. J. EMANUEL et al. *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19,* in "New England Journal of Medicine", 23 March 2020.

[4] Negli Stati Uniti alcune associazioni dei diritti delle persone con disabilità hanno denunciato l'adozione, da parte di alcuni Stati, di protocolli di razionamento delle cure salvavita discriminatori nei confronti delle persone con disabilità. A seguito di tali segnalazioni, il Direttore dell'Ufficio per i diritti civili del Department of Health and Human Services**,** Roger Severino, ha aperto un'inchiesta, per garantire che a nessuno Stato, anche durante l'emergenza da pandemia, fosse permesso di discriminare i pazienti sulla base di disabilità, età, etnia**.** Cfr. Office for Civil Rights (OCR) at the U.S Department of Health and Human Services, *BULLETIN: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19),* 28.3.2020.

[5] Il termine indica un programma operativo a lungo termine di preparazione alle emergenze. Si veda a questo proposito la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in https://www.who.int/environmental_health_emergencies/preparedness/en/: "Emergency preparedness is a programme of long-term development activities whose goals are to strengthen the overall capacity and capability of a country to manage efficiently all types of emergency and to bring about an orderly transition from relief through recovery and back to sustainable development".

Il CNB a tale riguardo sottolinea in particolare due aspetti:

- la necessità di prevedere una filiera trasparente nelle responsabilità e nei compiti, con chiarezza di tempi e metodi (ad es. individuare le autorità competenti a livello nazionale e locale a cui demandare la responsabilità ultima nel reperimento e nella allocazione delle risorse); la complessità delle operazioni necessarie richiede strumenti operativi adeguati, innanzitutto privi di ogni eccesso di burocrazia, per procurarsi le risorse necessarie nelle tempistiche dettate dall'emergenza in corso;
- va tenuto comunque presente che l'adozione dei criteri di priorità nel mettere a disposizione risorse può innescare dinamiche che rischiano di non essere facilmente reversibili. Decisioni importanti, che impattano pesantemente sulla vita e la morte delle persone, in comunità rese fragili da un'epidemia, non devono costituire precedenti da applicare in un futuro tornato alla normalità.

= **Appropriatezza clinica e attualità**

Appropriatezza clinica. Con appropriatezza clinica si intende la valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione. Tale trattamento deve essere sempre proporzionato, ovvero tener conto del bilanciamento dei benefici e dei rischi rispetto al paziente, considerato dal punto di vista della dimensione clinica sia oggettiva che soggettiva (percezione del dolore e sofferenza, percezione della invasività dei trattamenti, ecc.).

Ogni paziente va visto nella globalità della sua situazione clinica, tenendo in considerazione tutti i necessari fattori di valutazione. Ferma restando la priorità del trattamento secondo il grado di urgenza, altri fattori sono ordinariamente oggetto di valutazione: gravità del quadro clinico in atto, comorbilità, quadro di terminalità a breve, ecc. L'età, a sua volta, è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale. La priorità andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza. Non si deve cioè adottare un criterio in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente.

È importante, poi, che la decisione terapeutica concernente i diversi pazienti da trattare, secondo la gravità della loro patologia, sia per quanto possibile il frutto di un consulto tra più medici, per garantire il confronto tra diversi punti di vista ed una scelta la più corretta possibile, e, fatto altrettanto importante, per consentire di condividere la responsabilità ed il peso di una decisione che sarà sempre lacerante.

Si dovrà sempre comunque dare la possibilità, per chi non accederà alla struttura sanitaria o per il paziente che abbia rinunciato ai trattamenti salvavita invasivi, di essere curato con sistemi meno invasivi e di ricorrere alla terapia del dolore e alle cure palliative, ove necessario. La continuità delle cure rispetto al singolo paziente va dunque sempre garantita.

Attualità. È questo il criterio che più caratterizza il triage d'emergenza pandemica, da confrontarsi con le procedure adottate solitamente nel pronto

soccorso ospedaliero. Rispetto al triage usuale[6], nel triage in emergenza pandemica si considerano diversamente i pazienti: in questo insieme sono inclusi, oltre a quelli che sono "fisicamente presenti", coloro che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, delle cui condizioni critiche si è già consapevoli. Infatti, in una situazione di emergenza come quella pandemica che ha investito il nostro territorio, ad aver bisogno di trattamenti sanitari salvavita non sono solo i pazienti fisicamente presenti nei locali del pronto soccorso ma anche quelli ricoverati e non ancora sottoposti al sostegno vitale della ventilazione assistita – dai supporti meno invasivi al trasferimento in terapia intensiva – così come i pazienti, già valutati clinicamente a domicilio, che si sono aggravati improvvisamente. Rispetto al triage in tempi normali, il triage in emergenza pandemica inserisce la valutazione individuale del paziente nella prospettiva più ampia della "comunità dei pazienti".[7]

Nel triage in emergenza pandemica la periodicità di revisione delle liste di attesa segue, per quanto possibile, i tempi della patologia. È ragionevole infatti pensare ad alcuni medici che, in condivisione, rivedano le priorità all'interno di una lista di attesa di pazienti, per i quali sarebbe appropriato ricevere i trattamenti di cui c'è purtroppo scarsa disponibilità e tenendo conto dell'assistenza domiciliare. Tali priorità vengono decise e/o riviste in base al criterio clinico e secondo le situazioni contingenti, senza escludere nessuno a priori, e al tempo stesso utilizzando tutte le risorse disponibili.

Le condizioni di emergenza, poi, vanno oltre la cura della singola persona: in situazioni eccezionali molte strutture del sistema sanitario, non solo ospedaliere, vengono riorganizzate, sia nella articolazione dei diversi dipartimenti all'interno di un complesso sanitario, che nella ripartizione dei pazienti e delle specialità di cura fra le differenti strutture ospedaliere. Tale riorganizzazione riguarda le strutture già disponibili, come pure quelle eventualmente allestite in via provvisoria per affrontare l'emergenza. Di conseguenza il personale viene redistribuito e reclutato secondo le nuove, incombenti necessità.

Utilizzare il triage in emergenza pandemica anche a questo livello logistico significa programmare su ampia scala, tenendo sempre presente l'obiettivo di evitare la formazione di categorie di persone che poi risultino svantaggiate e discriminate. Risulta eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia, escludere automatismi e scelte aprioristiche nell'accesso ai diversi percorsi di cura.

Va infatti ricordato che non sono solo i pazienti Covid-19 ad avere necessità della terapia intensiva o subintensiva. Ammalati con altre gravissime patologie ne hanno bisogno. Così come non possiamo dimenticare i pazienti cronici che in questi giorni si trovano in una sorta di doppio, pesante isolamento: per un verso devono prestare grande attenzione al rispetto delle norme restrittive stabilite, perché sono maggiormente esposti al virus; per un altro verso non possono sottoporsi ai consueti e periodici controlli medici, considerato che i contatti con i medici sono diminuiti, quando non sospesi.

---

[6] In condizioni di normalità, con il triage gli operatori in un pronto soccorso hanno l'obiettivo di stabilire le priorità di accesso alle terapie; essi quindi compongono liste di attesa che riguardano solo i pazienti fisicamente presenti.

[7] Qualcosa di analogo si verifica per i trapianti d'organo, dove si costruisce una lista di chi ha bisogno del trapianto, considerando sia l'ordine di arrivo sia, principalmente, criteri di appropriatezza clinica; di tale lista si rivedono, poi, periodicamente le priorità, sempre seguendo gli stessi criteri.

3. Ulteriori riflessioni

Infine, il CNB ritiene opportuno mettere in evidenza quanto segue.

1. I criteri della allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessitano della massima trasparenza. I criteri adottati nel sistema sanitario debbono essere noti con chiarezza all'opinione pubblica, perché le scelte di ciascuno in proposito siano veramente libere e informate. Nella condizione di emergenza, segnata dall'isolamento dei pazienti, le difficoltà che gravano, in termini di carenza di risorse, tempi contratti e sovraccarico emotivo, sulla relazione di cura impongono una particolare, vigile attenzione sul rispetto del criterio personalistico nelle scelte individuali e, in particolare, sulla possibilità di ricorrere agli strumenti delle disposizioni anticipate di trattamento e della pianificazione condivisa delle cure.

2. Il Comitato con questo documento, inoltre, intende rivolgersi ai medici e agli operatori sanitari e sociali, ribadendo gratitudine per il loro operato e forte sostegno per le difficoltà che incontrano nelle scelte quotidiane: il Comitato è consapevole che non debbano essere lasciati soli. Sottolinea quanto siano risultate limitate le risorse sanitarie disponibili durante l'emergenza, in termini tanto strutturali che organizzativi, incluso un organico spesso sottodimensionato, sia negli ospedali che nel territorio. I professionisti della salute si sono spesso trovati a dover lavorare per molte ore consecutive, con ritmi massacranti, a volte anche con dispositivi di protezione inadeguati, con un alto rischio di infettarsi e persino di morire: sono infatti numerosissimi i decessi degli operatori sanitari. Va inoltre tenuto conto dell'incertezza scientifica che caratterizza la novità dell'attuale emergenza pandemica: nel combattere il contagio da Covid-19 si opera in assenza di linee guida consolidate, di buone pratiche clinico-assistenziali riconosciute come tali dalla comunità scientifica, di evidenze terapeutiche. In considerazione di ciò il CNB segnala con preoccupazione la proliferazione di contenziosi giudiziari nei confronti dei professionisti della salute nel contesto dell'attuale emergenza pandemica. A tal proposito, ritiene che vada presa in considerazione l'idea di limitare eventuali profili di responsabilità professionale degli operatori sanitari in relazione alle attività svolte per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

3. A questo va aggiunta una riflessione dedicata alle persone più vulnerabili rispetto al resto della popolazione, che possono sentirsi particolarmente a rischio di abbandono. Va sottolineato che la contagiosità di una epidemia porta inevitabilmente con sé il rischio della solitudine, per necessità sanitarie: le persone fragili - anziani, persone con disabilità, persone già malate - per evitare il pericolo di contagio possono essere allontanate dalle persone care e dagli ambienti familiari e, in caso di ricovero ospedaliero, trasferite in reparti ovviamente destinati all'isolamento, in cui l'accesso è limitato al solo personale specializzato: condizioni in cui anche ricevere una semplice telefonata può diventare un problema. Tra le tante persone vulnerabili, un'attenzione particolare va dedicata agli anziani. Va rimarcato il loro eguale diritto a ricevere cure adeguate e, quando in questo periodo sono ricoverati in strutture dedicate (es. RSA), ottenere dispositivi di protezione appropriati per il Covid-19, con indagini tempestive e numerose per isolare i pazienti affetti dal virus dagli altri degenti. Le sofferenze che si accompagnano alla morte causata dalla insufficienza respiratoria devono

essere evitate attraverso l'adozione di protocolli adeguati, che includono ovviamente la terapia del dolore e la palliazione, quando necessarie.

Né si può dimenticare la prova terribile a cui sono sottoposti gli ammalati terminali, senza la possibilità di poter salutare per l'ultima volta i propri cari. Oltre a negare l'accompagnamento alla morte del malato, l'epidemia rende impossibile a chi è rimasto di poter condividere il proprio dolore, attraverso il rito del funerale. Anche queste ferite dolorose, oltre a molte altre, lasceranno il segno nel vissuto delle persone e delle comunità.

Il Comitato auspica che sia assicurato anche un sostegno di vicinanza e accompagnamento alle persone particolarmente vulnerabili, sul piano non solo clinico ma anche sociale e umano.

Posizione di minoranza del Prof. Maurizio Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta

Il Parere del CNB sul Covid-19 è inadeguato perché a parole afferma di affrontare il problema del triage o della scelta dei pazienti da sottoporre a trattamenti intensivi, ma in realtà neanche riesce a individuare i termini del problema circa la scelta e finisce per lasciare l'ultima parola al giudizio clinico individuale, senza dare indicazioni precise. Mosso più dall'intento di dare rassicurazioni, è come se il Parere negasse la realtà eccezionale verificatasi circa l'esigenza di fare scelte o triage. Cerco ora di spiegare perché e come mai le Raccomandazioni Siaarti (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) puntino nella direzione giusta.

* * *

L'Italia è stato il primo Paese occidentale che ha subìto l'improvvisa, potente e mortifera onda d'urto della pandemia Covid-19. Il 21 febbraio 2020 si ebbe la prima diagnosi ufficiale di Covid-19 e il giorno dopo esplosero i focolai a Codogno e a Vò Euganeo, che allora sembravano episodi isolati e destinati a rimanere tali. Larga parte dell'opinione pubblica giudicava eccessivo l'allarmismo e giravano voci che la Covid-19 altro non fosse che "un'influenza appena più seria". A parte le poche "zone rosse", fino a domenica 8 marzo compresa nel Paese la vita è continuata quasi normalmente.

In Lombardia, però, la situazione sanitaria è precipitata immediatamente e sin dai primi di marzo le richieste di ricovero sono cresciute esponenzialmente: il 6 marzo un gruppo di rianimatori subito pubblicava le Raccomandazioni Siaarti "per l'ammissione a trattamenti intensivi e la loro sospensione, in condizioni *eccezionali*". Non ci sono ancora dati ufficiali, ma nel quadrilatero Lodi-Bergamo-Brescia-Cremona, una stima fatta da operatori sul campo afferma che dal 5 al 25 marzo, il periodo più critico, per ogni singolo letto di rianimazione disponibile c'erano circa almeno 10 pretendenti, cifra che trova conferma nel fatto che in poche settimane i morti sono stati circa 20.000, grosso modo il doppio rispetto alla cifra ufficiale.

In questa situazione di eccezionale emergenza le Raccomandazioni Siaarti hanno svolto un prezioso servizio, fornendo indicazioni concrete ai rianimatori che si sono trovati a dover fare triage avendo pochissimo tempo per decidere. Le Raccomandazioni hanno suscitato un vivace dibattito pubblico, perché per esempio la n. 3 è stata accusata di essere discriminatoria, in quanto menziona la possibilità che in talune circostanze si renda "necessario porre **un limite di età** all'ingresso in Terapia Intensiva". Altri hanno invece rifiutato l'idea stessa che si debba giungere a fare triage, non essendo tale pratica prevista dalla deontologia medica e dalla Costituzione; altri ancora hanno ribadito che la eventuale scelta spetta solo alla "scienza e coscienza" del singolo medico.

Quello suscitato dalle Raccomandazioni Siaarti è, comunque, il più importante dibattito bioetico nato dal basso dopo i casi Welby e Englaro, dibattito che, per via del ruolo leader esercitato dal nostro Paese nel mondo circa il contrasto alla Covid-19, si sta estendendo a livello internazionale. In questa situazione, il Parere del CNB avrebbe dovuto inserirsi nella riflessione in corso e avrebbe dovuto prendere posizione sulle Raccomandazioni Siaarti, criticandole, correggendole o accettandole. Invece, il Parere le ha menzionate in una nota e all'interno di un testo elaborato ex-novo che neanche prende in considerazione il principale punto teorico sotteso alle Raccomandazioni stesse, quello in cui si afferma che in

condizioni eccezionali "potrebbero essere necessari **criteri di accesso** alle cure intensive (e **di dimissione**) non soltanto strettamente di **appropriatezza clinica** e di **proporzionalità delle cure**, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di **giustizia distributiva** e di **appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate**".

Negando questo punto fondamentale, il Parere del CNB afferma che l'unico criterio adeguato per l'allocazione delle risorse è "il criterio clinico" e che "ogni altro criterio di selezione […] è […] eticamente inaccettabile". Per chiarire la natura del problema in esame e il tipo di disaccordo, è opportuno esaminare un esempio concreto. Immaginiamo che Tizio (70 anni) e Caio (60 anni) necessitino di accedere alle Terapie Intensive e che, in situazioni normali con due letti disponibili, entrambi siano giudicati clinicamente idonei alle cure, avendo tutt'e due ragionevoli opportunità di ripristino della salute. Supponiamo ora che, improvvisamente, la situazione cambi e che resti un unico letto disponibile, così che è necessario scegliere se ammettere Tizio o Caio. Poiché dal punto di vista clinico entrambi erano già stati giudicati idonei, si deve riconoscere che la scelta è fatta sulla scorta di un criterio extra-clinico, in quanto la valutazione clinica non cambia col mutare delle opportunità di cura. Ecco perché nella nuova situazione eccezionale creatasi, la scelta se ammettere Tizio o Caio dipende da un criterio "etico-sociale", che i rianimatori Siaarti individuano nella giustizia distributiva concernente l'allocazione delle risorse scarse: in condizioni di scarsità diventa più stringente il dovere di evitare sprechi di sorta, per cui, a parità di giudizio clinico, la giustizia distributiva suggerisce di puntare a "**privilegiare la** «**maggior speranza di vita**»**.**

Le considerazioni fatte mostrano che l'analisi teorica sottesa alle Raccomandazioni Siaarti è corretta, e che l'età è fattore extra-clinico. Invece di riconoscere questo, il Parere del CNB semplicemente ignora il punto e neppure lo prende in considerazione, forse per il timore che il riconoscimento di criteri extra-clinici possa aprire la strada a possibili discriminazioni. Tanto forte è l'esigenza di esorcizzare tale possibilità che il Parere del CNB viene a includere l'età nel "criterio clinico" in forza della sua frequente associazione a varie malattie. In questo senso afferma che l'età è "un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale". Con considerazioni analoghe e attraverso giri di parole non sempre facili da capire, il Parere del CNB in pratica allarga a dismisura il criterio clinico per includervi anche altri fattori giudicati rilevanti, per concludere che "la priorità [di cura] andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza".

La nozione di "possibilità di sopravvivenza" è piuttosto vaga e generica, ma in senso ampio può essere equiparata alla più precisa "maggiore speranza di vita" della Siaarti: se così fosse, comune sarebbe il fine ultimo della scelta (o triage) e la divergenza tra il Parere del CNB e la raccomandazione Siaarti parrebbe limitata alla diversa prospettiva di analisi e al riconoscimento o meno del criterio extra-clinico nella scelta.

Questa differenza, tuttavia, non è irrilevante perché ha ulteriori conseguenze pratiche. Sulla scorta della corretta prospettiva di analisi della scelta, la Siaarti è riuscita a formulare quindici Raccomandazioni abbastanza precise e puntuali che forniscono indicazioni pratiche per l'azione da implementare in pochi minuti o anche meno, e grazie a queste linee guida è possibile controllare la conformità

delle condotte corrispondenti. Invece, sulla scorta del solo criterio clinico applicato sempre alla singola persona malata nelle circostanze attuali, il Parere del CNB non riesce a dare alcuna direttiva generale, ma viene a dire che "non si deve […] adottare un criterio, in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente", e che "risulta eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia, escludere automatismi e scelte aprioristiche nell'accesso ai diversi percorsi di cura". Ciò significa in concreto che la scelta circa l'accesso alle terapie intensive nelle situazioni eccezionali non è troppo diversa dalle scelte di proporzionalità delle cure che avvengono nelle condizioni normali. A parole il Parere del CNB promette di dare un criterio per il triage in situazione di emergenza pandemica, ma in realtà non dà alcuna indicazione specifica se non che quando non si riesce a garantire l'universalità delle cure è il medico che deve scegliere in scienza e coscienza, mixando gli indicatori clinici a propria discrezione

Le Raccomandazioni Siaarti sono migliorabili ma puntano nella direzione giusta. Riconoscendo la presenza di fattori extra-clinici nella scelta, aprono da una parte nuovi orizzonti che dovranno essere approfonditi e ulteriormente precisati. Sappiamo tutti che il triage, o scelta di chi ammettere alle cure, è realtà terribile, ripugnante e che tutti vorremmo evitare. Ma compito dell'etica e della bioetica è affrontare anche tali problemi difficili e individuare le possibili soluzioni razionalmente giustificate, a costo di urtare inveterate opinioni ricevute. Forse per timore che il riconoscimento di fattori extra-clinici nella scelta potesse aprire la porta a possibili discriminazioni, il Parere del CNB è venuto a negare al riguardo e preferito rassicurare gli animi osservando che, come sempre, anche nelle situazioni eccezionali vale solo il criterio clinico e che tutto rimane più o meno come prima.

Una disamina dell'articolazione del Parere del CNB ci consente di cogliere meglio questo punto. In partenza, il Parere si limita a rilevare che "da diversi mesi il nostro Paese si trova a dover fronteggiare una minaccia senza precedenti per la salute e la vita dei cittadini", quasi che si trattasse di una realtà ormai consueta e normale. Subito ribadisce che i principi contenuti negli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione "costituiscono dei punti di riferimento irrinunciabili per la relazione di cura, anche quando questa venga promossa in condizioni di criticità estrema come quelle attuali", e che la Legge n. 833 del 1978 istitutiva del SSN impone che "la cura vada assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario". In breve, all'inizio si asserisce che nessuna scelta (triage) è mai consentita per nessuna ragione.

A dispetto di questa dichiarazione ideale e astratta, il Parere riconosce però anche che "la terribile emergenza scatenata dal virus Sars-CoV-2 ci pone tuttavia di fronte" alla necessità di fare delle scelte, ossia del triage. Questa, tuttavia, è eticamente lecita solo se fatta sulla scorta del "criterio clinico", nel rispetto dei "principi di giustizia, equità e solidarietà" che offrono "a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito" e dopo aver fatto tutto il possibile "per far sì che sia garantita l'universalità delle cure". Sia pure con riluttanza, il Parere del CNB ammette il triage, ma a condizioni particolari e speciali. Quest'aspetto diventa più chiaro se si considera che, dopo averlo ammesso, subito sottolinea che il triage "però deve essere ripensato sulla base dell'eccezionalità del momento" per cui "si potrebbe parlare di *triage in emergenza pandemica*" caratterizzato da condizioni particolari, quali appunto la preparedness, il riferimento al criterio clinico e all'attualità aperta alla più ampia

comunità dei pazienti. In breve: triage sì, ma, come abbiamo visto, qualificato da speciali caratteristiche.

In chiusura, poi, il Parere del CNB formula auspici circa la trasparenza dei criteri adottati, la vicinanza dovuta ai medici, le incertezze circa le conoscenze scientifiche, nonché la tutela delle persone più vulnerabili, osservazioni ulteriori che portano a pensare che di triage si tratti, ma non in senso proprio bensì in un senso speciale non ben individuato.

Ho ricordato i tre passaggi in cui si articola il Parere del CNB perché essi corrispondono grosso modo all'analisi fatta da Alessandro Manzoni, al termine del cap. 31 de *I promessi sposi*, dell'atteggiamento dei milanesi verso la peste del 1630: "In principio dunque, non peste, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche di proferire il vocabolo. Poi, febbri pestilenziali: l'idea s'ammette per isbieco in un aggettivo. Poi, non vera peste, vale a dire peste sì, ma in un certo senso; non peste proprio, ma una cosa alla quale non si sa trovare un altro nome". Ove sostituissimo nel testo il termine "peste" con "triage" o "scelta", riscontreremmo oggi atteggiamento analogo: "In principio dunque, non scelta, non triage, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche di proferire il vocabolo [la Costituzione lo vieta]. Poi, triage in emergenza pandemica: l'idea s'ammette per isbieco in un aggettivo o in una qualificazione. Poi, non vera scelta, vale a dire scelta sì, ma in un certo senso; non scelta o non triage proprio, ma una cosa alla quale non si sa trovare un altro nome".

Le Raccomandazioni Siaarti con realismo, tempestività e trasparenza, sono riuscite a offrire indicazioni abbastanza precise per affrontare i tragici problemi di scelta in situazioni eccezionali: forse sono meno rassicuranti, ma è da quelle che dobbiamo partire.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB
COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

COVID-19: SALUTE PUBBLICA, LIBERTÀ INDIVIDUALE, SOLIDARIETÀ SOCIALE

28 maggio 2020

Presentazione

Con il presente parere, il CNB intende offrire una cornice di riferimento bioetico alle molte questioni che sia la pandemia da COVID-19 che le misure di contrasto sollevano. Il CNB prende atto della eccezionalità della minaccia alla salute dell'individuo e della collettività rappresentata dal COVID-19, che richiama a una rinnovata riflessione: a) sulla salute, nelle sue molteplici dimensioni (fisica, psichica, sociale); b) sul rapporto fra salute individuale e salute pubblica; c) sul rapporto fra il principio di libertà e autonomia dell'individuo nella gestione della propria salute e il principio di solidarietà.

Nel considerare la dialettica fra questi principi, il CNB ritiene fondamentale distinguere fra interventi "straordinari" (*lockdown* e limitazione di libertà dei cittadini), adottati nella fase più acuta della pandemia e giustificati dalla gravità della minaccia alla salute pubblica, e interventi "ordinari", in linea con le politiche correnti di sanità (che di regola non contrastano con l'autonomia individuale, poiché fanno leva sulla consapevolezza dei cittadini/e). La riflessione del CNB è particolarmente utile oggi, quando gli sforzi sono rivolti alla ripresa della "normalità" di vita del Paese, senza però escludere un nuovo ricorso a misure eccezionali in corrispondenza di un possibile riacutizzarsi della curva pandemica. Occorre notare come tutta la riflessione si svolga in un clima di generale incertezza, per le ancora scarse conoscenze scientifiche sul virus e le ancora limitate esperienze di interventi di contrasto a una pandemia di tale gravità. Per governare l'incertezza, abbiamo bisogno di un dialogo fra i diversi saperi e l'esperienza sociale

Il parere tiene presente l'esperienza accumulata nei primi mesi della pandemia, nella duplice direzione di: 1) un bilancio degli *insegnamenti appresi* (con riferimento alla preparazione e agli squilibri del SSN); 2) una *ricognizione delle sfide* che ancora ci stanno di fronte (valutazione dell'impatto delle misure pubbliche di contenimento sui diritti fondamentali, sulle disuguaglianze fra cittadini/e, per verificare che non si accentuino quelle già esistenti, o non se ne creino di nuove, oppure che le differenze non si traducano in disuguaglianze). In questo ambito, un'attenzione particolare è riservata ai gruppi particolarmente vulnerabili (dai bambini, alle persone con disabilità, agli anziani, ai detenuti e altri). Le strategie pubbliche di contenimento del contagio spaziano da azioni che rientrano nell'ambito delle ordinarie politiche di sanità pubblica fino alla limitazione di alcune libertà fondamentali (in ragione della loro eccezionalità, secondo i criteri di proporzionalità, di efficacia, di limitazione temporale).

Il CNB auspica: a) che vi sia un ripensamento complessivo del nostro sistema di welfare ed un suo potenziamento dopo anni di tagli; b) che si tenga conto del fatto, risalente, che l'alterazione degli ecosistemi ha favorito e favorisce il diffondersi di patogeni prima sconosciuti; c) che, nel pianificare le misure di prevenzione per le fasi successive al *lockdown*, ritornino in primo piano le politiche "ordinarie" di salute pubblica, le quali si basano sulla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine come elemento fondamentale per la tutela della salute.

Il parere è stato predisposto dalle coordinatrici, Proff.: Tamar Pitch, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa e dal gruppo di lavoro costituito dai Proff: Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Luca Savarino.

Nella seduta del 28 maggio 2020 il parere è stato approvato a maggioranza dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari,

Carlo Casonato, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gian Paolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Ha espresso voto contrario il Prof. Francesco D'Agostino.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio.

Assente alla seduta, ha successivamente aderito: per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi.

Assente al momento della votazione, ha successivamente aderito: per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Il quadro di riferimento bioetico

Il CNB interviene per la seconda volta sulle questioni bioetiche sollevate dall'attuale pandemia COVID-19, dopo il recente documento che ha sviluppato il tema specifico dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate[1].

Da alcuni mesi il nostro Paese, insieme a quasi tutto il mondo, si è trovato a fronteggiare una minaccia pandemica senza precedenti per via della diffusione di un coronavirus sconosciuto fino a dicembre 2019. Questo virus può diffondersi anche a partire da soggetti asintomatici e, in alcuni casi, incide gravemente sulla salute, fino a risultare mortale, con percentuali variabili da Paese a Paese, e a seconda dell'età dei soggetti e della severità di patologie preesistenti associate. In Europa, la fase di impennata della curva dei contagi sembra essere terminata. Tuttavia, come ricorda l'OMS, ciò non significa la fine dell'emergenza sanitaria, la quale presumibilmente durerà fino alla scoperta e alla reperibilità su larga scala di un vaccino e/o alla messa a punto di cure efficaci.

Pressoché tutti i Paesi hanno messo in campo contromisure di salute pubblica fino a questo momento mai adottate, nel tentativo di "appiattire" la curva del contagio e di contenere e dilazionare la diffusione del virus, sì da permettere ai sistemi sanitari di far fronte all'urto dell'esplosione epidemica. La scelta delle contromisure è stata, ed è, particolarmente difficile per i governi, poiché poche sono al momento le certezze scientifiche intorno al virus.

La comune esposizione al rischio di contagio è, quindi, resa più drammatica dalla consapevolezza crescente della limitatezza delle nostre conoscenze. Covid-19 mette emblematicamente in luce come i rischi siano non solo globali nella loro portata, ma anche imprevedibili per la loro complessità, pervasività e novità. Non abbiamo ancora certezze, fra l'altro, su quale sia la diffusione reale del virus nella popolazione, il ruolo e l'entità dei casi asintomatici, il comportamento stagionale della malattia, il grado di immunità degli esseri umani, il tempo necessario per avere a disposizione un vaccino utile in quantità sufficienti alla copertura dei vari gruppi di popolazione**.**

Il presente parere prende atto dell'eccezionalità della minaccia, che giustifica la natura eccezionale delle misure adottate dalle autorità pubbliche. In particolare, lo stato di profonda incertezza sul versante delle conoscenze scientifiche ha fatto sì che le misure di *lockdown* siano state adottate in molti Paesi, tra cui l'Italia, come il rimedio più sicuro per il contenimento del contagio nella fase iniziale di maggiore espansione dell'epidemia. A mesi di distanza constatiamo che hanno di fatto portato ad una drastica riduzione dell'indice dei contagi[2]. Si tratta di misure giustificate, come si diceva, dall'emergenza, ma con gravi ricadute sul versante economico e sociale, oltre che su quello psicologico-relazionale, e che dunque non possono essere che temporanee. Sappiamo però, ed è un processo già in corso, che saranno sostituite all'allentarsi del tasso di diffusione del contagio da altre, meno restrittive, che - presumibilmente - ci accompagneranno per molti mesi, se non per anni. Si avanza anche l'ipotesi di un alternarsi di misure più o meno stringenti in corrispondenza dell'andamento della curva dei contagi. Si collocano in questo ambito le nuove tecnologie digitali

[1] Parere del CNB, *COVID-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica*, 8 aprile 2020.

[2] Cfr. Imperial College, COVID-19 Responsive Team, *Report 20: Uso della mobilità per stimare l'intensità di trasmissione di COVID-19 in Italia: Analisi a livello regionale e scenari futuri.*

per il tracciamento dei contagi, nelle diverse modalità di applicazione. Per la sua complessità, il problema di come utilizzarle a beneficio della salute pubblica nel rispetto della protezione dei dati personali non sarà affrontato in questo parere, ma rinviato ad approfondimento successivo[3].

Il CNB considera ora opportuna una riflessione sulla pandemia e sulle misure adottate per contrastarla, alla luce del delicato rapporto tra salute individuale e salute pubblica, tenendo presenti al tempo stesso le diverse dimensioni (fisica, psichica, sociale) della salute degli esseri umani.

In tale riflessione il CNB prende avvio dall'unanime convincimento che la salute sia un bene primario. Per la nostra Costituzione la tutela della salute è fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività: da qui discende in primo luogo l'impegno pubblico per la tutela della salute secondo i principi di universalità e uguaglianza.

Il nostro servizio sanitario pubblico si ispira a principi che, sia a livello etico che giuridico, ruotano intorno alla centralità della persona e alla tutela del suo diritto alla salute, nel rispetto della libertà (libertà di scelta del luogo di cura, autonomia del paziente nel diritto a essere informato delle cure e al rifiuto o rinuncia a quelle già iniziate, diritto alla riservatezza etc.)[4]. L'emergenza epidemica ha messo però in particolare rilievo il principio di solidarietà, con cui l'autonomia e il diritto dell'individuo devono coniugarsi. Tale principio muove dalla consapevolezza dell'interdipendenza fra gli esseri umani e quindi delle possibili ricadute della tutela della salute di ognuno sulla salute di altri. La solidarietà si declina in primo luogo come responsabilità individuale, divenuta cogente con l'emergere dell'epidemia, nel seguire comportamenti corretti di protezione dal contagio non solo per sé, ma anche per altri. Perciò anche i soggetti a minor rischio hanno il dovere di proteggersi dall'infezione, nell'interesse dei soggetti più vulnerabili. Nella discussione sulle strategie di contrasto all'epidemia, è possibile registrare una tensione tra salute individuale e salute pubblica e tra i principi bioetici posti a salvaguardia dell'una e dell'altra. Da un lato, in ambito internazionale, il ruolo della salute pubblica è venuto acquisendo sempre maggior rilievo, fino ad essere considerato una dimensione fondante della sicurezza

---

[3] Il tema della *privacy* in relazione all'uso dei dati personali è già stato trattato dal CNB in due pareri: *'Mobile-health' e applicazioni per la salute: aspetti bioetici*, 28 maggio 2015; *Tecnologie dell'informazione e della comunicazione e* big data*: profili bioetici*, 25 novembre 2016. La protezione dei dati personali non è solo un problema di diritto individuale alla privacy. Come detto nel documento *Tracciamento dei contatti e democrazia: lettera aperta ai decisori*, promossa dal Nexa Center for Internet and Society, "Il potere generato dall'accesso e dal trattamento di grandi moli di dati personali è in grado di modificare profondamente i rapporti e le relazioni tra le persone e soprattutto tra i diversi attori sociali, tra consumatori e imprese e inevitabilmente tra i cittadini e lo Stato. Il diritto alla protezione dei dati personali, diventato per la prima volta diritto fondamentale proprio qui in Europa, tenta di governare questo potere ed ha un perimetro molto più ampio della semplice tutela della riservatezza e della privacy, diritto a cui molti in questo periodo sono astrattamente disposti a rinunciare in cambio di sicurezza sulla propria salute", https://nexa.polito.it. Sul tema della protezione dei dati personali durante l'epidemia COVID-19, cfr. Comitato europeo per la protezione dei dati-EDPB, *Dichiarazione sul trattamento dei dati personali nel contesto dell'epidemia di COVID-19*, 19 marzo 2020, https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9295504; il parere del Comitato di bioetica spagnolo, *Informe del Comité de Bioética de España sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de COVID-19*, 28 de abril de 2020.

[4] Recentemente la centralità del principio di autonomia è stata ribadita con la Legge n. 219 del 2017.

umana[5]. Dall'altro, come accennato, il diritto alla salute e l'autonomia dell'individuo devono accordarsi col principio di solidarietà, riconoscendo l'interdipendenza fra gli esseri umani. A doversi raccordare con la solidarietà non è, però, solo la responsabilità dell'individuo, ma anche la responsabilità collettiva (dello Stato e delle sue istituzioni) in modo che sia il peso della pandemia, che quello delle misure restrittive, non creino nuove disuguaglianze o accentuino quelle esistenti. Rientrano ad esempio in questo ambito gli interventi per alleviare il peso di provvedimenti di chiusura di attività economiche, che incidono su categorie di cittadini più svantaggiate di altre.

Infine, rispetto al raccordo fra dimensione pubblica e dimensione individuale della salute, va ricordato che le politiche correnti di salute pubblica non contrastano con l'autonomia individuale, poiché di solito fanno leva sulla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine. Il che non esclude la possibilità di ricorso, là dove questa venga meno e lo si ritenga necessario, a interventi obbligatori, che tuttavia sono trattati come eccezioni[6].

Nel quadro di riferimento delineato, di equilibrio fra salute e diritti individuali e salute pubblica, il presente parere si propone di riflettere sulle misure di contenimento dell'epidemia, cercando di individuare, pur nello stato di incertezza di cui si diceva, i criteri etici cui attenersi, come la proporzionalità, l'efficacia degli interventi, la valutazione degli effetti indesiderati.

Lo sguardo va rivolto all'orizzonte "ordinario" degli interventi di sanità pubblica[7], che necessitano di essere rafforzati per "prepararsi" a reggere nei tempi lunghi lo sforzo collettivo - dei singoli cittadini, delle comunità, delle istituzioni - di contrastare il virus. Si richiede anche un'attenzione particolare a quei gruppi che possiamo considerare particolarmente vulnerabili, perché più esposti al pericolo del contagio e al tempo stesso più toccati dalla gravosità delle misure necessarie per contrastarlo.

Infine, occorre notare come tutta la riflessione non possa non ritagliarsi in un clima di generale incertezza, in cui la consapevolezza delle ancora scarse conoscenze scientifiche sulla natura del virus ricade a diversi livelli sulle nostre vite: non siamo in grado di prevedere se potremo ripristinare i livelli economici e sociali esistenti prima della pandemia.

Per questo motivo i processi di elaborazione scientifica, in cui pure riponiamo speranze, vanno ripensati alla luce di una sistematica e continua collaborazione globale e interdisciplinare. Per governare l'incertezza in cui siamo immersi abbiamo bisogno di fiducia: ma più che affidarci solo a specialisti, dobbiamo affidarci al dialogo fra i diversi saperi e l'esperienza sociale. Di riflesso anche la politica non può trascurare la dipendenza di un Paese dall'altro e la necessità di un rapporto di reciproco supporto in un'azione comune per la sopravvivenza e il mantenimento di adeguati livelli di benessere. Accogliendo l'esortazione dello *European Group on Ethics in Science and New Technologies* si auspica pertanto

[5] Report of the Secretary-General Human Security, A/64/701, 8 March 2010; Report of the Secretary-General, Follow-up to General Assembly Resolution 64/291 on Human Security, A/66/763, 5 April 2012

[6] Si può citare il caso dei vaccini, affrontato dal CNB nella mozione *L'importanza delle vaccinazioni,* 24 aprile 2015, approvata all'unanimità. In conclusione, il CNB raccomanda di fare tutti gli sforzi per mantenere la copertura adeguata attraverso l'educazione sanitaria, non escludendo l'obbligatorietà in caso di emergenza.

[7] Cfr. il parere del CNB, *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, 26 gennaio 2017.

che l'emergenza pandemica venga rielaborata come una chiamata all'impegno collettivo per la promozione della solidarietà, sia a livello europeo che mondiale[8].

L'esperienza dei mesi passati e il dibattito che ne è scaturito permettono oggi una riflessione più approfondita circa le questioni di etica pubblica e sociale che l'epidemia solleva o che mette in maggiore, drammatica, evidenza. Una riflessione che guardi in avanti, alle scelte che si dovranno affrontare nei mesi a venire.

2. Le lezioni apprese: preparazione all'evento straordinario, squilibri nel sistema sanitario "ordinario"

Pur nella consapevolezza dei margini di imprevedibilità rispetto alle problematiche che nuovi agenti patogeni possono sollevare, è tuttavia opportuno chiedersi se la pandemia avrebbe potuto essere prevista e attenuata da una preparazione adeguata.

Già nel 2005 l'OMS aveva stilato delle raccomandazioni per gli stati membri delle Nazioni Unite in previsione della possibilità di una pandemia influenzale dovuta a un virus persistente, come quello dell'influenza aviaria comparso nel 2003, invitandoli a preparare dei piani nazionali per mitigarne l'impatto[9]. Nell'ultimo decennio, autorevoli organismi internazionali, forti del lavoro di scienziati di diverse discipline, hanno lanciato l'allarme sul rischio di epidemie da virus, sulla base della sempre più frequente ricorrenza di epidemie come SARS, MERS ecc. Oltre al Rapporto del settembre 2019 del *Global Preparedness Monitoring Board*[10], sul piano internazionale va ricordato il lavoro del *Global Health Security Index* , promosso dalla *John Hopkins Bloomberg School of Public Health*, da cui risulta una generale scarsa preparazione anche dei Paesi con i sistemi sanitari e sociali più sviluppati[11]; a livello nazionale, il *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale* (predisposto nel 2006 dopo l'influenza aviaria del 2003 dal Ministero della Salute) non è più stato aggiornato dopo il 2010.

Rimane da capire - ma non è oggetto di questo parere – perché la maggioranza degli stati si sia trovata ad affrontare l'attuale pandemia senza un'adeguata preparazione[12].

---

[8] European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic* (March 2020): "Trust and transparency: This pandemic should be seized, not as an opportunity but as a call, to foster solidarity at the European and global level".

[9] Si veda lo *WHO Global Influence Preparedness Plan* del 2005, https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf.

[10] Il rapporto 2019 del *Global Preparedness Monitoring Board*, organismo indipendente per la prevenzione delle emergenze di salute facente capo alla OMS e alla Banca Mondiale, è significativamente intitolato *A World at Risk*, https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf.

[11] https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf.

[12] Un'eccezione significativa è rappresentata dalla Corea del Sud, che ha affrontato l'attuale pandemia forte della dura prova affrontata con la *Severe Acute Respiratory Syndrome* - Mers del 2003. La Corea del Sud è riuscita a contenere il virus con migliori risultati dei Paesi europei facendo largo ricorso ai test, a regole rigide di quarantena per i positivi, al tracciamento dei contatti sociali dei positivi. Cfr. K. HILLE, E. WHITE, *Asian lessons in virus control*, "Financial Times", March 17, 2020. Tuttavia, nonostante queste misure siano state adottate tempestivamente, anche la Corea ha dovuto riaffrontare, solo dopo un breve periodo di tregua, un ritorno del contagio nella sua capitale Seul.

In ogni caso, l'enorme diffusione del contagio, con le sue numerosissime vittime, fa sì che venga oggi in nuovo, drammatico, rilievo il tema dell'essere preparati (*preparedness*) alle emergenze sanitarie[13]. Notiamo per inciso che si tratta di un tema che rientra nel più ampio ambito della prevenzione come strumento prioritario di tutela della salute pubblica, e che è presente, come preoccupazione per la salute di tutti gli abitanti del pianeta, come tema fondamentale della bioetica, sin dai suoi inizi negli anni '70[14]. La *preparedness* è quindi solo in apparenza un elemento nuovo: l'emergenza pandemica mette in realtà in luce un dovere a cui da tempo eravamo richiamati, il farci carico in modo preventivo della salute, tenendo presente la stretta interdipendenza non solo degli esseri umani tra di loro, ma anche tra tutti i viventi. Il tema sarà ripreso più avanti.

Oltre alla scarsa preparazione rispetto all'emergenza, la fase acuta dell'epidemia ha mostrato anche carenze "ordinarie" nel nostro sistema sanitario. Fermo restando il riconoscimento dell'enorme e generoso sforzo del personale sanitario degli ospedali e dei medici di famiglia, e dell'ingente impegno di riorganizzazione a livello sociosanitario portato avanti per far fronte all'emergenza, sono venute alla luce le carenze della *medicina di base e dei servizi territoriali*, negli anni fortemente penalizzati. In particolare, è venuta in evidenza l'insufficienza del sistema di prevenzione. Ciò è rilevante anche nella fase di superamento del confinamento nelle abitazioni: per evitare che la ripresa delle attività e degli scambi sociali porti a nuovi picchi di contagi, è necessario avere piani definiti di screening epidemiologico, laboratori in grado di analizzare celermente i campioni biologici, dispositivi di protezione facilmente accessibili a tutti. Già ci si sta muovendo in questa direzione, ma molto ancora rimane da fare. C'è bisogno di una medicina di comunità efficiente e ramificata, proprio il settore in cui si è registrato il deficit più preoccupante. Solo in parte queste carenze sono addebitabili ai tagli degli ultimi anni al Servizio Sanitario pubblico. Più alla radice, andrebbe ripensato l'equilibrio generale del sistema per come si è sviluppato in maniera sbilanciata nel corso di decenni, fra prevenzione e cura, fra medicina di base e alta specializzazione, fra territorio e ospedale. Una questione rilevante è in particolare la mancata integrazione fra componente sociale e sanitaria. In altri termini, appare necessario e urgente implementare il rapporto di continuità-integrazione, di sinergia di obiettivi (pur nella differenza di funzioni) fra ospedale e territorio, la cui importanza è stata sottovalutata negli ultimi anni, giacché si è privilegiato un modello di sanità pubblica incentrato su grandi centri ospedalieri.

A questo si devono aggiungere i forti squilibri regionali nella possibilità di accesso alle cure di qualità, anche domiciliari. Un tale squilibrio ha comportato un accentuarsi di "disuguaglianze inique"[15] in vari settori, su cui più volte il CNB

---

[13] Sul tema della *preparedness,* cfr. anche il precedente citato parere del CNB sull'emergenza COVID-19, p. 5. Si può inoltre ricordare come, a livello sovranazionale, in occasione di altre epidemie, ad esempio nel caso dell'encefalopatia spongiforme bovina (la cosiddetta "mucca pazza"), si sia fatto riferimento al "principio di precauzione" per impostare l'azione dei singoli Stati in modo da poter raggiungere livelli di protezione comuni. Il principio di precauzione è stato introdotto nell'UE proprio per gestire l'incertezza scientifica relativa al rischio ambientale e per la salute. Si veda il parere CNB, *Principio di precauzione: profili bioetici, filosofici e giuridici*, 18 giugno 2004.

[14] V. R. POTTER, *Bioetica. Ponte verso il futuro*, tr. it., Sicania, Messina 1971.

[15] Come spiegato nella Premessa del documento CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute,* 25 maggio 2001, si identificano come inique, ossia ingiuste, le diseguaglianze nei destini di popolazioni e di individui imputabili a responsabilità umane. Dal punto di vista della giustizia

ha richiamato l'attenzione[16]. Per quanto riguarda l'attuale emergenza, basti pensare, solo per fare un esempio, al fatto che in alcuni territori molte persone, che ne avrebbero avuto bisogno, non hanno avuto accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore; mentre in altri la Rete di Cure Palliative ha saputo tempestivamente riorganizzarsi per dare il proprio essenziale aiuto ai pazienti affetti dal coronavirus[17].

Ripensare l'equilibrio generale del sistema è un compito che accomuna diversi Paesi europei con servizio sanitario pubblico sviluppato. E che deve essere affrontato urgentemente per rafforzare un sistema che, nonostante dette carenze, si è rilevato quello maggiormente in grado di reggere l'urto della pandemia e - per il suo carattere di universalità[18] - di riequilibrare, almeno in parte, le disuguaglianze che la pandemia tende a esasperare.

3. Le sfide più importanti che ci stanno di fronte

Come si è detto, siamo nel pieno della battaglia contro il coronavirus, con conoscenze limitate non solo sulle caratteristiche del virus, ma anche sull'efficacia relativa delle differenti politiche pubbliche messe in campo nei diversi Paesi per contenere l'epidemia e sugli effetti collaterali indesiderati di ciascuna di esse, specie sull'economia e sulla tenuta del corpo sociale.

Fra le molte questioni, in questo parere il CNB sceglie di concentrarsi su alcune che appaiono prioritarie in questo momento: la ricognizione dell'impatto delle misure pubbliche di contenimento a) sui diritti fondamentali dei cittadini e delle cittadine[19]; b) sull'accentuarsi di pregresse disuguaglianze fra cittadini/e e sul sorgerne di nuove, con particolare riferimento ad alcuni gruppi particolarmente vulnerabili, come i bambini, le persone disabili, gli anziani, i detenuti e altri.

4. Le politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia

In attesa del vaccino, i Paesi hanno messo in campo misure di contenimento dell'epidemia. Esse sono di vario segno e spaziano da azioni di informazione capillare sulle misure igieniche, sui presidi sanitari utili (come le mascherine), sui comportamenti opportuni di distanziamento fisico; fino all'introduzione di divieti di determinati comportamenti e di determinate attività.

---

distributiva, le misure pratiche per attenuare gli effetti di queste disparità di fatto possono richiedere trattamenti differenziati a favore dei più svantaggiati.

[16] Cfr. tra gli altri documenti la mozione del CNB, *Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale*, 29 maggio 2015.

[17] Senza peraltro modificare, in senso restrittivo, i percorsi di attivazione e presa in carico, a livello di base e specialistico, della normale assistenza garantita dalla Rete. Nel campo delle cure palliative, rimane il problema fondamentale della loro mancata o carente integrazione con le terapie dirette alla cura della malattia. È questa una carenza pregressa che nelle scorse settimane ha avuto conseguenze drammatiche, non solo in termini di vite perdute, ma anche di estreme sofferenze che avrebbero potuto essere evitate. Sull'importanza di implementare le reti di cure palliative sul territorio nazionale cfr. i pareri del CNB, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016; e *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito,* 18 luglio 2019.

[18] Cfr. il parere del CNB, *In difesa del SSN*, 26 gennaio 2017.

[19] Nella stessa direzione muove anche il citato documento dell'EGE che esorta i Paesi europei a compiere questa valutazione, con un richiamo alla vigilanza "about the necessity, evidence, proportionality of any policy that, even temporarily, suspends fundamental rights".

Quanto alle prime, dette azioni rientrano nell'ambito delle ordinarie politiche di sanità pubblica, seguendo il consolidato percorso democratico di appello alla consapevolezza civile dei cittadini/e, cui lo stato è tenuto ad offrire sostegno adeguato (tramite informazione, servizi dedicati, ecc.).

Quanto alle seconde, nei Paesi dove vige lo stato di diritto, i divieti necessitano di attenta riflessione da parte delle istituzioni, ma anche dei cittadini/e cui sono rivolti, quando comportino la limitazione di alcune libertà fondamentali[20]. La questione è stata oggetto di dibattito, anche in Italia. Sul piano giuridico, limitazioni come quelle della libertà di circolazione, di riunione, di iniziativa economica, di religione sono da ritenersi non in contrasto con la Costituzione, quando si tratti di fronteggiare una minaccia grave alla salute pubblica. Sul piano etico, queste misure rispondono a un principio di solidarietà, in considerazione della interdipendenza tra salute individuale e collettiva, particolarmente stretta in tempo di pandemia. E tuttavia, per il loro carattere di *eccezionalità*, dette misure dovrebbero rispondere a criteri di *proporzionalità*, di *efficacia*, di *limitazione* nel tempo, di possibilità di ricorso giurisdizionale. La proporzionalità richiama le autorità alla massima attenzione nella scelta delle misure, valutando i diversi livelli di invasività e controllandone le conseguenze, in specie *gli effetti indesiderati*. Anche la sopportabilità sociale delle misure deve essere tenuta in considerazione, poiché, come vedremo in seguito, impattano in maniera differente su differenti gruppi sociali, accentuando le disuguaglianze. Soprattutto nel caso in cui si ritenga necessario adottare le misure più restrittive, queste dovrebbero essere giustificate da evidenze di efficacia. Rispetto a questo ultimo requisito, in questa fase ne vanno sottolineati però i limiti, in considerazione delle ancora insufficienti conoscenze sul virus e sulle sue modalità di diffusione. Quanto al criterio di limitazione nel tempo, questo è tanto più stringente, quanto più invasive sono le misure. Ciò richiama i governi a un particolare impegno di sostegno alla ricerca e al dialogo con la scienza (il tema sarà affrontato più in dettaglio in seguito).

Un ulteriore elemento deve essere considerato con attenzione nell'implementazione di misure eccezionali: il rischio che possano essere considerate un precedente anche nel futuro richiede che il loro carattere di eccezionalità debba sempre essere presente nel dibattito e nella comunicazione pubblica. Inoltre, le norme dovrebbero essere il più possibile chiare e univoche, cercando di evitarne la moltiplicazione, in modo da non indebolire la fiducia dell'opinione pubblica nell' operato delle istituzioni nel momento di crisi.

Questi criteri sono validi anche e soprattutto nella fase post-*lockdown*. Superato il periodo di confinamento domiciliare e di divieto di circolazione se non per ragioni di necessità, mirante all'esclusione e/o limitazione estrema dei contatti sociali, i Paesi si muovono verso strategie di contenimento del rischio compatibili col funzionamento sociale. Nella prima fase di contrasto al coronavirus, le strategie seguite dai Paesi, anche quelli di comune tradizione democratica, non

[20] Si veda il documento del Consiglio d'Europa, che offre agli stati una guida a fronteggiare la crisi sanitaria in corso senza precedenti nel rispetto delle regole e dei valori democratici (*Respecting Democracy, Rule of Law and Human Rights in the Framework of the COVID-19 Sanitary Crisis*, 7 aprile 2020). Il documento richiama l'attenzione degli Stati membri sulla necessità di affrontare efficacemente la crisi, garantendo al tempo stesso che le misure adottate non minino i valori europei fondamentali della democrazia, del principio di legalità e dei diritti fondamentali. Il Consiglio d'Europa deve quindi portare avanti il suo mandato assicurando che le misure prese siano proporzionate alla minaccia del virus e limitate nel tempo.

sono state identiche[21]. Va di nuovo ricordato il ruolo essenziale della ricerca, insieme alla cooperazione internazionale, non solo per accelerare la preparazione di un vaccino, ma anche per valutare le politiche di contenimento da mettere in campo, in termini di benefici e di costi, tenendo conto delle molte variabili in gioco nel dettare ciascuna specifica strategia. Si richiede un tipo di ricerca interdisciplinare che tenga insieme scienze naturali e scienze sociali.

5. Sul rapporto fra scienza, politica, informazione

Come già sottolineato dall'UNESCO[22], è necessario uno sforzo di collaborazione internazionale (tanto più auspicabile considerate le difficoltà che si registrano a questo livello**)** e, insieme, "un dialogo interdisciplinare fra gli attori scientifici, etici, politici"; così come un rapporto stretto di dialogo e collaborazione fra la ricerca e il decisore politico, nella chiarezza dei rispettivi ruoli. Le scelte politiche non possono essere legittimate solo dalla scienza: la politica ha il compito particolare e insostituibile di mediare fra diverse esigenze della società e di comporle in un disegno complessivo nell'interesse pubblico. Ciò è evidente se pensiamo agli effetti indesiderati di alcune misure di contenimento del virus, come il blocco di larga parte delle attività produttive: valide da un punto di vista epidemiologico, ma con contraccolpi pesanti sul piano economico-sociale. L'onere della scelta, nella delicata valutazione dei costi/benefici, è il terreno precipuo della politica.

Anche in questo campo, il ruolo dell'informazione, da parte delle istituzioni, dei comitati tecnico-scientifici, dei media, è cruciale. La completezza e la trasparenza dell'informazione istituzionale rafforzano la fiducia dei cittadini: fiducia tanto più preziosa in un momento di scelte difficili. I media, i giornalisti professionisti, le emittenti pubbliche hanno un ruolo chiave nel fare da tramite tra le notizie che provengono dagli organismi governativi e dai comitati tecnico-scientifici e il pubblico. Spetta alla loro competenza e alla loro etica professionale dare informazioni corrette, aderenti alla verità dei fatti, evitando sensazionalismi, cercando di prevenire il panico e di suscitare sentimenti di cooperazione[23]. Il diritto-dovere di informazione dei professionisti della comunicazione, diritto fondamentale in ogni democrazia, può, se correttamente realizzato, essere un prezioso veicolo per la valutazione libera e responsabile da parte dei cittadini delle norme restrittive stabilite dalle autorità preposte, e ciò sia in merito alla loro proporzionalità che alla loro durata ed efficacia.

6. Gli effetti indesiderati delle politiche di contenimento del contagio

[21] Non esiste al momento un solo modello di contenimento dell'epidemia e molto si discute se un modello estremo come quello cinese possa essere applicabile in Paesi con tradizioni sociopolitiche e culturali differenti. Da qui, come nota il *Nuffield Council on Bioethics*, l'importanza della ricerca per valutare l'efficacia delle misure estreme di *lockdown* da un lato, e i costi sociali dall'altro, specie in termini di salute mentale e occupazione, in modo da avere indicazioni sulla proporzionalità di queste misure https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Ethical-considerations-in-responding-to-the-COVID-19-pandemic.pdf.

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

[23] *Respecting Democracy, Rule of Law and Human Rights in the Framework of the COVID-19 Sanitary Crisis*, cit., par.. 3.3.

Già si è detto in premessa che l'adozione iniziale di misure estreme di *lockdown* è riuscita nell'intento di bloccare la rapidità dell'estensione del contagio. Tuttavia, sono emersi anche effetti indesiderati, legati sia al blocco del funzionamento economico e sociale, sia alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, e a quelle relative al genere, all'età, alle condizioni di salute o di disabilità. Le forti disuguaglianze di risorse che già caratterizzano le nostre società rischiano di approfondirsi, sia a causa del contagio e della malattia sia a causa delle misure per affrontarle[24].

È vero che siamo tutti e tutte nella stessa barca, se intendiamo la barca come il nostro pianeta. Sono però diversi i livelli di salute di partenza, nonché le risorse economiche di cui si dispone. Le misure restrittive, a loro volta, non possono che impattare assai diversamente su chi viaggia in prima classe e chi in seconda o terza[25], con esiti evidentemente diversi sulla salute fisica e psichica dei naviganti. Se stiamo sulla stessa barca, è vero anche che è molto difficile, se non impossibile, salvarsi da soli. Gli esseri umani sono esseri sociali, e in quanto tali interdipendenti tra loro e con l'ambiente circostante. Prendersi cura gli uni degli altri non è, dunque, soltanto un obbligo morale, che nasce dal riconoscimento della componente "vulnerabile" che è in ognuno/a di noi: è l'unico modo di assicurare la salute e la sopravvivenza di tutti e tutte. E ci sono "altri" e "altre" con particolari vulnerabilità: di questi/e dovremmo prenderci cura in maniera particolare.

Il primo rischio da segnalare è di creare e/o accrescere le disuguaglianze. Ad esempio, in regime di *lockdown*, la distinzione - peraltro ragionevole e obbligata - fra attività necessarie e non necessarie, espone a maggior rischio i lavoratori delle prime, rispetto agli altri che rimangono a casa. D'altro lato, il confinamento a casa impatta diversamente sulla popolazione, a cominciare dalle condizioni abitative. Si pensi a chi vive in abitazioni molto piccole e fatiscenti, o in situazioni di sovraffollamento, o alle prese con partner violenti. Lo stesso diritto all'istruzione, oggi implementato attraverso strumenti digitali, è fortemente compromesso per chi, a casa, non dispone di questi strumenti o di una connessione adeguata. L'impatto è tanto più grave per i gruppi più svantaggiati, come sarà ripreso in dettaglio nel prossimo paragrafo: tra gli altri, i soggetti più fragili e vulnerabili come i bambini, gli anziani, le persone con disabilità, i malati affetti da patologie non-Covid, i senzatetto, gli/ le abitanti dei campi rom, i/le detenute.

Anche il diritto alla salute fisica e psichica è a rischio di gravi lesioni. Per quanto riguarda la salute psichica, da più parti si segnalano gli effetti traumatici di una lunga quarantena. Di nuovo, la salute psichica è più a rischio per i soggetti con precedenti problematiche. Nel dibattito attuale circa i tempi e le modalità delle fasi successive al *lockdown*, ricorre spesso l'appello al "prima la salute". Lo slogan è usato a volte in maniera semplificata per contrapporre la salute alla ripresa delle attività lavorative. C'è del vero, ovviamente, in una situazione in cui la salute è minacciata da un pericolo gravissimo e la sopravvivenza si presenta come l'obiettivo primo. Tuttavia, la salute intesa come "stare bene" è legata anche

[24] La considerazione degli effetti indesiderati delle politiche di contenimento del contagio è collegata al criterio di proporzionalità delle misure scelte. Essa merita particolare attenzione, tanto più perché al momento non si hanno ancora prove di efficacia che possano guidare con sicurezza nella scelta dei modelli di contenimento della pandemia.

[25] Sul concetto di diseguaglianza, cfr. A. SEN, *La disuguaglianza: Un riesame critico,* tr. it., Il Mulino, Bologna 1994.

alla fiducia nel futuro, alla sicurezza del lavoro, a condizioni economiche accettabili, alla possibilità di stare con i propri cari.

Neppure l'emergenza può farci dimenticare le tante dimensioni della salute e come la salute sia dipendente dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse dirette e indirette: tra le quali, oltre a quelle di natura economica, senz'altro importanti, e più volte da tutti ricordate, va annoverata anche la presenza di una rete di affetti e di relazioni sociali, la cui assenza può influire negativamente sullo stato di salute delle persone mediante gli stati psicologici che attiva (depressione, ansia, ecc.)[26]. Le misure di contenimento hanno provocato nuove povertà e stati di profonda solitudine: pensiamo agli anziani/e, alle persone con disabilità, ai malati, ai tanti e tante che hanno vissuto le ultime fasi della vita separati dagli affetti più cari.

7. I gruppi più vulnerabili

La pandemia e le misure prese per contenerla rendono evidente la vulnerabilità di tutti, ma creano anche forme nuove di vulnerabilità economica e sociale, così come esacerbano condizioni di particolare vulnerabilità già esistenti.

Un impatto particolarmente rilevante si ha nei *bambini e* negli *adolescenti*. Le esperienze traumatiche nell'infanzia, che includono diverse forme di violenza, l'esposizione cumulativa ad eventi avversi, la deprivazione materiale e psicologica, possono condurre a patologie in età adulta e generare danni sociali rilevanti. Da qui la necessità di una particolare attenzione alle ricadute delle misure di contenimento del contagio sull'equilibrio psicologico dei bambini[27], così come una particolare cura nel rendere tali misure il più possibile tollerabili e comprensibili. Oltre l'aspetto psicologico, emerge anche l'aspetto medico: durante l'emergenza molti bambini con malattie croniche non sono stati adeguatamente seguiti, con gravi rischi di peggioramento delle loro condizioni di salute. Inoltre, molti bambini non hanno praticato le vaccinazioni raccomandate, a causa della chiusura impropria di diversi centri vaccinali, ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in strutture sanitarie[28].

Anche la chiusura delle scuole e il blocco delle istituzioni educative e formative, seppur necessari, hanno aumentato a dismisura il livello di esclusione sociale per i soggetti già maggiormente a rischio di dispersione scolastica.

Nell'emergenza il prezzo più alto è pagato tuttavia dai *minori con disabilità*. Il timore è che senza scuole, senza terapie, senza assistenza domiciliare, bambini e adolescenti con diversi gradi di disabilità regrediscano, dal momento che non è stata prevista per loro alcuna didattica speciale a distanza. Da qui un'ulteriore discriminazione segnalata dalle famiglie, per cui i soggetti più fragili stanno pagando le debolezze del sistema scolastico italiano.

---

[26] Si veda la Premessa al documento del CNB, *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria,* 16 luglio 2010.

[27] Vedi l'iniziativa della SIPPED (Società Italiana di Psicologia Pediatrica), che ha messo a disposizione del Ministero della Salute un servizio gratuito di Consulenza e supporto telefonico e on line Lègami/legàmi.

[28] Va tenuto presente che un'interruzione delle vaccinazioni, anche solo per un breve periodo, può portare a un accumulo di soggetti suscettibili e, quindi, a un rischio maggiore di nuove epidemie come già è avvenuto negli anni scorsi per il morbillo (cfr. *Appello del Board del Calendario per la Vita: mantenere ed incrementare le coperture anche riorganizzando i servizi di vaccinazione e rassicurando la popolazione,* https://www.sip.it/2020/04/24/mantenere-ed-incrementare-le-coperture-vaccinali-nei-bambini-e-negli-anziani-evitiamo-di-aggiungere-epidemie-alla-pandemia/).

Le *persone con disabilità*, siano minori o adulti, vivono, infatti, una condizione di particolare vulnerabilità che il forzato distanziamento fisico non può che esacerbare. Come ricorda la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, quest'ultima è data dall'interazione tra la minorazione e le barriere frapposte dalla società, e non c'è barriera peggiore dell'isolamento. L'inclusione sociale è infatti parte integrante del processo di riabilitazione che, come nota il CNB nel parere *Bioetica e riabilitazione* del 2006, deve sempre essere rivolto alla persona secondo un approccio non meramente medico, ma bio-psico-sociale[29].

L'attenzione, già presente nel nostro Paese, sulla condizione delle persone con disabilità nell'attuale emergenza[30] deve quindi essere di volta in volta mirata a calibrare le misure di supporto secondo le diverse disabilità, tenendo presente come anche misure apparentemente neutre, quali l'uso delle mascherine, possano, per alcune disabilità mentali, essere difficilmente accettabili, e come la difficoltà di accesso ai supporti telematici, là dove questi non siano dotati di adeguati facilitatori, rafforzi per molte persone con disabilità il rischio di emarginazione.

Altri gruppi particolarmente vulnerabili sono *le persone affette da patologie gravi non-Covid,* che rischiano di vedere aggravata la loro situazione dall'impatto del coronavirus sul sistema sanitario; *le anziane e gli anziani istituzionalizzati*, *le persone rinchiuse* nelle carceri. Per quanto riguarda questi due ultimi gruppi, il CNB continua la riflessione che ha intrapreso da tempo, per segnalare la particolare vulnerabilità di soggetti la cui salute è totalmente nelle mani delle istituzioni che, seppur a titolo diverso, li custodiscono. Richiamare di nuovo l'attenzione su di essi è tanto più importante oggi, nel momento di massima crisi sanitaria.

Le persone affette da patologie non-Covid costituiscono un gruppo variegato, in cui la vulnerabilità ha peso diverso a seconda della gravità della malattia, e che comprende, tra gli altri, pazienti affetti da malattie rare, da patologie cardiovascolari e neurologiche, pazienti oncologici e onco-ematologici[31], immunodepressi[32], malati definiti in generale "cronici". Per tutti, il diritto alla cura incontra nell'emergenza non poche difficoltà. Alcune appaiono oggettive, come la ristrutturazione dei reparti ospedalieri attuata per far spazio alle strutture dedicate al COVID, e la connessa necessità di concentrare in tali strutture il personale medico di altre unità specialistiche. Altre sono soggettive. Questi pazienti infatti si trovano di fronte a due paure: per un verso, quella causata dal maggior rischio di contagio, che li tiene lontani dagli ospedali, per altro verso quella connessa ad un possibile aggravarsi della patologia, per via dei mancati controlli. Spesso la prima, amplificata dall'emotività con cui l'emergenza è presentata dai media, prevale sull'altra, la paura di sempre. Da qui la diminuzione, da più parti segnalata, del ricorso all'assistenza ospedaliera sia da parte di malati cronici che da parte dei pazienti in crisi acuta, con ricadute gravi in termini di rischi per la salute e per la vita. In questo senso può essere di aiuto

[29] Parere del CNB, *Bioetica e riabilitazione,* 17 marzo 2006.

[30] Si vedano le notizie pubblicate sul sito dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, http://disabilita.governo.it/it/notizie/oms-linee-guida-su-disabilita-ed-emergenza-sanitaria/ e, a livello internazionale, le linee guida pubblicate dall'OMS il 27 aprile 2020, *Disability Considerations During the COVID-19 Outbreak*, http://disabilita.governo.it/media/1365/who-english-covid-19-disability.pdf.

[31] Ministero della Salute, *Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19*, 10 marzo 2020.

[32] Ministero della Salute, *Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19*, 27 marzo 2020

l'attivazione di servizi assistenziali di telemedicina,[33] che consente di contemperare i due obbiettivi posti in antitesi dall'emergenza Covid, contribuendo a combattere quel senso di sfiducia e di abbandono, che può portare non solo a rinviare controlli o interventi necessari, ma anche a interrompere terapie già stabilite e praticabili.

Fra i gruppi con particolari vulnerabilità citati, una considerazione speciale va riservata agli *anziani e alle anziane*, in primo luogo perché hanno pagato, e stanno ancora pagando il prezzo più alto in vite umane. Ciò è vero soprattutto per quelli confinati nelle RSA, i più fragili[34]: il fatto di essere ricoverati in istituzioni sociosanitarie, senza occasioni di uscita, da fattore di potenziale protezione si è trasformato in ulteriore pericolo. Hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell'impreparazione generale del sistema sanitario nell'individuare le filiere del contagio, nell' informare correttamente gli addetti all'assistenza sulle misure di prevenzione, infine nel fornire a questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio[35]. L'incapacità di fronteggiare il coronavirus nelle RSA si è innestata sulle precedenti inefficienze e storture dell'assistenza agli anziani, ancora diffuse nonostante in Italia non manchino le buone esperienze. In particolare, è emersa una cultura dell'abbandono, coniugata a un'attitudine autoritaria nel gestire la vita delle persone fragili[36]. Si auspica che questa dolorosa vicenda sia occasione per ripensare e ridisegnare il sistema di presa in carico degli anziani più fragili, con una scelta verso la domiciliarità, come luogo della cura e della protezione[37]; nell'immediato, si assicuri l'adozione di misure di prevenzione adeguate su tutto il territorio nazionale[38], prevedendo linee guida di prevenzione specifiche per le residenze sociosanitarie per anziani.

---

[33] L'attivazione di servizi di telemedicina deve essere calibrata secondo le condizioni fisiche, ma anche psicologiche e sociali, del singolo destinatario, cercando il più possibile di far fronte al rischio che il *digital divide* crei ulteriori disuguaglianze tra i pazienti. Cfr. Rapporto ISS COVID-19, n.12/2020, *Interazione ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19.,* 13 aprile 2020, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf.

[34] In Italia i presidi residenziali sociosanitari e socioassistenziali, che includono le Residenze Sanitarie Assistenziali, sono 12.828, stando ai dati ISTAT del 2015, e ospitano oltre 382.000 assistiti, di cui 288.000 anziani al di sopra dei 65 anni.

[35] Dati significativi provengono dalla Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione col Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. Alla Survey hanno risposto 3.276 strutture, il 96% del totale. Si riportano alcuni dati dal Terzo Report, aggiornato al 14 aprile 2020 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf: dal 1 febbraio sono deceduti 6.773 soggetti, o positivi al tampone (364), oppure con sintomi similinfluenzali (2.360). In totale, si tratta del 40,2% dei decessi attribuibili al COVID. Circa le difficoltà incontrate nel gestire l'emergenza, il personale cita al primo posto l'assenza di Dispositivi di Protezione, al secondo l'impossibilità di effettuare i tamponi di positività.

[36] Nella Survey dell'ISS succitata, si riportano ben 14.118 contenzioni effettuate. Pur considerando i limiti dell'indagine via telefono su un tema così delicato, tuttavia il dato richiede di insistere sulla questione della contenzione degli anziani, a suo tempo già segnalata e denunciata dal CNB (cfr. il parere CNB, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015).

[37] Cfr. G. LIOTTA, L. PALOMBI, M. C. MARAZZI, *Ora basta RSA, si punti decisamente sull'assistenza domiciliare*, "Quotidianosanità.it", 30 aprile 2020. Ciò non significa che tutti gli anziani/e possano essere assistiti a casa, ma va inteso come raccomandazione affinché la istituzionalizzazione sia considerata come soluzione estrema**.**

[38] Più in dettaglio, si chiede di fornire con la massima priorità dispositivi di protezione per gli ospiti e gli operatori, di garantire il coordinamento, il controllo e il monitoraggio costante delle strutture nell'adesione alle linee guida. Cfr. il documento dell'associazione HelpAge Italia onlus, che fa parte del HelpAge global network.

La situazione delle *persone private della libertà e rinchiuse in carcere* è particolarmente critica, anche perché critiche sono le condizioni di partenza, già difficilmente compatibili coi principi relativi alla pena, che, secondo l'art. 27 comma 3 della Costituzione, non può consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e deve tendere alla rieducazione del condannato. I detenuti e le detenute rappresentano un gruppo "*ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale*"[39], cui va riconosciuto il diritto alle pari opportunità nella tutela della salute. Tuttavia, questo diritto "*entra in contraddizione con la condizione stessa di privazione della libertà*"[40]. Tale contraddizione chiama a un impegno delle istituzioni, che va rafforzato in questa emergenza[41].

Le persone rinchiuse nelle prigioni si trovano in ambienti di vita già sovraffollati in cui non è possibile seguire le indicazioni di prevenzione e distanziamento fisico così come avviene "fuori" le mura. Se le persone sono rinchiuse, tuttavia il carcere è un luogo aperto, purtroppo anche al contagio, dove ogni giorno entrano ed escono molti addetti. È dunque un luogo ad alto rischio sia per i detenuti, sia per gli agenti di polizia penitenziaria.

Sulla base del principio di pari opportunità nella tutela della salute, si auspicano dunque misure per ridurre i rischi di contagio, tramite l'alleggerimento delle presenze in carcere (tenendo anche conto che circa il 30% dei carcerati è in custodia cautelare)[42]. Va predisposto, a cura delle autorità sanitarie, un piano di screening periodici per tutto il personale e per i detenuti e va prevista una organizzazione di spazi di vita che garantisca il più possibile il distanziamento fra le persone. Si apprestino inoltre locali, dentro o fuori il carcere, per l'isolamento individuale dei detenuti positivi. Si auspica inoltre un sostegno particolare per fronteggiare lo stress psicologico legato alle restrizioni dei contatti coi familiari e col volontariato, insieme alla ricerca di soluzioni per riprendere in sicurezza le attività lavorative e educative[43].

Tra le persone private della libertà bisogna anche considerare chi ad oggi è trattenuto nei *centri di permanenza e rimpatrio* (CPR), anche essi spesso affollati e in cui è comunque difficile mantenere il distanziamento fisico. Anche qui, si deve considerare attentamente lo stress psicofisico cui queste persone sono soggette.

I e le *migranti senza permesso di soggiorno* rappresentano un'altra popolazione fortemente a rischio, sia per la situazione economica in cui si vengono a trovare (pensiamo ad esempio all'impossibilità di lavorare, soprattutto, ma non solo, come braccianti agricoli, colf, badanti, ecc.) sia per la difficoltà di accedere ai servizi sanitari[44]. In alcuni Paesi si è deciso, per queste ragioni, di

---

[39] È quanto affermato nel parere del CNB, *La salute dentro le mura,* 27 settembre 2013.

[40] *Ibidem*.

[41] Ciò è anche raccomandato dal *Council of Europe* nel documento del 7 aprile 2020.

[42] Si dovrebbe almeno arrivare alla capienza regolamentare di 47.000 persone, anche se, per assicurare l'isolamento dei positivi, si calcola che bisognerebbe scendere a meno di 40.000 presenze.

[43] Sono indicazioni in linea con quanto indicato da autorevoli organismi internazionali, quale l'OMS, con le linee guida contenute nel Report *Preparedness, Prevention and Control of Covid-19 in Prisons and other Places of Detention*,15 marzo 2020, e i *Principi relativi al trattamento delle persone private della libertà personale nell'ambito della pandemia del coronavirus Covid-19,* pubblicati dal CPT il 20 marzo 2020.

[44] Cfr. il parere del CNB, *Migrazione e salute,* 23 giugno 2017. In quel documento il focus veniva individuato "nella tutela della 'salute', principio scolpito nell'identità costituzionale italiana come diritto sociale, ossia come bene della persona e della collettività, da garantire, nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni, a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente

procedere ad una loro regolarizzazione di massa, per rendere queste persone "visibili" e dunque più tutelate rispetto al rischio di contagio, per loro stessi e per coloro con cui vengono in contatto. In simile condizione, relativamente all'aspetto socioeconomico, si trovano i *lavoratori e le lavoratrici "in nero"*, privi di qualunque tutela.

Vi sono inoltre le *persone Rom e Sinti*, molte delle quali vivono in siti generalmente privi di servizi igienici adeguati (e talvolta senza alcun servizio igienico), in condizione di sovraffollamento e privi delle tradizionali forme di sostentamento (giostrai, raccoglitori di ferro e rame, mendicanti, ecc.). Per quelli e quelle che vivono rinchiusi nei cosiddetti campi è stato sospeso, durante il *lockdown,* qualsiasi tipo di aiuto dall'esterno (a parte quello proveniente dal volontariato). Le loro già precarie condizioni di salute, per via della bassissima qualità della vita, non possono che aggravarsi a causa delle misure restrittive in atto.[45]

8. Una disuguaglianza iniqua particolare e trasversale

Le misure prese per contenere la pandemia hanno un impatto diverso a seconda del genere. Segnaliamo in primo luogo il grave problema della violenza familiare: il confinamento accentua il rischio corso dalle donne (e dai bambini) di essere oggetto di violenza da parte di partner abusivi. L'associazione DI.RE, che riunisce 80 centri antiviolenza, denuncia che le richieste di aiuto tra il 2 marzo e il 5 aprile sono state 2.857, il 74,5 per cento in più rispetto alla media mensile del 2018, l'ultima rilevata.

Tuttavia, l'impatto delle misure restrittive ha anche altri effetti: esse rischiano infatti di approfondire le disuguaglianze di risorse economiche e sociali tra uomini e donne, e, in prospettiva, di limitare la libertà e le opportunità di queste ultime più di quelle dei primi[46]. La tradizionale divisione del lavoro, ancora persistente, affida alle donne la maggior parte del lavoro domestico e di cura. Ciò significa che, in una situazione in cui scuole e asili sono chiusi, e lo saranno almeno fino a settembre se non oltre, con le lezioni a distanza (e, spesso, abbiamo detto, la difficoltà ad accedere a dispositivi digitali e ad una connessione internet adeguata) molte donne si trovano nell'impossibilità di proseguire il proprio lavoro extradomestico con sufficiente agio, o almeno con la stessa continuità dei loro partner. Disoccupazione e gap salariale rischiano di permanere e peggiorare anche dopo la fine del confinamento. Globalmente, i settori lavorativi a prevalenza femminile, come i servizi e in genere il terziario, sono e saranno quelli più colpiti dalla crisi. Molte donne hanno, inoltre, lavori informali, privi di tutele assistenziali e previdenziali[47]. Il Comitato auspica che si presti la dovuta attenzione e si impieghino le risorse necessarie per diminuire e mitigare una

dal fatto che le persone siano giunte nel nostro Paese in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o cosiddetti migranti economici".

[45] Cfr. l'appello di Dijana Pavlovic in "L'Inkiesta", 3 aprile 2020.

[46] Cfr. "La Repubblica", 2 maggio 2020, dove si riportano le risultanze di uno studio apparso sul World Bank Blogs: "Esiste un rischio elevato che le disuguaglianze di genere si allarghino durante la pandemia e che si vaporizzino le conquiste culturali e sociali, nell'accumulazione di capitale umano, nell'emancipazione economica e nel peso specifico delle donne e delle ragazze nella società".

[47] Vedi anche R. HUTT, *The Coronavirus Fallout may be Worse for Women than for Men*, "World Economic Forum", 12 marzo 2020; A. RINALDI, *Donne e uomini: perché si rischia un passo indietro*, in "Econopoly", 23 aprile 2020; A. CAMILLI, *Donne e lavoro: perché la pandemia rischia di spingerci indietro,* in "Internazionale", 27 aprile 2020.

disuguaglianza tra i generi certo risalente, ma oggi particolarmente grave. Disuguaglianza che ha ricadute negative non solo sul benessere psicofisico delle donne, ma anche sui bambini e le bambine, e più in generale sull'intera comunità, essendo essa composta, appunto, da donne e uomini.

9. Riflessioni conclusive

L'attuale pandemia, dunque, e le misure prese per contenerla, aggravano le condizioni sociali e di salute di segmenti importanti della popolazione[48]. In Italia, oltre alle misure prese dal governo, è in atto un grande e meritevole sforzo del volontariato organizzato, delle associazioni territoriali, ma anche di singoli cittadini, per attenuare almeno in parte le conseguenze dell'emergenza sulla popolazione più fragile. È tuttavia prevedibile che la situazione non migliorerà nei prossimi mesi e comunque non basta oggi e non basterà domani la mobilitazione del volontariato. Un ripensamento complessivo del nostro sistema di welfare, ed un suo potenziamento dopo molti anni di tagli, si renderà dunque necessario. Un buon sistema di welfare mette in luce e fa leva sull'interdipendenza degli esseri umani, cioè sulla solidarietà, senza la quale i due valori fondamentali della libertà e dell'uguaglianza non esistono, o esistono solo per pochi (e pochissime).

a) *Fra responsabilità individuale e responsabilità collettiva*

Di qui, un ragionamento sul rischio che si potrebbe correre in questa fase, ponendo l'enfasi, pressoché univoca, sulla *responsabilità individuale* in ordine al rispetto delle misure per evitare la diffusione del contagio. Se in questo momento è giustificato l'appello alla responsabilità individuale, l'accento esclusivo su di essa rischia di implementare risentimento e comportamenti aggressivi da parte dei cittadini verso altri cittadini imputati di non osservanza di queste misure. Questa enfasi va di pari passo con la sottovalutazione della responsabilità collettiva, che, in una società democratica, è in capo allo Stato e alle sue istituzioni. Tale sottovalutazione non è solo "discorsiva", ma ben reale: spetta allo Stato creare le condizioni per una vita più salubre (inquinamento, ecc.), provvedere a misure che tutelino singoli e salute pubblica rispetto al rischio di malattie, implementare politiche sociali tali da mettere in grado tutti e tutte di condurre "stili di vita salutari".

La crisi che stiamo traversando è l'occasione per ridefinire le priorità e le gerarchie, dal momento che ci siamo resi conto che i più indispensabili erano spesso i più fragili, i più precari, i più sfruttati, cioè tutti coloro che svolgono lavori che non si possono fare che "di persona": i mestieri essenziali come la produzione di beni alimentari e di prima necessità, il mantenimento della rete dei servizi, il sistema sanitario, le cure alle persone dipendenti e tutto ciò che si chiama lavoro sociale.

Il passaggio da responsabilità individuale a responsabilità collettiva richiede che questa situazione venga affrontata e si arrivi ad una ridefinizione delle gerarchie dei lavori – e quindi delle condizioni di lavoro e dei salari - più aderente alla realtà.

L'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini implica anche un altro aspetto: il prendersi cura degli altri *(care*). Pensare la responsabilità come

[48] L'impatto più duro sulle fasce più fragili e svantaggiate si riscontra in tutti i Paesi: negli Usa ad esempio, i più colpiti dalla malattia sono gli afrodiscendenti, i latinos, e in genere i più poveri.

correlata ai concetti di relazionalità e di limite consente il passaggio dalla dimensione individuale a quella sociale-collettiva: oggi più che mai, la responsabilità di ciascuno e ciascuna si esprime nel tener conto di come le proprie azioni influenzino non solo i prossimi, ma anche chi ci è lontano geograficamente e chi ancora deve nascere. E consente altresì di legarla ad un altro concetto basilare per la bioetica, quello di "cura": non solo cura di sé ma anche cura dell'altro e degli altri abitanti del pianeta.

In altri termini, la responsabilità individuale può essere declinata sia come responsabilità *di* che come responsabilità *per*. Nel primo caso si intende che ci si renda responsabili soltanto delle conseguenze delle proprie azioni, nel secondo che ci si faccia carico degli altri (ci si prenda cura delle conseguenze sugli altri). Questo secondo significato è più strettamente collegato alla responsabilità collettiva. Entra qui in gioco la solidarietà, intesa come consapevolezza dell'*interdipendenza* ineludibile di tutti gli umani tra loro e tra gli umani e gli altri viventi[49], il che comporta l'adesione a un concetto di salute "circolare": la salute di tutti e di ciascuno come dipendente anche dalla tutela dell'ambiente "naturale" e dal benessere degli animali non umani.

Non sappiamo ancora l'origine di questo specifico virus. Sappiamo però che virus che possono essere letali per l'uomo possono avere origini differenti, dal laboratorio, a comportamenti umani non rispettosi di basilari regole igieniche nel consumo e nella vendita di animali selvatici, al salto di specie. L'alterazione degli ecosistemi e la sottrazione di habitat naturali alle specie selvatiche ha spesso favorito il diffondersi di patogeni prima sconosciuti. Le origini animali di malattie e pandemie - come recentemente l'Aids, la Sars e oggi la Covid-19 - sono una realtà ben nota a chi si occupa da anni di salute pubblica; i mercati locali di animali selvatici possono costituire occasioni ideali per la loro trasmissione. Poiché, inoltre, si conducono ricerche sui virus, allo scopo di conoscerne il comportamento, studiarne l'eventuale impatto sugli umani, e trovare per ognuno cure e vaccini, si auspica una vigilanza e un continuo monitoraggio dei laboratori addetti, affinché sia il più possibile scongiurato il rischio di un incidente che ne comporti la fuoriuscita.

La pandemia del coronavirus prima o poi passerà ma le scelte che siamo chiamati a fare oggi potranno cambiare le nostre vite per molto tempo[50].

b) *Fra comportamenti disposti per legge e empowerment*

Già si è detto del carattere eccezionale delle misure prese nella fase più acuta dell'epidemia, giustificate dall'eccezionalità della minaccia del coronavirus. E già si è sottolineato come dette misure non possano essere protratte oltre

[49] Questa accezione della responsabilità individuale è opposta a quella oggi egemonica, che suppone l'assoluta indipendenza del "buon" cittadino rispetto a tutti gli altri e specialmente nei confronti delle risorse dello Stato. Oltre a Jonas e Lévinas, si può citare l'ampia letteratura femminista sulla cura.

[50] La crisi che stiamo vivendo trascende infatti i confini nazionali e richiede soluzioni globali, al punto che la sola critica seria rivolta oggi alle autorità in materia predittiva è di non aver sostenuto in modo deciso, dopo la SARS, la ricerca che avrebbe messo a disposizione del mondo medico dei veri mezzi d'azione efficace contro la nuova epidemia. Siamo elementi di un ecosistema in cui la salute di ogni elemento umano, animale, ambientale è strettamente interdipendente da quella degli altri. Per questo dovremmo pensare ad un approccio integrato e parlare di una "salute circolare" (One Health) la cui parola chiave è interdisciplinarietà e in cui è fondamentale la collaborazione tra il mondo della medicina umana e quello della medicina veterinaria.

l'emergenza[51]. Perciò, nel pianificare le misure di prevenzione per le fasi successive al *lockdown,* tornano in primo piano le "ordinarie" politiche di sanità pubblica, che ruotano intorno alla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine come perno a difesa della salute pubblica e insieme di quella individuale. Quando le persone sono messe a conoscenza dei fatti e dei progressi scientifici e hanno fiducia che le autorità pubbliche agiscano nella massima trasparenza, sono generalmente ben disponibili ad adeguarsi ai comportamenti virtuosi per il loro bene e per quello altrui.

In altri termini, agire per accrescere la capacità delle persone di "padroneggiare" la propria salute è la via maestra delle politiche pubbliche in una società aperta, che sceglie di far leva sulla soggettività (pur non escludendosi eccezioni). È anche quella che nella storia è stata vincente per debellare molte malattie e salvare molte vite, grazie alla semplice adozione di norme di igiene da parte della grande maggioranza dei cittadini e delle cittadine[52].

[51] È quanto sottolinea anche il citato documento EGE: "Restrictions of rights and freedoms that are imposed to save lives in an emergency situation, however – included those implemented through technological surveillance through mobile devices through to drones and surveillance cameras – need to be removed, and data destroyed, as soon as the emergency is over or infringements are no longer proportionate".

[52] Scrive Yuval Noah Harari (The World After Coronavirus, *Financial Times*, March 20th, 2020): "to day billions of people wash their hands, not because they are afraid of soap police, but because they understand the facts".

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

LA SPERIMENTAZIONE BIOMEDICA PER LA RICERCA DI NUOVI TRATTAMENTI TERAPEUTICI NELL'AMBITO DELLA PANDEMIA COVID-19: ASPETTI ETICI

22 ottobre 2020

Presentazione

Il CNB interviene sul tema della ricerca nel contesto della pandemia Covid-19 focalizzando l'attenzione sulla sperimentazione biomedica per i nuovi trattamenti terapeutici in corso, di particolare importanza in una fase della pandemia in cui si è ancora alla ricerca di un vaccino, analizzando alcune delle più rilevanti problematiche etiche. Il contesto pandemico e la conseguente emergenza sanitaria possono costituire una sfida al rispetto dei consolidati requisiti della sperimentazione biomedica ai fini terapeutici, condivisi dalla comunità internazionale, a causa della urgenza di ottenere risultati.

Il Comitato nel parere ribadisce che, anche nel contesto dell'emergenza pandemica, devono essere rispettati i criteri scientifici, etici e giuridici generali della sperimentazione clinica, nonché il criterio di giustizia nella allocazione delle risorse a diversi livelli (prevenzione, diagnosi e cura dei pazienti Covid-19, senza trascurare le ricerche su altre patologie) e gli standard di qualità e validità. Il Comitato identifica la possibilità di accelerazione della ricerca mediante il potenziamento della ricerca traslazionale dal laboratorio al letto del malato, con adeguata informazione al malato sui potenziali rischi.

In particolare, il CNB si sofferma sull'uso *off-label* di farmaci e sulle cure compassionevoli, sottolineando l'esigenza di una chiara comunicazione ai pazienti sui rischi e l'importanza che vada fatto ogni sforzo per procedere secondo i disegni sperimentali ordinari. Inoltre il Comitato ritiene che la sperimentazione finalizzata ai trattamenti terapeutici per Covid-19 debba includere tutti i soggetti, senza alcuna esclusione (pur mantenendo come requisito preliminare un adeguato rapporto rischi/benefici), valutando contraria al principio di giustizia l'esclusione dalla sperimentazione di persone particolarmente vulnerabili sia, in quanto le priva della stessa possibilità di cura oggi, non essendo al momento disponibile alcun trattamento sicuro ed efficace, ma anche in futuro, per una possibile esposizione a rischi. È anche sottolineata la rilevanza e il ruolo della revisione etica da parte dei comitati etici, con particolare riferimento all'esperienza italiana che vede coinvolti l'AIFA, in particolare con la Commissione Tecnico-Scientifica, e il Comitato Etico Unico Nazionale per le sperimentazioni su Covid-19.

Il Comitato analizza anche le trasformazioni del consenso informato per la partecipazione ad una sperimentazione nel contesto emergenziale della pandemia, soffermandosi sulla ricerca sui campioni biologici, sui test genomici e sull'uso dei dati. L'auspicio del Comitato è che, su diversi piani, sia essenziale garantire, nell'ambito della pandemia, la ricerca interdisciplinare, la collaborazione, il coordinamento internazionale e la condivisione dei risultati e dei dati per la salute come bene globale comune.

Il parere si è avvalso di diversi argomenti trattati dai Proff.: Carlo Caltagirone, Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Lorenzo d'Avack, Silvio Garattini e Laura Palazzani, che ne ha curato la stesura.

Il Direttore Generale della Prevenzione presso il Ministero della Salute, Prof Giovanni Rezza, è stato audito in occasione della plenaria del 26 giugno 2020.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti, con i voti dei Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Monica Toraldo di

Francia e Grazia Zuffa.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente della FNOVI, la delegata Dott.ssa Carla Bernasconi; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assente al momento del voto, ha successivamente aderito: per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio.

Hanno espresso successivamente la loro adesione i membri non presenti alla seduta, i Proff.: Bruno Dallapiccola, Maurizio Mori, Assuntina Morresi, Lucetta Scaraffia (presente alla plenaria, ma assente al momento del voto).

La pandemia Covid-19 ha creato, e crea, una forte spinta alla ricerca biomedica e, in modo specifico, nell'ambito della sperimentazione di nuovi trattamenti, al fine di trovare in tempi rapidi cure sicure ed efficaci. Ad oggi sono state avviate numerose sperimentazioni in ambito terapeutico, alcune delle quali in corso, con risultati incoraggianti[1].

Il contesto pandemico e la conseguente emergenza sanitaria possono tuttavia costituire una sfida al rispetto dei consolidati requisiti scientifici, etici e giuridici della sperimentazione biomedica ai fini terapeutici, condivisi dalla comunità internazionale. L'incertezza che suscita la pandemia sul piano scientifico e sociale, e il forte e urgente bisogno di cure, potrebbero indurre ricercatori, medici e gli stessi partecipanti alle sperimentazioni ad accelerare impropriamente le ricerche; tuttavia l'urgenza di ottenere risultati non deve compromettere il rispetto di detti requisiti.

Il Comitato pertanto richiama l'attenzione sui seguenti aspetti di rilevanza etica e sociale.

1. Il Comitato ribadisce che, anche nel contesto dell'emergenza pandemica, devono essere rispettati i criteri etici generali della sperimentazione clinica, definiti anche sul piano della regolamentazione giuridica: la giustificazione scientifica della validità delle sperimentazioni, il bilanciamento dei rischi/benefici e la protezione della salute, della sicurezza e del benessere del paziente, il consenso informato ai trattamenti e all'uso dei campioni biologici, la tutela della privacy e la protezione dei dati, la revisione scientifico-etica di comitati etici indipendenti, la verifica dell'assenza di conflitto di interessi da parte di tutto il personale coinvolto negli studi[2].

2. Il Comitato ribadisce l'importanza del criterio di giustizia nella allocazione delle risorse a diversi livelli. La ricerca nell'ambito della Covid-19 esige un proporzionato intervento nella prevenzione, diagnosi e cura dei pazienti che ne sono affetti, senza tuttavia trascurare le ricerche su altre patologie e l'uso dei fondi per la cura di tutti i pazienti[3].

---

[1] Gli studi per Covid-19 in atto sono: 1.972 studi nel mondo, di cui 72 % a scopo terapeutico, 16% a scopo preventivo, 5% per terapie di supporto; 64 gli studi in Italia, di cui 92% a scopo terapeutico e 8 % a scopo preventivo.

[2] Il quadro normativo internazionale sulla sperimentazione inizia con il *Codice di Norimberga* (1947), attraverso la *Dichiarazione di Helsinki* (1964 e successive revisioni) e l'elaborazione delle linee guida di pratica clinica (Council for International Organizations of Medical Sciences, *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, adottate nel 1993 con successive revisioni; *Good Clinical Practice* approvate dalla International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use nel 2002), fino a documenti di rilevanza internazionale e comunitaria, con diverso grado di vincolatività. In particolare, vanno menzionati: Unesco, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005; Consiglio d'Europa, *Convention on Human Rights and Biomedicine*, 1997 e *Additional Protocol concerning Biomedical Research*, 2004; il Regolamento dell'Unione Europea n. 536/2014 del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, che abroga la direttiva 2001/20/CE.

[3] È doveroso sottolineare anche che la pandemia sta influenzando in maniera sfavorevole lo svolgimento delle altre sperimentazioni cliniche, anche iniziate prima dell'attuale emergenza sanitaria. In un editoriale, la rivista *JAMA* ha richiamato l'attenzione sull'importanza di continuare le sperimentazioni cliniche durante la pandemia (anche adottando strategie alternative di raccolta dei dati) ed ha invitato gli sperimentatori a considerare i risultati in maniera obiettiva, riconoscendo in modo esplicito le incertezze sui risultati, derivanti dalla pandemia (T. R. FLEMING, D. LABRIOLA, J. WITTES, *Conducting Clinical Research During the COVID-19 Pandemic Protecting Scientific Integrity,* in "JAMA", 2020 May 28).

3. L'emergenza pandemica può spingere verso un'accelerazione delle sperimentazioni con finalità terapeutiche[4] che, in ogni caso, devono rispettare gli standard scientifici di qualità e validità: non devono essere avviate sperimentazioni senza una valutazione tecnico-scientifica. Va pertanto ribadito che il contesto della pandemia non giustifica in alcun caso sperimentazioni non scientificamente supportate[5].

4. Il Comitato ritiene che l'esigenza di accelerare le sperimentazioni, fatto salvo il necessario rispetto dei principi etici, si debba tradurre in un incremento e nel potenziamento della ricerca traslazionale (*from bench to bedside*). Dato che per tradurre i risultati della ricerca preclinica (dal laboratorio, *bench*) in applicazioni cliniche (al letto del malato, *bedside*) i tempi sono a volte troppo lunghi, l'obiettivo della ricerca traslazionale è rendere immediatamente fruibili gli avanzamenti delle conoscenze della ricerca biomedica ad impatto sulla salute, implementando strumenti terapeutici. Tuttavia, potendo questo contesto comportare maggiori rischi per i pazienti, esso dovrà essere oggetto di una comprensibile e specifica informazione al paziente. L'accelerazione comporta il consolidamento del legame tra la ricerca biomedica e la pratica clinica. L'auspicio è che, nel contesto di Covid-19, tali ambiti siano in più stretta interazione. Appare fondamentale al riguardo il ruolo degli Enti di ricerca, delle Università, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e dell'Istituto Superiore di Sanità, che operano nell'ottica di integrare la ricerca clinica sperimentale con la pratica clinica.

5. Nell'ambito dell'emergenza Covid-19, date la rapida diffusione del SARS-CoV-2, la gravità del quadro clinico in alcuni malati, la mancanza di cure risolutive e l'urgenza di trattamenti per la tutela della salute individuale e sociale, è forte la spinta verso l'uso *off-label* di farmaci[6], per condizioni cliniche che differiscono da quelle per le quali ne è stata autorizzata la commercializzazione (come secondo la Legge n. 648 del 1996), oppure verso l'uso "compassionevole" di farmaci ancora in fase di sperimentazione che vengono impiegati, sulla base di un protocollo clinico definito o su base nominale per un singolo paziente, al di fuori degli studi clinici già in corso, per pazienti per i quali si reputa vi possa essere un beneficio clinico ma che non hanno avuto la possibilità di - o non avevano i requisiti per - essere inclusi in quegli studi[7] (in Italia il c.d. uso compassionevole

---

[4] WHO, *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*, 2016; Nuffield Council on Bioethics, *Research in Global Health Emergencies: Ethical Issues*, 2020. Si veda anche http://www.enrio.eu/enrio-statement-research-integrity-even-more-important-for-research-during-a-pandemic/.

[5] A tal fine in Italia è stata incaricata la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA per la revisione di tutti gli studi per la ricerca di terapie per Covid-19. Il parere consultivo della CTS viene recepito dal Comitato etico unico nazionale per Covid-19, il quale, a sua volta, valuta lo studio ed emette un parere unico nazionale. L'art. 40 del decreto legge 8 aprile 2020 n. 23 attribuisce questo ruolo al Comitato Etico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" – IRCCS.

[6] L'Agenzia Italiana del Farmaco ha intrapreso alcune azioni per favorire l'accesso precoce alle terapie per il trattamento della malattia da COVID-19, autorizzando l'uso di alcuni farmaci *off-label* (inseriti nella lista prevista dalla Legge n. 648 del 1996).

[7] L'uso compassionevole, o uso terapeutico, è stato largamente applicato nell'emergenza Covid-19 in tutti i Paesi del mondo, sia su singoli pazienti, con autorizzazione nominativa, sia su migliaia di pazienti, a mezzo di programmi specifici , in base a criteri standard identificati preventivamente. Il Comitato ha trattato il tema in un precedente parere, *Cura del caso singolo e trattamenti non validati (c.d. "uso compassionevole"). Allegata una nota giuridica sul tema*, 27 febbraio 2015, richiamando l'ambiguità dell'espressione "compassionevole" e ritenendo più corretta l'espressione "trattamenti non validati a uso personale e non ripetitivo", che coglie elementi comuni alle diverse tipologie descritte. Il Comitato ribadisce l'importanza della osservanza

è regolamentato dal D.M. del 7 settembre .2017). In entrambe le situazioni i rischi devono sempre essere oggetto di adeguata e specifica informazione al paziente.

Il Comitato ritiene, in particolare, che l'accesso alle terapie non ancora validate, mediante l'uso compassionevole, non debba costituire una sperimentazione nascosta o fittizia, che intende ottenere risultati abbreviando impropriamente i tempi delle consuete procedure della sperimentazione per testare la sicurezza e l'efficacia delle cure. Al riguardo, pur considerando la drammaticità dell'epidemia Covid-19, che in parte giustifica un ricorso più ampio all'uso compassionevole di farmaci, il Comitato reputa che ogni sforzo vada fatto per procedere secondo i disegni sperimentali ordinari.

Altresì, il Comitato ritiene che in generale i tempi della sperimentazione possano e debbano essere ridotti semplificando le procedure amministrative per l'approvazione delle ricerche, senza aggirare i requisiti scientifici, etici e giuridici degli studi clinici.

6. La sperimentazione finalizzata ai trattamenti terapeutici per Covid-19 deve includere – secondo le fasi e le tempistiche più appropriate - tutti i soggetti, senza alcuna esclusione, a meno di un rapporto rischi/benefici sfavorevole[8]. L'esclusione dalla sperimentazione di persone particolarmente vulnerabili è contraria al principio di giustizia, in quanto le priva della stessa possibilità di cura, non essendo al momento disponibile alcun trattamento sicuro ed efficace[9].

Inoltre questa esclusione avrebbe conseguenze anche in una prospettiva futura, qualora vi fossero farmaci riconosciuti come sicuri ed efficaci, in quanto coloro che non partecipano ad una sperimentazione sono esposti a rischi superiori, non essendo verificato nella loro specifica condizione il bilanciamento tra i rischi e i benefici[10]. La sperimentazione dovrà essere modulata in base alla specificità dei partecipanti o dei gruppi di partecipanti[11].

7. Il consenso informato rimane un requisito fondamentale della partecipazione alla sperimentazione. Nell'ambito dell'emergenza pandemica presenta alcune peculiarità rispetto alle modalità ordinarie.

È essenziale che i ricercatori bilancino realisticamente i potenziali benefici e i rischi dei partecipanti alla ricerca: a) evitando sperimentazioni troppo rischiose, a fronte di possibili, limitati benefici; b) comunicandoli in modo chiaro e trasparente ai potenziali partecipanti; c) adeguandoli alle specifiche condizioni dei pazienti, incluse le situazioni di particolare vulnerabilità, e alla fase specifica della ricerca[12]. L'informazione da parte del ricercatore deve essere trasparente

---

rigorosa delle fasi della sperimentazione riconosciuta dalla comunità internazionale e ricorda che l'accesso ai trattamenti compassionevoli deve essere subordinato ad una ragionevole, robusta e solida base scientifica (con dati pubblicati su riviste internazionali e possibilmente risultati di sperimentazioni cliniche di fase I, ossia di sicurezza e non nocività).

[8] Cfr. WHO, *Ethical Standards for Research during Public Health Emergencies: Distilling Existing Guidance to Support COVID-19 R&D: "*Pregnant women, minorities, children, and other groups considered to be 'vulnerable' should not be routinely excluded from research participation without a reasonable scientific and ethical justification. Any exclusion from participation in research should be justified by robust and current scientific evidence, such as an unfavourable benefit-risk ratio".

[9] Ad oggi è in commercio un unico farmaco approvato per il trattamento della Covid-19.

[10] I gruppi particolarmente vulnerabili si riferiscono, nell'ambito della sperimentazione di terapie per Covid-19, a individui con altre patologie, a persone anziane, donne in gravidanza con potenziali rischi per la propria salute e la salute del feto, immigrati che appartengono a culture diverse, con appartenenze etniche differenti e difficoltà di comunicazione e comprensione, bambini.

[11] Parere del CNB, *La sperimentazione farmacologica sulle donne*, 28 novembre 2008.

[12] Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici *Linee di indirizzo per la raccolta del consenso informato alla partecipazione a sperimentazioni cliniche,* 20 luglio 2020.

anche nell'esplicitazione delle incertezze: è necessario verificare la comprensione del partecipante, evitando che, nel contesto della pandemia, la percezione dei rischi sia diminuita, a fronte di aspettative non sempre ragionevoli[13]. I ricercatori devono considerare la particolare condizione di vulnerabilità nel contesto pandemico e valutare sempre il migliore interesse del malato, nonostante la possibile richiesta dei pazienti di partecipazione alla sperimentazione Covid-19 con fini terapeutici. Inoltre il ricercatore deve considerare il consenso informato nel tempo dello sviluppo della malattia (essendo molte le decisioni da prendere in diversi momenti), calibrando il momento adeguato per il paziente, sulla base della sua capacità di comprensione e della condizione emotiva (es. paura, ansia ecc.).

In situazione di emergenza clinica, nel rispetto dei protocolli sanitari in relazione al SARS-CoV-2, sono ammesse deroghe al tradizionale consenso scritto, con il ricorso al consenso in modalità digitale o al consenso orale, alla presenza di testimoni. In quest'ultima modalità, è importante la garanzia del paziente mediante la terzietà, ossia la presenza di un testimone esterno all'équipe sanitaria - e possibilmente alla struttura - o anche, ove possibile, di parenti in video-chiamata. Quando il paziente non è nelle condizioni di ricevere e comprendere le informazioni, ma vive condizioni patologiche senza alternative di cura, e non è possibile consultare in modo tempestivo il fiduciario o un rappresentante legale, l'eventuale consenso o autorizzazione al prolungamento della partecipazione alla sperimentazione, con potenziali benefici diretti, deve essere richiesto nel momento e nelle condizioni in cui sia ragionevolmente possibile farlo[14]. Il medico deve attenersi, per quanto possibile, alle indicazioni di eventuali "disposizioni anticipate di trattamento" o "pianificazione condivisa delle cure" (Legge n. 219 del 2017) e all'indicazione di un fiduciario.

Nel caso di modifiche dei protocolli sperimentali, frequenti a causa dell'evoluzione della pandemia, il consenso dovrà essere, nella misura del possibile, richiesto con le opportune modifiche.

8. Nell'ambito della pandemia Covid-19 vengono prelevati numerosi campioni biologici, anche nel contesto delle diagnosi e delle indagini epidemiologiche, mediante tamponi e/o prelievi ematici, oltre che nel contesto di sperimentazioni con finalità terapeutiche.

Il Comitato sottolinea che debba essere sempre richiesto il consenso informato per l'acquisizione dei campioni biologici, anche nel caso dei test sierologici e dei tamponi[15], specificando se vengano prelevati per finalità diagnostiche e/o di ricerca. In analogia con la prassi ordinaria della ricerca clinica, il consenso deve precisare il tempo, il luogo, le modalità di conservazione dei

---

[13] Ove non fosse possibile ottenere il consenso informato con le modalità consuete, a causa delle restrizioni di movimento o dell'isolamento dei pazienti o di urgenza, devono essere prese in considerazione procedure alternative. Si deve tenere conto delle modalità di consenso anche con videoregistrazione, previste nella Legge n. 219 del 2017.

[14] Come secondo l'*Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research* (2005), art. 19 c. 3: "Consent or authorisation for continued participation shall be requested as soon as reasonably possible"; *Regolamento (UE) N. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, che abroga la direttiva 2001/20/CE*, art. 35, c. 2 il "consenso informato alla continuazione della partecipazione alla sperimentazione clinica è acquisito dal soggetto, non appena questi è in grado di fornire il proprio consenso informato". Cfr. anche CNB, *La sperimentazione clinica in pazienti adulti o minori che non sono in grado di dare il consenso informato in situazioni di urgenza*, 28 settembre 2012.

[15] Cfr. Commissione Toscana di Bioetica, Parere n. 6 del 12 giugno 2020, *Infezione da SARS CoV2 - Test sierologici e molecolari: informazione e consenso.*.

campioni e le finalità della ricerca, esplicitando se sia direttamente correlato alla ricerca sul Covid-19, nonché l'eventuale utilizzo successivo dei campioni per finalità compatibili.

Il Comitato ritiene che, considerata l'urgenza e l'importanza per l'umanità della ricerca biomedica nell'ambito della pandemia, è essenziale favorire l'utilizzo a scopo di ricerca clinica del materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche, definendo criteri omogenei per l'uso dei campioni biologici, tenendo conto delle modalità di accesso e di acquisizione del consenso del paziente sull'uso successivo del campione prelevato[16].

In questo senso il CNB auspica che il consenso relativo ai campioni biologici nell'ambito della pandemia Covid-19 possa essere ampio, ossia aperto agli usi futuri dei campioni per la ricerca. In ogni caso vanno garantite la sicurezza della conservazione e la protezione della privacy con la pseudonimizzazione[17], nelle modalità che devono essere esplicitate nel consenso, per evitare eventuali abusi e per poter risalire all'identità del soggetto in caso di risultati di rilevanza clinica[18]. Nel caso dei campioni biologici prelevati dai minori, il consenso deve essere rilasciato dai genitori e, al raggiungimento della maggior età, deve essere richiesto al soggetto un nuovo consenso per la loro conservazione e utilizzo, a meno di una loro anonimizzazione[19].

Il Comitato auspica che la pandemia Covid-19 possa costituire un'opportunità per un'informazione rivolta alla società sul significato e sull'importanza della ricerca clinica sui campioni biologici[20]. L'auspicio del CNB è che i campioni biologici possano essere donati alla ricerca.

9. Consapevole che questa fase di transizione dalle conoscenze di base alle applicazioni cliniche è caratterizzata da elevata incertezza e dinamicità, in quanto le conoscenze sul virus rischiano di essere superate in tempi rapidi, il Comitato ritiene che le indagini genomiche e i test diagnostici sui pazienti siano di rilevante aiuto per la ricerca e le sue applicazioni cliniche, in particolare per quanto attiene alla comprensione delle basi della risposta individuale all'infezione da SARS-CoV-2. In tale ambito, è importante informare il paziente sulla possibilità di risultati inattesi (*incidental findings*)[21], consentendo, mediante codificazione, di risalire all'identità del soggetto per eventuali informazioni rilevanti sul piano clinico e/o esistenziale, con l'accortezza della protezione, nei limiti possibili, della privacy, e sempre che il paziente abbia preventivamente dato il consenso a ricevere informazioni di questo tipo (precisando se si vuole essere informati in

---

[16] Le Linee di indirizzo previste dall'articolo 1 comma 1 lettera b, Decreto Legislativo 14 maggio 2019 n. 52 sono in preparazione a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

[17] La pseudonimizzazione, mediante tecniche diverse, consente di proteggere i dati personali e sensibili di una persona fisica, al fine di non renderli direttamente attribuibili.

[18] Cfr. precedenti pareri del CNB sul tema: *Biobanche e ricerca sul materiale biologico umano. Parere del CNB su una raccomandazione del Consiglio d'Europa e su un documento del Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie*, 9 giugno 2006; *Raccolta di campioni biologici a fini di ricerca: consenso informato*, 16 febbraio 2009 (gruppo misto con CNBBSV); *Biobanche pediatriche*, 11 aprile 2014.

[19] CNB, *Biobanche pediatriche*, 11 aprile 2014.

[20] Nel caso di diniego, i campioni possono essere anonimizzati (ossia resi non più riconducibili in alcun modo al soggetto da cui sono stati prelevati, eliminando tutte le informazioni 'personali') e conservati per altre ricerche, oppure distrutti una volta raggiunto lo scopo per cui erano stati raccolti in emergenza. I campioni devono essere allo stesso modo anonimizzati nel caso di decesso del paziente, in assenza di un suo consenso esplicito alla raccolta e conservazione nelle biobanche per Covid-19.

[21] CNB, *Gestione degli "incidental findings" nelle indagini genomiche con le nuove piattaforme tecnologiche,* 17 marzo 2016.

merito ai risultati inattesi e quale tipo di risultati eventualmente conoscere). In questo contesto è di particolare importanza la consulenza genetica.

10. La raccolta dei dati personali nell'ambito della partecipazione alla ricerca deve essere accurata, secondo i criteri di qualità, accessibilità, trasparenza, standardizzazione, interoperabilità e condivisione. I dati sono un bene prezioso, in quanto offrono un contributo all'avanzamento delle conoscenze e hanno anche un potenziale beneficio diretto nei confronti del paziente, oltre ad un beneficio indiretto per la società[22]. È indispensabile monitorare la corretta conservazione dei dati in depositi affidabili e certificati, con le garanzie del rispetto dei requisiti etici e delle regole giuridiche, impedendo gli abusi[23]. Deve essere previsto un consenso esplicito – ove possibile - circa l'utilizzo o meno dei dati per le ricerche future compatibili.

11. É essenziale garantire, nell'ambito della pandemia, la collaborazione e il coordinamento internazionale sul piano della ricerca pubblica, come sottolineato da numerosi documenti internazionali[24]. Anche la competizione tra le ricerche in ambito privato deve essere orientata al miglioramento delle conoscenze, nell'ottica dell'accesso più ampio ai risultati. Vanno privilegiate le ricerche su scala internazionale e va promossa la disseminazione dei risultati della ricerca[25] per il bene globale comune. Data l'emergenza delle cure, è auspicabile da parte dei ricercatori la condivisione dei risultati della ricerca e la condivisione dei dati dei pazienti (*data sharing*) ad ogni livello, anche al fine di evitare duplicazioni o ricerche sottodimensionate.

12. In generale, nei diversi Paesi la valutazione delle sperimentazioni da parte dei Comitati etici deve essere in grado di adeguarsi alle esigenze dell'emergenza, facilitando e agevolando la revisione etica in tempi brevi, in ragione dell'urgenza e senza derogare ai principi etici fondamentali, monitorando con attenzione la sicurezza e la tutela dei diritti dei partecipanti, in particolare di quelli più vulnerabili[26]. In Italia, la rapidità e l'accuratezza del processo è assicurata dalle procedure emergenziali previste dal governo, che vedono coinvolti l'AIFA, in particolare con la Commissione Tecnico-Scientifica, e il Comitato Etico Unico Nazionale per le sperimentazioni su Covid-19. Tale modello, che si sta sperimentando per la pandemia Covid-19, consente una

---

[22] UNESCO International Bioethics Committee (IBC), World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST), *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*, 26 March 2020. In particolare, Research Data Alliance (RDA), *Recommendations and Guidelines*, 28 May 2020, che si richiama ai principi FAIR per la raccolta dati, ossia Findable, Accessible, Interoperable, Reusable e sottolinea l'esigenza della condivisione dei dati (*sharing data*); WHO, *Information Sharing on Covid-19*, 29 March 2020.

[23] Le regole sono stabilite nella Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and on the Free Movement of such Data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) e nelle deroghe alla protezione dei dati in Italia (Decreto legislativo n. 101 del 10 agosto 2018). Si veda il documento ISS, *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19,* Gruppo di lavoro Bioetica COVID-19, n. 42, 2020.

[24] WHO, *Statement, Developing Global Norms for Sharing Data and Results during Public Health Emergencies* (September 2015); OECD, *Why Open Science is Critical to Combatting Covid-19*, 12 May 2020; *Fair Findable, Accessible, Interoperable and Reusable. Principles of Data Sharing in Public Health Emergencies*, June 2018.

[25] European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic*, 2 aprile 2020.

[26] *Position of the European Network of Research Ethics Committees (EUREC) on the Responsibility of Research Ethics Committees during the COVID-19 Pandemic*, 27 aprile 2020.

accelerazione delle approvazioni degli studi, pur mantenendo requisiti scientifici. È un modello che potrebbe anche essere applicato ad altri ambiti.

13. Il Comitato sottolinea l'importanza, evidenziata dalla pandemia Covid-19, di una promozione ed incentivazione della ricerca interdisciplinare, sempre più rilevante ai fini della risoluzione dei problemi di interesse collettivo e quindi con forte valenza etica, attraverso la valorizzazione di tale ricerca nelle procedure di arruolamento dei ricercatori, nella definizione dei bandi pubblici di finanziamento della ricerca in tutti settori, nonché nella valutazione dei prodotti della ricerca.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB
COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

COVID-19 E BAMBINI:
DALLA NASCITA ALL'ETÀ SCOLARE

23 ottobre 2020

Presentazione

Il CNB sottolinea le ripercussioni specifiche indotte dalla pandemia sulla salute globale dei bambini e sui principali aspetti bioetici sottesi, con specifica attenzione già dalle primissime correlazioni esistenti nell'unità materno-feto-neonatale, fino alle prime fasi dello sviluppo, quali l'infanzia e la fanciullezza.

Nell'ambito della gravidanza, parto e vita neonatale, precauzione e responsabilità sono indicati come i principi bioetici irrinunciabili per la "relazione di cura" in persone che necessitano di una tutela specifica. L'analisi sulla condizione dei bambini nell'età prescolare e scolare è approfondita sul piano degli aspetti sanitari, con particolare attenzione alle fragilità di bambini con malattie croniche, disabilità, patologie rare e alla discontinuità delle cure. Sono prese in considerazione le conseguenze psicologiche e sociali del *lockdown*, con specifica attenzione al disagio sociale e alle diseguaglianze economico-sociali-culturali. Il parere affronta in modo specifico le conseguenze della chiusura delle scuole, le problematiche connesse alla riapertura delle scuole e alla didattica a distanza, evidenziandone le opportunità e le criticità (in particolare l'aggravio della vita quotidiana per le famiglie e il divario digitale, ossia il divario esistente tra chi ha accesso effettivo alle tecnologie dell'informazione e chi ne è escluso in modo parziale o totale).

Il Comitato, nel contesto dell'intreccio indissolubile, in questo ambito, delle problematiche politiche, economiche, sociali, cliniche e sanitarie, richiama l'esigenza di un inquadramento dei problemi nella prospettiva bioetica della precauzione, prudenza e responsabilità nell'impegno di tutelare soprattutto chi è in situazioni di specifica e temporanea vulnerabilità. Il Comitato riconosce l'interesse del minore quale criterio etico-giuridico fondamentale per la valutazione del rapporto benefici-rischi delle misure di contenimento della pandemia e individua la centralità della scuola nell'ambito della crescita personale e sociale dei bambini. Rileva inoltre l'esigenza di promuovere una ricerca multidisciplinare sui determinanti bio-psico-sociali della salute del bambino nell'ambito della pandemia Covid-19, che possa costituire la base di linee guida interdisciplinari, per una riduzione degli effetti negativi e per un superamento delle problematicità emerse sul piano sanitario, psicologico e sociale.

Il Comitato raccomanda particolare cura e supporto psicologico per i piccoli minori più vulnerabili, con disabilità o provenienti da situazioni familiari critiche, che hanno sofferto maggiormente degli effetti della pandemia e della chiusura dei servizi educativi; la promozione di un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e della salute pubblica, sia all'interno dell'iter curriculare scolastico sia con iniziative formative extracurriculari, con il coinvolgimento anche dei familiari e degli operatori scolastici.

Il parere è stato redatto dai Proff.: Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Giampaolo Donzelli, Lucio Romano, Grazia Zuffa, con i contributi dei Proff.: Stefano Canestrari, Anna Gensabella, Laura Palazzani.

Alla elaborazione del testo ha contribuito la preziosa audizione, il 25 settembre 2020, del Prof. Alberto Villani, Presidente della Società Italiana di Pediatria e componente del CTS – Covid 19.

Il parere è stato votato, all'unanimità dei presenti, dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack,

Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Giampaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Assenti alla seduta, hanno successivamente manifestato la propria adesione al parere i Proff.: Carlo Caltagirone (presente alla plenaria, ma assente al momento della votazione), Maurizio Mori, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia.

Pur non avendo diritto di voto, hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assente alla seduta, ha successivamente aderito: per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi.

1. Premessa

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, in precedenti Pareri, ha già inteso offrire delle riflessioni su alcuni interrogativi, complessi e problematici sotto il profilo bioetico, posti dalla pandemia da COVID-19. In particolare, su *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica* e *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*.

La pandemia, nella sua rapida e drammatica diffusione, richiede il ricorso a provvedimenti a salvaguardia della salute di ogni singolo cittadino e nell'interesse della collettività; evidenzia ancor più vulnerabilità già presenti; impegna tutti, ognuno per le proprie responsabilità, nel contrasto di un nuovo virus che si nasconde tra le nostre umane relazioni; prescrive il necessario distanziamento fisico e il rigoroso ricorso a procedure per evitarne la diffusione; ha creato insicurezza e accentuato solitudini.

Eppure, questa pandemia richiama ancor più la responsabilità verso il bene comune, intesa come presa in carico dell'altro e di ogni altro, ancor più nella vulnerabilità: paradigmi basilari che sono in grado di garantire ogni diritto con un dovere, secondo una "responsabilità condivisa". In questa ottica sono da comprendere le misure adottate per il contrasto alla pandemia, anche se dall'impatto certo gravoso sulla vita sociale ed economica ma circoscritti entro un tempo definito.

In questo contesto il Comitato Nazionale per la Bioetica prosegue un percorso di riflessione, in particolare su *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare,* per le ripercussioni specifiche indotte dalla pandemia sulla salute globale dei bambini e sui principali aspetti bioetici sottesi, con specifica attenzione già dalle primissime correlazioni date dall'unità materno-feto-neonatale, fino alle prime fasi dello sviluppo, quali l'infanzia e la fanciullezza.[1] Tra l'altro non sfuggono le criticità, certamente non secondarie, inerenti a bambini con patologie croniche o disabilità che, a causa delle riorganizzazioni dei servizi sanitari indotte dalla diffusione della pandemia, non possono usufruire di adeguata assistenza, con prevedibile aggravamento delle condizioni cliniche.

Diversi gli aspetti meritevoli di attenzione nel rapporto pandemia da Covid-19 e bambini. Il CNB non ritiene opportuno analizzare tutte le condizioni che nella pandemia in corso influenzano negativamente la salute psichica, fisica e sociale del bambino, in quanto ciò esulerebbe dalle finalità di questo Parere. Si individuano qui le condizioni più importanti che coinvolgono bambini affetti da patologie di rilevanza medica nonché psico-sociale, che possono essere riassunte come "fragilità socio-sanitarie", paradigmatiche dello scenario in cui si viene a trovare il bambino "impedito" dal Coronavirus. Diverse le implicazioni, non solo di carattere bioetico, che il Parere affronta senza alcuna pretesa di esaustività, visto anche il progressivo evolversi degli studi e delle ricerche.

2. Covid-19: la gravidanza, il parto e il neonato

La pandemia da Covid-19 segna un tempo dai molteplici interrogativi e da varie criticità anche per le gestanti, con ripercussioni sulla complessa e peculiare unità psicofisica materno-feto-neonatale, di particolare importanza per lo sviluppo

[1] Secondo la classificazione: prima infanzia (0-2 anni), seconda infanzia (2-6 anni), fanciullezza (6-10 anni), preadolescenza (10-14 anni), adolescenza (14-18 anni).

neuropsichico del bambino e di specifica vulnerabilità per le possibili conseguenze indotte dalla pandemia. Aumento di depressione, ansia, stress fino a comportamenti auto ed etero-aggressivi, sono ricorrenti, per la gestante, nelle situazioni di crisi, così come in eventi epidemici straordinari. Altro fattore destabilizzante è la modificazione dei modelli organizzativi del "percorso nascita" – anche diversi da territorio a territorio, da regione a regione – per quanto necessari alla pianificazione assistenziale per il contenimento del contagio.

Anche in merito al rapporto tra Covid-19 e gravidanza, le conoscenze scientifiche sono in continua evoluzione – come si evidenzia dalla letteratura accreditata – con progressivi chiarimenti, a fronte di quanto poco o nulla era dato sapere appena pochi mesi orsono.

Sotto il profilo biomedico, allo stato attuale delle conoscenze emergono alcune essenziali considerazioni: le gestanti, esclusi i casi con precedenti comorbidità, non sono a maggior rischio di malattia rispetto alle donne non gravide; così la polmonite Covid-19 nelle gestanti si presenta con caratteristiche analoghe a quella delle donne non in gravidanza.[2] È documentata la trasmissione per via aerea dell'infezione da Coronavirus dalla madre al neonato dopo la nascita e sono segnalati rari casi in cui si è verificata una trasmissione verticale (vita intrauterina) dalla madre infetta al feto attraverso la placenta.[3] La mortalità materna risulta decisamente più bassa nei casi confermati di Covid-19 rispetto a quella riscontrata nelle infezioni da MERS-Cov (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) e SARS-Cov (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus). A tutt'oggi non c'è stato alcun decesso di gestante in Italia.[4] L'allattamento, per i noti vantaggi del latte materno, va promosso e incoraggiato anche per le donne con infezione da Coronavirus, mettendo però in atto tutte le procedure in grado di ostacolare la trasmissione dell'infezione dalla madre al neonato e al personale di assistenza. È fondamentale il ricorso della madre ai Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), secondo il principio di precauzione.

Sulla base di modelli organizzativi integrati ospedale-territorio e delle relative indicazioni consigliate, si evidenzia la necessità di ricorrere sempre alle principali e classiche norme di precauzione (distanziamento fisico, igiene delle mani, uso dei DPI) per evitare il contagio. Così il triage di accettazione prevede la permanenza della gestante presso il proprio domicilio, con consulenze telefoniche di personale sanitario specializzato per valutare l'opportunità di ulteriori controlli o del ricovero in situazioni di necessità, sempre con il consenso informato della gestante. In particolare, poi, risultano necessari il ricorso, nella struttura sanitaria di ricovero, a percorsi assistenziali riservati alle sole gestanti Covid-19 positive/sospette; il distanziamento fisico e la limitazione di accompagnatori; la disponibilità di un team multidisciplinare; la possibilità di presenza di persona a scelta della donna durante il travaglio, il parto e la degenza, fermi restando gli indispensabili screening e monitoraggi per evitare

---

[2] G. A. RYEAN et al., *Clinical Update on Covid-19 in Pregnancy: a Review Article,* in "J. Obstet. Gynaecol. Res.", 2020 Aug 46(8):1235-1245, doi: 10.1111/jog.14321.

[3] A. KOTLYAR et al., *Vertical Transmission of Coronavirus Disease 2019: a Systematic Review and Meta-Analysis,* in "J. Obstet. Gynecol. Res.", 2020 Jul 31: S0002-9378(20)30823-1, doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.049.

[4] Allo stato attuale: non ci sono sufficienti dati per un'associazione causale con l'iposviluppo del feto né per determinare una correlazione tra parto spontaneo pretermine e infezione in gravidanza da Covid-19; maggiore risulta il ricorso al parto operativo con taglio cesareo per insufficienza respiratoria materna da polmonite, visto che la sola positività Covid-19 non costituisce di per sé indicazione al taglio cesareo; non sono stati rilevati effetti teratogeni da Covid-19.

contagi.[5] Tuttavia, si rileva nell'assistenza una significativa restrizione in merito alla presenza di altra persona durante il parto, così come per le procedure che assicurano un efficace rafforzamento del legame madre-neonato (*bonding*) quali il contatto pelle a pelle (*skin to skin*) dopo la nascita e la pratica della permanenza del bambino nella stessa stanza della madre fin dopo il parto (*rooming in*).

Come ben noto, in gravidanza si possono anche manifestare depressione postpartum, disturbi d'ansia e dell'umore con associati rischi a breve e a lungo termine sullo sviluppo cognitivo e psicologico a carico dei figli.[6] Questi disturbi hanno una maggiore possibilità di incidenza in condizioni di stress estremo e in situazioni di emergenza, come evidenziato in pandemia Covid-19, con conseguenze sul benessere perinatale.[7]

Da qui la necessità di un approccio proattivo, multidisciplinare e integrato dei servizi sanitari rivolto alle donne in gravidanza.

Per cercare di fornire un'adeguata assistenza nell'emergenza pandemica, anche al fine di ridurre la possibilità di contagio, sono stati elaborati consigli pratici e raccomandazioni.[8] Tra queste, è stata richiamata la necessità di posticipare le visite di routine prenatali o postnatali nelle strutture sanitarie, con la possibilità di soddisfare richieste di consulenza e assistenza – prenatale, postnatale e monitoraggio (*follow-up*) – tramite collegamento da remoto e con telemedicina[9], nonché aggiornare i piani di preparazione (*preparedness*) alla nascita e alle eventuali complicazioni.[10] Ciò significa, altresì, una necessaria, preventiva individuazione dei bisogni psicologici della gestante per poter assicurare gli appropriati e tempestivi supporti.

Risulta evidente che, se da un lato sono necessarie misure di sanità pubblica volte a mitigare la diffusione della pandemia, dall'altro è parimenti necessaria la predisposizione di strategie di azione (*preparedness*) per assistere, prevenire o ridurre gli effetti sfavorevoli.[11] In tale contesto è richiesta la garanzia per il mantenimento dei livelli appropriati dei servizi essenziali.

Le incertezze e le previsioni negative sull'economia, con le inevitabili ripercussioni in ambito occupazionale, aumentano il carico psicologico negativo sulle donne in gravidanza e sulle neomamme. Alcuni studi evidenziano anche il

---

[5] ISS Rapporto COVID-19 n. 45/2020, *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19*.

[6] CNB, *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum*, 16 dicembre 2005; CNB, *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico*, 17 aprile 1998; CNB, *Venire al mondo*, 15 dicembre 1995.

[7] G. SACCONE et al., *Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 in Pregnant Women,* in "J. Obstet. Gynecol. Res.", 2020 Aug, 223(2):293-295, doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003.

[8] CDC, *If you are Pregnant, Breastfeeding, or Caring for Young Children,* https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html; SIGO, AOGOI, AGUI, FNOPO, SIN, *Gravidanza e parto in epoca Covid-19: consigli pratici,* http://www.fnopo.it/news/gravidanza-e-parto-in-epoca-covid-19--consigli-pratici.htm.

[9] Per il ricorso alla telemedicina in ambito pediatrico, cfr. Rapporto ISS COVID-19 n.60/2020, *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19.*

[10] WHO, *Clinical Management of COVID-19. 27 May 2020,* https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196; FIGO, *Safe motherhood and COVID,* https://www.figo.org/safe-motherhood-and-covid-19; WHO, *Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights,* https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/.

[11] S. K. BROOKS et al., *The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence, in "*Lancet" 2020 Mar 14, 395(10227):912-920, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

possibile verificarsi del ricorso a consumo di alcol e sostanze, con gravi ripercussioni sul benessere psicofisico e sociale; di forme di abuso e di potere da parte del partner; della volontaria marginalizzazione per deprivazione socioeconomica; del ridotto ricorso ai servizi sociosanitari tra le famiglie a basso reddito e nelle comunità di immigrati.[12]

In tempi di pandemia è richiesto, pertanto, maggiore impegno e responsabilità nella coniugazione tra il diritto alla tutela della salute per la singola persona e l'interesse della collettività, stabilendo priorità assistenziali, ottimizzando i servizi di prevenzione e assistenza, prevenendo diseguaglianze indotte anche da deprivazioni socioeconomiche.[13]

Precauzione e responsabilità possono essere indicati come i principi bioetici di maggior riferimento a cui fare ricorso per la tutela delle donne in gravidanza e dei neonati, per il contenimento della diffusione pandemica nonché per la doverosa e migliore assistenza da poter realizzare secondo eguaglianza. Si tratta di un richiamo a principi irrinunciabili per la "relazione di cura" in persone che necessitano di una tutela specifica in condizioni di estrema criticità.[14]

Il principio di precauzione richiede interventi cautelativi nell'ottica della prudenza, a fronte della rapidità e imprevedibilità della trasmissione virale, per evitare o limitare conseguenze negative, in attesa di predisporre interventi sistematici, viste le ridotte conoscenze sul Covid-19. "Il principio di precauzione delinea la necessità di un atteggiamento di cautela intesa come anticipazione preventiva del rischio. […] Il principio di precauzione coincide dunque in senso lato con un atteggiamento di prudenza" che non significa, però, astensionismo.[15] Comunque, nel principio di precauzione è insita la valutazione del rischio (*risk assessment*) e la gestione del rischio (*risk management*) per la predisposizione, anche sul piano etico-politico e sociale, di misure necessarie a prevenire la diffusione della pandemia e alla maggior riduzione dei possibili danni.

Sul piano pratico l'applicazione del principio di precauzione – come si riscontra per la tutela delle gestanti e dei neonati – legittima anche la prescrizione di limitazioni, per tempi contenuti e nella consapevolezza delle possibili conseguenze, in situazioni di scenari catastrofici, quali le fasi più gravi dell'emergenza pandemica.

---

[12] S. B. THAPA et al., *Maternal Mental Health in the Time of the COVID-19 Pandemic,* in "Gynecol. Scand.", 2020 Jul 99(7):817-818, doi: 10.1111/aogs.13894.

[13] Su quest'ultimo aspetto, pur nella specificità di questo Parere collegato agli effetti della pandemia Covid-19, risulta attuale quanto già riportato dal CNB nella Mozione sulle diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: "Ingiuste diseguaglianze nell'assistenza alla nascita nel nostro Paese mettono, infatti, in seria crisi il rispetto del principio di giustizia in una delle sue più importanti e vitali espressioni, ossia nell'integrazione di due diritti umani fondamentali, il diritto all'eguaglianza e il diritto alla cura della salute, raggiungibile attraverso un'equa ripartizione delle risorse per la sanità. […] Tale problema presenta, però, risvolti di particolare responsabilità nella fase immediatamente successiva alla nascita: questi primi momenti della vita non sono solo segnati da una particolare vulnerabilità, ma sono anche decisivi, in positivo o in negativo, per il futuro della persona. […] Occorre anche sottolineare l'importanza di quest'opera di prevenzione (accorta ed equa politica sanitaria, ndr) durante la fase prenatale e come il problema delle diseguaglianze alla nascita trovi le sue premesse nella cura della salute della donna nel corso della gestazione e molto spesso anche prima della gravidanza stessa. Esiste un preciso rapporto tra condizioni di svantaggio socioculturale e maggior rischio di esiti avversi, che possono riguardare sia le condizioni di salute materna che quelle del feto." CNB, *Diseguaglianza nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale,* 29 maggio 2015.

[14] CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica",* 8 aprile 2020.

[15] CNB, *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici*, 18 aprile 2004.

Il principio di responsabilità, anche alla luce della previsione del rischio, implica la presa in carico di doveri e diritti fondamentali che si concretizzano sia sul versante assistenziale in capo al Servizio Sanitario Nazionale sia nella partecipazione solidale della comunità, nel "prendersi cura" secondo equità e reciprocità ("essere per"). Vale a dire, tutelare soprattutto chi è in situazione di specifica e temporanea vulnerabilità, quale può essere la donna in gravidanza. Come la pandemia ha richiesto, la responsabilità solidale apre, anche in termini costituzionali (art. 2 Cost.), alla solidarietà.

È dall'accorta coniugazione tra precauzione e responsabilità che si può assicurare il giusto equilibrio tra prevenzione e assistenza, ancor più nello specifico di una situazione pandemica caratterizzata da diverse incertezze.

3. Covid-19 e i bambini nell'età prescolare e scolare

3.1 Aspetti sanitari

I bambini, come gli adulti, si infettano ma presentano una sintomatologia più lieve e una malattia meno grave.

Già una recente revisione internazionale della letteratura, che include 45 articoli scientifici, ha indicato che i bambini non sono immuni, sebbene rappresentino solo l'1-5% dei casi diagnosticati di infezione da Coronavirus.[16] Ma tale frequenza è verosimilmente sottostimata, essendo la maggior parte dei bambini asintomatica. I dati osservati in Italia sono in linea con la ricerca internazionale e negli stessi studi è messo in evidenza che la malattia è più grave in pazienti con preesistenti comorbidità.[17]

L'OMS nelle nuove linee guida, stilate con l'Unicef, raccomanda che "la mascherina venga indossata anche dal bambino sopra i cinque anni quando non si può garantire una distanza di almeno un metro dagli altri e c'è una trasmissione diffusa".[18]

Studi dimostrano che anche nei bambini infetti asintomatici di tutte le età si riscontrano alti livelli di virus, con una carica virale che può essere pari a quella di un paziente adulto con Covid-19.[19]

Le principali problematiche sanitarie legate ai bambini sono dovute al fatto che nel periodo del *lockdown*, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione, molti - e in particolare quelli con malattie croniche, disabilità[20],

---

[16] J. F. LUDVIGSSON, *Systematic Review of COVID-19 in Children Shows Milder Cases and a Better Prognosis than Adults,* in "Acta Paediatr.", 2020 Jun, 109(6):1088-1095, doi: 10.1111/apa.15270.

[17] In questi studi si è visto che l'82% dei pazienti presentava una sintomatologia lieve-moderata e solo il 2-3% ha richiesto il ricovero in terapia intensiva. Cfr.: I. LIGUORO et al., *SARS-COV-2 Infection in Children and Newborns: a Systematic Review,* in J. Pediatr., 2020 Jul, 179(7):1029-1046, doi: 10.1007/s00431-020-03684-7; P. ZIMMERMANN, N. CURTIS, *COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates: a Review of Epidemiologic and Clinical Features,* in "Pediatr. Infect. Dis. J", 2020 Jun 39(6):469-477, doi: 10.1097/INF.0000000000002700.

[18] WHO, *Advice on the Use of Masks for Children in the Community in the Context of COVID-19,* https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC Masks-Children-2020.1.

[19] L. M. YONKER et al., *Pediatric Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2): Clinical Presentation, Infectivity, and Immune Responses,* in "J. Pediatr.", 2020 Aug 20, S0022-3476(20)31023-4, doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.037.

[20] I bambini con disabilità neuromotoria, pneumopatie croniche, cardiopatie, affetti da deficit immunitari, da malattie metaboliche ereditarie sono da considerarsi pazienti a maggior rischio e le misure precauzionali previste per il paziente adulto devono essere adottate per questi pazienti con ancora più attenzione. Viene raccomandato ai familiari e al personale di assistenza di porre

patologie rare[21] - non sono stati adeguatamente seguiti ed è prevedibile trovare, nei prossimi mesi, un aggravamento delle loro condizioni.

Va altresì considerato che molti sono i bambini che nei mesi scorsi non hanno praticato le vaccinazioni raccomandate, per la chiusura impropria di molti centri vaccinali ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in queste strutture. Va tenuto presente che un'interruzione, anche solo per un breve periodo, può portare a un rischio maggiore di nuove epidemie, come ad esempio per il morbillo, che negli anni scorsi è andato incontro ad una preoccupante diffusione per il diminuito ricorso alla vaccinazione.

A ciò si aggiungano, per timore del contagio da Coronavirus, i ridotti accessi al pronto soccorso, che hanno determinato conseguenze negative sulla salute dei bambini.[22]

3.2. Conseguenze psicologiche e sociali del *lockdown* sui bambini

L'isolamento, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione da Coronavirus, ha determinato un profondo cambiamento nelle nostre vite e ha avuto un impatto particolare sui bambini. In pochissimo tempo, in seguito alla chiusura delle scuole anche i bambini si sono ritrovati chiusi nelle loro case, costretti a complessi mutamenti nelle loro abitudini quotidiane e ad una interruzione dei loro rapporti sociali. Hanno dovuto sospendere le attività sportive, sono stati privati del contatto con la natura all'aria aperta e dell'attività ludica, con ripercussioni sulla salute psicofisica, hanno perso riferimenti importanti come la scuola, gli amici, i nonni. Mentre all'inizio l'isolamento a casa poteva anche sembrare una vacanza, e forse anche in certi casi i bambini hanno goduto di una maggiore presenza dei genitori, con il passare del tempo il distacco dalla scuola, dagli amici, dallo sport, dai parenti ha spesso determinato uno spiacevole stato di noia e di oppressione. D'altro lato, i bambini hanno anche notevoli capacità di resilienza, che in molti soggetti può favorire un pronto recupero di stabilità emotiva al termine del *lockdown*.[23]

Nella fascia d'età prescolare e scolare, i bambini sono pressoché totalmente dipendenti dai genitori e dagli adulti in generale, senza quel margine di autonomia (negli spostamenti, nella scelta e nell'organizzazione delle attività quotidiane etc.)

---

particolare cura nell'adozione di comportamenti assistenziali, finalizzati a ridurre il rischio di infezione da COVID-19 e ad attenuare le conseguenze legate ai cambiamenti, a volte radicali, dello stile di vita.

[21] Le malattie rare identificate sono più di 7.000 e i malati rari in Italia si stima siano oltre 1 milione: tra questi, minori con rischio aumentato in caso di comorbidità con il virus. Il bambino affetto da malattia rara, che deve anche far fronte ad altri stati clinici gravi che agiscono sinergicamente su di lui, quali l'infezione da Covid-19, si trova a vivere l'emergenza nell'emergenza, la cui complessità non è solo clinica ma anche psicologica e sociale. Il bambino va tutelato e supportato con il massimo rigore e soprattutto gli deve essere garantito sia l'accesso ai farmaci, spesso salvavita, sia la regolarità nella programmazione dei controlli medici, secondo i criteri clinici della terapia individualizzata.

[22] B. CIACCHINI et al., *Reluctance to Seek Pediatric Care During the COVID-19 Pandemic and the Risks of Delayed Diagnosis, in "*J. Pediatr.", 2020 Jun, 29; 46(1):87, doi: 10.1186/s13052-020-00849-w; C. DOPFER et al., *COVID-19 Related Reduction in Pediatric Emergency Healthcare Utilization – a Concerning Trend,* in "BMC Pediatr.", 2020 Sep 7; 20(1):427, doi:10.1186/s12887-020-02303-6; R. M. LYNN et al., *Delayed Access to Care and Late Presentations in Children During the COVID-19 Pandemic: a Snapshot Survey of 4075 Paediatricians in the UK and Ireland,* in "BMJ Arch. Dis. Child.", 2020 Jun 25, doi: 10.1136/archdischild-2020-319848.

[23] Questo è un campo di ricerca da implementare, utile ad accrescere la conoscenza circa il rapporto benefici/rischi delle misure di contrasto.

di cui iniziano a godere i minori preadolescenti e poi adolescenti. Questo aspetto della dipendenza costituisce una differenza importante rispetto ai soggetti in età adulta: differenza che può tradursi in un di più di vulnerabilità e, in ultimo, in disuguaglianza se la società e le istituzioni non prestano la necessaria attenzione ai problemi e soprattutto alla soggettività dei bambini. Al tempo stesso, la loro stessa condizione di dipendenza fa sì che essi siano i primi a soffrire delle diseguaglianze che colpiscono il loro mondo adulto di riferimento.

Negli scolari sono stati rilevati sintomi depressivi e ansia a causa delle restrizioni della loro vita sociale indotta dal *lockdown*.[24] I sintomi del disagio sono stati variabili in relazione all'età e al differente modo di somatizzare paura e preoccupazioni. Sono stati osservati disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento e risvegli notturni), atteggiamenti aggressivi e antisociali, disturbi del comportamento alimentare.[25] Bisognerà attendere per vedere se queste situazioni si stabilizzeranno o si risolveranno spontaneamente. L'effetto negativo del *lockdown* è risultato più evidente in bambini e ragazzi con disturbi preesistenti alla pandemia, come quelli inerenti all'attenzione e alla iperattività (ADHD)[26], all'apprendimento (DSA) e allo spettro autistico (ASD).[27] La ricerca ha inoltre messo in evidenza che il livello di gravità dei comportamenti disfunzionali dei bambini è statisticamente associato al grado di malessere dei loro genitori. Questo significa che all'aumentare nei genitori dei sintomi di stress causati dall'emergenza Covid-19 (disturbi d'ansia, dell'umore, del sonno, consumo di farmaci ansiolitici), aumentano i disturbi comportamentali e della sfera emotiva dei figli.[28]

Fra le principali conseguenze di questa pandemia è da considerare anche il fatto che l'emergenza sanitaria si è trasformata in emergenza economico-sociale. In poche settimane l'isolamento a casa, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione, ha determinato la perdita del lavoro per milioni di persone e la povertà, che interessa soprattutto le famiglie con figli, ha peggiorato la situazione sociale ed accentuato le disuguaglianze già drammaticamente evidenti nelle regioni meridionali e nelle periferie delle grandi città. La povertà assoluta –

---

[24] X. XIE et al., *Mental Health Status Among Children in Home Confinement during the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China,* in "JAMA Pediatr.", 2020 Apr 24; e201619, doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619.

[25] Uno studio italiano sull'impatto psicologico e comportamentale della pandemia Covid-19 durante il *lockdown* in bambini e adolescenti in Italia, condotta dall'Istituto Giannina Gaslini e dall'Università di Genova, riporta che il 65% dei bambini italiani sotto i 6 anni e il 71% di quelli sopra i 6 anni hanno presentato problematiche comportamentali dipendenti dal *lockdown,* soprattutto con sintomatologie di tipo regressivo, quali paura del buio, pianto inconsolabile, difficoltà di addormentamento e ansia da separazione; sopra i 6 anni, soprattutto alterazione del ritmo sonno-veglia, ossessione per la pulizia, ansia, in http://www.gaslini.org/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-Irccs-Gaslini.pdf.

[26] E. MERZON et al., *ADHD as a Risk Factor for Infection with Covid-19,* in "J. Atten. Disord.", 2020 Jul 22, 1087054720943271, doi: 10.1177/1087054720943271.

[27] M. COLIZZI et al., *Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: an Online Parent Survey,* in "Brain Sci.", 2020, 10, 341, doi: 10.3390/brainsci10060341; M. E. S. LIMA et al., *Could Autism Spectrum Disorders be a Risk Factor for COVID-19?,* in "Med. Hypothese", 2020 May 30, 144:109899, doi: 10.1016/j.mehy.2020.109899.

[28] Si tratta del disturbo da stress post traumatico, studiato per altre pandemie. Cfr. G. SPRANG et al., *Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth after Health-Related Disasters*, in "Disaster Med. Public Health Prep"., 2013 Feb, 7(1):105-10, doi: 10.1017/dmp.2013.22. Sono presenti anche comportamenti adattivi, ma i ricercatori avanzano l'ipotesi che dietro questi si celino sintomi depressivi. Cfr. L. PISANO et al., *A Qualitative Report on Exploratory Data on the Possible* E*motional/Behavioral Correlates of COVID-19 Lockdown on 4-10 Years Children in Italy*, in "Psyarchiv.", 2020, https://psyarxiv.com/stwbn.

definita come l'impossibilità di affrontare una spesa mensile sufficiente ad acquistare beni e servizi considerati essenziali per uno standard di vita minimamente accettabile – prima dell'epidemia coinvolgeva, secondo l'ISTAT, più di 1 milione e 700 mila famiglie: 4 milioni e 600 mila persone, 1 milione e 137 mila minori.[29] Nella stessa analisi si evidenzia che l'incidenza di povertà assoluta aumenta al crescere del numero di figli minori presenti in famiglia, passando dal 6,5% per le coppie con un figlio al 20,3% per le coppie con tre o più figli. Questa situazione oggi è ulteriormente peggiorata. I bambini figli di genitori stranieri, che rappresentano circa il 20% della popolazione straniera residente e il 10% di tutti minorenni residenti in Italia, già normalmente in una situazione di fragilità, sono stati tra i più colpiti. Va tenuto presente che la povertà influenza lo stato di salute anche dei bambini. È ben noto che i bambini poveri sono quelli che si ammalano più frequentemente, presentano più spesso malattie croniche e disturbi dello sviluppo comportamentale, con conseguenze che possono persistere anche nell'età adulta. Nell'affrontare le conseguenze del Coronavirus sulla salute, è indispensabile tener presente la dimensione complessiva della stessa, nei vari determinanti bio-psico-sociali e nell'impatto sia a breve che nel lungo termine.

3.3. Conseguenze educative e scolastiche del *lockdown*

Circa le misure d'emergenza che hanno riguardato in particolare i bambini, la più importante è la chiusura delle scuole.[30]

Questo provvedimento, sebbene sia stato un momento negativo per i bambini, è stato assunto nel prevalente interesse loro e dei familiari. Se da un lato infatti ha mirato, unitamente ad altri provvedimenti quali il *lockdown*, a salvaguardare la loro salute dai pericoli del virus, dall'altro ha impedito, al contempo, che i bambini potessero essere una fonte di trasmissione del contagio nelle famiglie. Questa circostanza avrebbe potuto significare portarli a vivere la traumatica lontananza dai propri genitori, quando non anche la perdita di un familiare. Si consideri che in questi momenti non si è in grado di assicurare regole tali da garantire che la scuola possa funzionare con una certa sicurezza, con lo scopo di limitare eventuali contagi e di rassicurare genitori e insegnanti. Un dato, ancora oggi valido, è che gran parte dei contagi avviene a livello intrafamiliare e con le attività di aggregazione.

Certo la chiusura degli asili e delle scuole, in specie quelle elementari, ha pesato sulla vita e sul benessere dei bambini e dei loro genitori, che si sono fatti carico completamente della cura dei figli. In particolare, le donne hanno dovuto sostenere il doppio impegno di provvedere alle bambine ed ai bambini, nonché di continuare a lavorare in presenza o anche da remoto.

Per non interrompere l'iter formativo nel corso della pandemia e del *lockdown* è stata attivata la didattica a distanza (DAD), generalmente con lezioni in diretta su varie piattaforme. Significativi l'impegno e la dedizione offerti dagli insegnanti per il buon esito delle nuove forme di didattica. Anche se sicuramente la didattica a distanza non può sostituire quella tradizionale in presenza, soprattutto per quanto riguarda le scuole elementari, va riconosciuto che questa modalità di insegnamento ha svolto un ruolo importante nei mesi dell'isolamento e ha permesso di non interrompere drasticamente il dialogo educativo con gli studenti.

---

[29] ISTAT, *Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Anno 2019,* https://www.istat.it/it/files/2020/06/REPORT_POVERTA_2019.pdf.

[30] J. LEE, *Mental Health Effects of School Closures during COVID-19,* in "Lancet Child Adolesc. Health", 2020 Jun, 4(6):421, doi: 10.1016/S2352-4642(20)30109-7.

In più, lo stato di necessità ha comunque contribuito ad attivare idee ed energie per l'innovazione della didattica. A tal riguardo il personale educativo delle scuole dei più piccoli, educatori di nido, maestre/i, sebbene da soli e non preparati ad un evento di tal genere, hanno affrontato numerose sfide psicologiche e attitudinali, svolgendo una funzione cruciale ai fini del contemperamento degli effetti negativi della pandemia sui bambini. Non è da escludere, comunque, che l'ulteriore diffondersi della pandemia renda ancora necessario il ricorso alle piattaforme digitali.

Tuttavia, l'uso esclusivo della modalità online di insegnamento ha portato alla luce vecchie diseguaglianze sociali e culturali e ne ha create di nuove: tra famiglie che hanno avuto facilità a dotare i bambini degli strumenti tecnologici adeguati (computer, tablet etc.) e altre che si sono trovate in difficoltà; tra famiglie che già avevano dimestichezza con le nuove tecnologie ed erano preparate ad aiutare i figli e altre meno preparate e con minor tempo disponibile.[31] Particolarmente penalizzati con la didattica a distanza sono stati soprattutto gli studenti con disabilità, che non hanno potuto ricorrere ai sostegni dovuti. Ugualmente i bambini di genitori immigrati sono stati tra i più colpiti. Inoltre, non tutti i docenti hanno attivato la didattica a distanza o sono stati in grado di utilizzarla in maniera efficiente, non avendo una formazione e una preparazione adeguate a questo genere di insegnamento, oppure non avendo adeguata strumentazione. Non dobbiamo dimenticare che l'Italia è tra le ultime nell'Unione europea per quanto riguarda la digitalizzazione, con inevitabili conseguenze di "divario digitale" (*digital divide*) che rischia di "lasciare indietro" chi non ha strumenti, tecnologie, competenze per accedere alla formazione online.[32]

A ciò si aggiunga che, anche se si riescono a risolvere, come in ogni caso si deve fare, i problemi di grave diseguaglianza in ambito formativo creati dal *digital divide*, la didattica a distanza non può e non deve sostituire, se non in casi di necessità, quella in presenza. I motivi sono evidenti e i disagi sperimentati da alunni e docenti durante il *lockdown* ne sono prova. Molti bambini, non potendo andare a scuola, hanno perso un momento formativo importante per il loro sviluppo. La scuola e i servizi educativi sono riconosciuti come fondamentali fattori di riequilibrio delle diseguaglianze sociali[33], essendo i primi ambiti di relazioni extra-familiare in cui si sviluppano significative esperienze e si sperimentano insieme ai coetanei affetti, giochi, conflitti e scambi empatici.

Ne consegue che la scuola costituisce occasione fondamentale di socializzazione e strumento di promozione di uguaglianza. Ciò è tanto più vero per i bambini piccoli, specie nei primi anni dell'età scolare, in cui l'apprendimento è strettamente legato alla dimensione corporea multisensoriale e la componente emotiva, legata alla relazione con gli insegnanti e con i compagni, ha particolare rilievo nell'intreccio con quella cognitiva. Ogni percorso di apprendimento ha una componente interattiva che difficilmente la didattica a distanza potrà

---

[31] Circa l'eventuale perdita di apprendimento dei bambini per la chiusura delle scuole, non esistono al momento studi specifici. Alcuni autori cercano di ricavare spunti da studi precedenti focalizzati sull'influenza della scuola come ambiente favorevole all'apprendimento. È emerso che perfino dieci giorni di apprendimento in ambiente scolastico bastano ad aumentare in maniera significativa l'intelligenza "cristallizzata" (la capacità di utilizzare le conoscenze acquisite). Cfr. S. BURGESS et al., *Schools, Skills, and Learning: the Impact of COVID 19 on Education,* VOX CEPR Policy Portal, 1 April 2020, https://voxeu.org/article/impact-covid-19-education.

[32] The Digital Economy and Society Index (DESI), *Ranking 2020,* https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi.

[33] ISS, Rapporto COVID-19 n. 43/2020, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19*.

compensare. Si impara dagli insegnanti ma anche dal gruppo di studenti in cui si è collocati. L'insegnamento e l'apprendimento non sono una semplice trasmissione e acquisizione di nozioni, ma fanno parte del processo educativo, attraverso il confronto, il dialogo, l'interazione: condizioni per la crescita intellettiva e la maturazione emotiva.

Questa pandemia sta dunque mettendo a rischio l'istruzione, che è ritenuta un fattore importante di crescita personale e sociale anche nella prospettiva di impedire la trasmissione della povertà da una generazione ad un'altra.

Allo stato attuale, se da un lato si riconosce la necessità di una formazione in presenza, dall'altro c'è preoccupazione per la crescita della pandemia.

Nel contesto dell'emergenza Covid-19 la riapertura delle scuole in presenza è apparsa come una azione necessaria per ristabilire l'equilibrio e il benessere psicologico delle bambine e dei bambini che già frequentavano le scuole, per permettere l'inserimento dei nuovi e per poter fornire alle famiglie il supporto necessario per conciliare i tempi di vita familiare con le esigenze lavorative. Ma nell'attuale situazione di crisi, in cui da decenni si trova la scuola, i nodi da risolvere per ridurre i rischi restano ancora molti. Le regole pensate per una piena ripresa dell'insegnamento in presenza sono diverse e necessarie: distanziamento fisico e un maggior numero di aule in ambienti più ampi e ben aerati; orari flessibili di ingresso per evitare un sovraccarico dei mezzi di trasporto già incongrui; mensa a turni; reclutamento dei docenti; protocollo sanitario per la gestione di eventuali casi di contagio a scuola.[34] Queste misure potrebbero anche bastare a rendere più sicure le scuole, se effettivamente applicate nei tempi e nei modi necessari, ma necessitano, per risultare efficaci, dell'impegno responsabile di tutti i soggetti coinvolti. È importante che docenti e familiari si facciano carico di un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e pubblica e che siano a loro volta sostenuti da iniziative istituzionali in tal senso.

Accanto alle responsabilità individuali di tutti i soggetti coinvolti, occorre rilevare la responsabilità sociale nei confronti della scuola, che è un altro settore, come quello della sanità e della ricerca, che in occasione di questa pandemia ha dimostrato tutte le sue carenze. La scuola appare oggi come una delle prime emergenze da risolvere e, nel pur precario equilibrio tra benefici e rischi, evidenziamo l'esigenza di favorire il rientro a scuola, come affermato da più parti (pediatri, psicologi, pedagogisti, sociologi, ecc.), nel contesto delle procedure di sicurezza.[35]

Il Comitato, allora, chiede con forza che quello che fino ad oggi non è stato fatto per la scuola, con gravi deficienze economiche e strutturali, venga ritenuto, nei diversi bilanci dello Stato, irrinunciabile e non procrastinabile. I cambiamenti nella scuola vanno fatti in un'ottica di lungo periodo, non esclusivamente con interventi mirati in casi di pandemia. E nel programmare le politiche per la ripartenza del Paese il Comitato ritiene necessario mettere al centro i bambini, i ragazzi, le loro famiglie e l'insieme dell'apparato scolastico con le sue strutture.

Raccomandazioni

[34] ISS, Rapporto COVID-19 n. 58/2020, *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia*.

[35] Cfr. A. GUTERRES, *The Future of Education is Here*, https://www.un.org/en/coronavirus/future-education-here.

1. Mai come in questa situazione di pandemia le problematiche bioetiche intrecciano indissolubilmente quelle politiche, economiche, sociali e sanitarie. Da qui l'esigenza di richiamare a più forte ragione i principi di precauzione e di responsabilità. Il principio di precauzione come intervento cautelativo e applicazione della virtù della prudenza, a fronte della rapidità e imprevedibilità della trasmissione virale, per evitare o limitare conseguenze negative in attesa di predisporre interventi sistematici, viste le ridotte conoscenze sul Covid-19. Il principio di responsabilità, a sua volta, implica l'impegno di tutelare soprattutto chi è in situazioni di specifica e temporanea vulnerabilità, come lo stato di gravidanza, il periodo perinatale e neonatale.

2. Il Comitato sottolinea l'importanza, soprattutto nell'attuale emergenza pandemica, di ridurre al minimo indispensabile le misure che più ricadono sui bambini con conseguenze negative, dedicando una specifica attenzione all'interesse del minore quale criterio etico-giuridico fondamentale per la valutazione del rapporto benefici-rischi delle misure ipotizzate.[36]

3. Porre la scuola al centro della vita del Paese, delle sue scelte e dei suoi investimenti. Sviluppare nell'istruzione l'approccio alunno-insegnante per dar vita a una scuola che sia in grado di attivare anche nuove forme di insegnamento, da cui tutte le bambine ed i bambini possano trarre giovamento. Pertanto, va ripensato il ruolo e la funzione dell'insegnamento e delle attività scolastiche, all'occorrenza legate anche alla digitalizzazione. Ciò non per sostituire, ma per integrare la didattica in presenza, propria dell'insegnamento tradizionale, con un adeguato supporto formativo agli insegnanti e la predisposizione di strumenti, competenze e tecnologie, affinché vi sia un accesso all'educazione digitale dove sia necessaria.

4. Si auspica che venga garantita alle famiglie e agli operatori scolastici adeguata informazione e partecipazione alle decisioni che li riguardano.

5. Promuovere una ricerca multidisciplinare sui determinanti bio-psico-sociali della salute del bambino nell'ambito della pandemia Covid-19, che possa costituire la base di linee guida interdisciplinari per una riduzione degli effetti negativi e un superamento delle problematicità emerse sul piano sanitario, psicologico e sociale.

6. Particolare cura e supporto psicologico dovranno essere dedicati a tutti i piccoli minori più vulnerabili, con disabilità o provenienti da situazioni familiari critiche, che hanno sofferto maggiormente degli effetti della pandemia e della chiusura dei servizi educativi.

7. Promuovere un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e della salute pubblica, particolarmente per le esigenze dettate dalla pandemia, e ciò sia all'interno dell'iter curriculare scolastico sia con iniziative formative extracurriculari, con il coinvolgimento anche dei familiari.

[36] Si ricordano a tal proposito, quali criteri di valutazione delle misure pubbliche, la proporzionalità e la limitazione nel tempo, già indicati nel Parere CNB, *COVID 19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale,* 28 maggio 2020.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

I VACCINI E COVID-19:
ASPETTI ETICI
PER LA RICERCA, IL COSTO E LA DISTRIBUZIONE

27 novembre 2020

Presentazione

Il Comitato intende proporre una riflessione etica generale sul tema dei vaccini con particolare riferimento alla ricerca, alla produzione e alla distribuzione nell'ambito della pandemia Covid-19, partendo dalla consapevolezza delle condizioni di incertezza sul piano scientifico ed epidemiologico sul virus.

Prendendo atto delle numerose sperimentazioni in corso, il CNB sottolinea sul piano etico come l'emergenza pandemica non debba portare a ridurre i tempi della sperimentazione, indispensabili sul piano scientifico, bioetico e biogiuridico, per garantire la qualità e la protezione dei partecipanti.

Il Comitato ritiene che il vaccino debba essere considerato un 'bene comune', la cui produzione e distribuzione a favore di tutti i Paesi del mondo non sia regolata unicamente dalle leggi di mercato. Questa raccomandazione non deve rimanere un mero auspicio, ma piuttosto un obbligo a cui deve far fronte la politica internazionale degli Stati. Altresì il CNB ritiene indispensabile che le aziende farmaceutiche riconoscano la propria responsabilità sociale in questa grave condizione pandemica.

Il Comitato richiama l'imprescindibilità della riflessione etica nell'ambito delle scelte di distribuzione. A fronte delle incertezze sui vaccini, il Comitato ritiene che i criteri, anche etici, per individuare le priorità di categorie non possano in questo momento che essere tendenzialmente generali, da ulteriormente precisare in funzione delle nuove conoscenze scientifiche sul vaccino e della quantità di dosi inizialmente disponibili, sapendo che non sarà possibile curare tutti allo stesso momento. Il Comitato, tuttavia, fin da ora sottolinea l'importanza che ogni scelta di distribuzione si richiami al principio morale, deontologico e giuridico generale della uguale dignità di ogni essere umano e di assenza di ogni discriminazione, oltre che al principio integrativo della equità, ossia della particolare considerazione di vulnerabilità per specifici bisogni.

Il Comitato ritiene che debbano essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza, soprattutto per gruppi professionali maggiormente esposti all'infezione e alla trasmissione della stessa. Il Comitato auspica che tale obbligo sia revocato qualora non sussista più un pericolo importante per la società e sia privilegiata e incoraggiata l'adesione spontanea da parte della popolazione. Premessa indispensabile affinché alla pianificazione della distribuzione consegua una accettazione della vaccinazione da parte dei cittadini, è una informazione e comunicazione trasparente, chiara, comprensibile, consistente e coerente, basata su dati scientifici sempre aggiornati. Una specifica attenzione dovrebbe essere rivolta alla identificazione delle fonti di disinformazione e falsa informazione.

Per una equa distribuzione del vaccino, il Comitato raccomanda una discussione multidisciplinare, che includa la riflessione etica, adeguata rispetto alla situazione concreta.

Il parere è stato curato dal Presidente Lorenzo d'Avack e dal Vicepresidente vicario, Laura Palazzani, avvalendosi dei contributi di Cinzia Caporale, Silvio Garattini e Luca Savarino e di un'ampia e intensa partecipazione dell'intero Comitato.

Il parere è stato votato dai Proff. Salvatore: Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura

Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assenti alla plenaria, hanno successivamente espresso la loro adesione il Vicepresidente Riccardo Di Segni e i Proff. Carlo Caltagirone, Francesco D'Agostino, Massimo Sargiacomo e Lucetta Scaraffia.

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

1. Premessa

La ricerca internazionale attualmente è impegnata a sviluppare un vaccino che dovrebbe essere, anche a parere dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e come molti virologi e scienziati ammettono, lo strumento più importante in grado interrompere o perlomeno rallentare significativamente la trasmissione del coronavirus. Nessun farmaco in corso di produzione aveva mai attirato tanta attenzione e dibattito in tutto il mondo. E questo sotto molteplici aspetti: scientifico, economico, politico e non ultimo etico.

Ai fini di un'attenta valutazione da parte del Comitato dei problemi emergenti sul piano etico, vanno considerate alcune peculiarità dell'attuale corsa ai vaccini: 1. le modalità e i tempi della sperimentazione e produzione, enormemente più veloci rispetto a quelli sin qui conosciuti; 2. l'esistenza di un numero elevato di vaccini in concorrenza tra loro, prodotti con tecniche molto diverse, alcune tradizionali, altre innovative; 3. i costi che, per essere il vaccino davvero accessibile a tutti, debbono essere limitati e controllati; 4. l'esigenza di un'organizzazione e una distribuzione mondiale dei vaccini, necessariamente in modalità contingentata, dal momento che, almeno inizialmente, la disponibilità dei singoli vaccini non sarà illimitata; 5. la rilevanza dell'identificazione dei principi di riferimento e dei criteri specifici delle priorità nella distribuzione; 6. la definizione dell'obbligatorietà o meno della vaccinazione; 7. la pianificazione di un'adeguata informazione e comunicazione.

Il Comitato intende proporre una riflessione etica preliminare e generale sul tema, ben consapevole che le attuali condizioni di incertezza (scarsa conoscenza delle modalità di sviluppo e trasmissione del virus, momentanea assenza di uno o più vaccini, scarsa conoscenza dei loro effetti e della loro sicurezza ed efficacia, ecc.) obbligano ad argomentazioni basate su principi e criteri generali rispetto a situazioni che possono evolversi in modo non prevedibile.

2. La ricerca: criteri generali

Ad oggi ci sono numerose proposte di vaccini contro il Covid-19 e numerose sono le sperimentazioni in corso, che hanno raggiunto fasi diverse[1]. Enormi e senza precedenti sono gli investimenti per sviluppare vaccini sicuri ed efficaci[2]. I progetti sono portati avanti da laboratori, sia pubblici sia privati, alcuni con fondi nazionali, altri internazionali. Questi differenti finanziamenti possono avere ricadute sui costi e sulla distribuzione del futuro vaccino. Le fasi di ricerca, produzione, distribuzione sono strettamente connesse e vanno affrontate come componenti del medesimo problema.

Sono numerosi i Paesi impegnati in questa ricerca. Uno studio dell'Accademia Nazionale dei Lincei ha evidenziato, nel caso specifico della pandemia, il significato anche politico che il vaccino tende ad assumere. "Lo Stato

[1] Sono in corso 97 studi, di cui il 79% randomizzati, per un totale di 438.938 partecipanti. Gli studi in corso sono così ripartiti: fase I: 34%, fase I/II: 32%, fase II: 9%, fase II/III: 3%, fase III: 22%. I diversi metodi utilizzati sono: Virus inattivato: 19%; Subunità proteica: 21%; DNA: 6%; RNA: 14%; Vettore batterico/vitale: 36%. Il Paese dove il numero di sperimentazioni in corso è maggiore è la Cina (29 studi), seguita dagli Stati Uniti d'America (18 studi).

[2] Per aziende come la Pfizer e la BioNtech gli analisti prevedono nel 2021 entrate per 3,5 miliardi di dollari. L'anno prossimo il mercato globale dei vaccini per il Covid-19 potrebbe valere 9,5 miliardi di dollari (in "Internazionale", 20/26 novembre 2020, p. 51).

che lo produce per primo può utilizzarlo per affermare così la sua eccellenza scientifica e tecnologica e dimostrare la sua capacità di proteggere per primi gli abitanti della sua nazione e poi gli abitanti dei Paesi amici. La competizione economica diviene così anche competizione politica e misura di potere" [3].

Sebbene normalmente i tempi medi per immettere un nuovo vaccino sul mercato siano superiori ai 2 anni, l'emergenza sanitaria impone di arrivare quanto prima ad un risultato sicuro ed efficace. I fattori politici, economici e sanitari sin qui ricordati potrebbero indurre la tentazione di abbreviare i tempi e le fasi della sperimentazione. Ora, sebbene sia ovvio che le ricerche per un vaccino scientificamente valido ed efficace debbano avere una corsia preferenziale, al fine di tutelare la salute individuale e pubblica, l'emergenza non deve portare a ridurre i tempi o addirittura ad omettere le fasi della sperimentazione, definite dalla comunità scientifica internazionale requisiti indispensabili sul piano scientifico, bioetico e biogiuridico, per garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia di un farmaco[4]. Su questo punto il Comitato si è già espresso nel parere su *La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti etici* (22 ottobre 2020)[5].

Eventualmente la possibilità di ridurre i tempi della sperimentazione va attuata consentendo che il vaccino viaggi su di una corsia preferenziale, semplificando le procedure amministrative per la revisione delle ricerche, eliminando le inefficienze amministrative e burocratiche[6].

Per quanto riguarda gli studi sui volontari, va poi posta speciale attenzione sulla gratuità dell'atto e sull'esclusione di ogni forma di pagamento o di incentivo improprio, diretto o indiretto, ai partecipanti, che possano indurre persone indigenti ad esporsi a rischi per obiettivi meramente economici. Tenuto conto dell'eccezionalità della contingenza, se, al fine dell'implementazione di misure urgenti per la protezione dei partecipanti ad uno studio clinico, si prevedono

---

[3] Accademia Nazionale dei Lincei, *Accesso equo ai vaccini*, 1 giugno 2020, 2. Cfr. M. PEIRIS, G.M. LEUNG. *What can we Expect from First-generation COVID-19 Vaccines?,*"The Lancet", 7 November 2020, 936, 1467-1469.

[4] Negli USA vi è stato un 'cambiamento di paradigma': 9 industrie farmaceutiche hanno chiesto alla Food and Drug Administration (FDA) di non ridurre il rigore delle valutazioni per accelerare la disponibilità dei vaccini (mentre in genere le industrie farmaceutiche premevano per accelerare i tempi), preoccupate che la velocizzazione dell'approvazione possa comportare danni alla popolazione, mettendo a disposizione vaccini non sicuri ed inefficaci: J. AVORN, A. KESSELHEIM, *Up is Down - Pharmaceutical Industry Caution vs. Federal Acceleration of COVID-19 Vaccine Approval*, "New England Journal of Medicine", 2020, 383, pp. 1706-1708.

[5] *Position of the European Network of Research Ethics Committees (EUREC) on the Responsibility of Research Ethics Committees during the COVID-19 Pandemic*, 2020.

[6] A tal fine in Italia la rapidità e l'accuratezza del processo è assicurata dalle procedure emergenziali previste dal Governo. La Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA è stata incaricata per la revisione di tutti gli studi per la ricerca di terapie per Covid-19. Il parere consultivo della CTS viene recepito dal Comitato Etico Unico Nazionale per Covid-19, il quale, a sua volta, valuta lo studio ed emette un parere unico nazionale. L'art. 40 del decreto legge 8 aprile 2020 n. 23 attribuisce questo ruolo al Comitato Etico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" – IRCCS. Tale modello, che si sta sperimentando per la pandemia Covid-19, consente un'accelerazione delle approvazioni degli studi, pur mantenendo requisiti scientifici. È un modello che ha avuto successo e che potrebbe anche essere applicato ad altri ambiti. Ricordiamo ancora che in EMA è stata costituita una *task force* che lavora solo sul Covid, composta da esperti indicati dalla rete delle autorità regolatorie nazionali. A loro spetta la valutazione dei dati prodotti per lo sviluppo di farmaci e vaccini anti-Covid. Le aziende sono state autorizzate a mandare i dati aggiornati e la *task force* li ha esaminati volta per volta senza attendere la conclusione dell'intero dossier per l'autorizzazione. In questo modo i tempi di valutazione si sono ridotti da un 1anno a 3 mesi (v. la dichiarazione di Guido Rasi, ex direttore esecutivo della Agenzia europea del farmaco, in "Il Messaggero", 22 novembre 2020, p. 5).

spese a carico degli stessi, analogamente a quanto già è ammesso in casi straordinari (ad esempio, studi su malattie rare), è concesso che il promotore provveda a rimborsare tali spese ai soggetti. Le spese sostenute dovranno essere adeguatamente documentate e dovrà essere garantita una copertura dei rischi[7]. Una volta, infine, dimostrata l'affidabilità e la capacità di immunizzare, il vaccino dovrà essere valutato e poi approvato dalle Autorità regolatorie e ne dovrà essere verificata l'efficacia nel tempo[8].

Lo Stato, prima di assumere un vaccino e renderlo disponibile ai cittadini, deve dunque continuare ad avvalersi della ricerca per un confronto fra i vaccini approvati e per stabilire un rapporto comparativo benefici-rischi.

Nell'ambito della ricerca va tenuto conto della crescente rilevanza degli studi condotti da diversi Consorzi internazionali sulla genomica nell'attuale pandemia. Questi Consorzi, grazie al continuo scambio di dati e informazioni genomiche, hanno già raggiunto notevoli risultati che hanno permesso di individuare, sulla base della presenza di specifiche mutazioni genetiche, sottogruppi di persone particolarmente a rischio, indipendentemente dall'età, di sviluppare forme gravi della malattia[9].

3. Il costo di un 'bene comune'

Il Comitato raccomanda che le regole di produzione consentano che il risultato della ricerca sia messo a disposizione di tutti, all'interno di ogni Paese e di tutti i Paesi, sostenendone la fruizione laddove necessario.

Quando il vaccino sarà disponibile, i costi potrebbero essere molto elevati. Per questo è necessario lavorare ad una strategia di contenimento insieme agli altri Paesi. L'Unione Europea sta già raccomandando una strategia sui vaccini, con la doppia finalità di un contenimento dei costi e di un'equa distribuzione[10]. Togliere i brevetti sul vaccino è la strada che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte caldeggiato, anche se l'eliminazione del brevetto rischia di rallentare significativamente la ricerca e di diminuire il numero dei competitori.

---

[7] Si veda, su questo principio della gratuità, quanto scrive AIFA nella sua Comunicazione di aggiornamento, pubblicata il 12 marzo 2020 *Gestione degli studi clinici in Italia in corso di emergenza Covid-19* (*Coronavirus Disease 19*, Versione del 7 aprile 2020).

[8] Ad oggi non sappiamo se, e per quanto tempo, si diventi immuni al SARS-CoV-2, e questo potrebbe condizionare sforzi ed esiti delle ricerche per un vaccino. Per altri coronavirus, come quelli che causano il comune raffreddore, la memoria immunitaria dura poco meno di un anno, poi sembra svanire, esponendoci nuovamente alla malattia. Per la SARS, il cui coronavirus ha diversi elementi in comune con quello attuale, il periodo di immunizzazione sembra essere più ampio.

[9] CNB e CNBBSV, *Riflessioni bioetiche sulla medicina di precisione e sviluppi diagnostico-terapeutici*, 19 novembre 2020.

[10] Va ricordato che il Comité Consultative National d'Etique in Francia nel parere *Enjeux éthiques face à une pandémie* (13 marzo 2020) ha sottolineato la responsabilità collettiva dell'industria farmaceutica, invitandola ad "integrare nelle loro pratiche una visione collettiva, andando oltre la considerazione strettamente economica". Il Nuffield Council on Bioethics, in Inghilterra, nel documento *Fair and Equitable Access to COVID-19 Treatments and Vaccines* auspica "un accesso equo e giusto ai trattamenti e ai vaccini" (29 maggio 2020), nel contesto di una collaborazione e solidarietà internazionale che condivida i benefici della ricerca ed eviti monopoli. Il tema dell'equità e solidarietà è sottolineato dai documenti internazionali: European Group on Ethics in Science and New Technologies (Commissione europea), *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic* (2020)*;* Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa (DH-BIO), *Statement in the Context of the COVID-19 Crisis* (2020)*;* International Bioethics Committee e COMEST (UNESCO), *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective* (2020)*.*

Qualora, comunque, sia ammesso il brevetto, almeno nelle prime fasi più drammatiche della pandemia se ne dovrebbe prevedere la sospensione e al contempo si dovrebbe prevedere la concessione di licenze obbligatorie, regolate tramite accordi internazionali. Attualmente vi è il programma globale Covax, per la distribuzione dei vaccini futuri con criteri di equità, guidato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Cepi (*Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*) e dall'alleanza Gavi (*Gavi The Vaccine Alliance*). Il Covax dovrebbe garantire che tutti i Paesi abbiano accesso alle dosi ed evitare che solo i Paesi ricchi si accaparrino il vaccino[11].

Il Comitato, nel raccomandare dunque che il vaccino venga considerato un 'bene comune', attribuisce alle politiche il compito di intervenire e controllare una produzione e distribuzione che non siano regolate unicamente dalle leggi di mercato. Questa raccomandazione non deve rimanere un mero auspicio, ma piuttosto un obbligo a cui deve far fronte la politica internazionale degli Stati. L'Europa ha l'opportunità di fare qualcosa di unico, se vuole che tutti i suoi Paesi e tutti i Paesi del mondo abbiano il vaccino[12].

Non sappiamo come la pandemia evolverà, ma per ora nel mondo il virus ha provocato centinaia di migliaia di morti, suscitando le più svariate reazioni scientifiche, etiche, economiche, giuridiche e politiche riassumibili in due atteggiamenti contrapposti: aiutarci in base ad un intento di solidarietà, oppure chiuderci e difenderci dagli altri, invocando in modo irrazionale pretese di autosufficienza, considerato che nessun Paese è di fatto in condizioni di sconfiggere da solo il virus. Il Comitato ritiene eticamente doveroso raccomandare la collaborazione globale, l'apertura scientifica ed economica come unico valido percorso per superare questa crisi, a cui l'umanità è chiamata a fare fronte. Altresì il CNB ritiene indispensabile che le aziende farmaceutiche riconoscano la propria responsabilità sociale in questa grave condizione pandemica, anche considerato l'ingente contributo economico sostenuto dal pubblico.

Il Comitato auspica che l'attenzione per un'equa distribuzione del vaccino anti- Covid-19 non resti un caso isolato, ma diventi l'occasione per costruire una solidarietà internazionale che ponga fine alle gravi limitazioni nella tutela della salute che ancora permangono in molti Paesi.

4. La distribuzione, l'obbligatorietà e l'informazione

[11] Finora al progetto hanno aderito più di 180 Paesi, fra cui la Cina e non ancora gli Stati Uniti. Tra questi ci sono 94 Stati ad alto reddito, ciascuno dei quali ha preso impegni vincolanti. Avranno tutti accesso ai vaccini nella lista Covax e ognuno pagherà le proprie dosi. I restanti Paesi a basso reddito, invece, lo riceveranno gratuitamente.

[12] Si potrebbero ricordare i tre obiettivi della coalizione *The People's Vaccine,* composta da diverse organizzazioni internazionali umanitarie a difesa delle diseguaglianze: una condivisione globale obbligatoria relativamente alle conoscenze, dati e tecnologie su Covid-19 per assicurare che ogni nazione possa produrre o comprare sufficienti dosi di vaccini, trattamenti e test; l'istituzione rapida di una produzione e distribuzione globale equa dei vaccini, trattamenti e test, fondata da nazioni ricche, che garantisca trasparenza e forniture, in accordo con i bisogni e non con la capacità di pagare, secondo il principio dell'uguaglianza sostanziale; una garanzia che i vaccini contro Covid-19, trattamenti e test siano forniti gratuitamente a tutti e dappertutto https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200514_covid19-vaccine.

Quando un vaccino sarà approvato, occorrerà affrontare altre sfide. Alcune sono di carattere pratico ed economico, per non correre il rischio di trovarsi impreparati nella raccolta e distribuzione del vaccino: = produrre le quantità sufficienti per renderlo disponibile alla popolazione; = garantire un'organizzazione e un'assistenza sanitaria sufficienti all'immunizzazione; = assicurare un coordinamento con le Regioni e predisporre strutture idonee per assicurare la spedizione e la consegna al luogo di somministrazione; = disporre di locali riservati e di personale addetto alle vaccinazioni; = assicurare tempestivamente l'approvvigionamento del materiale ove necessario (tamponi, siringhe sterili, aghi, disinfettanti, guanti, ecc.) e predisporre un sistema informatico per la gestione dei dati (prenotazioni, registrazioni, monitoraggio). Questi ultimi dati, se acquisiti a livello regionale, devono essere immediatamente trasferiti su un unico *data base* centralizzato, per l'immediata verifica dell'effettiva copertura sanitaria nazionale.

Stimare con precisione il numero delle persone da vaccinare è complicato e molto dipenderà dalle valutazioni dei singoli Stati e dalle quantità disponibili di vaccino. Gli esperti affermano che è necessario ottenere l'immunità almeno nel 60-70 per cento della popolazione per ridurre significativamente la diffusione dell'epidemia. Sebbene in questa percentuale siano comprese anche le persone che si ammalano e guariscono, questi dati implicano comunque la necessità di vaccinare milioni di persone in ogni Paese[13].

A fronte di queste stime, la questione della distribuzione delle risorse, che inizialmente saranno limitate, va trattata in modo differenziato a seconda della produzione e della quantità di vaccino disponibile[14]. Il CNB richiama l'importanza e l'imprescindibilità della riflessione etica nell'ambito delle scelte di distribuzione, affinché queste avvengano nel rispetto di principi bioetici fondamentali e secondo criteri chiari e ben definiti.

Il Comitato intende ribadire sul piano etico - come già affermato nel precedente parere *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage" in emergenza pandemica* (8 aprile 2020) - che ogni scelta di distribuzione debba rifarsi al principio morale, deontologico e giuridico generale della uguale dignità di ogni essere umano e di assenza di ogni discriminazione e al principio morale integrativo dell'equità, principio sancito anche dalla Costituzione, all'art. 3, che garantisce l'eguaglianza sostanziale quando si è di fronte a condizioni diseguali di partenza, con la considerazione di vulnerabilità per specifici bisogni.

Inoltre sarà di particolare importanza spiegare alla popolazione in modo trasparente che i criteri di priorità nelle vaccinazioni sono stabiliti sulla base dell'identificazione di gruppi 'più a rischio', per l'attività lavorativa svolta o per le condizioni di età e di salute: l'esclusivo obiettivo della determinazione delle priorità consiste nell'esigenza etica di proteggere il più possibile ogni persona, nel rispetto dei principi di uguaglianza, alla luce dei doveri di solidarietà sociale (artt. 2 e 3 Cost.).

Il CNB esclude dunque fin da ora il ricorso a lotterie o al criterio *first come, first served*: le prime perché, basandosi sulla casualità, hanno come effetto la non considerazione delle differenze esistenti e delle particolari vulnerabilità; il

[13] Inoltre, un vaccino non è mai efficace al cento per cento, quindi nei conteggi occorrerà tenere in considerazione gli individui che lo riceveranno, ma non svilupperanno comunque una risposta immunitaria tale da proteggerli. Se il periodo di immunità dovesse poi essere limitato e la pandemia continuare, potrebbe essere necessario vaccinarsi più volte.

[14] https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-33-vaccine/

secondo perché finirebbe con l'agevolare, in modo discriminatorio, chi ha più facilità di accesso ai vaccini, per ragioni logistiche o di possibilità di acquisire informazioni.

In via generale, nel trattamento con misure di profilassi occorre considerare al contempo l'etica clinica e l'etica della salute pubblica nel bilanciamento rischi/benefici, diretti e indiretti. Per rischio diretto si intende il rischio rispetto alla propria salute individuale (rischio di mortalità, gravità della patologia in termini di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva, ventilazione); per rischio indiretto si intende l'indice di trasmissione dell'infezione, con conseguenze per la società. Il beneficio diretto riguarda l'immunizzazione del soggetto (con riferimento al grado e alla durata dell'immunità) e il beneficio indiretto riguarda l'immunizzazione collettiva, obiettivo che deve essere chiarito, su basi scientifiche, alla popolazione[15]. Ogni considerazione deve sempre tenere presente i fattori determinanti della salute in una prospettiva bio-psico-sociale: i rischi e i benefici non vanno considerati solo con riferimento alla dimensione fisica ma anche tenendo conto dell'impatto delle e sulle condizioni psicologiche e sociali degli individui[16].

Al momento non è dato sapere quale vaccino o quali vaccini verranno utilizzati e non sono ancora disponibili dati scientifici sulla loro sicurezza ed efficacia, con riferimento alla popolazione specifica sulla quale sono stati sperimentati, alla durata dell'immunità, al grado e al livello di immunità raggiungibili nelle diverse fasce della popolazione (anche con riferimento a chi si è già infettato), alla possibilità di re-infezione e di trasmissione del virus (anche dopo la vaccinazione). Inoltre non sappiamo quale sarà lo stato della diffusione del virus nel momento dell'inizio delle vaccinazioni (con i relativi rischi di trasmissione). Il Comitato ritiene pertanto che i criteri per individuare le categorie o i gruppi a cui dare priorità nelle vaccinazioni non possano ora che essere generali, da modulare ed applicare nei diversi possibili contesti e rivedibili con un adattamento continuo anche della riflessione etica, in funzione delle nuove esperienze e conoscenze scientifiche[17].

Il CNB auspica che l'attribuzione specifica ai singoli gruppi nelle diverse fasi[18]

---

[15] Il bilanciamento rischi/benefici va anche riferito ai possibili effetti collaterali, sulla base della sperimentazione e degli esiti di sicurezza ed efficacia in rapporto alle caratteristiche di chi si è sottoposto a sperimentazione: ad es. minori, anziani, donne in gravidanza, esclusi dalla sperimentazione potrebbero costituire gruppi a maggior rischio, in quanto non si conoscono gli effetti collaterali specifici.

[16] Come evidenziato dal CNB nel parere *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale, 28 maggio* 2020.

[17] WHO, *Concept for Fair Access and Equitable Allocation of COVID-19 Health Products.* Final working version, October 2020; WHO, *SAGE Values Framework for the Allocation and Prioritization of COVID-19 Vaccination*, 14 September 2020; WHO, *Coronavirus Disease* (COVID-19): *Vaccine Access and Allocation,* 2020; WHO, *Ethics and Covid 19: Resource Allocation and Priority Setting*, 2020; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*, The National Academies Press, Washington DC 2020.

[18] Fin da ora, e in via generale, fra le diverse fasce di cittadini da vaccinare è possibile ritenere che in via prioritaria, nel perdurare delle gravi vicende pandemiche, siano indicate: = Persone che nello svolgere la propria attività di lavoro si trovano a diretto contatto con soggetti malati Covid-19 con rischi diretti e indiretti (medici, infermieri, operatori sanitari, personale ausiliario, autisti di ambulanze, ricercatori, ecc.); = Persone indispensabili al mantenimento dei servizi essenziali di pubblica utilità e necessari al mantenimento dell'ordine pubblico e della funzionalità sociale (esercito, polizia, trasporti, insegnanti, fornitori di cibo, imprenditori, ecc.); = Anziani, ma anche adulti e minori, con gravi vulnerabilità e con elevato rischio di prevedibile aggravamento delle condizioni di salute se si infettassero con il virus Sars-Cov-2.

sia definita, con i criteri sopra raccomandati, sulla base di competenze multidisciplinari (medici, bioeticisti, giuristi, rappresentanti di pazienti, sociologi, statistici, ecc.) in modo che sia possibile valutare la situazione concreta al momento, in particolare in riferimento alle necessità delle singole Regioni, alla dinamica epidemiologica, alla sua incidenza sulle diverse fasce della popolazione, alla qualità e quantità di vaccino disponibile, al bilanciamento rischi/benefici come sopra precisato.

A livello internazionale dovrà essere anche previsto un coordinamento per la distribuzione dei vaccini, nella consapevolezza che nessun Paese sarà completamente protetto se il mondo non sarà protetto. In questo senso bisognerà anche riflettere sul dovere di ogni Paese di dare dosi, ed in quale proporzione, a Paesi a basso reddito[19]. E nei confronti di questi ultimi andrà anche considerato che la conservazione dei vaccini e l'organizzazione per una loro distribuzione alla popolazione hanno costi elevati e che pertanto è necessario dare loro un aiuto economico[20].

I diversi Paesi del mondo in vicende pandemiche come questa generalmente dovranno affrontare il problema giuridico ed etico dell'obbligo di vaccinarsi. Un problema che si pone anche per il nostro Paese.

Relativamente all'importanza delle vaccinazioni a fronte di situazioni che mettono in pericolo il bene salute del Paese, il Comitato ha già avuto modo di sottolineare nella Mozione *L'importanza delle vaccinazioni* (24 aprile 2015) come i vaccini costituiscano una delle misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici tra i più alti riguardo ai farmaci attualmente disponibili e come la vaccinazione abbia un valore non solo sanitario, ma anche etico intrinseco assai rilevante.

In via generale per il Comitato è sempre auspicabile il rispetto del principio che nessuno subisca un trattamento sanitario contro la sua volontà e, quindi, tendenzialmente la preferenza per l'adesione spontanea rispetto ad un'imposizione autoritativa, ove il diffondersi di un senso di responsabilità individuale e le condizioni complessive della diffusione della pandemia lo consentano. Tuttavia, il Comitato è altresì consapevole che sono riconosciute per legge nel nostro ordinamento ed eticamente legittime forme di obbligatorietà dei trattamenti sanitari, quali appunto il vaccino, in caso di necessità e di pericolo per la salute individuale e collettiva.

Pertanto, nel caso di questa pandemia, che mette a rischio la vita e la salute individuale e pubblica, tanto più qualora non si disponga di nessuna cura, il Comitato ritiene eticamente doveroso che vengano fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale attraverso l'adesione consapevole. Nell'eventualità che perduri la gravità della situazione sanitaria e l'insostenibilità a lungo termine delle limitazioni alle attività sociali ed economiche, il Comitato ritiene inoltre che - a fronte di un vaccino validato e approvato dalle autorità competenti - non vada esclusa l'obbligatorietà, soprattutto per gruppi professionali che sono a rischio di infezione e trasmissione di virus. Tale obbligo dovrebbe essere discusso all'interno delle stesse associazioni professionali e dovrà essere revocato qualora non sussista più un pericolo significativo per la collettività.

Premessa indispensabile affinché alla pianificazione della distribuzione

[19] V. *retro* n. 10 su Covax.

[20] Di recente "El Pais" riportava che il governo messicano ha annunciato di non poter comprare o ricevere il vaccino perché non ha le infrastrutture necessarie per conservare le dosi e distribuirle.

consegua un'auspicabile accettazione della vaccinazione da parte dei cittadini, è un'adeguata informazione e comunicazione. La comunicazione ai cittadini deve essere trasparente, chiara, comprensibile, consistente e coerente, basata su evidenze e dati scientifici. Una comunicazione non propagandistica, non paternalistica, che non lasci margini di incertezza, indicando i benefici attesi e i rischi. I benefici attesi si riferiscono all'immunità ottenibile, al grado di immunità e durata della stessa, ai tempi prevedibili per la protezione dal virus, alla prevenzione o alla riduzione della trasmissione e protezione da possibili re-infezioni. I rischi potenziali si riferiscono a effetti collaterali e a reazioni avverse.

Data la rapidità imposta dall'urgenza, le nostre conoscenze su rischi e benefici dei vaccini possono essere incomplete. Pur con questi limiti, è necessario, per ogni tipo di vaccino proposto, conoscere tutti i dati disponibili, da quelli sull'efficacia a quelli sul rischio, dati che dovranno essere verificati, aggiornati e comunicati tempestivamente. Indispensabile è il costituirsi di quella 'alleanza terapeutica' in cui al medico, che dispone delle competenze e conoscenze necessarie per informare adeguatamente dei rischi e dei benefici delle cure e dei farmaci, spetta la responsabilità dell'informazione sulla salute del proprio paziente e della comunità nel suo insieme.

Ulteriore finalità della comunicazione è quella di non creare e diffondere aspettative non realistiche e di promuovere i comportamenti di prevenzione che presumibilmente dovranno comunque accompagnare il primo periodo vaccinale.

Molte sono le possibili strategie generalmente indicate per la comunicazione nell'ambito della salute, tutte mirate a conquistare la fiducia dei cittadini: coinvolgimento della popolazione mediante figure di riferimento, campagne di mass media, strategie di monitoraggio dei comportamenti, agevolazioni logistiche per la vaccinazione. Il Comitato ritiene che le strategie debbano essere pianificate e studiate appositamente da esperti del settore (nell'ambito delle scienze della comunicazione, delle scienze del comportamento, ecc.) in un'ottica interdisciplinare; sottolinea sul piano etico la priorità di un'adeguata informazione ai cittadini per aumentare la consapevolezza critica e la rilevanza di un'appropriata formazione del personale sanitario che sarà a contatto con i cittadini e dovrà rispondere a dubbi ed esitazioni (considerando il rifiuto vaccinale e il fenomeno della c.d. 'esitazione vaccinale'[21]).

La diffusione dell'informazione si deve estendere a tutto il territorio nazionale, anche con materiali di informazione ed educazione 'inclusivi', che non escludano nessuno dalla comunicazione (considerando anche persone provenienti da altri Paesi e con difficoltà di comprendere la nostra lingua e persone con disabilità, quali ad es. persone non vedenti e non udenti, ecc.). Va promossa una discussione pubblica sul tema per un confronto tra esperti e cittadini (nella linea del c.d. '*public engagement*'), con specifica attenzione alle preoccupazioni della popolazione.

---

[21] L'esitazione vaccinale, che si differenzia da quelle posizioni radicali contrarie a qualsiasi genere di vaccino (no vax), oggi indicata nel nostro Paese in una percentuale superiore al 30%, è un fenomeno complesso, strettamente connesso alla percezione individuale e sociale del rischio della vaccinazione Covid-19, date anche le informative contrastanti ricevute nel corso della produzione del vaccino stesso. Un fenomeno di indecisione che può tradursi in una posticipazione della decisione di vaccinarsi fino al rifiuto della vaccinazione. Sul fenomeno cfr. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine,* cit.; WHO, *Improving Vaccination Demand and Addressing Hesitancy*, 17 June 2020.

Una particolare attenzione dovrebbe essere rivolta all'identificazione delle fonti di disinformazione e di falsa informazione (evitando la diffusione delle *fake news*), con un attento monitoraggio.

Dovranno inoltre essere predisposti, nelle strutture preposte alle vaccinazioni, adeguati consensi informati, possibilmente uniformi sul territorio nazionale, con informazioni complete, chiare e comprensibili sul tipo di vaccinazione e sulla sicurezza ed efficacia, benefici e rischi. L'informazione con i requisiti sopra indicati è indispensabile affinché i cittadini/pazienti possano fare scelte consapevoli, autonome, responsabili e solidali.

Va predisposto anche un monitoraggio costante *ad hoc* di eventuali effetti avversi, data sia la novità del vaccino (alcuni vaccini a RNA o DNA rappresentano una nuova modalità nella metodologia vaccinale), sia la quantità delle dosi somministrate. Il monitoraggio va programmato a lungo termine e va assicurata un'adeguata copertura per compensazioni di eventuali danni.

5. Raccomandazioni

Il Comitato raccomanda:

In generale:

= che le vaccinazioni vengano considerate nella società tra le misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo, riconoscendo loro un valore non solo sanitario, ma anche etico intrinseco di particolare rilevanza.

Sulla ricerca:

= che le sperimentazioni, nonostante la pressione verso un'accelerazione, rispettino i consueti criteri scientifici, etici e giuridici, per garantire qualità, sicurezza ed efficacia, nel rispetto del bilanciamento tra benefici attesi e potenziali rischi, sia con riferimento all'individuo che alla società;
= che sia promossa una condivisione dei risultati della ricerca e delle conoscenze scientifiche, nell'ottica di una collaborazione internazionale del nostro Paese, con uno specifico impegno di contribuire ad aiutare i Paesi a basso reddito;
= che si continui la ricerca diretta a confrontare i vaccini approvati e a stabilire un rapporto comparativo benefici-rischi.

Sulla produzione e sui costi:

= che le regole di produzione consentano che il risultato della ricerca sia messo a disposizione di tutti i Paesi del mondo, che il vaccino venga considerato un 'bene comune' e che la politica si assuma il compito di attuare interventi di controllo della produzione e della distribuzione del vaccino, in base ai principi etici e costituzionali di uguaglianza, equità, giustizia, responsabilità e solidarietà;
= che il Governo segua gli sviluppi dei vaccini più promettenti e realizzi tempestivamente approcci negoziali in diverse sedi con i Governi dei Paesi interessati, per il raggiungimento di un patto che contemporaneamente permetta la realizzazione e la produzione dei vaccini e ne garantisca la distribuzione ai cittadini a condizioni eque;

= che sia evidenziata la responsabilità sociale delle aziende farmaceutiche e l'obbligo di mettere a disposizione rapidamente i dati e i risultati delle sperimentazioni sui vaccini, perché solo conoscendoli in modo chiaro ed esauriente si possono formulare strategie e priorità.

Sulla distribuzione:

= che venga pianificata in anticipo la realizzazione del programma di vaccinazione per non trovarsi di fronte a carenze strutturali e organizzative, in particolare evitando che le dosi disponibili di vaccino rimangano in stoccaggio per non aver anticipatamente predisposto le misure necessarie a garantire una rapida distribuzione, ed individuando con chiarezza le professionalità necessarie ad eseguire le vaccinazioni;
= che, soprattutto in presenza di risorse limitate, la distribuzione dei vaccini rispetti i principi etici e costituzionali di uguaglianza ed equità, bilanciando i rischi diretti e indiretti, con specifica attenzione ad evitare un impatto negativo per chi è più vulnerabile sul piano bio-psico-sociale, e risponda a criteri trasparenti, motivati e ragionevoli;
= che a tale fine sia promossa una discussione che coinvolga competenze multidisciplinari (medici, sociologi, bioeticisti, giuristi, rappresentanti di pazienti, ecc.) sulla situazione concreta al momento della disponibilità dei vaccini (le necessità delle singole Regioni, la dinamica epidemiologica e la sua incidenza sulle diverse fasce della popolazione, la qualità e la quantità di vaccino disponibile, la cura delle modalità di conservazione e distribuzione dei vaccini) e che si elaborino linee guida interdisciplinari e dinamiche basate su un'accurata valutazione scientifica che tenga conto, in ogni momento, della riflessione etica.

Sulla obbligatorietà:

= che sia rispettato il principio che nessuno dovrebbe subire un trattamento sanitario contro la sua volontà, preferendo l'adesione spontanea rispetto all'imposizione autoritativa, ove il diffondersi del senso di responsabilità individuale e le condizioni complessive della diffusione della pandemia lo consentano;
= che, nell'eventualità che perduri la gravità della situazione sanitaria e l'insostenibilità a lungo termine delle limitazioni alle attività sociali ed economiche, non vada esclusa l'obbligatorietà dei vaccini, soprattutto per gruppi professionali che sono a rischio di infezione e trasmissione di virus; tale obbligo dovrà essere revocato qualora non sussista più un pericolo significativo per la collettività.

Sulla informazione:

= che sia promossa una campagna di informazione adeguata, accurata, trasparente e coerente ai cittadini, per una corretta comprensione del significato individuale e sociale delle vaccinazioni, specificando i rischi e i benefici, al fine di incrementare una adesione e partecipazione spontanea e di costruire un clima di fiducia verso le istituzioni sanitarie e politiche;
= che si spieghino con chiarezza ai cittadini i benefici e gli eventuali limiti della vaccinazione, sottolineando che i vaccini non sostituiscono la prevenzione mediante altre misure atte a garantire il contenimento della diffusione e protezione dal virus;

= che siano presi in considerazione il rifiuto e l'esitazione vaccinale, e sia pianificata una specifica informazione diretta a fornire risposte alle preoccupazioni espresse dai cittadini e un monitoraggio della falsa informazione e disinformazione;
= che sia previsto un attento monitoraggio dell'applicazione dei vaccini, tenendo conto in particolare che alcuni vaccini a RNA o DNA rappresentano una nuova modalità nella metodologia vaccinale; il monitoraggio va programmato a lungo termine e va assicurata un'adeguata copertura per compensazioni di eventuali eventi avversi.

Infine il Comitato raccomanda:

= che lo Stato adotti, al contempo, tutte le altre politiche economiche e sociali necessarie a contrastare la pandemia nel suo complesso.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

MOZIONE

LA SOLITUDINE DEI MALATI NELLE STRUTTURE SANITARIE IN TEMPI DI PANDEMIA

29 gennaio 2021

La pandemia che stiamo attraversando acuisce il dramma connesso all'isolamento dei pazienti nel corso della loro malattia, soprattutto nella fase finale della vita.

È una vicenda che coinvolge in questo momento le persone malate, sia quelle affette da Covid-19 che da patologie non Covid, che talvolta rimangono ospedalizzate per lunghi periodi di tempo. Analogamente, a causa del pericolo di contagio sono costrette all'isolamento le persone, anziane e non, che vivono nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o in altre strutture socio-sanitarie residenziali, come ad esempio gli istituti per le persone con disabilità (RSD), o negli Hospice. È difficile anche la situazione nelle carceri, sia per la limitazione delle visite dall'esterno che per la consistente riduzione delle attività rieducative. Si tratta di problematiche di prevenzione accomunate dal fatto che le persone coinvolte sono totalmente affidate alle istituzioni che le hanno in carico. Vi sono però delle differenze considerevoli che andrebbero esaminate ciascuna nelle proprie specificità, per poter suggerire soluzioni adeguate.

Fra le varie situazioni indicate il Comitato intende al momento affrontare la tematica della visita ai malati nelle strutture sanitarie, in particolare nei reparti Covid-19, nelle terapie intensive e subintensive. Questa mozione si pone quindi in continuità con il documento del 24 luglio 2013 *Terapia intensiva "aperta" alle visite dei familiari*, in cui il Comitato ha riconosciuto l'importanza di una organizzazione sanitaria che consenta, quanto più possibile, la vicinanza fisica fra i pazienti – in specie le persone in condizioni di fragilità e dipendenza - e i propri cari, soprattutto nelle fasi più gravi e critiche delle malattie.

Il CNB ha affrontato alcuni aspetti di questa problematica anche in due dei quattro pareri dedicati specificatamente a Covid-19[1].

Il Comitato è consapevole del peso della pandemia sull'intero Servizio Sanitario Nazionale, in special modo sulle sue strutture ospedaliere e di ricovero, così come delle difficoltà affrontate nell'organizzare e nel garantire a tutti le migliori cure nel rispetto rigoroso delle misure di contenimento del contagio. È anche noto e meritevole l'impegno costante di tutto il personale sanitario e delle figure a vario titolo coinvolte nell'aiutare i malati a superare il senso di abbandono, specie negli ultimi momenti di vita, e nel cercare di essere tramite con le loro famiglie.

Nondimeno il CNB intende ribadire, anche e soprattutto nella drammaticità dell'attuale situazione, la rilevanza della relazione di cura[2] in un contesto altamente tecnologizzato come quello in cui diagnostica e terapia si stanno sviluppando e in cui le procedure sono spesso appesantite da un eccesso di burocrazia. Il CNB inoltre richiama l'attenzione sulla centralità dei rapporti interpersonali e sulla correlata dimensione di interdipendenza: se da un lato

---

[1] "Le misure di contenimento hanno provocato nuove povertà e stati di profonda solitudine: pensiamo agli anziani/e, alle persone con disabilità, ai malati, ai tanti e tante che hanno vissuto le ultime fasi della vita separati dagli affetti più cari" (in CNB, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale,* 28 maggio 2020), e ancora: "Né si può dimenticare la prova terribile a cui sono sottoposti gli ammalati terminali, senza la possibilità di poter salutare per l'ultima volta i propri cari. Oltre a negare l'accompagnamento alla morte del malato, l'epidemia rende impossibile a chi è rimasto di poter condividere il proprio dolore, attraverso il rito del funerale. Anche queste ferite dolorose, oltre a molte altre, lasceranno il segno nel vissuto delle persone e delle comunità" (in CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020).

[2] Nel senso della nota integrazione tra "cure" e "care" che contempera la dimensione terapeutica con quella relazionale.

questa aumenta i rischi di contagio, dall'altro può costituire, adottando le dovute attenzioni e precauzioni a tutela dei singoli e della collettività, una risorsa per tornare alla normalità e alla pienezza dei legami esistenziali.

Il CNB sottolinea come la vicinanza fisica ai pazienti, nel corso della malattia, da parte dei propri cari o di persone di fiducia, faccia parte integrante della presa in carico del malato, specie se nella fase terminale, e al tempo stesso sia di grande aiuto per l'elaborazione successiva del lutto. I malati possono trarre giovamento dalla prossimità con i propri cari, in particolare possono trovare motivazioni per la personale resilienza alla malattia, specie nelle fasi più critiche e quando sono sottoposti a trattamenti invasivi e gravemente onerosi: la presenza fisica dei familiari, o comunque di persone liberamente indicate dal paziente, seppure per un tempo limitato, può costituire una risorsa preziosa per tutti.

Il Comitato ricorda inoltre quanto sia radicato nell'esperienza umana l'accompagnamento al morente. Gli orientamenti culturali presenti nella nostra società sul significato del "diritto alla cura" e della "dignità del morire" possono essere anche radicalmente differenti, ma il morire in solitudine, quando non sia conseguenza di un'esplicita richiesta, è considerato sinonimo di sofferenza per chi muore ma anche per chi resta, a maggior ragione se impossibilitato ad accompagnare fino alla fine i propri cari.

Sono stati stabiliti protocolli dettagliati per la sicurezza sanitaria in emergenza pandemica all'interno delle strutture assistenziali, pubbliche e private, nel tentativo di contemperare il più possibile le esigenze di sicurezza con i bisogni di prossimità dei pazienti con chi è a loro affettivamente vicino; tuttavia molto ancora resta da fare[3]. La pandemia ha reso più evidente la necessità di ripensare l'organizzazione sanitaria per meglio rispondere ai bisogni dei pazienti senza che questi ultimi debbano adeguarsi passivamente alle procedure vigenti nelle strutture sanitarie. Va anche considerato che, a fronte di eccellenze di rilievo nazionale e internazionale, la gran parte delle nostre strutture assistenziali difficilmente può essere adeguata per ottenere l'opportuna flessibilità organizzativa. Queste carenze devono essere tenute presenti nella programmazione della futura rete ospedaliera che deve rispondere a tutte le questioni aperte dall'esperienza di Covid-19, a partire dalla realizzazione di nuove strutture architettoniche, dall'introduzione di innovazioni tecnologiche e dalla previsione di logistiche che lascino spazio ad adattamenti in progress. I modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, inoltre, devono essere flessibili in funzione dell'emergere dei nuovi bisogni dei loro primi destinatari, i pazienti, e deve essere dato il dovuto rilievo all'obiettivo dell'umanizzazione e personalizzazione delle cure. L'attenzione a questo aspetto non può mancare nemmeno nelle difficoltà concrete, nei tempi contratti dell'emergenza pandemica.

Il CNB pertanto raccomanda che, pur con la precauzione e la prudenza necessarie per far fronte alla condizione di emergenza, si faccia ora ogni sforzo possibile anche all'interno delle strutture ospedaliere per assicurare la presenza

[3] Si veda la delibera della Giunta regionale della Toscana del 21.12.20, la quale dispone che in tutte le Aziende Sanitarie in tutti gli Enti del SSR nonché nelle strutture socio sanitarie (RSA - RSD), all'interno di tutti i setting di assistenza e cura, sia garantito prioritariamente il diritto ai contatti alle persone affette da patologia grave o con prognosi infausta a breve tempo, attraverso una rimodulazione delle procedure organizzative in ragione dei bisogni specifici e della gravità della situazione clinica e psicologica e la presa in carico congiunta dalle unità di cure palliative.

di almeno un familiare, o di una persona di fiducia, in particolare nelle situazioni più gravi, nelle fasi terminali e per i pazienti in condizioni di particolari fragilità.

La durata e la quantità degli incontri dovranno necessariamente tenere conto delle difficoltà che l'équipe medica può incontrare nel conciliare la presenza dei visitatori con l'attività assistenziale. Si tratta di provvedimenti utili anche per evitare quel timore di recarsi in ospedale, che spesso diventa un rifiuto del ricovero di cui ci sarebbe bisogno, anche dovuto alla paura di essere separati dagli affetti più cari. E' inoltre necessario, come già sottolineato dal CNB[4], che gli operatori sanitari siano formati e aggiornati in modo da poter rispondere ai bisogni dei familiari anche sul piano organizzativo. Mediante un apposito consenso i familiari, o le persone indicate dal paziente per le visite, devono essere adeguatamente informati, accompagnati e guidati circa le procedure di sicurezza e di comportamento nell'area di degenza[5]- di cui si richiede l'assoluto rispetto - e sui rischi di essere contagiati o di contagiare: rischi che - nonostante la stretta osservanza delle norme - non possono essere completamente azzerati. È auspicabile, nella struttura, la presenza di un operatore dedicato a queste finalità. Il Comitato ritiene inoltre opportuno che il visitatore nel suo interesse, in quello dei pazienti e degli operatori sanitari, qualora e quando sarà possibile, certifichi lo status di vaccinato.

In considerazione della situazione sarebbe opportuno che anche nel consenso informato, al momento del ricovero o successivamente, sia prevista la possibilità di scegliere se ricevere o meno visite da parte di familiari o persone care. Il paziente potrebbe decidere di non volere ricevere visite per il timore di contagiare o al contrario, per chi non è affetto da Covid-19, di essere contagiato. Ancora più delicato è il caso di un morente che può desiderare di vivere quel passaggio terminale con qualcuno che ama, oppure da solo, lontano da persone care, preferendo che non rimanga in loro l'immagine della sua sofferenza.

Ove richiesta, andrebbe garantita l'assistenza spirituale. Andrebbe inoltre favorita la presenza del volontariato per l'assistenza ai malati, soprattutto per quelli privi di legami familiari e di persone amiche. L'autonomia decisionale del malato va in ogni caso valorizzata[6].

Laddove per ragioni di tutela della salute o per problemi organizzativi l'accesso ai familiari non sia consentito, o lo sia solo eccezionalmente, il CNB ritiene che, sull'esempio delle esperienze già in atto[7], ogni sforzo possibile vada fatto per superare le difficoltà. Pur tenendo presente che la comunicazione in modalità virtuale non può sostituire gli incontri in presenza, va garantita ai pazienti la possibilità di contattare i propri cari con i dispositivi tecnologici disponibili (tablet, computer, video chat, ecc.), dando tutto il supporto necessario a chi non li utilizza abitualmente.

Il CNB, pur comprendendo le difficoltà che quotidianamente si pongono al nostro Servizio Sanitario Nazionale nell'attuale contesto pandemico, raccomanda di perseverare nella ricerca di soluzioni innovative per garantire la sicurezza senza perdere la dimensione relazionale, di vicinanza e prossimità.

---

[4] CNB, *Terapia intensiva "aperta" alle visite dei familiari, 24 luglio 2013* cit.

[5] Ad es. vestizione e svestizione, igiene delle mani; uso corretto della mascherina, esecuzione di test adeguati al momento dell'ingresso, ecc.

[6] Nella piena applicazione della L. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

[7] Ad es. l'esperienza dell'ospedale Cisanello di Pisa, dell'ospedale pediatrico Meyer.

** ** **

Il testo è stato elaborato dalla Prof.ssa Assunta Morresi. Hanno contribuito alla redazione i Proff.: Stefano Canestrari, Marianna Gensabella, Lorenzo d'Avack, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Paola di Giulio, Maurizio Mori, Laura Palazzani, Lucio Romano, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.
La discussione è stata integrata da audizioni che hanno offerto un prezioso contributo: il Dott. Paolo Malacarne, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pronto Soccorso Ospedale di Pisa; il Prof. Marco Trabucchi, Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria; il Dott. Fabrizio Palmieri, Direttore U.O.C. Malattie Infettive dell'Apparato Respiratorio IRCCS "L. Spallanzani", Roma; il Dott. Emanuele Nicastri, Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali IRCCS "L. Spallanzani", Roma.
La mozione è stata approvata nella plenaria del 29 gennaio 2021 dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gian Paolo Donzelli, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.
La Prof.ssa Cinzia Caporale si è astenuta.
Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.
Assenti alla seduta, hanno espresso successivamente la loro adesione i Proff.: Bruno Dallapiccola, Silvio Garattini, Maurizio Mori, Lucetta Scaraffia.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

MOZIONE

URGENZA VACCINALE: ASPETTI BIOETICI

12 marzo 2021

1. Premessa.

Il CNB è intervenuto su molti aspetti bioetici che riguardano la pandemia Covid-19 e in particolare ha pubblicato una mozione sugli aspetti etici della vaccinazione (*I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020), poco prima che iniziasse l'attuazione del Piano vaccinale. Nel frattempo la campagna vaccinale è iniziata.

Allo stato attuale la situazione sanitaria nel nostro Paese, come in molti altri Paesi d'Europa e del mondo, si sta aggravando a causa del diffondersi delle varianti difficili da contenere e nell'attesa di disporre di vaccini per tutti. La diffusione dei contagi continua con l'adozione, in base alla situazione epidemiologica, di misure più o meno restrittive, con inevitabili conseguenze sul piano economico, sociale, educativo, psicologico. Il numero dei decessi ha ormai superato la soglia dei 100.000. In queste condizioni, ancora in mancanza di trattamenti specifici di comprovata efficacia, i vaccini rappresentano la principale strategia di contrasto alla pandemia di cui disponiamo oggi. Pertanto, ogni ritardo nelle vaccinazioni di massa può comportare la perdita di numerose vite umane.

2. Il Piano vaccinale e la distribuzione per categorie.

Alla luce del Piano vaccinale contro il Covid-19, sottoposto a continui aggiornamenti[1], si delinea la distribuzione dei vaccini mediante fasi, categorie e tipologie. La diversità delle dosi disponibili e la diversità degli effetti di copertura nei confronti del virus dei differenti vaccini ha già inevitabilmente creato una disparità tra coloro che sono stati vaccinati e coloro che non lo sono ancora.

Il CNB condivide la definizione nel Piano vaccinale delle fasi e delle categorie, che stabiliscono un ordine di priorità di accesso ai vaccini, secondo analisi basate sugli studi scientifici a disposizione, valutando la vulnerabilità[2], in relazione alle patologie, con connotazione più o meno grave, all'età anagrafica, all'esposizione al virus, con riferimento ai luoghi e all'attività a maggior rischio (es. il personale docente e non docente della scuola e dell'università, le Forze armate, di Polizia e del soccorso pubblico, i servizi penitenziari, e le altre comunità residenziali indicate in 'socio-sanitarie, civili, religiose'). Tra le integrazioni del Piano, certamente condivisibili: "la vaccinazione dei conviventi e i caregiver che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contatto ai disabili gravi"; e la vaccinazione dei genitori/tutori/affidatari "nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età".

---

[1] *Vaccinazione anti-Sars-Cov-2/Covid-19. Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-Sars-Cov-2-/Covid-19*, 10 marzo 2021. Il precedente emanato dal Governo è del gennaio 2021.

[2] La vulnerabilità è un concetto e un principio in bioetica delineato in numerosi documenti: cfr. *La dichiarazione di Barcellona* (1995), Unesco, International Bioethics Committee, *Report of the IBC on the Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity* (2013). La vulnerabilità include la dimensione medica, psicologica e sociale.

Tuttavia, al momento le fasi del Piano nazionale (realizzate in tempi diversi nelle diverse Regioni) procedono con molta lentezza[3]. In previsione di ulteriori piani vaccinali legati all'evolversi della situazione (mutazioni del virus, disponibilità di nuovi vaccini, aumento delle dosi disponibili), il CNB ritiene utile evidenziare alcune carenze che si augura possano essere sanate.

In riferimento all'equità di accesso, il CNB rileva:

= La fase 1 della vaccinazione degli anziani con più di 80 anni (ancora in corso di completamento) ha sollevato il problema in alcune Regioni della prenotazione effettuabile solo online o con sms, per fasce di popolazione che spesso non possiedono strumenti e competenze per espletare le procedure.

= La fase 2 (categoria 1 e categoria 4)[4] relativa ai malati affetti da particolari patologie che li espongono a maggiori rischi clinici richiederà un considerevole sforzo organizzativo e personale per i malati già fragili al fine di ottenere la certificazione dell'appartenenza ai gruppi affetti dalle malattie o condizioni estremamente vulnerabili.

= Complessa è l'applicazione degli stessi principi nell'identificazione della fascia delle "altre categorie prioritarie a prescindere da età e patologia" e dei 'luoghi di comunità residenziali' (socio-sanitari, civili, religiosi) con il rischio di differenti approcci regionali come di fatto già avviene, oltre che di abusi anche nell'eventuale allargamento delle categorie professionali.

= Una particolare attenzione occorre prestare nell'informare i cittadini, affinché tutti possano aderire in modo consapevole alla campagna vaccinale. La possibilità di procedere "in parallelo" nell'utilizzo dei vaccini disponibili[5] rischia, se non è chiarita nella comunicazione ai cittadini, di creare sospetti di diseguaglianze in chi è stato vaccinato e chi è in attesa di essere vaccinato. Va considerata, altresì, la diversità di composizione, di efficacia e di probabile durata della protezione dei vaccini autorizzati all'immissione in commercio (nei limiti delle conoscenze attualmente disponibili) e l'impossibilità per il cittadino di sceglierli.

= É certo, inoltre, che per dare a tutti la possibilità di vaccinarsi ed evitare diseguaglianze - nell'intento di raggiungere l'immunità di comunità (c.d. immunità di gregge) - dovrà essere fatto un ulteriore sforzo nell'applicazione del Piano vaccinale a quelle categorie di persone che per motivi sociali, economici e culturali, si trovano maggiormente esposte al rischio di contagio, ma non sono in grado di poter facilmente percorrere l'iter amministrativo di accesso al vaccino.

Il CNB raccomanda un attento monitoraggio degli effetti collaterali dei vaccini (vaccino-vigilanza) e la condivisione dei dati sul piano internazionale, chiariti nella comunicazione ai cittadini. Raccomanda inoltre che la sperimentazione continui il più celermente possibile e nelle modalità più condivise, considerata la mutevolezza del virus e il fatto che vi sono gruppi di popolazioni, come le donne in gravidanza e i bambini/adolescenti sotto i 16 anni, che non sono stati soggetti di sperimentazione. È indispensabile che la sperimentazione proceda per queste fasce, sia perché stanno aumentando i contagi anche nei bambini e adolescenti (con le varianti virali), sia per proteggere la loro salute e garantire una 'normalità'

---

[3] In alcune Regioni è ancora in corso la fase 1 (operatori sanitari e sociosanitari, personale e ospiti dei presidi residenziali per anziani, anziani sopra gli 80 anni), in specie per quanto concerne le vaccinazioni domiciliari.

[4] La categoria 1 si riferisce ai malati più gravi e la categoria 4 comprende i malati con le stesse patologie, ma in forma meno grave.

[5] Ad es. con AstraZeneca, inizialmente indicato fino a 55 anni, limite poi innalzato ai 65 anni, infine anche agli over 65.

di vita in considerazione del forte impatto psico-sociale della pandemia su di loro. Particolarmente delicata la condizione delle donne in gravidanza per le quali emerge l'esigenza di estrapolare dati al fine di verificare le condizioni basilari di sicurezza ed efficacia dei vaccini.

3. Uniformità nazionale.

Alla difficoltà della insufficienza delle dosi, va aggiunto il grave problema dell'assenza di criteri uniformi e univoci sull'intero territorio nazionale (art. 3 e art. 117, co. 2, lettera m, Cost.). Un Piano vaccinale efficace, che conduca il prima possibile all'immunità di comunità, deve presupporre un'attenta e valida organizzazione e criteri uniformi sull'intero territorio nazionale, per rispettare i criteri di giustizia ed equità[6], senza significativi margini di discrezionalità a livello locale, a cui deve essere demandata solo l'attuazione operativa.

Di contro, l'organizzazione per la distribuzione del vaccino, varia da Regione a Regione. Al momento sembra insufficiente il coordinamento delle diverse attuazioni regionali della campagna vaccinale, determinando un disallineamento. Queste differenti modalità creano ulteriori gravi discriminazioni. Nel precedente Piano vaccinale del gennaio 2021 nella categoria 6 venivano indicati "altri servizi essenziali" che le Regioni hanno declinato ciascuno in maniera differente, indicando e privilegiando diverse categorie (avvocati, giudici, giornalisti, ecc.), creando discriminazioni eticamente rilevanti. Eliminata dal nuovo Piano vaccinale del marzo 2021 la voce "altri servizi essenziali", è arrivato contestualmente dal Governo un monito perentorio alle Regioni ad evitare fughe in avanti e a rispettare l'ordine di vaccinazione che è imposto dall'età e dalle condizioni di salute.

Le Regioni, senza ritenere lesa la loro autonomia, nel rispetto del principio di sussidiarietà e di leale collaborazione, trattandosi di decisioni che coinvolgono la profilassi internazionale, l'incolumità e la sicurezza pubblica (art. 120, co. 2, Cost.), con un forte impatto sulla vita sociale del Paese e una valenza etica, dovrebbero adeguarsi alle scelte assunte a livello centrale. È un diritto dei cittadini e un principio etico fondamentale quello di essere trattati tutti nello stesso modo, secondo principi di uguaglianza, equità, imparzialità e trasparenza, già indicati dal CNB[7].

4. La produzione dei vaccini.

Il CNB è consapevole che la possibilità di accelerare il numero delle vaccinazioni ed evitare discriminazioni sanitarie è condizionata soprattutto dalla quantità di dosi disponibili. Ma questa non è una causa sulla quale non si possa intervenire con diverse politiche di approvvigionamento e incremento produttivo[8].

---

[6] La Corte costituzionale ha in più occasioni ribadito come sulla materia "profilassi internazionale" è solo lo Stato ad avere competenza. E' ribadito il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni e il Governo può sostituirsi a organi regionali, nel caso di pericolo grave per l'incolumità e in particolare per la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (cfr. Corte cost., 25 febbraio 2021).

[7] CNB, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020.

[8] All'Italia proprio in considerazione del numero di abitanti sarebbero dovuti arrivare il 13,4% delle dosi acquistate dalla Commissione Europea. Allora si decise un'azione congiunta dei 27 Paesi in modo da avere una maggiore forza contrattuale *(Accordo degli Stati membri per il reperimento del vaccino contro Covid 19).* Un negoziato che non ha potuto funzionare non essendo le dosi

La strategia europea ha vietato agli Stati l'acquisto parallelo. Tuttavia, la Germania, la Francia e, più recentemente, l'Austria e altri Paesi dell'Est Europa, a fronte della carenza di vaccini hanno ritenuto necessario procedere anche in modo autonomo all'acquisto e alla produzione dei vaccini. Una strada sulla quale non andrebbero posti ostacoli e sarebbe opportuno che anche l'Italia contribuisse sempre più incisivamente al progetto europeo di gestione comune dell'emergenza vaccinale e del diritto alla salute in una visione etica e giuridica solidaristica[9]. Non si dimentichi che in gioco c'è la salute pubblica e che il vaccino è un 'bene comune'.

Pertanto, è opportuno un incremento nel nostro Paese delle aziende disponibili alla produzione di vaccini anti-Covid.

Esiste già in Italia una capacità tecnologica in grado di contribuire alla filiera di produzione vaccinale, che può essere ulteriormente potenziata con fondi pubblici; vanno individuate procedure regolamentari per ridurre la complessità burocratica, pur mantenendo i livelli di sicurezza necessari, e vanno incoraggiate le collaborazioni con le aziende impegnate, nei vari Paesi, in questo settore[10].

Il CNB ritiene indispensabile che le aziende del farmaco riconoscano la propria responsabilità sociale in questa grave condizione pandemica, anche considerato l'ingente contributo economico sostenuto dal settore pubblico. Nella misura in cui non si riuscisse a realizzare nell'immediato una produzione locale dei vaccini, è auspicabile un processo di sviluppo e adeguamento delle competenze delle nostre imprese in collaborazione con le multinazionali produttrici dei vaccini, in modo da consentire al nostro Paese di avviare progressivamente una propria attività di produzione.

L'Italia non può dunque rinunciare alla produzione dei vaccini, considerando l'entità della sua popolazione ed il fatto che non sappiamo quale sarà la durata della protezione vaccinale, non sappiamo se sarà necessaria una vaccinazione annuale, non possiamo ignorare l'obbligazione morale di contribuire alla vaccinazione nei Paesi a basso reddito e, infine, non sappiamo l'effetto nei prossimi anni delle varianti che potrebbero essere insensibili all'azione dei vaccini[11]. La scarsità dei vaccini odierni rimanda alla questione della "preparazione"[12] a breve e lungo termine sul cui significato bioetico il CNB ha già richiamato l'attenzione in precedenti pareri sul Covid: avremo bisogno di vaccinarci probabilmente almeno ogni anno. È necessario guardare al futuro. Finché il virus circola nel mondo siamo tutti soggetti a rischio, perché la globalizzazione favorisce la diffusione delle varianti, il che potrebbe richiedere la produzione di nuovi vaccini o la revisione di quelli già esistenti. Si consideri, dunque, che si tratterebbe di investimenti strategici anche nel lungo periodo.

---

pervenute e distribuite sufficienti alle necessità dei Paesi. Sono peraltro mancate anche garanzie contrattuali per i vincoli di consegna, dato che la dicitura utilizzata è che la casa farmaceutica "farà tutto il possibile", ma non è stata stabilita alcuna penale in caso di non fornitura.

[9] Si veda: UNESCO, IBC e COMEST, Joint Statement, *Call for Global Vaccines Equity and Solidarity,* 10 February 2021; The World Health Federation of Public Health Associations (WFPHA) *Statement. The Global Civil Society Claims for Equitable Access to Vaccines against Covid-19*, 2021.

[10] Ad es. la Pantheon Thermo Fisher, multinazionale del farmaco, ha firmato una lettera di intenti con il Governo italiano per la produzione di un vaccino nel nostro Paese. Alcune aziende italiane sono state contattate per la produzione nel nostro Paese del vaccino Sputnik. Inoltre a giugno potrebbe andare in produzione il vaccino tutto italiano di ReiThera (*Repubblica*, 13 marzo 2021).

[11] Come accade nel caso del vaccino AstraZeneca per quanto riguarda la variante "sudafricana".

[12] Nota nella letteratura sanitaria in lingua inglese come "preparedness" e che non è solo un fenomeno organizzativo, ma ha una dimensione politica.

5. Organizzazione[13].

A fronte della gravità dei rischi legati alla lentezza con cui si procede nelle vaccinazioni, il CNB interviene per sollecitare le Autorità a migliorare l'organizzazione nella distribuzione dei vaccini. I principi etici di giustizia e equità di accesso ai vaccini, per la tutela della salute, si possono realizzare solo con una migliore ed efficiente organizzazione.

A tal fine potrebbe essere opportuno predisporre altri e più efficaci interventi sul fronte interno nell'ambito della preparazione: l'assunzione di personale sanitario, un adeguato approvvigionamento delle dosi, somministrazioni 7 giorni su 7, un maggior numero di siti vaccinali (es. parte dei luoghi già usati per lo screening, le farmacie, le imprese e i distretti industriali, le palestre, i parcheggi), una maggiore facilità di prenotazione, un più agevole accesso fisico al luogo delle vaccinazioni, soprattutto per le persone anziane, che non sempre possono contare sull'ausilio della famiglia; una attesa più contenuta per la vaccinazione domiciliare, risolvibile almeno in parte con il contributo dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta e del mondo del volontariato. Si potrebbe inoltre incoraggiare la vaccinazione sul posto di lavoro, dando precedenza ai settori e alle singole mansioni più esposte al rischio di contagio. Sarebbe altresì opportuno arrivare in maniera capillare dove le strutture dei grandi numeri faticano a lavorare, i piccoli centri di montagna e i paesini isolati, anche avvalendosi della protezione civile (esercito e volontari).

6. Trasparenza.

C'è assoluta necessità di informazione esauriente, chiara e continua, come già raccomandato dal CNB[14].

Per mantenere la fiducia dei cittadini, è necessario rendere pubblici tutti i dati che permettono di comprendere quanto accade (ad es. i numeri dei decessi regionali rapportati ai residenti, la mortalità ricondotta alle cause, ecc.). Pertanto, il Comitato raccomanda di pubblicare, nel rispetto della privacy degli interessati, tutti i dati sull'incidenza del Covid-19 che possono rivelarsi utili nel contrasto nella comprensione di quanto accade e nel contrasto alla pandemia.

La correttezza e la completezza dell'informazione è bioeticamente importante per la tutela dell'esercizio dei diritti esigibili, la tutela della vita, della salute individuale e della salute pubblica.

L'informazione deve, dunque, essere adeguatamente diffusa nel territorio, accessibile e comprensibile a ogni cittadino, e disseminata anche mediante le strutture di medicina territoriale (ad es. attraverso i siti internet dedicati alle modalità utilizzate localmente per le informazioni ai cittadini sugli screening di prevenzione)[15].

** ** **

[13] Mentre il testo della mozione è in corso di pubblicazione è stato reso noto il piano del Commissario Gen. Figliuolo, con le linee operative della campagna vaccinale, che affronta anche diverse criticità indicate dal Comitato.

[14] CNB, *I vaccini e Covid-19*, cit.

[15] Nell'attuale momento di grave crisi della salute pubblica la quotidiana informazione data dai mass media svolge un ruolo importante, che merita una particolare riflessione, che il CNB si riserva di affrontare in altro momento.

La bozza è stata redatta dai Proff. Lorenzo d'Avack, Silvio Garattini e Laura Palazzani, con i contributi dei Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Maurizio Benato, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Paola Di Giulio, Riccardo Di Segni, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Carlo Petrini, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

La discussione è stata integrata con il prezioso contributo offerto dall'audizione del Dott. Nicola Magrini, Direttore Generale dell'AIFA.

La mozione è stata approvata nella plenaria del 12 marzo 2021 dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Riccardo Di Segni, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Si è astenuto il Prof. Maurizio Mori.

Pur non avendo diritto di voto, hanno aderito: per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assenti al momento del voto, hanno espresso successivamente la loro adesione i Proff.: Bruno Dallapiccola, Carlo Caltagirone, Mario De Curtis, Cinzia Caporale, Silvio Garattini, Luca Savarino, Massimo Sargiacomo, Lucetta Scaraffia.

Assenti alla seduta hanno successivamente aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi; per il Presidente del CSS, la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

PASSAPORTO, PATENTINO, GREEN PASS NELL'AMBITO DELLA PANDEMIA COVID-19: ASPETTI BIOETICI

30 aprile 2021

Presentazione

Il Parere analizza le problematiche bioetiche della 'certificazione sanitaria ad uso non solo medico relativa a Covid-19 ('Pass-Covid 19') che include il certificato che attesta la vaccinazione, la presenza di anticorpi e il tampone negativo. Si tratta di una misura che ha l'obiettivo di allentare le restrizioni della libertà e al tempo stesso contenere il contagio, per la ripresa di attività sociali, economiche, culturali, religiose e di culto.

Il Comitato prende atto che tale misura è in corso di applicazione a livello europeo e prevedibilmente nazionale, riconosce la rilevanza in termini di 'gestione del rischio e introduce alcune riflessioni bioetiche per delinearne criticità e vantaggi.

Sul piano delle criticità evidenzia la non equivalenza tra le tre certificazioni in termini di protezione e durata della protezione dal contagio, oltre che di trasmissibilità. Inoltre sottolinea la emergente discriminazione tra chi ha avuto la possibilità di vaccinarsi e chi, pur volendolo, non lo ha potuto fare e le problematiche relative ai costi del test sierologico e del tampone. Il Comitato sottolinea la possibilità di una possibile eterogeneità nell'applicazione delle certificazioni, il rischio psicologico di un falso senso di sicurezza e possibili problematicità organizzative. L'uso della certificazione potrebbe inoltre costituire un precedente per un futuro uso permanente del 'passaporto biologico', come sorveglianza biopolitica della popolazione.

I vantaggi sono identificabili in una doverosa premialità per chi, con responsabilità solidale, si è vaccinato assumendosi i rischi e nell'incentivo all'accettazione del vaccino per gli 'esitanti'. Inoltre la certificazione consente a molti soggetti una maggiore libertà di movimento, nel rispetto rigoroso delle misure volte a tutelare la salute pubblica.

Il Comitato riconosce l'importanza del 'Pass Covid-19' come strumento per mitigare le discriminazioni nella situazione attuale, in particolare per i soggetti che non si sono potuti vaccinare rispetto ai vaccinati. Raccomanda la gratuità dei test sierologici e dei tamponi, una campagna di informazione completa e comprensibile che evidenzi le opportunità e i limiti e una regolazione statale che ne garantisca omogeneità e coordinamento. Inoltre il Comitato sottolinea la temporaneità della misura e la non accettabilità di forme di sorveglianza permanente. Il certificato deve essere uno strumento agevole, in forma digitale e cartacea, con misure che ne garantiscano l'autenticità. Le indicazioni d'uso devono essere basate su dati scientifici aggiornati e i dati particolari legati alla salute devono assicurare la tutela della privacy.

Il Parere è stato curato dal Presidente Lorenzo d'Avack, dalla Vicepresidente vicaria Laura Palazzani e dai Proff. Salvatore Amato, Carlo Casonato e Assuntina Morresi, con contributi di Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Silvio Garattini, Luca Savarino e Grazia Zuffa.

Il Parere è stato votato dai Proff. Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Il Prof. Maurizio Mori ha approvato, aggiungendo una nota integrativa.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi; per il Presidente del CNR il delegato, Dott.

Amedeo Cesta; per il Presidente del CSS la delegata Prof.ssa Paola Di Giulio; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assenti alla plenaria, hanno successivamente aderito i Proff.: Carlo Caltagirone, Bruno Dallapiccola, Massimo Sargiacomo, Lucetta Scaraffia.

1. Introduzione

Per mantenere sotto controllo la diffusione di Covid-19 sono state adottate misure non farmacologiche, come il distanziamento fisico, l'uso delle mascherine, la pulizia delle mani, il rilevamento della temperatura corporea. Tali misure hanno consentito, finora, una certa possibilità di movimento e fruizione di servizi, variabile a seconda delle condizioni epidemiologiche locali. Il procedere della campagna vaccinale in corso dovrebbe contribuire sensibilmente a ridurre le restrizioni, nell'attesa del raggiungimento dell'immunità di comunità (c.d. immunità di gregge) o, auspicabilmente, dell'uscita dalla situazione di emergenza pandemica.

Nel frattempo, da più parti nel mondo si sono proposte, o sono state già adottate, misure legate all'allentamento delle restrizioni per le persone che presentano un ridotto potenziale di contagio. Tale situazione è stata variamente denominata 'passaporto', 'patentino', 'green pass', 'certificazione' ed è collegata a tre requisiti alternativi: 1) avvenuta vaccinazione, 2) test sierologico attestante la presenza di anticorpi in quantità sufficiente a contrastare l'infezione da Sars-Cov-2 oppure certificato di guarigione dalla malattia rilasciato dal medico curante, 3) tampone negativo nelle ore precedenti l'attività (tipicamente non oltre 48 ore).

Il Comitato osserva innanzitutto come l'uso di espressioni quali 'passaporto vaccinale' e 'patentino di immunità' in riferimento al Covid-19 possa causare dei fraintendimenti. La specificazione 'vaccinale' e 'di immunità' sono infatti fuorvianti, perché in tal modo verrebbe esclusa la modalità dei tamponi negativi, alla quale potrebbe sottoporsi chi non si è potuto vaccinare o non dispone di anticorpi sufficienti a contrastare il Covid-19. A rigore, quindi, a proposito di un documento di questo tipo, sarebbe più opportuno definirlo "certificazione sanitaria per uso non solo medico relativa al Covid-19" (di seguito brevemente 'Pass Covid-19'): le specificazioni 'per uso non solo medico' e 'relativa al Covid-19' hanno una valenza bioetica in quanto precisano l'applicazione della certificazione ad ambiti diversi da quello sanitario e la non estensibilità automatica ad altri e futuri possibili usi non legati alla pandemia, entrambe questioni bioeticamente critiche.

Il Comitato parte da una prima considerazione: le tre modalità contenute nel 'Pass Covid-19' sono diverse e non equivalenti in termini di protezione e durata della protezione dal contagio.

Il vaccino rappresenta, a seconda dei livelli di efficacia delle diverse tipologie di vaccino, il più forte strumento di tutela della salute individuale e collettiva. Il vaccino, d'altro canto, non assicura la totale immunità, potendosi comunque la persona vaccinata ammalare, di solito in modo non grave, e potendo forse essere fonte di contagio, seppur ridotto (non vi sono al momento evidenze scientifiche consolidate). Vi è inoltre incertezza sulla durata dell'immunità e almeno in parte sull'efficacia dei vaccini nei confronti delle varianti che già sono presenti o che potranno diffondersi. In ogni caso, la forte riduzione del rischio di contagio legato al vaccino e l'elevata probabilità che le persone vaccinate non infettino gli altri impone che si faccia il massimo sforzo per aumentarne la disponibilità e per estenderne la somministrazione.

Nemmeno la presenza di anticorpi, associata ad un test sierologico che certifichi la quantità di anticorpi presenti nel sangue, esclude il rischio di un nuovo contagio e di malattia, pur riducendolo fortemente. Anche in questo caso non vi sono certezze sulla durata dell'immunità naturale acquisita e sulla presenza di anticorpi sufficienti nel tempo. Per quanto riguarda il test sierologico occorre

inoltre ricordare che esprime solo una parte di immunità, l'immunità umorale, ma non misura l'immunità cellulare (cellule B, linfociti T e macrofagi) nonché la memoria immunitaria. L'immunità ha infatti molte componenti ed è una funzione corporea molto complessa.

Il tampone, invece, attesta esclusivamente l'assenza di infezione nel momento in cui viene effettuato, non escludendo falsi negativi né, soprattutto, la possibilità che la persona si ammali subito dopo l'effettuazione di un tampone risultato negativo. Riguardo quest'ultimo, devono essere considerate anche le diverse sensibilità dei test al momento disponibili (ad es. test rapidi antigenici e test molecolari), oltre che l'invasività di alcuni di essi, che potrebbe essere problematica per i bambini, nel caso debbano essere ripetuti nel breve periodo (essendo stati esclusi dalla vaccinazione come tutti i minori)**.**

Il Comitato prende atto che il ricorso alle certificazioni costituisce uno strumento già in corso di adozione in diverse Regioni e destinato ad estendere la sua diffusione a livello nazionale ed internazionale con l'obiettivo, di natura economica e sociale, di permettere un pur parziale ritorno alla normalità. Rilevante anche per il futuro, con una maggiore estensione, è la Proposta di Regolamento della Commissione europea (17 marzo 2021) [1], che sta seguendo il suo iter di approvazione e prevede l'istituzione di un 'Certificato EU Covid-19' che include le tre tipologie di strumenti sopra menzionati per tutelare la libertà di movimento all'interno dell'Unione europea, garantendo un sistema comune, stabile e trasparente, che impedisca ai singoli Stati di adottare misure eterogenee e variamente discriminatorie e permettendo gli spostamenti extra-Unione.

Oltre ad adeguarsi a questa normativa per la circolazione all'interno e all'esterno dell'Unione europea, i singoli Stati, e quindi anche il nostro Paese, potrebbero adottare questa stessa misura per allentare le restrizioni alla libertà di circolazione dei singoli cittadini all'interno del territorio nazionale, facilitando l'accesso ai luoghi e ai servizi.

2. Certificazione sanitaria ad uso non solo medico relativa a Covid-19 o 'Pass Covid-19': considerazioni bioetiche

2.1. Il 'Pass Covid-19' mira a trovare un bilanciamento fra la riduzione della diffusione del contagio e della malattia e la parziale ripresa delle attività economiche, educative, ricreative, culturali, religiose e di culto. Le stesse misure, pur non costituendo una novità nell'ambito del controllo epidemiologico e rispondendo ai molteplici interessi legati alla ripresa della normalità, sollevano

[1] La Commissione europea ha recentemente emanato il *Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on a framework for the issuance, verification and acceptance of interoperable certificates on vaccination, testing and recovery to facilitate free movement during the COVID-19 pandemic (Digital Green Certificate)* il 17 marzo 2021. Il documento (che, se approvato, diventerà vincolante) consiste in una deroga alla libertà di circolazione prevista dai Trattati istitutivi. La Commissione prevede un documento che consentirà ai cittadini gli spostamenti in Europa, rispettando il principio di uguaglianza e non discriminazione, mediante la certificazione di essere vaccinato, di risultare negativo al test o di essere guarito dal Covid. Il legislatore europeo dovrebbe prevedere il riconoscimento di tutti i vaccini approvati dalle autorità regolatorie in UE, lasciando ai singoli Stati il riconoscimento di altri vaccini (es. Sputnik). Tale proposta di regolamento lascia anche alla responsabilità degli Stati membri "la flessibilità" nella applicazione relativamente al non introdurre restrizioni per il libero movimento o introdurne ulteriori. L'obiettivo è quello di assicurare armonizzazione, sicurezza, validità, affidabilità ed interoperabilità a livello europeo. Il regolamento dovrà tutelare in ogni caso la privacy e la protezione dei dati personali con minimizzazione di questi, proporzionalità, limitazione dell'accesso e punizione di abusi.

tuttavia una serie di problemi bioetici su diversi piani e portano il CNB a ragionare in termini di gestione dei rischi, più che di una loro eliminazione. Il Comitato intende proporre alcuni elementi di riflessione~~,~~ al fine di assicurare che l'eventuale adozione del 'Pass Covid-19' risponda ad un bilanciamento di interessi complessivamente equilibrato[2].

2.2. Rispetto alla certificazione vaccinale, emerge, in assenza di un numero di dosi di vaccino sufficiente a trattare tutta la popolazione, un potenziale discriminatorio legato alla diseguaglianza fra chi ha avuto la possibilità di vaccinarsi e chi no. E persino disponendo di una quantità di dosi di vaccino sufficiente a soddisfare tutta la popolazione, la richiesta di una certificazione vaccinale dovrà tenere conto di coloro che, pur volendolo, non lo potranno fare per motivi medici o perché il vaccino allo stato non è stato sperimentato su di loro (ad esempio, minori e donne in gravidanza).

Un effetto discriminatorio permane anche *ex-post*, nel caso del 'Pass Covid-19' che includa, oltre al certificato relativo ai vaccini, anche il test sierologico o il certificato di guarigione nonché i tamponi, visto il disallineamento del rischio tra i soggetti vaccinati e i soggetti che non hanno potuto vaccinarsi e per i costi e la necessaria ripetizione periodica del test sierologico e del tampone. Per affrontare tale discriminazione, ad esempio, si può avanzare la proposta di renderli sempre gratuiti, nonché di garantire in ogni caso una comunicazione istituzionale chiara sul rischio personale e collettivo che comunque permane.

Un altro problema legato al 'Pass Covid-19' riguarda la possibilità che le Regioni o i singoli comuni possano richiedere certificazioni aggiuntive, non coincidenti, aggravando il quadro discriminatorio in base alla provenienza geografica. Vi potrebbero essere anche ripercussioni a livello globale per i Paesi a medio e basso reddito, impossibilitati ad effettuare una vaccinazione di massa e, di conseguenza, irrimediabilmente discriminati[3].

Da un punto di vista psicologico, data l'impossibilità di eliminare del tutto il rischio di contagio, il possesso del 'Pass Covid-19', in qualsiasi modalità sia proposto, potrebbe generare un falso senso di sicurezza, conducendo a comportamenti tali da mettere a rischio la salute propria e delle persone con cui si viene a contatto. Ciò richiama la necessità di una corretta ed estesa informazione sui vantaggi del 'Pass Covid-19', ma anche sui suoi limiti, nonché campagne di comunicazione *ad hoc* pianificate da esperti.

Soprattutto emerge il problema bioetico dell'utilizzo di dati sensibili, come quelli relativi alla salute, per fini non strettamente o non necessariamente medici. La certificazione vaccinale, ad esempio, è un documento già esistente in varie forme all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, destinato prevalentemente ad

---

[2] N. KOFLER F. BAYLIS, *Ten Reasons why Immunity Passports are a Bad Idea*, "Nature", 581 (2020), pp.379-381; W. BEDINGFIELD, *Immunity Passports aren't a Good Way Out of the Coronavirus Crisis,* https://www.wired.co.uk/article/coronavirus-immunity-passports (April 10, 2020), Accessed 5th Jun 2020; F. BAYLIS., N. KOFLER, *COVID-19 Immunity Testing: a Passport to Inequity, Issues* in "Science and Technology", April 29, 2020, "Health", 17, 31, 11 May 2020; G. PERSAD, E. J. EMANUEL, *The Ethics of COVID-19 Immunity-Based Licenses ("Immunity Passports")*, "JAMA",2020; 323 (22): 2241-2242).

[3] La certificazione basata sul test sierologico può produrre un "incentivo perverso" a cercare l'infezione (per certificare la presenza di anticorpi), soprattutto da parte di coloro che non hanno piena consapevolezza dei rischi del contagio e dei pericoli della malattia, o vivono condizioni di marginalità nella società, A. PHELAN L., *COVID-19 Immunity Passports and Vaccination Certificates: Scientific, Equitable, and Legal Challenges*, "The Lancet", Volume 395, Issue 10237, 2020, 1595-1598,

uso medico. Oltre alla necessaria tutela della riservatezza dei dati, emergono i problemi relativi all'intrusione nella sfera privata individuale e all'individuazione dei limiti e delle garanzie a condizione dei quali sia possibile modificare l'uso della certificazione estendendola ad ambiti non medici, con l'obiettivo di esonerare i titolari da alcune restrizioni attualmente in vigore per contenere il contagio. L'uso del 'Pass Covid-19' potrebbe inoltre costituire un precedente per un futuro uso permanente del 'passaporto biologico', ossia la rilevazione di determinate condizioni di salute per garantire la libertà di movimento e l'accesso a determinati luoghi, servizi, attività o beni, in una "sanità etica", che distingue i cittadini a seconda dei comportamenti adottati, reputati più o meno virtuosi in base ai criteri stabiliti dalle autorità statali e/o sanitarie, introducendo possibili forme surrettizie di controllo improprio della popolazione. La novità del 'Pass Covid-19' è data dal nuovo contesto storico. Oggi in qualche misura siamo tornati ad essere nomadi, grazie ad una continua e sempre più diffusa mobilità; e il pass condiziona e subordina la libertà di movimento alla certificazione sanitaria, aprendo la strada all'introduzione del "passaporto biologico" non tanto come risultato inevitabile di una sorta di *slippery slope*, quanto per l'imporsi del principio prioritario di tutela dal danno di insalubrità.

Ulteriori criticità bioetiche potrebbero derivare da problemi organizzativi e allocativi, quale per esempio la difficoltà di garantire nei tempi e nelle quantità necessarie la disponibilità dei vaccini riconosciuti dall'EMA; un'altra difficoltà potrebbe consistere nella gestione dell'enorme richiesta di tamponi che presumibilmente vi sarà, con la necessità di garantirne la fruibilità su tutto il territorio nazionale, a costi contenuti o gratuitamente e assicurando la continuità dell'approvvigionamento.

2.3. Vanno sottolineati, a fronte di queste criticità, i vantaggi che tuttavia le certificazioni con riferimento ai vaccini offrono: esse attenuano l'obbligo con la previsione di poter svolgere determinate attività e riconoscono una doverosa premialità per chi, con responsabilità personale e sociale e senso di solidarietà, ha accettato il vaccino, assumendosi al contempo anche il rischio di possibili effetti indesiderati.

La certificazione è uno strumento giuridico e un incentivo all'accettazione del vaccino, in particolare di alcuni vaccini specifici, anche per gli 'esitanti', al fine di favorire un complessivo aumento del numero dei vaccinati e accelerare il raggiungimento dell'immunità di comunità, stante che non possono essere imposti doveri, oneri o limitazioni a chi non è messo nella condizione di adempierli (*ad impossibilia nemo tenetur*).

Il 'Pass Covid-19' consente un sistema omogeneo e preciso in sostituzione delle autocertificazioni e della rilevazione di determinati sintomi che limitano pesantemente le attività individuali senza garantire misure trasparenti e coordinate per la sicurezza dei cittadini sul piano sociale ed economico. Ciò consente, nell'esercizio delle attività imprenditoriali, di inserire misure idonee a tutelare la salute nei posti di lavoro (in conformità all'art. 2087 del codice civile e all'art. 29 bis del DL 08/04/2020 n. 94)[4] e, almeno ad alcuni, di liberarsi di parte delle restrizioni dovute alla pandemia, con benefici individuali e collettivi, anche

[4] L'art. 2087 del codice civile impone ad ogni imprenditore di "adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro".

collegati ad una parziale ripresa economica e sociale[5].

Pur con le sue criticità, seguendo l'"alternativa meno restrittiva", il 'Pass Covid-19' consente a molti soggetti una maggiore libertà di movimento e di accesso ad attività nel rispetto delle regole per la salute pubblica. Naturalmente i vantaggi del ''Pass Covid-19 vanno considerati tenendo conto della eccezionalità della situazione pandemica, nella speranza che una volta tornati a una condizione di normalità non si debba, né si possa più, fare ricorso a strumenti di questo tipo. Si può qui fare valere una sorta di argomento del male minore: si giustifica una possibilità di movimento, seppure parziale e condizionata, rispetto ad un divieto assoluto e indiscriminato, essendo ingiusto non permettere ad alcuno un comportamento per il solo motivo che non è possibile permetterlo a tutti.

3. Raccomandazioni

Alla luce delle considerazioni bioetiche sopra sinteticamente esposte, il CNB - ribadendo la differenza tra certificazione sanitaria per uso medico e 'passaporto vaccinale' e 'Pass Covid-19' usati per ragioni non solo mediche e nell'ipotesi di applicazione del 'Pass Covid-19' - raccomanda quanto segue:

1. Il Comitato riconosce l'importanza e il rilievo dell'uso del 'Pass Covid-19' per consentire un parziale allentamento delle restrizioni imposte dalla pandemia.

2. Il Comitato evidenzia tuttavia l'emergere di alcune discriminazioni nell'uso del 'Pass Covid-19', in modo particolare in questa fase di transizione fino a che non ci sarà disponibilità di vaccini per tutti. Il Comitato prende atto che per mitigare le discriminazioni nella situazione attuale si possano tenere in considerazione nell'ambito del 'Pass Covid-19' anche il certificato di guarigione, oppure un tampone negativo, in linea con quanto proposto a livello europeo. Un effetto discriminatorio permane comunque, tenendo conto del maggior rischio che assumono i soggetti che non si sono potuti vaccinare rispetto ai vaccinati.

3. Per ridurre il peso economico legato all'effettuazione (magari ripetuta) del test sierologico o del tampone, è opportuno che tali misure siano sempre offerte in forma gratuita. Occorre assicurare la disponibilità concreta ed effettiva dei test su tutto il territorio nazionale.

4. L'impiego del 'Pass Covid-19' costituisce una misura straordinaria, legata esclusivamente ed eccezionalmente alla gravità dell'attuale crisi pandemica. Il Comitato ritiene opportuno che il 'Pass Covid-19' sia introdotto e regolato da un'apposita legge statale.

L'eventuale provvedimento dovrà, dunque, indicare con precisione l'ambito delle attività, lo svolgimento delle quali sarà concesso ai possessori del 'Pass Covid-19', limitandole a quelle che presentano più seri rischi di contagio, secondo il criterio di proporzionalità. Il 'Pass Covid-19' deve essere mantenuto in vigore per il tempo strettamente necessario, in modo proporzionato e temporaneo, introducendo le garanzie necessarie per impedirne abusi e non deve costituire la premessa per misure automatiche più ampie e definitive, come il 'passaporto biologico', o per altre forme di tracciamento, profilazione o sorveglianza. Ogni misura di restrizione e di condizionamento delle libertà individuali basata sulle condizioni di salute che si estendesse oltre il termine indicato deve essere

[5] R. C. BROWN H., D. KELLY, D. WILKINSON, J. SAVULESCU, *The Scientific and Ethical Feasibility of Immunity Passports*, "The Lancet", Infectious Diseases, Volume 21, Issue 3, 2021, 58-63; R. BROWN, J. SAVULESCU, B. WILLIAMS, D. WILKINSON, *How Much Certainty is Enough? Immunity Passports and COVID-19*, "Journal of Medical Ethics" blog, 2020.

considerata eticamente e giuridicamente inaccettabile.

5. Nel momento in cui si proponessero misure di allentamento delle restrizioni legate al 'Pass Covid-19', andrebbe anzitutto attivata una campagna di informazione capillare, completa e comprensibile, che evidenzi le ragioni, le condizioni, l'opportunità, le finalità e i limiti di tale documentazione e che renda la popolazione consapevole delle caratteristiche delle diverse certificazioni contenute nel 'Pass Covid-19' e delle relative distinzioni in termini di sicurezza, affidabilità ed efficacia. Solo a questa condizione si potrà ridurre il rischio che l'impiego del 'Pass Covid-19' generi un falso senso di sicurezza, conducendo alla rinuncia o all'allentamento delle misure non farmacologiche di contrasto alla pandemia: distanziamento fisico, lavaggio delle mani, utilizzo di mascherine.

6. Al fine di evitare discriminazioni fra i cittadini residenti nei diversi territori del Paese, l'adozione del 'Pass Covid-19' deve essere prevista a livello centrale e applicata in termini omogenei su tutto il territorio nazionale.

7. Il 'Pass-Covid 19' deve essere comprensibile, gratuito, facile da ottenere; deve essere disponibile sia in forma digitale che cartacea, per evitare il divario digitale; deve contenere misure che ne garantiscano l'autenticità, come il codice QR.

8. Le indicazioni d'uso del 'Pass Covid-19' devono essere basata su dati scientifici e aggiornati sull'andamento del contagio, sulle varianti del virus, sul grado e sulla durata dell'immunità, sulla trasmissibilità del contagio nei vaccinati.

9. Trattandosi di dati particolari legati alla salute è necessario che il 'Pass Covid-19' e la gestione complessiva dei dati assicurino la tutela della *privacy,* in conformità con tutte le norme in tema di protezione dei dati personali.

****

Nota integrativa del Prof. Maurizio Mori
Bene il Green Pass, ma esso segna una svolta epocale

L'elaborazione del Parere sul Green Pass o "certificazione sanitaria per uso non solo medico relativa al Covid-19" ha comportato un dibattito intenso, approfondito e molto rispettoso, che ha fatto emergere osservazioni condivisibili come il chiarimento che le tre modalità richieste dal Pass sono diverse e tra loro non equivalenti per vari aspetti. Approvo in linea generale il Green Pass, ma in questa nota propongo alcune integrazioni che avrebbero dovuto essere maggiormente sottolineate.

Il Parere parte dall'assunto che la proposta del Green Pass sia in linea con le normali profilassi "non costituendo una novità nell'ambito del controllo epidemiologico" e si è impegnato così a riflettere su come bilanciare i vantaggi e i rischi dell'eventuale adozione di tale certificato. È vero che, limitatamente a alcuni ambiti e aspetti, certificazioni sanitarie sono richieste da tempo (es. l'antimalarica per l'ingresso in alcuni paesi, o quella circa il morbillo), ma proprio il nuovo contesto storico in cui il Green Pass si colloca (pandemia, globalizzazione, sua universalità e forma telematica, ecc.) lo rendono una novità storica molto più significativa di quanto non venga riconosciuto.

Per un verso, il perno attorno a cui ruota lo sperato successo del Green Pass sta nella vaccinazione (le altre due procedure sono complementari e marginali), la quale è una benvenuta forma di potenziamento che va al di là degli scopi della medicina ippocratica. Bisogna quindi riconoscere che l'implementazione del Green Pass comporterà l'accelerazione dell'abbandono della tradizionale

nozione ippocratica di salute come dono naturale ricevuto, e l'adesione alla nuova nozione psico-fisica di salute come costrutto sociale, in cui il "danno a terzi" è determinato dalle opportunità tecnico-scientifiche e non più dalla natura.

Per l'altro verso, il Green Pass è posto come precondizione per l'esercizio quotidiano di libertà fondamentali e costituzionali come quella di movimento, la cui limitazione è giustificata dal principio del "non recare danni a terzi", dove ciò che è "danno" è individuato sulla scorta della nuova nozione di salute. La forza espansiva del principio così inteso, porterà a cambiamenti profondi nella gestione generale della salute stessa (pubblica e non). Cambierà il modo di considerare i dati medici, la responsabilità per la salute (propria e degli altri), la giustizia distributiva delle risorse mediche e i criteri per il triage (già esaminati in altro Parere), la possibilità di avere un "passaporto biologico" ecc.

Il Parere intravvede solo alcuni dei tanti aspetti implicati, tanto più che il Green Pass non resterà un fatto isolato e circoscritto, ma costituirà la base per un nuovo modo di gestire la salute (individuale e pubblica). Altri temi avrebbero meritato maggiore approfondimento come quello delle possibili discriminazioni. Il Parere considera solamente i problemi del "potenziale discriminatorio legato alla diseguaglianza fra chi ha avuto la possibilità di vaccinarsi e chi no" e tralascia la situazione di chi non vuole il vaccino per ragioni di coscienza: non perché è no-vax, ma perché ha obiezioni etiche alle modalità di confezione e/o di sperimentazione del vaccino stesso. So bene che il problema dell'obiezione di coscienza circa il vaccino è enorme, che non avrebbe potuto essere affrontato in poche righe e che forse riceverà riflessione apposita. Tuttavia, la consapevolezza che il Green Pass segna una svolta epocale per la gestione della salute avrebbe richiesto che il problema fosse almeno menzionato: dalla sua soluzione, infatti, dipende quanti e quali siano i limiti alla libertà individuale ritenuti plausibili al fine di tutelare la salute stessa.

Composizione del Comitato Nazionale per la Bioetica

Presidente: Lorenzo d'Avack
Vice Presidenti: Laura Palazzani (Vicaria), Riccardo Di Segni, Mariapia Garavaglia
Membri: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Mario De Curtis, Gian Paolo Donzelli, Silvio Garattini, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Tamar Pitch, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa

Membri di diritto: Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), delegato Maurizio Benato - Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), delegato Amedeo Cesta - Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani (FNOVI), delegato Carla Bernasconi - Presidente del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), delegato Paola Di Giulio - Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), delegato Carlo Petrini

SEGRETERIA

Coordinatore: Agnese Camilli

Segreteria: Lorella Autizi, Monica Bramucci, Patrizia Carnevale, Raffaella Maria Falco, Andrea Giovannelli, Angelo Rocchi, Carlo Santoro

Ufficio del Segretario Generale – Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali
Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Italia
Tel. 0039-06.67794601 - Fax. 0039-06.67794686

Pubblicazione a cura della Segreteria

Comitato Nazionale per la Bioetica
Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Tel. +39.06.67794601
Email: cnbioetica@palazzochigi.it - bioetica.governo.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ufficio del Segretario Generale
Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali



Pubblicazione a cura della Segreteria

Comitato Nazionale per la Bioetica
Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Tel. +39.06.67794601
Email: cnbioetica@palazzochigi.it - bioetica.governo.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ufficio del Segretario Generale
Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

