

La giustizia e i criteri etici per la distribuzione dei vaccini nell'ambito della pandemia Covid-19: linee della discussione bioetica

Laura Palazzani *

JUSTICE AND THE ETHICAL CRITERIA FOR DISTRIBUTION OF VACCINES IN THE CONTEXT OF COVID-19 PANDEMICS: ASPECTS OF THE BIOETHICAL DISCUSSION

ABSTRACT: The need to vaccinate large numbers of individuals to obtain herd immunity and the scarcity of available vaccines opens up the problem of ethical criteria for defining the priority of distribution both at the macro-allocation and micro-allocation level. There are several theories in the pluralistic context (libertarian, utilitarian, egalitarian, personalist, communitarian theory) applying different concepts of justice and equity between the market and the common good, with concrete implications in the identification of the priority of phases and categories. Vaccine distribution inevitably calls into question also the global dimension of distribution (global justice), as we will never fully emerge from the pandemic if we do not all come out of the pandemic. The voice of ethics plays an essential role in this area both through the recommendations of experts and interdisciplinary committees and through the possible consultation of the citizens.

KEYWORDS: Vaccination; ethics; justice; equity; common good

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. La macro-allocazione dei vaccini: le politiche sanitarie – 3. La micro-allocazione dei vaccini: le fasi e le priorità – 4. La distribuzione globale – 5. Riflessioni conclusive.

1. Introduzione

Nell'ambito della diffusione della pandemia Covid-19, in mancanza di una cura di provata efficacia nonostante gli sviluppi della ricerca, con la difficoltà di un'adeguata prevenzione mediante test diagnostici, dispositivi di protezione e distanziamento fisico e data l'insostenibilità economico-sociale oltre che psicologica di un confinamento restrittivo prolungato nel tempo, i vaccini rappresentano l'unica via d'uscita dalla pandemia. La ricerca ha consentito e sta consentendo di rendere disponibili diversi vaccini, con differenti livelli di efficacia e di durata di efficacia prevedibile e di effetti avversi, ancora incerti soprattutto a lungo termine.

L'argomento della distribuzione dei vaccini, su scala nazionale, continentale ed internazionale, è stata oggetto di confronto tra diverse visioni etiche e argomentazioni, che hanno dato origine anche a linee di azione da parte dei governi differenziate, seppur alla ricerca di minimi condivisi a livello internazionale. Il tema della distribuzione dei vaccini si articola su due piani: il piano della macrodistribuzione nel

* Professoressa ordinaria di Filosofia del diritto, Università Lumsa di Roma. Mail: palazzani@lumsa.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

contesto della definizione di politiche da parte degli Stati finalizzate ad ottenere i vaccini per renderli disponibili alla popolazione e il piano della microdistribuzione, ossia l'identificazione delle categorie di priorità all'interno della popolazione.

Partendo dall'assunto indiscusso che tutti hanno in linea di principio diritto a ricevere il vaccino e dalla constatazione di fatto che i vaccini non si possono dare a tutti contestualmente e simultaneamente (considerando anche l'enorme sforzo organizzativo per distribuirlo), la discussione bioetica si è concentrata sui principi e i criteri per la definizione delle priorità. Il tema della distribuzione è analogo al tema sollevato dal triage o allocazione delle risorse scarse per malati Covid-19 (accesso a terapie intensive, uso di ventilatori ecc.), seppur con una diversa urgenza: in quel contesto si trattava di decidere chi curare e chi non curare con una maggiore drammaticità della scelta, in quanto non curare poteva significare anche morte immediata o dovere di accompagnamento palliativo verso la morte dei pazienti gravi; nel caso dei vaccini la scelta può apparire meno drammatica ma certamente ha una particolare crucialità, in quanto ritardare il vaccino - essendo posticipato nella lista - significa prolungare l'esposizione al rischio del contagio, con la possibilità di infezione e di contrarre la malattia in modo anche grave e mortale.

La discussione bioetica è stata condotta e si sta conducendo in un contesto di incertezza sul piano scientifico: l'incertezza, che caratterizza epistemologicamente la scienza, diviene più evidente nel contesto pandemico per la "novità" del virus e di conseguenza del vaccino, ma anche per il contrasto con le attese di sicurezza da parte dei cittadini di fronte al pericolo della pandemia¹. Per quanto la ricerca sia riuscita ad ottenere in tempi brevi diversi vaccini, le conoscenze acquisite lasciano aperti margini di problematicità con riferimento ad alcune categorie di soggetti (es. minori e donne in gravidanza) esclusi dalla sperimentazioni², alla durata ed efficacia dell'immunizzazione (visti i tempi ristretti della sperimentazione), alla capacità del vaccino anche di impedire, oltre che infezione e malattia, anche la trasmissione del virus, e alle incertezze sulla copertura vaccinale a fronte del diffondersi di varianti.

2. La macro-allocazione dei vaccini: le politiche sanitarie

Nell'ambito della discussione pluralista sono emerse diverse posizioni etiche contrastanti.

La teoria libertaria, sulla base di una concezione della giustizia identificata con la tutela dell'autodeterminazione individuale, interpreta "non danneggiare" nel senso di "non restringere la libertà dell'altro" (il soggetto in grado di esercitare la libertà) e "dare a ciascuno il suo" nel senso di attribuire ad ogni individuo libero risorse e beni secondo i meriti, le capacità, il contributo che fornisce, la libera iniziativa. L'argomento alla base di questo modello di giustizia è la considerazione che i risultati della "lotteria

¹ La distribuzione dei vaccini è stata oggetto di ampia discussione, oltre che nella letteratura scientifica, anche nell'ambito di organismi istituzionali, quali i Comitati di bioetica internazionali, europei e nazionali. Si tratta di Comitati costituiti a livello nazionale dai governi (come il Comitato Nazionale per la Bioetica in Italia) e costituiti da organismi internazionali (come Unesco, Organizzazione Mondiale della Sanità, Commissione europea, Consiglio d'Europa). Nell'ambito di questi comitati la discussione sulla distribuzione dei vaccini è avvenuta in un contesto multidisciplinare (tra esperti con competenze scientifiche in particolare biomediche, ma anche di esperti di etica, scienze umane, diritto, economia) e pluralista.

² Spesso le case farmaceutiche hanno comunicato alla stampa la fase raggiunta della sperimentazione, senza ulteriori dettagli, pubblicati solo alla fine dello studio e in fase di approvazione del vaccino.

naturale" (ossia dei cambiamenti imprevedibili della sorte di un individuo a causa di forze naturali, danni naturali o malattie, come il caso della pandemia) e della "lotteria sociale" (ossia dei cambiamenti imprevedibili dovuti ad azioni sociali, dunque la distribuzione di vantaggi/svantaggi nella società) sono "sfortunati", non iniqui o ingiusti. Pertanto la società non è tenuta a compensare le differenze o a riparare i danni, non essendoci un obbligo diretto di aiutare i bisognosi. E' questa la visione filosofica alla base di una concezione politico-economico-sociale libertaria ispirata allo "Stato minimo-mercato massimo", con la minimizzazione dell'interferenza dello Stato nella libertà individuale e la massimizzazione del libero scambio tra individui.

Su tali basi teoriche questa visione ha avanzato specifiche proposte rispetto ai vaccini sul piano della macroallocazione³, ritenendo legittima la politica del raggiungimento della 'immunità di gregge o di comunità' (*herd immunity*) mediante il 'laissez-faire', ossia la libera circolazione del virus, senza alcuna restrizione dei comportamenti o con una restrizione minimale, con la conseguente selezione naturale dei più deboli e sopravvivenza dei più forti e resistenti al virus. Inoltre questa concezione ammette la libera contrattazione economica dei Paesi con le aziende farmaceutiche, ispirata alla competitività dei brevetti, alla tutela dei diritti di proprietà intellettuale e al monopolio, guidati dalla logica del profitto che premia la capacità di pagare (ottiene i vaccini chi paga di più) e l'autonomia delle scelte sia sul piano pubblico che sul piano privato dei governi e dei cittadini.

La teoria utilitarista⁴, basandosi sul criterio di convenienza, efficienza e produttività orientata all'utile, ossia dare al maggior numero di individui massimizzando i benefici e minimizzando i danni/costi, segue la logica della massimizzazione del mercato che mira al profitto collettivo ed individuale, basato sulla cost/effectiveness, al fine di garantire come obiettivo prioritario la qualità della vita del maggior numero di individui che la desiderano. Nell'ambito della visione utilitarista, la giustizia assume il significato di "non danneggiare" nel senso di non procurare o aumentare la sofferenza dell'"altro" riferito all'individuo avente interessi, nel senso di garantire un certo livello di qualità della vita, intesa come benessere nel bilanciamento piacere e dolore. La distribuzione mira a dare al maggior numero possibile di individui la soddisfazione dei loro interessi, per garantire il prevalere di benefici sui costi. L'assegnazione delle risorse va orientata al raggiungimento, a parità di spesa, del miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla produttività sociale. Nella visione utilitarista ogni obbligazione sociale è giustificata in vista del raggiungimento del vantaggio collettivo: se i trattamenti sono inutili o futili, ossia il potenziale beneficio è poco probabile o comunque molto limitato a fronte di elevati costi (in termini di sofferenza e di costi economici), essi non sono dovuti, anzi è obbligatorio non attivarli o sospenderli per il vantaggio sociale.

In questa prospettiva, la definizione delle politiche sanitarie dei vaccini dipende dal bilanciamento costi/benefici per il maggior numero, optando per l'acquisto e la distribuzione solo se i costi sono inferiori ai benefici ottenibili per la collettività, privilegiando il soggetto con migliore prospettiva in termini di quantità e qualità di vita. Tale strategia è espressa dalla formula "*quality adjusted life years*" (QALY), ossia numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per il maggior numero di individui.

³ E' la teoria che si ispira al pensiero di R. NOZICK, *Anarchia, Stato e utopia. I fondamenti dello Stato minimo*, Firenze, 2000, ripresa in bioetica da M. CHARLESWORTH, *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Roma 1996, p. 92; H.T. ENGELHARDT jr., *Manuale di bioetica*, Milano, 1999, 391 e ss.

⁴ P. SINGER, *Etica pratica*, Napoli, 1991; J. HARRIS, *The Value of Life*, London, 1985.

L'assegnazione dei vaccini, a fronte di risorse, è ritenuta giusta quando raggiunge, a parità di spesa, il miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla convenienza, dunque al numero di pazienti che si possono vaccinare con la prospettiva di anni di vita da vivere, con qualità. Tale scelta, se espressa in termini radicali, porta inevitabilmente alla emarginazione dei soggetti più deboli (anziani, persone con disabilità) e la prioritizzazione dei giovani⁵.

In contrapposizione alla teoria libertaria e alla teoria utilitarista, emergono altre linee di pensiero, che pur con diversità argomentative, riconoscono il principio di giustizia come uguaglianza, equità e solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili.

La teoria dell'egualitarismo sociale riconosce la priorità del valore dell'uguaglianza. E' la teoria che si ispira a J. Rawls che, immaginando l'ipotesi fittizia di una "posizione originaria" dietro un "velo di ignoranza", ritiene che si possa raggiungere un accordo intersoggettivo razionale sulla giustizia⁶, articolato in due principi: il principio di uguaglianza nell'assegnazione dei diritti/doveri, ove la protezione della libertà è limitata dal riconoscimento dell'uguale libertà a tutti, e il principio di differenza o compensazione delle ineguaglianze mediante la regola del "maximin", secondo la quale la distribuzione è giusta se produce benefici compensativi per i meno avvantaggiati. È la teoria del "mercato minimo" e dello "Stato massimo", che, riducendo gli spazi della libera iniziativa, intende garantire standard minimi di cura e assistenza a tutti. L'argomento alla base di questa prospettiva è la necessità che la società si faccia carico delle disuguaglianze derivanti dalla "lotteria naturale" e dalla "lotteria sociale": le disuguaglianze naturali e sociali vanno corrette e riparate in quanto ritenute ingiuste, nel continuo sforzo di compensazione delle differenze⁷.

La teoria comunitaria, nella convinzione che l'etica si incarni nelle pratiche o azioni sociali delle comunità, che definiscono i valori collettivi condivisi di "vita buona", è una prospettiva che rivaluta cooperazione e responsabilità del gruppo per l'individuo e dell'individuo per il gruppo, affermando la giustizia come bene comune nella solidarietà. In questo senso l'etica biomedica, basata su valori comunitari, porta a ritenere che nella distribuzione di risorse scarse non si debba tenere conto solo della durata della vita di qualità e l'efficacia tecnologica, ma anche del dovere di "umanizzazione" della cura con una medicina equa e sostenibile che sappia combinare il mercato con le cure necessarie a tutti, con particolare attenzione a chi ha più bisogno⁸.

La teoria personalista pone al centro il riconoscimento della dignità intrinseca dell'essere umano⁹ e intende la giustizia nel significato di "non danneggiare alcuno", come proteggere (in senso negativo) e

⁵ A. GIUBILINI, J. SAVULESCU, D. WILKINSON, *COVID-19 Vaccine: Vaccinate the Young to Protect the Old*, in *Journal of Law and the Biosciences*, 7, 1, January-December 2020, 26 June 2020.

⁶ J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Milano, 1982; Id., *La giustizia come equità (saggi 1951-1969)*, Napoli, 1995.

⁷ N. DANIELS, *Health Care Needs and Distributive Justice*, in *Philosophy and Public Affairs*, 1981, 10, pp. 146-179; R. GREEN, *Health Care and Justice in Contract Theory Perspective*, in R. VEATCH, R. BRANSON (eds.), *Ethics and Health Policy*, Cambridge, 1976, 111-126.

⁸ La visione comunitaria è esemplificata in un documento della President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research, *Securing Access to Health Care*, ove si scrive: «la profondità della sollecitudine di una società per l'assistenza sanitaria può essere vista come misura del senso di solidarietà di fronte alla sofferenza e alla morte» (Washington D.C., 1983). D. CALLAHAN, *The Troubled Dream of Life*, New York 1993; Id., *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, New York 1987.

⁹ Cfr. E. SGRECCIA, *Economia e salute: considerazioni etiche*, in *Medicina e Morale*, 1, 1986, 31-46; A. BOMPIANI, *Economia ed etica nello sviluppo del sistema sanitario italiano*, in *Medicina e Morale*, 1996, 5, 923-932; L.

rispettare (in senso positivo) la vita di ogni essere umano e nel significato di “dare a ciascuno il suo”, come riconoscere ad ogni essere umano ciò che gli “spetta” ontologicamente, in forza della stessa natura umana. Secondo questo modo di intendere la giustizia, ogni essere umano ha sostanzialmente gli stessi diritti di qualsiasi altro essere umano pur nella diversità di condizioni. In questo ambito si riconosce il dovere diretto della società di salvaguardare il “bene comune”, come l’insieme delle condizioni che promuovono e difendono la dignità umana.

Le teorie egualitaria, comunitaria e personalista si inscrivono nell’orizzonte della dottrina dei diritti umani e del riconoscimento del diritto fondamentale alla salute espresso nella Dichiarazione universale dei diritti umani, nelle Costituzioni, nei codici deontologici. E’ una linea di pensiero, articolata nelle diverse teorie, che si è espressa in modo fortemente critico nei confronti della ‘herd immunity’ teorizzata nel contesto libertario-individualistico e della convenienza sociale degli utilitaristi, ritenendo che tale teoria - istituendo due categorie di individui, quelli fragili che si lasceranno morire e quelli forti che sopravviveranno - non riconosce la dignità di ogni essere umano¹⁰.

Nell’orizzonte di pensiero egualitario, comunitario e personalista, si ritiene la vaccinazione una priorità nell’ambito delle politiche sanitarie per la tutela della salute individuale e sociale. Emerge, su tali basi teoriche, la proposta dell’eliminazione del brevetto, anche se rischia di rallentare significativamente la ricerca e di diminuire i competitori: qualora, comunque, sia ammesso il brevetto, se ne potrebbe prevedere la sospensione e la concessione di licenze obbligatorie, sulla base di accordi internazionali, considerando i vaccini un “bene comune”¹¹ sottratto alle leggi del mercato. Questa prospettiva richiede 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 concreti, secondo il principio della uguaglianza sostanziale; una garanzia che i vaccini contro Covid-19, trattamenti e test siano forniti gratuitamente a tutti e dappertutto¹².

In questa prospettiva, forte è il richiamo della bioetica alla responsabilità dei governi, oltre alla responsabilità sociale collettiva dell’industria farmaceutica: il richiamo è all’integrazione nelle loro pratiche di una visione collettiva, andando oltre la considerazione strettamente economica¹³. La salute va

PALAZZANI, *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in F. D’AGOSTINO (a cura di), *Valori giuridici fondamentali*, Roma, 2012, 111-131; H. DOUCET, *The Concept of Person in Bioethics. Impasse and Beyond*, in D.C. THOMASMA, D. WEISSTUB, C. HERVÉ (eds.), *Personhood and Health Care*, Dordrecht 2001, 121-128.

¹⁰ C. ASCHWANDEN, *The False Promise of Herd Immunity for COVID-19*, in *Nature*, 587, 2020, 26-28.

¹¹ L’Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) che rientra negli accordi della Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), lascia in ogni caso agli Stati cosa sia brevettabile, stabilendo solo alcuni standard comuni. Gli accordi dell’OMC pongono limiti all’autonomia degli Stati di definire i flussi di beni, tuttavia gli Stati conservano pur sempre il diritto di proteggere le proprie comunità in situazioni di emergenza.

¹² Tra queste l’iniziativa Unaid, *The People’s Vaccine: Available to all, in all countries, free of charge*, lettera aperta 14 maggio 2020.

¹³ Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020; cfr. anche la mozione del CNB, *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici*, 12 marzo 2021; European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic*, 2020; Committee for Bioethics of the Council of Europe (DH-

riconosciuta come un bene comune globale. Queste soluzioni debbono essere assunte congiuntamente, tenendo in considerazione sia le necessità di tutti gli Stati indistintamente, sia le esigenze e tutele delle imprese che produrranno e distribuiranno i vaccini, in un quadro globale in cui le imprese e gli Stati lavorino in sinergia con trasparenza, partecipazione, condivisione (il c.d. *benefit sharing*)¹⁴.

3. La micro-allocazione dei vaccini: le fasi e le priorità

Nell'ambito della discussione bioetica sulla microallocazione delle risorse, sull'identificazione delle fasi e dei criteri di priorità nella distribuzione dei vaccini emerge la difficoltà di identificare un piano in modo completo e definitivo. Molti sono i livelli che si intersecano nella definizione, che esige un approccio multidisciplinare sulla considerazione delle categorie a rischio, date anche le incertezze e l'imprevedibilità dell'evoluzione della pandemia (con le varianti, che modificano anche le categorie dei soggetti a rischio), della disponibilità di vaccini e della loro efficacia e delle conoscenze relative alla trasmissibilità del virus anche da parte dei soggetti vaccinati¹⁵.

E' indispensabile evidenziare la rilevanza della riflessione etica in questo ambito: non si tratta di una decisione amministrativa o politica, ma è indispensabile che sia eticamente giustificata nel contesto di un quadro di riferimento di principi e criteri¹⁶. Anche in questo ambito il pluralismo etico incide sulle proposte distributive¹⁷.

Nel contesto della visione libertaria, l'autodeterminazione, la capacità di pagare e la posizione sociale sono considerati criteri applicabili nella scala di priorità. La visione utilitarista, secondo il criterio costi/benefici, ritiene prioritaria la distribuzione per i giovani, con maggiori aspettative di vita (intermini di numero di anni da vivere) e qualità di vita¹⁸. Nel contesto della visione ispirata ai diritti umani, la scelta di priorità nella distribuzione dei vaccini deve rifarsi al principio morale e giuridico generale di uguaglianza e di assenza di ogni discriminazione, al principio morale integrativo dell'equità e dell'uguaglianza sostanziale di fronte a condizioni diseguali di partenza, con la considerazione della vulnerabilità

BIO), *Statement in the Context of the COVID-19 Crisis*, 2020; Unesco, International Committee for Bioethics and COMEST, *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*, 2020.

¹⁴ Accademia Nazionale dei Lincei, *Accesso equo ai vaccini*, 1 giugno 2020.

¹⁵ G. PERSAD, M.E. PEEK, E.J. EMANUEL, *Fairly Prioritizing Groups for Access to COVID-19 Vaccines*, in *JAMA*, 324, 16, October 27, 2020, 1601-1602.

¹⁶ Il Comitato Nazionale per la Bioetica nel documento *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020, 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.

¹⁷ J.H. WU, S.D. JOHN, ELI Y. ADASHI, *Allocating Vaccines in a Pandemic: The Ethical Dimension*, in *The American Journal of Medicine*, 6 July 2020, 1241-1242; E.J. EMANUEL, G. PERSAD, R. UPSHUR et al. *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in *New England Journal of Medicine*, 382, 21, 2020, 2049-2055; S.J. ISMAEL, K. HARDY, M.C. TUNIS, K. YOUNG, N. SICARD, C. QUACH, *A Framework for the Systematic Consideration of Ethics, Equity, Feasibility, and Acceptability in Vaccine Program Recommendations*. *Vaccine*, 38, 36, Aug 10, 2020, 5861-5876; T.J. BOLLKY, L.O. GOSTIN, M.A. HAMBURG, *The Equitable Distribution of COVID-19 Therapeutics and Vaccines*, in *JAMA*, May 7, 2020, 2462-2463; F.M. RUSSELL, B. GREENWOOD, *Who should be Prioritised for COVID-19 Vaccination?*, in *Hum Vaccin Immunother*, 2020, 1-5; WHO, *Cadre de valeurs du SAGE de l'OMS pour l'attribution des vaccins anti-COVID-19 et la détermination des groupes à vacciner en priorité*, 14 septembre 2020.

¹⁸ A. GIUBILINI, J. SAVULESCU, D. WILKINSON, *COVID-19 Vaccine: Vaccinate the Young to Protect the Old?*, in *Journal of Law and Bioscience*, cit.

per specifici bisogni. In questa visione ogni persona deve essere trattata in modo uguale a patto che non ci siano ragioni per giustificare una differenza¹⁹. In questo senso sono irrilevanti le caratteristiche specifiche individuali. Ogni persona ha diritto a ricevere il vaccino a prescindere da età, sesso, stato socioeconomico, provenienza geografica e nazionalità, etnia, abilità, educazione e livello di cultura, credo religioso, ideologia politica.

E' questa la visione prioritaria che si è delineata ed espressa nei piani vaccinali dei diversi Paesi, e che ha visto predominare la teoria personalista, egualitaria e comunitaria, ossia la visione etica ispirata al riconoscimento dei diritti umani fondamentali basati sul principio di uguaglianza, giustizia e solidarietà verso i soggetti più vulnerabili.

Il principio di giustizia esclude sul piano etico il ricorso a scelte basate su lotterie che essendo casuali non considerano le vulnerabilità e esclude il criterio temporale (*first come, first served*) che finirebbe con l'agevolare²⁰, in modo discriminatorio, chi ha più facilità di accesso ai vaccini, per ragioni logistiche o di possibilità di acquisire informazioni.

Nell'orizzonte di uguaglianza, giustizia ed equità, la priorità deve inevitabilmente partire da una considerazione del rischio medico. Obiettivo dei vaccini è raggiungere l'immunità di comunità nel più breve tempo possibile, e, al tempo stesso, salvare persone che altrimenti morirebbero. E' particolarmente complesso definire i rischi, nell'ambito dei vaccini, che rimandano a diverse dimensioni, da un lato i rischi della salute individuale (etica clinica) e dall'altro i rischi della salute sociale (etica della salute pubblica)²¹. Sulla base di questa distinzione si giustificano diverse priorità.

¹⁹ World Health Organization (WHO): «Each person's interest should count equally unless there are good reasons that justify the differential prioritization of resources», reference number: WHO/RFH/20.2. This policy brief was developed by the WHO Working Group on Ethics and COVID-19. Si tratta di un documento 'vivente' (living document) aggiornato a fronte di nuove informazioni emergenti <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/EthicsCOVID-19resourceallocation.pdf> (ultimo accesso 9 maggio 2021).

²⁰ WHO, *A Global Framework to Ensure Equitable and Fair Allocation of COVID-19 Products and Potential Implications for COVID-19 Vaccines*, 18 June 2020; WHO, *Pandemic Influenza Preparedness Framework for the Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and other Benefits*, 2011; 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; WHO, *Global Leaders Unite to Ensure Everyone Everywhere can Access New Vaccines, Tests and Treatments for COVID-19*, April 2020; Health Policy Watch (8 May 2020), *World Health Assembly Resolution on COVID-19 Response: the Stark Choices Faced in a Polarized World of Global Health*. Cfr. anche CNB *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020; cfr. anche la mozione del CNB, *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici*, 12 marzo 2021.

²¹ Il CNB non ha esplicitamente trattato il tema delle 'categorie' essendosi espresso in un momento in cui ancora non vi erano i vaccini disponibili (il parere è stato approvato il 27 novembre 2020), la riflessione interna al Comitato non era sufficientemente matura, a causa anche dei tempi stretti imposti dall'agenda politica, che necessitava di una consulenza sul tema. Per queste ragioni il Comitato si è limitato ad identificare alcune linee riportate in nota al parere: «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

La considerazione dei rischi diretti per la salute fonda la priorità per chi ha la probabilità di ammalarsi più gravemente e di morire, con l'obiettivo di ridurre la morbilità e mortalità, evitare la pressione sulle strutture sanitarie e sui reparti intensivi e difendere il diritto alla vita e alla salute. La considerazione dei rischi indiretti per la società identifica la rilevanza delle condizioni di maggiore esposizione a rischi a causa del luogo di vita/lavoro che impedisce il distanziamento fisico o a causa di abitudini o condizioni di vita/lavoro che non consentono l'igiene necessaria o l'uso di dispositivi di prevenzione. Tra i rischi indiretti rientra anche la probabilità di trasmettere il contagio. I rischi non vanno intesi in senso solo medico, ma anche nel senso ampio di rischi psicologici e socio-economici con riferimento ai determinanti della salute.

Nella definizione delle priorità nella distribuzione dei vaccini i rischi di malattia/morte, esposizione al virus, trasmissione al virus devono essere primariamente correlati all'età nella prima fase di distribuzione (essendo i due fattori, età e rischio, strettamente connessi), ma devono successivamente essere correlati anche alle condizioni psico-sociali²².

Il criterio medico del rischio porta all'identificazione prioritaria per i vaccini della categoria degli operatori sanitari pubblici e privati più esposti al contagio, con elevato rischio di contrarre la patologia e probabilmente trasmetterla in contesti sanitari e sociali. È stato però osservato che i rischi, per quanto alti, non sono così elevati come per altre categorie di individui per gli operatori sanitari: la mortalità è stata inferiore ad altre categorie di persone come gli individui affetti da multimorbilità, ospiti di residenze sanitarie assistite o residenze sanitarie per anziani (RSA). La motivazione che ha spinto ad identificare questa categoria come prioritaria è anche il "principio di reciprocità" (come ha stabilito l'Organizzazione Mondiale della Sanità)²³: la reciprocità si riferisce al dovere di compensare coloro che hanno compiuto gesti di generosità in passato, analogamente alla condizione in cui si può trovare chi ha donato un organo e successivamente ottiene una priorità. A questo argomento è stata aggiunta la

delle condizioni di salute se si infettassero con il virus Sars-Cov-2» (CNB, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020).

²² Va considerato che le priorità a volte possono sovrapporsi a causa della diversa disponibilità di vaccini indicate per fasce di popolazioni. Nell'ambito del piano vaccinale italiano, ad esempio, si è decisa in una certa fase l'attivazione del "doppio binario", dove accanto alla vaccinazione dei soggetti a rischio per età e per patologia si procedeva contemporaneamente alla vaccinazione di altri soggetti, non a rischio con altri vaccini. E' quanto avvenuto in Italia nella distribuzione di Pfizer, Moderna e Astrazeneca. Il "doppio binario" ha anticipato l'accesso di categorie professionali di persone senza patologie, rispetto ai soggetti fragili. Astrazeneca ha subito varie modifiche: la definizione della indicazione del vaccino per età 18-55, successivamente elevata a 65 anni, ulteriormente elevata oltre i 65 anni (in quanto rimaneva esclusa la fascia 65-70, sia da Astrazeneca che dal criterio anagrafico di Pfizer e Moderna, producendo di fatto una situazione di ingiustizia). Successivamente, a causa di episodi di eventi avversi su soggetti sotto i 60 anni, è stata raccomandata per i soggetti sopra i 60 anni. Peraltro gli sforzi organizzativi hanno inevitabilmente rallentato la prosecuzione delle priorità del canale dei soggetti particolarmente fragili, introducendo altre forme di ingiustizia.

²³ L'Organizzazione mondiale della sanità ha istituito un gruppo di lavoro "Strategic Advisory Group of Experts on Immunization" (SAGE) sul tema della distribuzione dei vaccini, che ha pubblicato vari documenti. WHO SAGE *values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination* (14 September 2020). In questo documento la reciprocità è definita: «honor obligations of reciprocity to those individuals and groups within countries who bear significant additional risks and burdens of COVID-19 response for the benefit of society » (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>, ultimo accesso 9 maggio 2021).

considerazione del bisogno sociale di proteggere il personale sanitario per curare i malati in generale, e in particolare in pandemia²⁴.

La priorità sulla base del rischio medico porta anche all'identificazione dei grandi anziani, come gruppo prioritario, perché costituiscono una categoria ad alto rischio di malattia grave e di morte nell'ambito della pandemia, essendo i grandi anziani generalmente in condizioni di comorbidità ossia compresenza di patologie. In questo senso i vaccini dovrebbero essere distribuiti prima agli anziani nelle RSA, in quanto in una condizione di particolare esposizione a rischi, vivendo in spazi ristretti e necessitando di assistenza quotidiana continua, di personale che nell'aiutarli non può mantenere la distanza richiesta per la prevenzione. Sono poi considerati anche gli anziani a domicilio, comunque in contatto con personale sanitario a rischio, badanti o caregiver. Tale visione è criticata nella prospettiva utilitarista che ritiene i vaccini (data anche la loro scarsa disponibilità) da destinarsi prioritariamente ai giovani, con una aspettativa di vita maggiore e probabilità di migliore qualità di vita, garantendo una massimizzazione complessiva del beneficio, salvando un maggior numero di vite con maggiori aspettative e migliore qualità. Perplesità sono emerse anche in visioni non utilitariste, sulla base della considerazione secondo la quale chi ha posto la priorità dei grandi anziani per i vaccini, non ha considerato che l'età non dovrebbe essere un criterio 'a priori' includente, così come nemmeno escludente, ma dovrebbe essere valutata in rapporto alla effettiva condizione di salute (alcuni anziani potrebbero essere in migliori condizioni di salute rispetto ai giovani)²⁵. L'età come fattore anagrafico a priori non tiene conto delle variabilità individuale.

Seppur comprensibile l'esigenza, per ragioni organizzative, di definizione di criteri generali, senza entrare nelle casistiche, va comunque rilevato che la priorità della vaccinazione di grandi anziani in RSA o strutture sanitarie o a domicilio ha portato alla posticipazione di persone con gravi patologie, a rischio di aggravamento e di morte in caso di infezione²⁶. Molte sono state le istanze di Società scientifiche e Associazioni di pazienti per evidenziare tale lacuna, con la richiesta di definire le priorità in base alla gravità delle patologie, a rischio per la vita, a prescindere dal criterio anagrafico²⁷. Rimanere in lista,

²⁴ WHO in *Ethics and COVID-19: Resource Allocation and Priority-setting*: «Prioritize those tasked with helping others. This principle can be used to justify the allocation of resources to those who have certain skills or talents that can save many other people, or because something is owed to them on account of their participation in helping others. May be most appropriate to guide the allocation of resources to health care workers, first responders, etc. ».

²⁵ Inoltre per le persone anziane si pone il problema della autonomia libertà e competenza, e in molti casi l'esigenza di una persona di fiducia o amministratore di sostegno o rappresentante legale.

²⁶ Questa la linea definita sin dall'inizio dal piano pandemico del Ministero della Salute (cfr. *Vaccinazione Anti-Sars-Cov-2/Covid-19*. Piano strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale, 2 dicembre 2020, aggiornato il 12 dicembre 2020 (Decreto 2 gennaio 2021 - Adozione Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19) <https://bit.ly/3cabGfn> (ultimo accesso 9 maggio 2021).

²⁷ Nel piano pandemico vaccinale in Italia sono state identificate dal Consiglio Superiore della Sanità alcune patologie come rientranti nell'ambito della particolare vulnerabilità: insufficienza respiratorie, malattie cardiache, neurologiche, endocrine (diabete), fibrosi cistica, HIV, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, malattie autoimmuni gravi (curate con immunosoppressori e cortisonici), epatiche, cerebrovascolari, oncologiche e talassemia, sindrome di Down, trapianto di organo, grave obesità. Le persone estremamente vulnerabili sono affette da condizioni che per danno d'organo pre-esistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19. Cfr. *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-*

per queste persone, significa esporsi ad un elevato rischio di contrarre il virus, di non avere sufficienti cure continuative, di morire. In questo senso la discussione delle priorità con l'applicazione del criterio del rischio clinico ha posto l'attenzione sull'esigenza di anticipare la considerazione dei malati gravi, anticipandola nel contesto della vaccinazione degli operatori sanitari o dei grandi anziani nelle RSA. Successivamente il piano vaccinale è stato ulteriormente rielaborato sulla base di criteri di alternanza età e gravità (con comorbidità moderata) con una graduazione del rischio, progressivamente in funzione dell'età e della comorbidità da più grave a meno grave²⁸.

Altre problematicità emergono nella definizione di priorità successive, con particolare riferimento alla trasmissione dei contagi e all'esposizione al virus, oltre ai rischi psico-sociali di persone vulnerabili, per ragione di condizione sociale, di vita e/o di occupazione.

In questo contesto il piano vaccinale aveva anche considerato il riferimento ai lavoratori di servizi pubblici essenziali²⁹ con priorità per coloro che sono esposti maggiormente a rischi a causa della professione, che non possono lavorare in smart working o lavoro in remoto online e che svolgono una funzione non sostituibile o non facilmente sostituibile nella società. In questo contesto sono state indicate lacune categorie. La categoria degli insegnanti delle scuole (personale universitario e scolastico, docente e non docente), con riferimento alla scuola primaria e secondaria e successivamente alle scuole superiori e alle università: tale scelta di priorità è stata motivata dall'esigenza sociale dell'educazione, gravemente ostacolata dalla pandemia per ragioni di salute e sicurezza. Un peso particolare è stato sostenuto dai bambini più piccoli, che hanno più difficoltà di apprendimento e concentrazione on line, necessitando per un adeguato apprendimento di un contesto di relazione con gli insegnanti e i compagni (peraltro l'educazione da remoto, per i piccoli, costituisce un aggravio per le famiglie in cui entrambi i genitori lavorano). Sul piano etico è emerso inoltre il problema dell'impossibilità della didattica a distanza per ragioni di disagio socio-economico: il 'divario digitale' a causa dell'assenza di computer, connessione e competenze digitali, ha aumentato le disuguaglianze.

Altra categoria considerata è quella delle forze dell'ordine (forse armate, forse di polizia, guardia di finanza, capitaneria di porto e soccorso pubblico, con vigili del fuoco e protezione civile), in quanto necessarie per la pubblica sicurezza sociale ed esposte al contagio, spesso non potendo lavorare da remoto e dovendo garantire la presenza sul territorio. In aggiunta il piano prevedeva anche le vaccinazioni per i servizi penitenziari (polizia penitenziaria, personale carcerario, detenuti) e altre comunità

SARS-CoV-2/COVID-19, 10 marzo 2021 (Decreto 12 marzo 2021 - Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021).

²⁸ *Campagna vaccinale, firmata l'Ordinanza n. 6/2021 del Commissario per l'emergenza Covid-19*, 9 Aprile 2021 (<https://bit.ly/2SP2ere>, ultimo accesso 9 maggio 2021). L'ordinanza, in linea con il Piano nazionale del Ministero della Salute approvato con decreto 12 marzo 2021, dispone il seguente ordine di priorità ai fini della vaccinazione: con il completamento delle persone di età superiore agli 80 anni e delle persone con elevata fragilità, includendo anche familiari conviventi, caregiver, genitori/tutori/affidatari, le persone di età compresa tra i 70 e i 79 anni e, a seguire, di quelle di età compresa tra i 60 e i 69 anni.

²⁹ *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*, 10 marzo 2021.

residenziali (socio-sanitarie, civili e religiose)³⁰, quali luoghi ove non è possibile osservare il distanziamento. Ma anche in questo ambito andrebbero menzionate le famiglie numerose e multigenerazionali, che vivono in case non spaziose, dove il contagio si può rapidamente diffondere a molte persone contestualmente.

Nell'ambito di alcuni documenti internazionali³¹ sono emerse altre categorie essenziali per la società: coloro che lavorano nell'ambito della produzione e distribuzione di cibo e dell'acqua, trasporti, aziende farmaceutiche, operatori ecologici, giornalisti, imprenditori e lavoratori ecc. Difficile, in questo ambito, definire la priorità di occupazioni sulla base della maggiore o minore essenzialità. Tutte le categorie hanno un ruolo nella società; ogni lavoro contribuisce alla comunità, seppur in pandemia alcune categorie di lavoro possano assumere un ruolo di particolare significatività. Per lavori essenziali si intende i lavori che consentono l'esistenza della società e la cui sospensione a lungo termine o la loro sparizione provocherebbe la distruzione del senso stesso della società. Di fatto il criterio delle categorie essenziali per la società, nell'ambito dell'applicazione nel piano vaccinale italiano, ha dato luogo ad una diversità di interpretazioni e realizzazioni in diversi contesti, oltre che ad abusi da parte di individui non appartenenti alle specifiche categorie professionali³².

Nell'ambito delle priorità emerge la categoria della particolare vulnerabilità psico-sociale o socio-demografica e culturale. Con questa espressione si indicano le categorie che a causa dei determinanti sociali della salute si trovano maggiormente esposti al rischio del contagio in pandemia. È nota la correlazione tra condizioni socio-economiche e condizioni di salute: precisamente, le condizioni socio-economiche sfavorevoli sono inversamente proporzionate alla salute³³. Lo status sociale ed economico basso (i più poveri) incide sul livello di istruzione, sulle condizioni abitative, sulla difficoltà di accesso ai servizi sanitari, oltre alla difficoltà di gestire il lavoro da casa in remoto (per mancanza di computer, connessione e competenze tecnologiche come detto), con la conseguenza di doversi muovere con

³⁰ Su questo punto il CNB è ulteriormente intervenuto sui criteri distributivi, alla luce della discussione emersa sul piano vaccinale, con la mozione su *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici* (12 marzo 2021). Il CNB condivide il Piano vaccinale, valutando la vulnerabilità, in relazione alle patologie, con connotazione più o meno grave, all'età anagrafica, all'esposizione al virus, con riferimento ai luoghi e alle attività a maggior rischio. Tra le integrazioni del Piano, certamente condivisibili: «la vaccinazione dei conviventi e dei 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». Il Comitato sottolinea alcune criticità relative alle difficoltà di accesso vaccinale per gli anziani nelle regioni che consentono l'accesso solo digitalmente, e alle difficoltà procedurali per i soggetti particolarmente fragili.

³¹ Cfr. in particolare WHO, *SAGE Values Framework for the Allocation and Prioritization of COVID-19 Vaccination*, 14 September 2020; National Academy of Sciences. *A Framework for Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus*, August 2020.

³² CNB, *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici*, 12 marzo 2021. Il Comitato ha sottolineato come sia necessaria una "particolare attenzione 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 (considerando età, gravità e ruoli sociali) rischia, se non è chiarita nella comunicazione ai cittadini, di creare sospetti di disegualanze in chi è stato vaccinato e chi è in attesa di essere vaccinato".

³³ I. SOMMER, U. GRIEBLER, P. MAHLKNECHT et al., *Socioeconomic Inequalities in Non-communicable Diseases and their Risk Factors: an Overview of Systematic Reviews*, in *BMC Public Health*, 15, 2015, 914.

trasporti pubblici e lavorare a contatto con persone, con maggiore esposizione a rischi³⁴. I residenti nelle case popolari e le popolazioni a basso reddito sono a maggior rischio durante una pandemia per alloggi inadeguati, scarsa igiene, difficoltà di distanziamento, impossibilità di procurarsi mascherine. Anche sul piano del lavoro, occupazioni che implicano una prossimità fisica (lavori di cura, lavoro domestico, lavoro pubblico), e che a loro volta sono prevalenti fra le fasce di popolazione con risorse economiche più limitate, rappresentano un elemento di forte esposizione e di accresciuto rischio di contagio. Altri fattori di vulnerabilità che la pandemia fa emergere sono legati alla preparazione culturale e all'educazione alla salute (la c.d. *health literacy*), che costituisce una barriera all'accesso ai servizi sanitari. Il livello generale di istruzione e la capacità di utilizzare le tecnologie dell'informazione è importante per avere un'adeguata preparazione. Nell'ambito della pandemia chi vive in condizioni socio-demografiche sfavorevoli, è predisposto a contrarre in modo grave il virus. In questo senso il criterio etico di equità deve compensare le ineguaglianze³⁵, con particolare attenzione alle minoranze etniche, ai migranti in condizioni di irregolarità, ai richiedenti asilo, alle fasce sociali con più basso reddito. Una specifica considerazione va riservata per le persone con disabilità cognitiva e motoria, per l'incapacità di osservare le regole di prevenzione e l'esigenza di avere persone vicine che li accudiscono. Tali persone dovrebbero essere coinvolte in modo attivo per comprendere le barriere critiche e garantire un'inclusione nel programma vaccinale.

I giovani sono una categoria che è collocata in genere per ultima nell'ordine di priorità perché ha meno rischi di gravità, anche se aumenta il rischio di trasmettere il contagio. Su questo punto i dati sono incerti: sulla trasmissione del virus da parte dei giovani emergono situazioni variabili nei diversi contesti sociali. Risulta generalmente che i giovani abbiano meno attenzione a dispositivi di prevenzione e più conseguenze psicologiche per le misure di contenimento³⁶. I minori non sono ancora considerati nel piano vaccinale in quanto non è stata avviata ancora una sperimentazione su di loro, che risulta invece necessaria. Altra categoria non esplicitamente considerata è quella delle donne in gravidanza, escluse dalla sperimentazione: emerge l'esigenza di estrapolazione dei dati per verificare condizioni sufficienti di sicurezza ed efficacia³⁷.

4. La distribuzione globale

Sta sempre più emergendo la consapevolezza che la giusta distribuzione non può limitarsi al contesto nazionale ma deve estendersi alla considerazione globale di ogni Paese, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito. Non usciranno mai completamente dalla pandemia se non usciamo tutti dalla

³⁴ B. BURSTRÖM, TAO, *Social Determinants of Health and Inequalities in COVID-19*, in *European Journal of Public Health*, 30, 4, 2020, 617–618.

³⁵ Comité de Bioéthique Conseil de l'Europe, DH-BIO, *Covid-19 and Vaccines: Ensuring Equitable Access to Vaccination during the Current and Future Pandemics*, 22 January 2021.

³⁶ Cfr. CNB, *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare*, 23 ottobre 2020, dedicato solo ai bambini. Il CNB sta elaborando anche un documento dedicato alle problematiche per gli adolescenti.

³⁷ CNB, *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici* (12 marzo 2021) sollecita alla sperimentazione sui minori e le donne in gravidanza, per un completamento delle vaccinazioni nella popolazione.

pandemia. Emerge l'esigenza di cooperazione internazionale per sostenere i paesi più poveri nell'ottenere le dosi di vaccini sia per ragioni utilitaristiche che solidaristiche³⁸.

L'iniziativa Covax, coordinata dal GAVI54 e posta sotto l'egida della CEPI (Coalition for Innovations in Epidemic Preparation, fondata nel 2017) e dell'OMS, va in questa direzione, includendo una strategia di distribuzione dei futuri vaccini contro il Covid-19. Il Covax è una garanzia di mercato (AMC, Advanced Market Commitment), vale a dire un meccanismo in cui i Paesi partecipanti uniscono il loro potere d'acquisto al fine di creare un sistema di produzione su larga scala e garantire un rapido accesso a dosi di vaccini sicuri ed efficaci previa approvazione. Prevede un meccanismo di allocazione tra Paesi (dosi per il 20% della popolazione), insieme a un meccanismo di allocazione supervisionato dall'OMS per aiutare a proteggere i gruppi più a rischio in tutti i Paesi partecipanti, compresi quelli che non possono permettersi di finanziarli. Sfruttando il peso rappresentato dalla partecipazione finanziaria delle economie ad alto reddito, lo strumento Covax negozia e mira a garantire l'accesso ai vaccini per tutti. La Commissione Europea ha fornito un sostegno consistente a questa iniziativa.

La strategia del Covax Facility si basa sull'idea che una pandemia globale non può essere superata se i meccanismi di allocazione sono basati esclusivamente sulla concorrenza tra nazioni e accordi di mercato bilaterali, che non possono garantire l'approvvigionamento a tutti. Tale ragionamento si basa sia su considerazioni di giustizia che su considerazioni pragmatiche-utilitaristiche poiché «nessuno è al sicuro finché tutti non sono al sicuro» e risponde in modo parziale ma comunque significativo alle obiezioni sollevate contro il "nazionalismo predatorio"³⁹. Altre iniziative, come l'iniziativa dei cittadini europei "Non Profit on Pandemic", utilizzano la nozione di "bene pubblico globale" per affermare, in considerazione dell'enorme finanziamento pubblico nella ricerca e nello sviluppo di vaccini, i principi del libero accesso ai vaccini, del controllo pubblico sui risultati della ricerca (proprietà intellettuale) e dei costi per i sistemi sanitari, nonché della trasparenza sui contratti tra Stati e industrie. Tutte le iniziative, a diversi livelli, implicano innovazione sociale, economica e giuridica, offrendo un nuovo approccio alle risposte collettive da costruire in una situazione pandemica. Tali considerazioni vanno poste al centro del dibattito pubblico, sia per le loro potenzialità innovative, sia per le risposte, anche se parziali, comunque di altro rilievo morale.

Nel solco dei Sustainable Development Goals (SDGs) e del Global Compact è urgente concepire nuovi approcci e dare inizio immediatamente a negoziati per il raggiungimento di un patto che contemporaneamente permetta la realizzazione e la produzione dei vaccini, nei modi più possibile efficienti e sostenuti dai necessari investimenti, e ne garantisca l'accesso a tutti a condizioni eque⁴⁰.

³⁸ E.J. EMANUEL, G. PERSAD, A. KERN et al., *An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation*, in *Science*, 11 September 2020, 1309-1312.; G. BROCK, *Theories of Global Justice*. In: J. LINARELLI (ed.), *Research Handbook on Global Justice and International Economic Law*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham UK 2013; Y. LIU, S. SALWI, B.C. DROLET, *Multivalue Ethical Framework for Fair Global Allocation of a COVID-19 Vaccine*, in *Journal of Medical Ethics*, 46, 8, Aug 2020, 499-501; United Nations, *Quick, Equal, Affordable Access to COVID-19 Vaccine Must Be Considered Global Public Good, Secretary-General Says in Remarks to Africa Dialogue Series*, 20 May 2020.

³⁹ Accademia dei Lincei, *A Global Strategy for Coordinated Production and Equitable Distribution of Vaccines*, Statement by the Lincei Committee on Covid, 20 novembre 2020 (<https://bit.ly/3wNyM3j>, ultimo accesso 9 maggio 2021).

⁴⁰ Joint Statement by the UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST), *Call for Global Vaccines Equity and Solidarity*, 24 February 2021.

5. Riflessioni conclusive

Anche sul tema della pianificazione della distribuzione vaccinale emerge in modo forte l'esigenza di una riflessione etica, preliminare e in itinere dinamicamente, sia nazionale che globale. Molti comitati hanno istituito apposite commissioni interdisciplinari presso o in collaborazione con il Ministero della Salute per elaborare documenti dinamici ('viventi'), flessibili in base al mutarsi delle circostanze per una discussione interdisciplinare, ove l'elaborazione dell'etica fosse tematizzata⁴¹.

Un elemento emerso in modo unanime è anche la esigenza che i criteri di distribuzione siano definiti con trasparenza e comunicati con chiarezza alla società, per fare comprendere che non ci sono arbitri e privilegi indebiti, ma che la giustizia esige un ordine nelle diverse fasi distributive non stabilendo gerarchie di valore, ma evidenziando le esigenze specifiche sulla base di argomenti e motivazioni. È emersa l'esigenza, oltre che di una riflessione di scienziati ed esperti multidisciplinari, anche di una consultazione sociale "dal basso" per la definizione delle priorità, ma i tempi stretti dell'emergenza pandemica, non lo hanno reso concretamente possibile⁴². Sarebbe stato rilevante poter ascoltare anche le voci dei cittadini mediante un coinvolgimento pubblico ("*public engagement*"), esperienza già presente in molti Paesi, e che avrebbe anche consentito di meglio articolare talune applicazioni considerando i bisogni concreti (difficoltà organizzative, fragilità non adeguatamente considerate, ecc.).

L'elemento che più conta sotto il profilo etico è che la giustizia, seppur complessa da realizzare non può e non deve in alcun modo dimenticare l'esigenza di una giustizia globale, unica vera condizione per raggiungere l'obiettivo finale di una immunizzazione indotta collettiva e l'effettivo contenimento della circolazione del virus in modo definitivo. La pandemia fa emergere la consapevolezza dei limiti dell'individualismo e della strutturale relazionalità ed interdipendenza di ogni essere umano rispetto a qualsiasi altro essere umano, una consapevolezza che ognuno di noi dovrebbe acquisire per un'autentica difesa della salute come "bene pubblico globale" oltre che come "bene individuale", per una promozione dell'uguaglianza senza discriminazioni.

⁴¹ Comité Nationale d'Étique (Francia), Enjeux éthiques d'une politique vaccinale contre les SARS-COV-2. Réponse du CCNE à la saisine du ministre des solidarités et de la santé, 18 décembre 2020; Deutscher Ethikrat and the National Academy of Sciences Leopoldina, Position Paper of the Joint Working Group of Members of the Standing Committee on Vaccination, How should Access to a COVID-19 Vaccine be Regulated?, 2020; Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 75 du 11 décembre 2020 relatif aux repères éthiques en vue du déploiement de la vaccination anti-COVID-19 au bénéfice de la population belge, Avis n° 75 du 11 décembre 2020; Nuffield Council on Bioethics, Fair and Equitable Access to COVID-19 Treatments and Vaccines, 29 May 2020; Cyprus Committee for Bioethics, Opinion on Vaccinations against Covid-19, January 2021; Estonia, Ethical Framework for Covid-19 Vaccination, 10 December 2020; Comitato Sammarinese di Bioetica, Vaccine Coverage against SARS-COV-2. The Bioethical Bases for a Health Pact, 13 gennaio 2021; United State, The Hastings Center, Ethical Challenges in the Middle Tier of Covid-19 Vaccine Allocation: Guidance for Organizational Decision-Making, 15 January 2021; The Advisory Committee on Immunization Practices, Interim Recommendation for Allocating Initial Supplies of COVID-19 Vaccine, United States, 2020; National Academy of Sciences, A Framework for Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus, August 2020.

⁴² J.H. WILLIAMS, A. DAWSON, *Prioritising Access to Pandemic Influenza Vaccine: A Review of the Ethics Literature*, in *BMC Medical Ethics*, 21, 2020, 40. Si tratta di temi già emersi anche in precedenti pandemie.