



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA, PSICOLOGIA APPLICATA (FISPPA)

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE FILOSOFICHE

***Il concetto etico-filosofico di responsabilità:
possibili applicazioni nell'ambito della vaccinazione contro il Covid-19***

Relatrice:

Ch.ma Prof.ssa: Francesca Marin

Laureanda:

Giulia Amadio

Matricola n. 1232131

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

*«I vaccini sono stati, e sono, uno strumento prezioso,
non perché garantiscano l'invulnerabilità ma perché
rappresentano la difesa che consente di ridurre
in misura decisiva danni e rischi, per sé e per gli altri. [...]
La ricerca e la scienza ci hanno consegnato,
molto prima di quanto si potesse sperare,
questa opportunità. Sprecarla è anche un'offesa
a chi non l'ha avuta e a chi non riesce oggi ad averla.»*

Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica

Indice

Introduzione	7
Capitolo 1 — Il concetto etico-filosofico di responsabilità.....	17
1.1 Oltre la nozione di imputabilità.....	17
1.2 Ulteriori significati del termine “responsabilità”	26
1.3 Aspetti normativi del principio di responsabilità: l’apertura all’intersoggettività.....	34
1.4 La responsabilità nell’ambito della sanità pubblica.....	39
Capitolo 2 — Vaccinazioni contro il Covid-19: un bene comune tra responsabilità personale e collettiva.....	45
2.1 La responsabilità nelle vaccinazioni tra diritto e dovere, dal singolo alla comunità: alcuni profili etico-giuridici.....	45
2.2 Il vaccino come “bene comune”: aspetti etici nella distribuzione delle risorse vaccinali.....	55
2.3 L’esitazione vaccinale: una scelta che lede la responsabilità collettiva.....	66
Capitolo 3 — Oltre la responsabilità personale: strategie e misure coercitive di responsabilità sanitaria.....	75
3.1 <i>Green pass</i> : un incentivo ad accettare la vaccinazione.....	75
3.2 Il mandato vaccinale per il personale sanitario.....	85
3.3 Obbligatorietà vaccinale: considerazioni etiche.....	94
Conclusioni	103
Bibliografia	109

Introduzione

Esistono parole del lessico filosofico che, al di là del loro valore teoretico, risultano determinanti anche per il nostro agire pratico? È questa la domanda che ci poniamo nel dare avvio al nostro percorso di indagine. A fronte degli eventi che hanno sconvolto il nostro presente, sembra difficile non individuare il concetto di “responsabilità” fra i termini di rilievo. È dunque possibile determinare alcuni profili, alcune possibili applicazioni della responsabilità nell’ambito del nostro presente? La nozione di responsabilità sembra essere diventata un concetto cardine del dibattito etico-filosofico negli ultimi decenni, arrivando ad assumere un ruolo centrale nel linguaggio di numerosi contesti quotidiani.¹

Il termine è apparso fondamentale anche negli ultimi due anni della nostra vita, dopo che la routine e gli stili di vita sono stati modificati dalla pandemia causata dal diffondersi del virus SARS-CoV-2, determinando un’infezione appartenente alla famiglia dei Coronavirus. Basti pensare alle comunicazioni istituzionali che sono state date alla popolazione da quando la malattia Covid-19 è arrivata nel nostro Paese. Sin dalle primissime raccomandazioni rivolte ai cittadini italiani, l’allora Primo ministro Giuseppe Conte invitò ad assumere atteggiamenti di responsabilità per limitare la diffusione della malattia.² Pochi giorni dopo, quando le condizioni epidemiologiche resero necessaria l’introduzione di un lockdown totale, ancora una volta si esortò la popolazione alla responsabilità:

¹F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editrice, Assisi 2009, p. 15.

² Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Comunicazioni del Presidente Conte l 4/3/2020*, Palazzo Chigi, Roma 4 marzo 2020. In quell’occasione, l’allora premier invitò la popolazione nazionale ad «assumere un comportamento responsabile: dobbiamo lavare le mani spesso, starnutiamo e tossiamo in un fazzoletto e nella piega del gomito, manteniamo un metro di distanza nei contatti sociali, evitiamo abbracci, strette di mano, evitiamo luoghi affollati». Discorso integrale disponibile al link: <https://youtu.be/Z6wqW-P5sK8>.

«Oggi è il giorno della responsabilità, noi tutti, e voi cittadini con me, abbiamo una grande responsabilità. Oggi la decisione giusta è restare a casa, abbiamo il futuro nelle nostre mani e devono essere mani responsabili».³

Nell'autunno dello stesso anno, mentre iniziava la nuova offensiva del virus, si concludevano le ultime fasi di sperimentazione dei vaccini che, di lì a poco, sarebbero stati distribuiti e inoculati alla popolazione, a partire dal personale sanitario. Anche in questa occasione la responsabilità non ha abbandonato il linguaggio delle comunicazioni istituzionali; nel consueto discorso di fine anno 2020, il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella dichiarava:

«Vaccinarsi è una scelta di responsabilità, un dovere. [...] Di fronte a una malattia così fortemente contagiosa, che provoca tante morti, è necessario tutelare la propria salute ed è doveroso proteggere quella degli altri, familiari, amici, colleghi.»⁴

Francesco Miano, a partire dall'esperienza della pandemia, elenca nuovi profili della responsabilità sui quali questa situazione inedita ci ha costretto a riflettere.⁵ La necessità di tutelare il bene superiore della salute, attraverso la limitazione di alcune libertà, ci ha fatto sperimentare la responsabilità della rinuncia. La responsabilità della distanza ci ha imposto di ripensare al significato della cura, il cui senso ha assunto nuove sfaccettature. Abbiamo fatto esperienza diretta della vulnerabilità: la morte in solitudine dei nostri cari, i preoccupanti numeri dei contagi che per lunghi mesi non accennavano a diminuire; in tutto questo ci siamo sentiti responsabili della fragilità altrui. Infine, abbiamo condiviso la responsabilità della scelta e della decisione: dapprima, abbiamo assistito alla responsabilità delle istituzioni politiche, che, nell'incertezza della situazione iniziale, hanno dovuto tutelare la salute pubblica attraverso misure drastiche. Poi, non appena il virus si è mostrato in tutta la sua tragicità, abbiamo sentito la testimonianza disperata dei medici, i quali, di fronte ad una situazione in cui la malattia si manifestava nella sua forma

³ Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Dichiarazioni alla stampa del Presidente Conte*, Palazzo Chigi, Roma 9 marzo 2020, discorso integrale disponibile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=1PWfsNs0bDw>.

⁴ Presidenza della Repubblica Italiana Quirinale, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella*, Palazzo del Quirinale, Roma 31 dicembre 2020, discorso integrale disponibile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=9RyO6XoUQb8>.

⁵ Cfr. F. Miano, *Nuovi profili della responsabilità*, in G. Palmieri (a cura di), *Oltre la pandemia. Società, salute, economia e regole nell'era post Covid-19*, vol. I, Editoriale Scientifica, Napoli 2020.

più severa e dinnanzi allo squilibrio tra disponibilità di risorse sanitarie e bisogni di cura, hanno dovuto compiere delle scelte tragiche.⁶

Anche per tutti i cittadini è arrivato il tempo della responsabilità della scelta: prima attraverso il rispetto delle restrizioni e poi nella decisione di aderire o meno alla campagna vaccinale. In Italia, così come in buona parte dell'Europa, il 2021 si è aperto all'insegna della vaccinazione contro il Covid-19: partendo dai sanitari e dagli anziani, i vaccini sono stati via via resi disponibili a tutta la popolazione fino ai 5 anni di età. Con la scelta di vaccinarsi, ognuno di noi ha compiuto un'azione di responsabilità verso se stesso e verso gli altri, soprattutto verso i soggetti più fragili, che, pur volendolo, non hanno potuto beneficiare dell'effetto protettivo offerto da questo siero prodotto in tempi record.

Oltre a rivestire il ruolo di un'importante arma contro le malattie, i vaccini possiedono anche un elevato valore sociale: non solo proteggono direttamente l'individuo che vi si sottopone, bensì tutelano la salute complessiva della popolazione alla quale egli appartiene. Il valore sociale rappresentato dalle vaccinazioni si tramuta immediatamente anche in un valore etico. Tuttavia, non basta questa semplice affermazione per sancire l'interesse superiore rivestito dalla vaccinazione: il processo vaccinale è infatti caratterizzato da molteplici problematiche di carattere etico che interessano la riflessione di cui in questa sede proponiamo di occuparci. Nel corso della trattazione cercheremo di prendere in esame alcune delle questioni bioetiche che si presentano in relazione al tema, individuando nella scelta personale di sottoporvisi un'azione di responsabilità individuale e collettiva.

Per comprendere in che modo la responsabilità sia diventato il concetto cardine nel nostro presente, cercheremo dapprima di sondare questo termine dal punto di vista filosofico. Tenteremo di ricostruirne le origini, esplicitando i suoi molteplici significati, per identificare successivamente alcune sue possibili applicazioni nell'ambito della vaccinazione contro il Covid-19.

Il presente lavoro di tesi si struttura in tre parti: il primo capitolo, di natura eminentemente filosofica, si concentra sull'analisi del concetto etico di "responsabilità"; il secondo e il terzo capitolo hanno invece un'impronta bioetica. Nelle ultime due sezioni ci proponiamo di analizzare alcuni dei problemi morali che interessano una campagna

⁶ *Ivi*, pp. 531 - 532.

vaccinale e proveremo ad offrire possibili applicazioni della responsabilità all'interno di questo ambito.

Nel delineare il percorso storico-concettuale della responsabilità inizieremo dal contesto giuridico in cui tale nozione si presenta per la prima volta nel 1787, precisamente in *The Federalist* di Alexander Hamilton (folio 64) e nel Codice napoleonico. Il termine rinvia all'obbligo di rispondere delle proprie azioni davanti alla legge o ad altri soggetti, cioè sotto il profilo morale dell'imputazione. Già in Aristotele il responsabile (*aitios*) è rinvenibile in colui che compie una determinata azione, così come in Kant la responsabilità è l'effetto morale che segue ad un atto compiuto dal suo autore. Quando la nozione di responsabilità comincia ad essere oggetto di indagine all'interno del dibattito etico, tale nozione porta con sé i connotati della sua origine giuridica, cioè essa ricade totalmente su di un essere umano che, in quanto autore di azioni, è in grado di assumerla.

È tuttavia nel Novecento che la responsabilità domina il campo del dibattito filosofico: gli eventi drammatici e le nuove scoperte scientifico-tecnologiche che aprono questo secolo spingono la riflessione morale ad un rinnovamento. L'agire umano è di nuovo al centro della discussione filosofica, ed è nell'atto della scelta che si concretizza la cifra dell'esistenza: non è un caso, dunque, che la responsabilità trovi in quest'epoca un ulteriore approfondimento, caricandosi di nuovi significati. Si inizia dunque a parlare di etica della responsabilità: in Max Weber questa è la prerogativa dell'uomo politico, che nell'agire si interroga sulle conseguenze future delle sue azioni e di come queste andranno ad incidere sulla realtà. Per Apel esiste invece una primigenia co-responsabilità che è condizione propria di tutti gli uomini, dove tra questi il rapporto etico si costituisce nei termini di una reciprocità. In Jonas, al contrario, la responsabilità viene tematizzata secondo una relazione asimmetrica, poiché la valutazione delle conseguenze dell'agire deve prendere in esame non solo il futuro più prossimo e le forme di vita attualmente esistenti, ma anche coloro che sono lontani nel tempo e nello spazio.

In relazione ai molteplici sensi che fanno capo a questa parola, proseguiamo nell'indagine attraverso un'analisi etimologica del termine "responsabilità". Sebbene la ricostruzione etimologica possa a volte apparire non corretta, ciò che dal nostro punto di vista è rilevante è quanto di filosofico queste accezioni della responsabilità riescano a svelare. Il riferimento principale, tuttavia, lo si ritrova nel verbo latino *respondeo*, il cui significato si sostanzia in una risposta che è il risultato dell'atto di «rispondere di»

qualcosa, «rispondere a» qualcuno. Nel riferirsi ad altro o ad un Altro, viene alla luce l'aspetto relazionale che caratterizza la responsabilità. Il criterio attraverso il quale essa può essere compresa esclude ogni risoluzione solipsistica: un soggetto può essere responsabile solo se inserito all'interno di una rete di rapporti. Vedremo la responsabilità nelle sue diverse accezioni, a partire dalla responsabilità come etica della promessa (*respondeo*), che nel V secolo caratterizzava il rapporto di rassicurazione che intercorreva tra il padre della sposa e il suo futuro genero. L'espressione latina "*rem/res ponderare*" indica la responsabilità come valutazione e chiama in causa l'aristotelica attività *phronetica*, facoltà razionale che consente di ponderare ogni singola azione. La responsabilità che deriva dalla voce *responsare* indica invece la capacità di reagire, di non essere spettatori passivi di quanto accade attorno a noi, consapevoli che è il soggetto ad essere l'artefice delle azioni della storia. Infine, la responsabilità come gestione sociale del rischio la ritroviamo nel termine *respicere*, da cui deriva il moderno concetto di "responsabilità civile"; è un tipo di responsabilità in cui l'accezione della colpa viene rimossa in favore della solidarietà, promuovendo così il sostegno reciproco nella società.

Al di là di questa "esplosione" di significati, è possibile tuttavia individuare una prospettiva di sintesi della responsabilità? Se è vero che essa si dà solo in relazione a qualcosa o a qualcuno che è altro dall'Io, allora un elemento di sintesi può forse essere individuato nel valore normativo della responsabilità, cioè nella sua apertura all'intersoggettività. Questo aspetto della responsabilità, che è tale solo nel suo essere in relazione ad altro, ne sostanzia anche la dimensione etica. È in questo passaggio, cioè in quest'operazione che si potrebbe definire matematica di somma o di moltiplicazione della responsabilità soggettiva, che la stessa responsabilità diventa immediatamente collettiva. La presenza di ciò che è altro da noi ci ricorda non vi è mai solo la nostra singolarità, ma che la nostra responsabilità coinvolge sempre anche un Altro che possiamo anche non conoscere, e che in un'ultima analisi si identifica con la società.

L'esplicitazione di tutti questi passaggi preliminari ci aiuterà a comprendere come, nell'ambito dell'etica della sanità pubblica, il concetto di responsabilità sia così rilevante all'interno del dibattito sui vaccini anti Covid-19. Già negli anni Settanta del Novecento il nuovo concetto di responsabilità aveva assunto una posizione determinante nel campo della bioetica. All'interno di questa sfera di riflessione il principio di autonomia costituiva il riferimento etico principale, che successivamente è venuto a scontrarsi con le istanze

collettive rappresentate dalla sanità pubblica. È così che la responsabilità è diventata una parola-chiave per decifrare un presente da salvare e una modalità per individuare prospettive di sviluppo future.

Malgrado tutti gli effetti negativi della pandemia, quest'ultima ci ha permesso di (o costretto a) fare esperienza di ciò che significa sentirsi corresponsabili: questo evento ha toccato direttamente la nostra vita e tutti siamo stati chiamati, fin da subito, a dare il nostro contributo per arginare la diffusione del virus. Così la responsabilità è tornata, ancora una volta, al centro della discussione etica e filosofica: non solo ci è stato chiesto di essere responsabili verso noi stessi e verso gli altri, ma le istituzioni hanno dovuto assumere il ruolo di garanti della responsabilità collettiva. Quest'ultimo aspetto ha giustificato la messa in atto di alcuni interventi coercitivi all'interno della dimensione pubblica, come restrizioni od obblighi vaccinali.

Nei capitoli successivi, proseguiremo l'indagine cercando di comprendere in che modo l'agente morale, attraverso le sue azioni, risponda per sé e per gli altri, individuando alcune possibili applicazioni del concetto di responsabilità nell'ambito della pandemia da Covid-19. Nello specifico, all'interno del secondo capitolo inizieremo a vedere in che misura la decisione di sottoporsi alla vaccinazione contro il Covid-19 si qualifichi come un'azione etica di responsabilità personale e sociale. La tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività viene posta a tema nell'art. 32 della nostra Costituzione, dal quale si profilano i diritti e i doveri che coinvolgono tanto il singolo quanto la comunità. Questi aspetti, in tempo di pandemia, hanno dovuto bilanciarsi con il principio di solidarietà, che il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha riconosciuto anzitutto in chiave di una responsabilità individuale nel seguire le restrizioni. In virtù dell'interdipendenza tra esseri umani, la solidarietà si converte direttamente anche in una responsabilità collettiva, poiché il beneficio complessivo tratto da un'azione individuale, quale ad esempio vaccinarsi, ricade su chi ci sta attorno.

L'art. 32 riconosce la Repubblica come responsabile della salute pubblica: è l'apparato statale che per primo deve garantire ad ogni soggetto il diritto fondamentale alla salute, ma dal momento che tale vantaggio va a favore di ogni individuo, ecco che il beneficio complessivo coinvolge la comunità nella sua interezza. Le disposizioni giuridiche che stanno a fondamento della collettività non si sostanziano solo in diritti; ai cittadini, che

beneficiano di determinate garanzie, competono anche doveri: è compito di tutti sostenere le garanzie offerte alla collettività per mezzo di scelte che tutelino quell'interesse collettivo superiore. I cittadini sono stati esortati più volte a compiere il loro dovere, soprattutto in relazione al vaccino. Riassumendo i due aspetti, si potrebbe dire che il singolo è quindi portatore di un diritto-dovere: l'inalienabile diritto alla salute e l'inderogabile dovere di tutelare la salute della comunità per mezzo del principio costituzionale di solidarietà, che in ultima analisi si configura come responsabilità. Queste considerazioni giuridiche sembrano mettere in luce ancora una volta una responsabilità che appare nulla senza la corresponsabilità. Cercheremo di sostenere che percorrere la via di una responsabilità condivisa risulta oggi sempre più indispensabile, anche se è complesso orientare l'impegno su questo percorso.

Un primo esercizio di corresponsabilità tra generazioni lo individuiamo nella tutela di quelli che siamo soliti considerare "beni comuni", caratterizzati dal rapporto immediato con i diritti fondamentali delle persone. Il diritto alla salute, in qualità di bene primario, rientra nel novero dei beni comuni? Formalmente esso non è ancora stato riconosciuto come tale, ma la pandemia ci ha dimostrato che una discussione attorno alla salute non può che muovere verso il riconoscimento di questo diritto come bene comune. È proprio con i vaccini che la riflessione attorno al bene comune è tornata in auge: l'esigenza di individuare velocemente un antidoto efficace, in grado di far fronte all'inarrestabile propagarsi del contagio a livello mondiale, ha spinto le autorità e le forze governative ad individuare nel vaccino un "bene comune" dal valore universale. All'interno di questa discussione la responsabilità ha giocato un ruolo importante: il principio è stato sottolineato più e più volte dalle organizzazioni volte alla tutela della salute e dai vari comitati per la bioetica, il tutto nella consapevolezza che ogni mancato raggiungimento dell'immunizzazione nelle zone più povere del pianeta avrebbe rappresentato una continua minaccia per il resto del mondo. Vedremo come la solidarietà globale sia però rimasta solo un principio teorico, e come attraverso gli accordi bilaterali tra governi e case farmaceutiche sia venuta meno la responsabilità nell'affrontare una sfida globale.

Nonostante gli sforzi messi in atto dai governi e le risorse economiche impegnate nella produzione e nella ricerca di un vaccino sicuro per mettere fine alla pandemia, uno dei temi più dibattuti è stato quello dell'esitazione vaccinale. Fin dalle prime notizie rispetto alla messa a punto di un vaccino anti-Covid, i gruppi anti-vaccinisti si sono organizzati

per alimentare un dibattito costituito da dubbi e notizie false relativamente all'efficacia del prodotto finale. Il malcontento però non si è limitato a questo: assistiamo ancora oggi a numerose manifestazioni no-vax nelle grandi città e leggiamo notizie di assalti ai presidi vaccinali da parte di questi gruppi minoritari. Vedremo come un fenomeno così attuale come quello dell'esitazione vaccinale non sia sorto solamente in tempi recenti; evidenzieremo infatti come questo problema sanitario abbia radici molto più profonde rispetto alla nostra contemporaneità. La velocità con cui è stato prodotto questo vaccino rispetto ai precedenti ha però enfatizzato ulteriormente le *fake news* diffuse dai gruppi no-vax. Il rifiuto della vaccinazione è uno dei problemi più rilevanti nell'ambito della salute pubblica, nonché un fenomeno dall'enorme impatto sociale negativo. Quali interventi sono possibili al fine di ripristinare una relazione di fiducia tra i cittadini e le politiche nazionali consigliate dalle autorità sanitarie? È sempre possibile sperare di convincere i reticenti alla vaccinazione ricorrendo solo a misure persuasive? A fronte di un'emergenza dalle dimensioni mondiali, sembra infatti indispensabile introdurre misure coercitive al fine di tutelare il bene superiore rappresentato dalla salute collettiva. È di queste misure che ci occuperemo nel capitolo conclusivo di questo lavoro di ricerca, iniziando dall'introduzione di un passaporto vaccinale, per poi prendere in considerazione la sospensione dal luogo di lavoro a causa della mancata immunizzazione e infine il tema dell'obbligatorietà vaccinale.

Con l'estensione della campagna vaccinale a tutte le fasce di popolazione è stato introdotto anche il cosiddetto *green pass*, uno strumento che attesta l'immunità o la negatività al virus. Il rilascio della carta verde si configura sempre come una misura che segue ad un'azione di responsabilità da parte del cittadino? Tenteremo di mettere a confronto le varie modalità attraverso cui è possibile ottenere il *green pass*, in particolare con riferimento al caso dell'equiparazione tra passaporto vaccinale e passaporto d'immunità ottenibile a seguito della malattia. Se aderendo alla vaccinazione ognuno di noi mette in atto un comportamento responsabile, l'esigenza di acquisire un passaporto verde potrebbe spingere i più ostili alla vaccinazione verso la ricerca della malattia naturale, con il rischio di incorrere in severe complicazioni per la propria salute.

Data la forte pericolosità del virus, è stato indispensabile introdurre l'obbligatorietà vaccinale per determinate categorie di lavoratori, pena la sospensione dal luogo di lavoro. Per meglio evidenziare il valore sociale e morale della vaccinazione, abbiamo scelto di

concentrarci sul ruolo del medico che sceglie di non sottoporsi alla vaccinazione, proprio perché tra i principi che guidano la sua professione rientra la responsabilità. Il caso dell'obbligatorietà vaccinale, in questo caso contro il Covid-19, non rappresenta una novità nell'ambito sanitario: in situazioni emergenziali la richiesta d'immunizzazione alla malattia è solitamente una prassi per il personale che lavora negli ambienti di cura. Nonostante la deontologia professionale indichi che il medico non debba sottostare a condizionamenti di alcun genere e debba perciò esercitare la propria professione secondo il principio di autonomia, in questo caso, egli può venir meno alla responsabilità personale e professionale di vaccinarsi? In che modo una scelta assunta sulla base del principio di autonomia si scontra con l'altro valore morale rappresentato dalla responsabilità? Il personale sanitario ha ricevuto prioritariamente la possibilità di accedere alla vaccinazione, sia perché questa scelta di distribuzione riconosceva un'indiscussa premialità a chi era stato in prima linea durante i mesi più duri della pandemia, sia perché i sanitari che si sarebbero sottoposti alla vaccinazione avrebbero veicolato un importante messaggio rispetto alla sicurezza dei vaccini. Un medico che decide di sottrarsi al dovere morale di vaccinarsi compie una scelta che non solo è indice di una mancata responsabilità, ma viene meno anche a quell'etica della cura che caratterizza il rapporto medico-paziente.

Infine, a fronte della necessità di immunizzare quante più persone possibili, esamineremo l'ipotesi di estensione del mandato vaccinale a tutta la popolazione, seguendo nell'analisi le condizioni etiche poste dall'OMS. Ci chiederemo se ciò sia legittimo e se questo si configuri come una misura di responsabilità collettiva da parte delle autorità sanitarie. Rientra infatti tra le competenze degli stati democratici poter introdurre misure coercitive, a patto che queste rispettino determinati criteri etici e vengano attuate limitatamente all'emergenza in corso o in virtù di una possibile emergenza.

Al di là di un obbligo autoritativo, appare piuttosto evidente che, di fronte ad una minaccia così imponente, quando sia stata resa disponibile un'arma sicura ed efficace per contrastare la malattia, ognuno di noi abbia il dovere morale di contribuire per arginare definitivamente tale minaccia. La responsabilità si sostanzia perciò in una decisione che ci coinvolge personalmente, in qualcosa che ci chiama ad essere partecipi alla tutela della salute collettiva.

Capitolo 1

Il concetto etico-filosofico di responsabilità

1. Oltre la nozione di imputabilità

Il concetto di “responsabilità” è uno dei concetti che più frequentemente troviamo nella letteratura etico-filosofica contemporanea; tuttavia, nonostante il forte radicamento di questo termine nel lessico attuale, a differenza degli altri concetti centrali dell’etica quello di responsabilità non possiede una solida tradizione filosofica. Nei grandi classici del pensiero, a guardare bene, esso non compare.

Come sottolinea Fabrizio Turolto, quando oggi in filosofia incontriamo il concetto di responsabilità, viene da chiedersi come sia possibile che un termine assai rilevante e la cui presenza è così imprescindibile nel dibattito etico-filosofico risulti invece assente nei grandi classici del pensiero morale.⁷

Il percorso che affronteremo attraverso questo lavoro, nella sua prima parte, è volto a sondare il concetto dal punto di vista filosofico. L’analisi ci obbliga quindi a partire dall’origine del termine, prendendo in considerazione anche un’indagine di tipo etimologico, proprio in virtù dei molteplici significati che si dispiegano a partire dalla parola “responsabilità”. Il riferimento è alla radice del verbo latino *respondeo*, dalla quale emerge l’idea che a seguito della presa di responsabilità si dia una risposta nel senso di “rispondere di” qualcosa o “rispondere a” qualcuno. È soprattutto in relazione a questo qualcuno che la responsabilità si fa oggetto del nostro interesse filosofico;

⁷ Cfr. F. Turolto, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 15.

fondamentalmente, essa sta ad indicare un rapporto complesso tra un Io con l'Altro, tra un Noi e una determinata situazione assunta come impegno. In poche parole, il concetto ha a che vedere con la dimensione della relazionalità.⁸

Questa sua dimensione, che dalle righe precedenti ci sembra a prima vista semplicistica, merita in realtà di essere esaminata in modo più approfondito. Sarà quindi utile per la nostra ricerca proseguire ponendo l'attenzione sulla ricchezza semantica che si dispiega a partire dalla responsabilità, anche se non tutti gli usi di senso risultano etimologicamente corretti. Tuttavia, al di là di questa polivocità, è comunque possibile rintracciare alcune rappresentazioni del concetto che ci permettono di giungere ad una prospettiva unitaria, ed è proprio da questa che è necessario partire per poter ricostruire la storia del concetto di responsabilità.

Tale prospettiva è data dall'uso politico-giuridico che investe la parola, comparsa per la prima volta nella seconda metà del Settecento nell'ambito del diritto pubblico, più precisamente nel 1787 in *The Federalist* di Alexander Hamilton (folio 64) e nel Codice napoleonico, come obbligo di rispondere delle proprie azioni davanti alla legge o ad altri soggetti.⁹

Nell'uso giuridico classico, il concetto di responsabilità sembra mantenere saldo il suo impiego per mezzo dell'idea di obbligazione a cui è vincolato il soggetto responsabile, ma ciò che concettualmente disorienta è la diffusione dell'utilizzo odierno del termine. Quando invociamo la responsabilità, intendiamo dire che il soggetto diventa responsabile delle proprie azioni, oppure responsabile delle azioni di altri, nel caso in cui questi altri siano affidati o siano posti sotto la tutela di un altro. Spingendo all'estremo la responsabilità, ci ritroviamo ad essere responsabili di chiunque e di qualsiasi cosa. Il filosofo francese Paul Ricoeur parla a tal proposito di uno sconfinamento che oltrepassa l'obbligazione,¹⁰ ma prima di giungere a questa conclusione occorre andare a monte del concetto ricercandone l'antenato, che secondo Ricoeur troviamo sotto il concetto morale di imputazione.¹¹

⁸ Cfr. F. Miano, *Responsabilità*, Guida, Napoli 2009, p. 7.

⁹R. Bonito Oliva, «Responsabilità», voce pubblicata in *Enciclopedia Italiana*, VII Appendice (2007) https://www.treccani.it/enciclopedia/responsabilita_res-9a1e24d3-9bc7-11e2-9d1b-00271042e8d9_%28Enciclopedia-Italiana%29/.

¹⁰ P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità. Saggio di analisi semantica*, in *Id, Il Giusto*, trad. it. di Daniella Iannotta di Marcoberardino, SEI – Società Editrice Italiana, Torino 1998, p. 32.

¹¹ *Ibidem*.

La delimitazione della struttura prima del concetto di nostro interesse va quindi individuata a cominciare dall'ambito giuridico, perché è nei campi del diritto penale e civile che la nozione di imputabilità si è gradualmente trasformata sino ad arrivare a identificarsi con il senso morale della responsabilità.¹²

L'atto dell'imputare, nell'ambito penale, sta a designare l'attribuzione di responsabilità di un fatto (perlopiù considerato come danno o colpa, più raramente come un bene) ad un soggetto;¹³ in ambito civile invece, indica l'obbligo di riparare il danno commesso per propria colpa.¹⁴ Partendo dall'accezione civile dell'imputabilità, ovvero dall'obbligazione di riparazione che fa seguito ad un'infrazione commessa, sembra che l'imputazione conduca necessariamente alla retribuzione, cioè all'obbligo stesso di riparare o subire la pena. Tuttavia, ciò che per Ricoeur costituisce il fulcro dell'imputazione è in realtà il percorso inverso, cioè quello che dalla retribuzione conduce all'attribuzione di una determinata azione al suo autore. Il termine "imputare" è desunto dal linguaggio dell'aritmetica:

«significa propriamente mettere una somma sul conto di qualcuno. Imputare un'azione a qualcuno, egli è adunque attribuirgliela come a suo vero autore, metterla, per così dire, a suo conto, e renderlo responsabile.»¹⁵

L'atto di "mettere in conto" un'azione a qualcuno coincide dunque con l'attribuzione dell'azione al suo autore, che di conseguenza ne diventa responsabile. La metafora del "conto" è particolarmente interessante alla luce dei verbi latini *putare* e *computo*, per il parallelismo che rispettivamente si istituisce tra l'azione matematica del calcolo e la contabilità morale di meriti e colpe.¹⁶

Anche in Kant ritroviamo la nozione di imputazione segnata da un lato da un'azione sottomessa a leggi di obbligazione, dall'altro invece da colui che può essere *imputato*, cioè colui che agisce, considerato come autore dell'effetto.¹⁷

¹² Cfr. *ivi*, p. 33.

¹³ Cfr. «*Imputazione*», voce pubblicata in *Treccani il portale del sapere, vocabolario online*, <https://www.treccani.it/vocabolario/imputazione/>.

¹⁴ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 16.

¹⁵ J.J. Burlamaqui, *Principi del diritto naturale e politico*, trad. it. del Conte Battista Crespi, Giuseppe Molinari, Venezia 1820, p. 53.

¹⁶ Cfr. P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., p. 34.

¹⁷ A riguardo si veda I. Kant, *La metafisica dei costumi*, trad. it. di G. Vidari, Laterza, Bari 1983², pp. 30-31.

Troviamo perciò nell'idea di imputazione la nozione di responsabilità come responsabilità conseguente, ovvero come responsabilità che diventa tale per effetto di un'azione compiuta dall'agente come suo autore.

Il concetto di imputazione, sebbene possa essere considerato come l'antecedente storico del moderno principio di responsabilità e quindi compaia prima di tutte le altre declinazioni del concetto che oggi conosciamo, si presenta comunque come il prodotto di un'evoluzione speculativa, che ha condotto dal puro senso giuridico all'identificazione con il senso morale dell'imputazione. Secondo Turollo questa evoluzione si guadagna attraverso un processo culturale che porta a considerare come unico soggetto sul quale può ricadere la responsabilità-imputazione l'essere umano.¹⁸ A conferma di ciò, nel testo kantiano *La metafisica dei costumi* si legge che «*Persona* è quel soggetto le cui azioni sono suscettibili di una imputazione», a differenza della *cosa*, che invece «è ciò che non è suscettibile di nessuna imputazione».¹⁹

Per Turollo il senso morale della responsabilità riesce ad emergere dal senso giuridico grazie ad un processo di interiorizzazione personale: è dall'esame della coscienza, cioè dalla considerazione di ciò che di più intimo vi è nell'uomo, dalla distinzione tra sentimento e ragione che il soggetto si ritrova ad essere kantianamente giudice di se stesso e allo stesso tempo sottoposto ad un giudizio esterno.²⁰ Ciò che entra in gioco nella responsabilità morale è il senso di colpa che prova l'agente di fronte alla presa di consapevolezza tutta personale per aver compiuto una cattiva azione. L'aspetto rilevante della responsabilità conseguente, ovvero dell'imputabilità, è che essa fa sempre riferimento ad un soggetto capace di assumerla e che ad essa si assoggetta: colui che si rende responsabile è tale perché le azioni compiute sono da egli stesso causate.

A questo punto, è interessante porre l'attenzione su ciò che dalle nostre ultime riflessioni possiamo chiamare "soggetto responsabile": questa figura, in greco antico, era indicata con il termine "causa" (*aitios*). In Aristotele colui che è responsabile (*aitios*) coincide con chi detiene la paternità dell'azione commessa.²¹

¹⁸ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 17.

¹⁹ I. Kant, *La metafisica dei costumi*, op. cit., p. 26.

²⁰ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 17.

²¹ Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, trad. it. a cura di C. Natali, Laterza, Roma-Bari 2003, 1113 b e 1114 a, pp. 95-99.

La responsabilità-imputabilità si identifica un “rispondere davanti a” qualcuno, che corrisponde ad una vittima, alla collettività, ad un giudice o al giudice interno del tribunale della coscienza.

Una prima definizione della responsabilità che permette di andare oltre il concetto di imputabilità, la troviamo nei *Lineamenti di filosofia del diritto* di Hegel,²² dove il filosofo tedesco fa emergere la distinzione tra imputazione, che rinvia alla colpa di chi ha compiuto l’atto di cui è colpevole, e responsabilità, che invece viene posta in relazione alla possibile riparazione del male commesso. Da qui viene un’importante differenza tra imputabilità e responsabilità: mentre la prima guarda all’origine, ed è quindi rivolta al passato, la seconda rimanda invece al risultato dell’atto compiuto; pertanto, l’accento in questo caso è posto sulle conseguenze dell’azione, e così con la responsabilità lo sguardo si apre verso il futuro.

Se a questa nozione che oggi chiamiamo responsabilità è prevalso, soprattutto tra Settecento e Ottocento, il concetto di imputabilità, è perché, come abbiamo avuto modo di vedere, si è trattato di un termine che ha avuto una natura, un uso e una diffusione maggiore all’interno del campo giuridico più che filosofico. Questo spiega perché, come dicevamo all’inizio di questo paragrafo, il termine “responsabilità” non compaia nei classici della filosofia, e sia dunque fuori dall’interesse dei pensatori.

L’esordio del concetto di responsabilità in ambito filosofico coincide con l’esplosione del concetto stesso, accompagnato cioè da riformulazioni e trasformazioni che hanno notevolmente ampliato il significato della responsabilità.

È a partire dal Novecento che il concetto di responsabilità assume un ruolo centrale all’interno del dibattito della riflessione morale. Quest’epoca si apre sotto il segno di un disorientamento profondo, generato da un lato dagli eventi drammatici che hanno segnato i primi decenni del secolo scorso, dall’altro lato dalle nuove scoperte scientifiche e tecnologiche pronte ad aprire nuove esperienze e dimensioni all’essere umano, considerando l’esistenza di quest’ultimo mutevole, in continuo divenire. All’interno di questo orizzonte caratterizzato da complesse contraddizioni, la riflessione morale riesce tuttavia a rinnovarsi, e anzi, proprio da queste difficoltà emerge la necessità per l’etica di innestare su questo terreno una riflessione capace di dare risposte alle problematicità del

²² Cfr. G.W.F. Hegel, *Lineamenti di filosofia del diritto*, 1821, trad. it. di Giuliano Marini, con le Aggiunte di E. Gans, Laterza, Bari – Roma 2001, parr. 115-118, pp. 101-102.

tempo. L'esigenza della rilettura morale dell'esperienza umana obbliga a rimettere al centro della discussione filosofica l'agire umano, e dunque non è un caso che sia all'interno di questo variegato e complesso contesto che il concetto di responsabilità trovi un suo spazio di predilezione. L'etica della responsabilità novecentesca sembra esigere una "responsabilità totale",²³ in cui l'esperienza morale deve confrontarsi non più tanto con l'esperienza in sé, quando più con la significazione che proviene dall'esperienza morale stessa. Ecco che allora per Pietro Piovani la scienza morale nel Novecento viene a coincidere con la coscienza, e l'essere umano deve misurare con la propria esistenza l'obiettivo e le conseguenze del suo agire.²⁴ La verifica dei valori morali avviene attraverso l'esperienza della scelta, è attorno a quest'ultima che si costruisce l'etica di questo periodo: l'uomo è chiamato a riconoscere i propri valori con un impegno che investe la sua esistenza nella totalità.²⁵

Se tra il Settecento e l'Ottocento la responsabilità viene intesa in senso conseguente, richiamandosi all'idea di un'azione già compiuta e implicando un'obbligazione, con il Novecento abbiamo una trasformazione del concetto in cui la responsabilità viene compresa in senso antecedente, ovvero in rapporto ad un atto che deve ancora compiersi.

In quest'ottica la comprende anche Max Weber, quando, nella celeberrima conferenza *La politica come professione* tenuta presso l'Università di Monaco il 28 gennaio 1919, viene messa a tema l'etica della responsabilità (*Verantwortungsethik*).²⁶ Qui la responsabilità viene descritta come una delle prerogative proprie e assolutamente necessarie di chi è impegnato a livello politico, configurandosi come ciò che permette di determinare l'azione. Nello specifico, la responsabilità assume i connotati della "stella polare"²⁷ che spinge l'uomo politico ad interrogarsi sulle probabili conseguenze determinate dalle sue scelte e decisioni che, una volta adottate, andranno ad incidere sulla realtà.

All'etica della responsabilità viene inizialmente contrapposta l'etica dell'intenzione o della convinzione (*Gesinnungsethik*), un'etica dei principi che riguarda l'ambito privato

²³ P. Piovani, «Etica», voce pubblicata nell'*Enciclopedia del Novecento*, Treccani Editore, 1977.
https://www.treccani.it/enciclopedia/etica_%28Enciclopedia-del-Novecento%29/.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Cfr. M. Weber, *La politica come professione* (1919), in Id., *Il lavoro intellettuale come professione*, trad. it. di A. Giolitti, Einaudi, Torino 1976, pp. 109 s.

²⁷ *Ibidem*.

e personale, dalla quale non sembra emerge l'esigenza di interrogarsi sugli effetti delle proprie azioni. Attraverso questa distinzione tra l'etica dell'uomo politico il cui l'operato avrà risvolti pubblici e quella dell'uomo considerato nella sua sfera privata, Weber oppone due modalità di relazionarsi ai valori etici. L'etica dell'intenzione si concentra sul senso (*Sinn*) intrinseco dell'azione, senza porre interesse per le sue conseguenze; l'atto risulta tanto adeguato quanto è coerente con il rispetto del valore etico in cui si crede. Per questo motivo, si può parlare di un'etica assoluta, perché ciò che conta è solamente la congruenza fra comportamento e valore. Nell'etica della responsabilità, dove gli effetti dell'azione producono un cambiamento nel mondo, quest'ultimi devono essere coerenti con il valore etico che guida l'agire. Qui è l'individuo ad essere soggetto responsabile delle conseguenze del proprio agire.²⁸

Dopo aver messo in evidenza l'opposizione tra i due tipi di etica, verso la fine dell'argomentazione Weber arriva a porle in una relazione di complementarità. Secondo questa tesi che di certo non lascia indifferente il lettore,²⁹ l'etica della responsabilità e l'etica dell'intenzione stanno tra loro in una posizione di reciproco completamento per andare a formare il "vero uomo", cioè colui che ha la vocazione alla politica (*Beruf zur Politik*).³⁰ La reciprocità che caratterizza l'uomo politico non modifica però la sostanziale distinzione a cui l'autore giunge delineando da un lato la responsabilità, dall'altro la convinzione, afferenti rispettivamente all'ambito pubblico e all'ambito privato.

Però, così com'è problematico pensare che un'etica pubblica ignori completamente convinzioni, intenzioni e finalità, è difficile che anche un'etica personale non chiami il soggetto a riflettere sulle conseguenze del proprio agire.³¹ La responsabilità qui presa in considerazione è da intendere in senso antecedente, cioè il politico deve rispondere delle proprie scelte, della propria condotta e degli effetti delle sue decisioni, in

²⁸ Cfr. D. D'Andrea, *Cent'anni dopo. Max Weber e la politica come professione e vocazione*, in «Cambio», 8 (2018), n. 16, Firenze University Press, p. 209, <https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/1164244/413368/Dimitri%20D%27Andrea%20-%20Cent%27anni%20dopo.%20Max%20Weber%20e%20la%20politica%20come%20vocazione%20e%20professoine.pdf>.

²⁹ Nelle occasioni precedenti alla conferenza del gennaio 1919, Weber non aveva mai presentato come complementari i modelli di etica proposti. Pertanto, le riflessioni a cui giunge ne *La politica come professione* rappresentano una posizione assolutamente inedita. Si veda D. D'Andrea, cit.

³⁰ M. Weber, *La politica come professione*, cit., p. 119.

³¹ Cfr. A. Da Re, *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, Milano 2010, p. 153.

contrapposizione ad una libertà personale che in Weber risulta svincolata dal suo radicamento naturale, cioè dalla moralità.

Sembra piuttosto difficile agire senza chiedersi se le proprie azioni siano buone, o che gli effetti delle nostre azioni siano ridotti ad un mero calcolo delle conseguenze. La valutazione degli effetti di come agiamo sembra un esercizio imprescindibile che compiamo ogniqualvolta siamo protagonisti delle nostre azioni, e questo esercizio di valutazione rimanda in ultima analisi necessariamente alla presa di responsabilità da parte dell'agente.³²

Diverso invece è l'orientamento dell'etica discorsiva di Karl-Otto Apel, che pur prendendo le mosse da Weber, e quindi declinando la responsabilità in chiave politica, caratterizza però quest'ultima come condizione che appartiene a tutti gli uomini, e non solo a quelli che si occupano della cosa pubblica. Il ripensamento dell'etica operato da Apel³³ parte dallo *status* in cui si trova l'uomo contemporaneo; come abbiamo già ricordato, il Novecento si caratterizza per le sfide etiche inedite che gli uomini si trovano ad affrontare; per questo motivo, secondo Apel è necessario lo sviluppo di una "macroetica planetaria" volta a superare l'etica tradizionale, fondata su base soggettivista e dove resiste ancora il criterio dell'imputabilità individuale o della responsabilità pensata solo all'interno dell'ambito privato.³⁴ Un'etica che si fondi su tali presupposti risulta limitata e insufficiente ad affrontare fenomeni quali il degrado ambientale, il possesso di armi distruttive di massa, l'inquinamento, le disparità economiche nel mondo; fenomeni prodotti dal risultato di azioni, interventi, decisioni pubbliche, per i quali individuare la precisa responsabilità personale diventerebbe un processo difficoltoso, con il rischio di arrivare a giustificare una deresponsabilizzazione collettiva.³⁵ Per Apel esiste piuttosto una "primigenia co-responsabilità di tutti gli uomini"³⁶, tale da rendere la relazione etica tra questi una relazione simmetrica, in cui i rapporti tra i soggetti sono paritetici, fondati sull'eguaglianza e sul reciproco rispetto. L'etica della co-responsabilità è poi anche

³² *Ivi.*, pp. 153-154.

³³ Si veda K.-O. Apel, *Comunità e comunicazione*, Rosenberg-Sellier, Torino 1977.

³⁴ Cfr. A. Da Re, *Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti*, Bruno Mondadori, Milano 2008, p. 266.

³⁵ *Ivi.*, pp. 266 – 267. Cfr. anche Turoldo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., pp. 20 – 21.

³⁶ K.-O. Apel, *Discorso, verità, responsabilità*, 1987 – 1996, trad. it. di V. Marzocchi, Guerini e Associati, Milano 1997, p. 342.

un'etica politica, dal momento che i soggetti appartenenti alla comunità ideale hanno tra loro diritti e doveri che devono valere reciprocamente.³⁷

Anche Hans Jonas promuove un'etica della responsabilità da intendere nell'ottica di una corresponsabilità, senza però l'implicazione di un rapporto costituito da diritti e doveri reciproci tra gli appartenenti della comunità. Secondo Jonas la responsabilità va pensata sempre in relazione all'agire e alle conseguenze che tale agire può avere come effetto sulla vita delle future generazioni, in particolar modo in riferimento al potenziale distruttivo delle scoperte tecnologiche.³⁸ Se i potenziali effetti si manifesteranno in un futuro non immediato, il dovere verso il futuro si rivolgerà a chi è temporalmente e spazialmente lontano da noi. È per questo motivo che un'etica basata sul rapporto di reciprocità secondo Jonas risulta riduttiva: la pretesa di reciprocità si manifesta solo in relazione a ciò che esiste in questo momento, mentre ciò che ancora non esiste non può sollevare alcuna pretesa, né tantomeno subire una violazione dei suoi diritti.³⁹ Se la nostra attenzione deve rivolgersi ad un futuro molto prossimo, è proprio a partire da ciò che non è ancora esistente che dobbiamo ripensare l'etica della responsabilità. Sarà dunque opportuno riformulare il rapporto etico secondo le forme asimmetriche tipiche del rapporto genitore-figli,⁴⁰ trovandosi le generazioni future in una evidente condizione di asimmetria rispetto a noi.⁴¹

Riassumendo il percorso che abbiamo compiuto finora, abbiamo visto che le nuove sfide poste all'uomo e dunque all'etica contemporanea ci obbligano a ripensare la responsabilità in un'ottica che permetta di sorpassare l'originaria nozione di imputabilità,

³⁷ Cfr. A. Da Re, *Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti*, op. cit., p. 267.

³⁸ Si veda H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, trad. it. di P. Rinaudo, Giulio Einaudi Editore S.p.A., Torino 1993.

³⁹ *Ivi.*, p. 49.

⁴⁰ «Ora già nella morale tradizionale esiste un caso (che commuove profondamente anche l'osservatore) di un'elementare *non-reciproca* responsabilità e obbligazione, che viene riconosciuta e praticata spontaneamente: quella nei confronti dei figli che sono stati generati e che senza la continuazione della procreazione nelle cure e nell'assistenza morirebbero. È vero che ci si può attendere da loro nella vecchiaia una contropartita per l'amore e le cure prestate, ma questa non è certo la condizione per la procreazione e tantomeno per la responsabilità che viene riconosciuta nei loro confronti ed è, piuttosto, incondizionata. Questo è l'unico esempio, offerto della natura, di un comportamento del tutto altruistico. In effetti è questo rapporto, legato al fatto biologico della riproduzione, verso la progenie non autonoma, e non il rapporto fra adulti indipendenti (dal quale scaturisce l'idea dei diritti e dei doveri reciproci) che sta all'origine dell'idea di responsabilità in quanto tale; e la sua sfera di azione, costantemente volta a sollevare pretese, è il luogo più originario della sua pratica». H. Jonas, *Il principio responsabilità*, op. cit., p. 50.

⁴¹ *Ibidem.*

la quale si rivolge al soggetto nella misura in cui è responsabile di una colpa commessa. L'apertura verso il futuro invocata della responsabilità spinge invece a considerare gli effetti che seguono all'agire. In entrambe queste delineazioni che ci hanno permesso di vedere il passaggio da imputazione a responsabilità, resta tuttavia il rimando all'atto di rispondere delle proprie azioni, da un lato sia in relazione ad un qui ed ora sia rispetto a qualcosa che è già stato commesso, dall'altro in rapporto ai possibili effetti che il nostro agire mostrerà nel futuro.

A questo punto, viene da chiedersi se sotto il moderno concetto di responsabilità si possa trovare un'unità sostanziale rispetto a quanto abbiamo definito come "responsabilità antecedente". Rintracciare qui un'univocità non sembra possibile: nel corso del paragrafo abbiamo parlato infatti di un'esplosione del concetto nei suoi significati, che quindi certo non si esaurisce in questa sola modalità.

Proseguiremo ora la nostra indagine vedendo gli altri possibili significati della responsabilità.

2. Ulteriori significati del termine "responsabilità"

Nel paragrafo precedente abbiamo cercato di mettere in evidenza il passaggio del concetto di responsabilità dall'ambito giuridico a quello morale, mutamento che ha interessato principalmente l'etica del Novecento. Abbiamo anche già ricordato che è proprio da questa trasformazione nel campo dell'etica che la parola oggetto del nostro interesse è esplosa nei suoi usi e significati. Infine, avevamo accennato a come l'analisi di tali accezioni dovesse essere condotta sotto il profilo etimologico per comprenderne i significati, diventati di uso comune nel linguaggio odierno e nell'ambito della riflessione morale. È da qui che proseguiremo la nostra ricerca, individuando almeno altri cinque significati della nozione di responsabilità. In questo paragrafo ci occuperemo di quattro di questi cinque sensi a cui abbiamo appena accennato, poiché uno tra questi costituisce

il rimando etimologico in grado di accomunare tutti gli altri significati, e dunque merita una riflessione più approfondita che affronteremo successivamente.

Inizieremo questa parte di ricerca dalla responsabilità come etica della promessa, partendo dal termine latino *respondeo* che trova la sua formulazione compiuta nel modello matrimoniale da cui derivano *sponsus* (sposo) e *sponsa* (sposa); proseguiremo con la responsabilità come *responderare*, prospettiva che chiama in causa la capacità phronetica offerta dall'etica di Aristotele; verrà considerata anche la responsabilità in grado di far fronte alle difficoltà, che chiama gli agenti morali ad essere partecipi e attivi delle scelte che si compiono nella storia, senza subirle, andando controcorrente se serve, nella formula sopravvissuta nel lessico francese di resistenza come *responsare*, cioè un'etica della resistenza; infine, torneremo su un'accezione etico-giuridica in cui il termine *respicere* sposta l'attenzione dal soggetto colpevole alla vittima, secondo una prospettiva solidale.

Come abbiamo appena anticipato, il primo senso che andremo ad indagare è quello della responsabilità come impegno e promessa (*sponsio*), che deriva dal verbo latino *respondeo*: promettere, assicurare, dare la propria parola. Il termine si ritrova nel lessico dell'antico diritto romano antecedente al V secolo a.C., precisamente nella formula propria della *sponsio*, un contratto verbale sotto forma di giuramento tramite il quale i privati regolavano i loro impegni e rapporti. Il patto era costituito da una domanda e dalla risposta della controparte; se quest'ultima accettava di impegnarsi nei confronti del richiedente attraverso l'utilizzo del semplice verbo *spondeo* ("prometto"), scattava immediatamente l'obbligo di rispettare il giuramento. Una risposta non formulata mediante questa precisa parola avrebbe annullato ogni effetto giuridico del negoziato.⁴²

Ritroviamo questo sistema negli *sponsali*, ovvero nella promessa matrimoniale, tramite la quale il padre della sposa (*sponsa*) assumeva l'obbligo con il genero (*sponsus*) dandogli in moglie la propria figlia; lo sposo a sua volta si impegnava (*respondeo*) nei confronti del suocero offrendogli rassicurazioni per il futuro, attraverso la promessa solenne (*sponsum*),⁴³ un onere a carico dal genero che andava ad offrire alla famiglia della coniuge garanzie morali ma soprattutto economiche. Anche le legislazioni dell'età moderna continueranno a far valere il diritto alla ricompensa pecuniaria a fronte dello

⁴² Si veda la voce «Sponsio», *Enciclopedia online*, Treccani, <https://www.treccani.it/enciclopedia/sponsio/>.

⁴³ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità.*, op. cit., p. 30.

scioglimento della promessa di matrimonio.⁴⁴ Nella disputa giuridica relativa agli articoli dei vari codici civili, alcuni vedono un'obbligazione causata da colpa contrattuale a carico del promesso sposo, altri da colpa extracontrattuale, altri ancora da una *culpa in contrahendo* precontrattuale.⁴⁵ In ogni caso, tutte queste modalità rappresentano una forma di responsabilità derivante dal mancato rispetto degli obblighi assunti con la formulazione del contratto matrimoniale.

Qui possiamo forse scorgere un'anticipazione in tempi antichi della responsabilità con un interesse rivolto al futuro, nella misura in cui lo sposo, attraverso la promessa al suocero, si fa garante del resto della vita coniugale della sposa, nel senso che egli è disposto a rispondere personalmente dell'eventuale mancato matrimonio.

La responsabilità intesa come capacità di valutazione la ritroviamo invece nell'espressione latina "*res/rem ponderare*", che significa saper vagliare le diverse situazioni particolari, ricavando un giudizio specifico che sia valido per ciascuna di esse.⁴⁶ Ecco che il significato della responsabilità si avvicina in questo modo alla logica della *phronesis* aristotelica, mediante il ricorso ad una saggezza pratica messa in atto attraverso

⁴⁴ «Il codice civile francese non statuisce nessuna norma relativa agli sponsali, ma la giurisprudenza sin dal principio del secolo XIX ha sempre ritenuto che la promesse de mariage, pur non facendo sorgere nessuna azione per pretendere l'adempimento del matrimonio, possa dar luogo, in base all'art. 1382, al risarcimento dei danni, specie nel caso di seduzione. Il codice austriaco (par. 45 e 46) non riconosce azione per ottenere l'adempimento del matrimonio, ma ammette il risarcimento del danno prodotto. Il codice germanico (par. 1298-1302) ammette anch'esso il risarcimento dei danni. Il diritto anglosassone riconosce assai più largamente il risarcimento dei danni anche morali. Il codice svizzero (articoli 90-95) ammette un risarcimento per le spese e, in casi gravissimi, anche per i danni morali. I codici italiani anteriori a quello del 1865, a differenza di quello francese, statuiscono espressamente in alcuni articoli in merito alla promessa di matrimonio. Il codice napoletano del 1819, all'art. 148, stabiliva che "la promessa, fatta davanti all'ufficiale civile, desse luogo in caso di inadempimento al risarcimento del danno in vantaggio della persona che non avesse dato ragionevole motivo a recederne". Il codice sardo agli articoli 106 e 107 concedeva invece azione civile per gli sponsali fatti "per pubblico strumento ovvero per scrittura privata", dando diritto alla parte incolpevole di chiedere il risarcimento del danno effettivamente sofferto e negando in pari tempo ogni valore alla clausola penale. Il legislatore italiano seguì diversa via in questa materia, accentuando ancora più il principio dell'assoluta spontaneità e libertà del volere e cancellando ogni traccia di quell'attenuato costringimento che anche secondo qualcuno dei codici preesistenti poteva derivare dagli sponsali. L'art. 53 cod. civ. dispone: "la promessa scambievole di futuro matrimonio non produce obbligazione legale di contrarlo né di eseguire ciò che fosse convenuto per il caso di non adempimento della medesima". L'art. 54 stabilisce che "se la promessa fu fatta per atto pubblico o per scrittura privata da chi sia maggiore d'età, o dal minore autorizzato dalle persone, il concorso delle quali è necessario per la celebrazione del matrimonio, oppure consta dalle pubblicazioni ordinate dall'ufficiale dello stato civile, il promittente che ricusi di eseguirla senza giusto motivo è obbligato a risarcire l'altra parte delle spese fatte per causa del promesso matrimonio".» E. Volterra, «Sponsali», voce pubblicata in Enciclopedia Italiana, Treccani, 1936.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 37.

un agire responsabile in grado di superare i principi astratti dell'etica, contestualizzando le storie e le situazioni dei soggetti agenti.⁴⁷ Una riflessione morale di questo tipo si pone in netta contrapposizione rispetto al modello del principlismo etico sostenuto da Tom L. Beauchamp e James F. Childress nel loro *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford, 1979), volume in cui si individuano i principi basilari della bioetica a cui si dovrebbe ricorrere in caso di conflitto morale. Il paradigma proposto dai due studiosi, basato sul rispetto di quattro principi fondamentali (autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia) e dalla loro applicazione generale, potrebbe mostrarsi incapace di far fronte alla pluralità del contesto etico contemporaneo, non riuscendo così ad offrire risposte adeguate rispetto allo sviluppo di un'etica della responsabilità. Non a caso, i promotori dell'etica della situazione come Joseph F. Fletcher⁴⁸ e del particolarismo morale come Jonathan Dancy⁴⁹ criticano l'astrattezza di alcune teorie etiche, rivendicando una maggiore attenzione al contesto e alla situazione personale dei soggetti autori dell'agire. Secondo Turoldo non è necessario arrivare alla negazione totale di un approccio teorico all'etica in favore di una prospettiva solamente pratica; è possibile invece cogliere quanto di buono c'è in riferimento a dei principi universali pur criticando il riduzionismo, l'astrattezza e il processo di applicazione meccanica di un principio a cui non può sottostare il giudizio morale. Anzi, è proprio dalla ricerca di principi etici universali che deriva la possibilità di un confronto plurale in una società multiculturale come quella in cui viviamo oggi.⁵⁰

La *phronesis*, come capacità razionale di applicare l'universale alla particolarità delle situazioni, si qualifica dunque come responsabilità nell'atto della scelta, comportamento dal valore sociale che si ripercuote con i suoi effetti sulla comunità. La nostra scelta rispetto a cosa fare e come farlo ci rende responsabili nei confronti del prossimo.⁵¹ Hans-Georg Gadamer nella sua riflessione filosofica, più precisamente con riferimento al suo commento all'*Etica Nicomachea*, dà una definizione della *phronesis* come «un modo

⁴⁷ *Ivi*, p. 8.

⁴⁸ J.F. Fletcher, *Situation Ethics: The New Morality*, The Westminster Press, London 1966.

⁴⁹ J. Dancy, *Moral Reasons*, Blackwell, Oxford, 1993.

⁵⁰ F. Turoldo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 35.

⁵¹ Cfr. I. Nidasio, *La ripresa della filosofia pratica antica nel pensiero di Hans-Georg Gadamer. La razionalità ermeneutica come forma di responsabilità etica*, in «*Lessico di etica pubblica*», anno V Numero 2/2014 – ISSN 2039 -2206, p. 85.

della responsabilità politica e sociale». ⁵² L'attività della virtù phronetica non fornisce solamente delle regole morali, ma si identifica con un determinato modo di essere morale e ciò ci permette di valutare e di riflettere su ogni singola azione, volta per volta, considerandone gli effetti nella vita personale e comunitaria. Ciò che scegliamo di fare all'interno della società costruisce il nostro essere nella comunità, con la consapevolezza di un agire responsabile che sappiamo avere effetti sugli altri.

Il termine "responsabilità" nella sua radice latina non rimanda solo a *respondere*, ma anche a *responsare*, cioè replicare a qualcosa, nel senso di resistere, reagire. ⁵³ Se nel vocabolario italiano questa duplice matrice è andata perduta, essa persiste invece in quello francese. Nell'espressione «un château responsable aux assauts», il termine "responsable" sta ad indicare la capacità di resistenza, in questo caso quella del castello nei confronti degli attacchi. ⁵⁴

La responsabilità viene intesa qui nel senso di capacità attiva di interrogarsi sul senso di quanto accade nella realtà, reagendo ai mutamenti e non limitandosi ad accoglierli o a registrarli passivamente solo perché accadono. ⁵⁵ Questo significato della responsabilità rimanda a quanto Jonas afferma in riferimento all'ideale etico della paura che apre e chiude la sua opera *Il principio responsabilità*. Per Jonas la paura non è una debolezza, non è un'emozione propria dei timidi, ma è semmai una forma di pensiero valutativo che fonda la responsabilità. ⁵⁶ Siamo abituati a considerare la paura e la responsabilità sotto un'ottica pregiudicante, che vede da un lato una passione che sfugge alla razionalità e dall'altro l'emblema della certezza e di uno studio ponderato, due estremi inconciliabili. ⁵⁷ In una tale cornice, la paura viene intesa come un'emozione passiva, incontrollabile, capace di dominarci, la responsabilità invece è un nostro prodotto, qualcosa che ci impegna in prima persona e che dunque dobbiamo essere in grado di governare. ⁵⁸

⁵² Aristotele, *Etica nicomachea*, Libro VI, introduzione e commento di Hans-Georg Gadamer, trad. it. a cura di F. Bolino, Il Melangolo, Genova 2002, p. 26.

⁵³ Cfr. I. Sciuto, *Continuità o rottura tra moderno e postmoderno? L'età del rischio e l'etica della responsabilità*, in C. Vigna (a cura di), *Libertà, giustizia e bene in una società plurale*, Vita e pensiero, Milano 2003, p. 221.

⁵⁴ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 37.

⁵⁵ *Ivi*, pp. 37-38.

⁵⁶ G. M. A. Foddai, *Euristica della paura e vincolo dell'incertezza. Riflessioni su Jonas e Hobbes*, in *Filosofia*, Rivista Annuale, Mimesis, 61 (2016), n.1, p. 118.

⁵⁷ R. Bodei, *Geometria delle passioni. Paura, speranza, felicità: filosofia e uso politico*, Il Mulino, Bologna 1991, pp. 21-24.

⁵⁸ G. M. A. Foddai, *Euristica della paura e vincolo dell'incertezza*, op. cit., p. 119.

Jonas presenta la tesi dell'*euristica della paura*⁵⁹, cioè una metodologia che permette all'uomo di esercitare consapevolmente l'emozione della paura in relazione alla minaccia di un possibile stravolgimento dell'umanità causato dalle conseguenze della tecnica e della scienza. Dalla scoperta della paura come virtù da esercitare, nasce il concetto di una salvaguardia dell'umanità dalla minaccia e dal pericolo. Per Jonas la paura diventa così uno strumento razionale, necessario per la fondazione di principi etici in grado di mobilitare all'azione, compatibile con la responsabilità, che si configura come ciò che permette di resistere all'incertezza per la salvaguardia dell'umanità futura, come la condizione che consente di conoscere l'oggetto di responsabilità:

«[...] quando parliamo della paura che per natura fa parte della responsabilità, non intendiamo la paura che dissuade dall'azione, ma quella che esorta a compierla; intendiamo la paura per l'oggetto della responsabilità.»⁶⁰

In questa rilettura, la paura viene compresa come passione razionale che orienta l'agire alla ricerca di soluzioni, in direzione di un bene individuale e collettivo che si concretizza nella responsabilità verso il progresso futuro dell'uomo.⁶¹

L'idea di responsabilità come resistenza non può non richiamare le vicende storiche che hanno interessato il Novecento, con particolare riferimento ai movimenti politici che si sono organizzati attorno al fenomeno della Resistenza contro l'occupazione nazifascista. L'adesione alla guerra di liberazione è resistenza anche come vera e propria categoria esistenziale: condividere quell'ideale ed essere partigiani vengono concepiti come la responsabilizzazione del proprio *esserci* nella storia.

La responsabilità come categoria esistenziale, come compito dell'uomo di reagire attivamente a ciò che accade, realizzando così l'autenticità e la libertà proprie dell'esistenza umana, è un tema centrale nel pensiero di Jean-Paul Sartre. La riflessione da egli sviluppata tocca tanto l'uomo nel suo essere individuale (*L'essere e il nulla*, 1943), quanto nella sua dimensione sociale (*Critica della ragione dialettica*, 1960). Sartre recupera il carattere eroico della responsabilità perché è sulla promozione della libertà propria e altrui che riposa la responsabilità, un compito primario e assoluto dell'essere

⁵⁹ H. Jonas, *Il principio responsabilità*, op. cit., pp. 34-35.

⁶⁰ *Ivi.*, p. 285.

⁶¹ Cfr. G. M. A. Foddai, *Euristica della paura e vincolo dell'incertezza*, op. cit., p. 135.

umano in quanto tale.⁶² La responsabilità del proprio esistere come vita da realizzare a seguito delle scelte compiute dipende unicamente dal soggetto, ma gli effetti di queste ultime coinvolgono l'umanità tutta.⁶³ In questo aspetto risiede la consapevolezza che assume il soggetto agente come artefice delle proprie azioni nella storia. Da qui viene l'eroicità di cui accennavamo sopra: è dalla realizzazione piena della libertà che deriva l'assunzione della responsabilità come resistenza agli eventi della storia.⁶⁴

Alla luce della ricostruzione attraverso la quale abbiamo dato avvio alla nostra riflessione, viene da chiedersi se con il Novecento le implicazioni giuridiche del termine scompaiano al di sotto di un esclusivo punto di vista morale. Vediamo allora come ultimo dei quattro significati di responsabilità che ci eravamo proposti di indagare qui, uno dei sensi del termine che ricorre più frequentemente nel linguaggio odierno, ovvero la responsabilità come gestione sociale del rischio, dal latino *respicere*, ciò che spetta.⁶⁵ Se nella superata idea di responsabilità vi è l'obbligazione a riparare la colpa commessa, il diritto della responsabilità in epoca contemporanea lascia invece spazio ad una responsabilità senza colpa, dove quest'ultima viene sostituita da concetti quali la solidarietà, la sicurezza, il rischio.⁶⁶ Quando stipuliamo un'assicurazione per "responsabilità civile", che può riguardare un edificio o un mezzo di proprietà, ci aspettiamo che l'assicuratore si impegni a coprire gli eventuali danni che potrebbero riguardare la proprietà assicurata. In questo caso, la responsabilità consiste nell'obbligo di assicurazione contro il rischio. Gli autori della crisi del diritto della responsabilità⁶⁷ pongono come punto di partenza lo spostamento dell'attenzione dal presunto autore del danno alla preferenza nei confronti della vittima per la quale si esige la riparazione nella forma di risarcimento. La prima constatazione di questo avvenuto passaggio la troviamo in una legge del 1898 con riferimento agli incidenti sul lavoro, in cui si rendeva obbligatorio alle imprese assicurarsi contro il rischio in assenza di comportamento colpevole. È nel passaggio da gestione individuale della colpa a gestione sociale del

⁶² Cfr. J.P. Sartre, *L'essere e il nulla. Saggio di ontologia fondamentale* (1943), tr. it. a cura di G. Del Bo, Il Saggiatore, Milano 1984, p. 665.

⁶³ Cfr. J.P. Sartre, *L'esistenzialismo è un umanismo* (1946), tr. it. a cura di G. Mursia Re, Mursia, Milano 2007, p. 30.

⁶⁴ Cfr. J.P. Sartre, *L'essere e il nulla*, op. cit., p. 526.

⁶⁵ F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 39.

⁶⁶ Cfr. P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., p. 45.

⁶⁷ Si veda F. Ewald, *L'État-providence*, Grasset, Paris 1986, e si veda anche L. Engel, *Vers una nouvelle approche de la responsabilité. Le droit français face à la dérive américaine*, in «Esprit», giugno 1993.

rischio che si realizza l'idea di responsabilità senza colpa.⁶⁸ L'assicurazione che dà diritto ad un indennizzo senza comportamento colpevole provato può paradossalmente finire per annullare quel rapporto tra autore dell'azione e azione stessa che è proprio della responsabilità. Per Ricoeur, spingere al limite l'idea di rischio con la conquista da parte di quest'ultima di tutto lo spazio del diritto della responsabilità condurrebbe all'obbligazione di assicurarsi contro ogni tipo di rischio, rischio che arriverebbe a ridursi quindi a fatalità.⁶⁹ Tuttavia, la responsabilità corrisponde sempre ad un "qualcuno", la sorte a "nessuno".⁷⁰ Una volta dissociata la problematica della decisione dall'agente, e ancora di più una volta che l'azione riposa sulla fatalità, vedremo realizzarsi l'esatto opposto della responsabilità?

Poco sopra abbiamo detto che nel diritto della responsabilità concetti come solidarietà, sicurezza e rischio vengono a sostituirsi a quello di colpa. La responsabilità come gestione sociale del rischio allora privilegia e tutela l'altro, che si trova in una condizione di vulnerabilità. Se concentriamo la nostra attenzione sulla solidarietà, realizzeremo che essere solidali con qualcuno non significa decolpevolizzarlo, anzi, significa dividerne le responsabilità nell'ottica di un sostegno reciproco, dato dall'appartenere alla medesima società e di dividerne le finalità,⁷¹ lungi dunque dal voler rendere estranei chiunque dalle conseguenze delle proprie azioni. La responsabilità intesa nel senso latino di *respicere* propone una concezione che vede lo spostamento di attenzione dal colpevole alla vittima, come colei che dev'essere tutelata e protetta.⁷²

L'analisi di questi molteplici significati della responsabilità, come già preannunciavamo, ci ha permesso di vedere che questo concetto ha insite dentro di sé molteplici sfaccettature. Adesso, attraverso la verifica dell'ultimo significato del termine oggetto della nostra ricerca, proveremo a vedere se è possibile in qualche modo relazionare questi sensi e indagare la natura di questa sintesi.

⁶⁸ Cfr. P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., pp. 45-46.

⁶⁹ *Ivi*, pp. 47-48.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ Cfr. voce «*Solidarietà*», in Enciclopedia Treccani, vocabolario online. <https://www.treccani.it/vocabolario/solidarieta/>.

⁷² F. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 43.

3. Aspetti normativi del principio di responsabilità: l'apertura all'intersoggettività

In questa prima parte del nostro percorso abbiamo cercato di scomporre il concetto di responsabilità per poter osservare in modo approfondito e analitico quella “esplosione” di sensi novecentesca di cui parla Ricoeur.⁷³ Attraverso l'analisi condotta abbiamo potuto mettere in evidenza le differenze che segnano i diversi usi della responsabilità, ma giunti a questo punto è lecito anche chiedersi se questa varietà di significati non possa comunque sintetizzarsi al di sotto di un unico comune denominatore. Il passaggio che affronteremo in quest'ultima parte ci obbliga a ritornare all'inizio di questo lavoro. Dobbiamo riprendere il nostro ragionamento da quel cenno etimologico alla responsabilità come risposta che aveva dato avvio alla nostra ricerca e che è comparso spesso lungo la trattazione fin qui condotta, e finalmente esaminarlo per arrivare al valore normativo della responsabilità, cioè alla sua apertura alla reciprocità e all'intersoggettività.

Vedremo i limiti di un'etica della responsabilità che si concentra tutta sul soggetto, così come proveremo ad individuare i problemi legati ad una responsabilità che, in virtù del suo valore collettivistico, amplia il suo raggio sino ad estendersi potenzialmente verso l'infinito, tanto nello spazio quanto nel tempo.

Nel paragrafo precedente abbiamo avuto modo di osservare che è possibile ricondurre la parola responsabilità a diverse etimologie latine, e che ognuna di esplicita un diverso significato del concetto. Nelle lingue europee moderne il termine compare tra il XIV e XV secolo; in particolare le prime testimonianze le abbiamo nella lingua francese, da cui *responsabiliteit* e in quella tedesca nel lemma *Verantwortung*. Sebbene vi siano due radici etimologiche diverse, con rimando al latino *respondeo* per il francese e al sostantivo *Antwort* per il tedesco, in ultima analisi è possibile individuare come entrambe a loro volta siano dipendenti da verbi con il medesimo significato di «rispondere di qualche cosa, rispondere a qualcuno».⁷⁴ L'immediato collegamento tra “responsabilità” e

⁷³ Si veda P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., più precisamente il paragrafo dal titolo *L'idea contemporanea di responsabilità: l'esplosione di un concetto*, p. 40.

⁷⁴ E. Benveniste, *Potere, diritto, religione. Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee* (1969), vol. 2, tr. it. a cura di M.A. Liborio, Einaudi, Torino 1976, p. 407 e s., p. 447.

“risposta” — che oltretutto è palese anche nella lingua italiana — rende evidente l’implicito e necessario riferimento all’Altro. Non si tratta solo di una chiarezza che emerge dall’analisi delle varie etimologie, ma dal carattere teoretico proprio della responsabilità. Abbiamo visto che la concentrazione di significati che si condensano al di sotto del nostro concetto permette di sviluppare un’etica della responsabilità da poter intendere in molti sensi, ma mai attraverso un criterio solipsistico, perché di soggetto responsabile si può parlare solo in relazione ad un agente immerso in una rete di rapporti.⁷⁵

È dalla relazione con l’Altro, dalle conseguenze che le nostre azioni hanno che si genera la responsabilità, verso un Altro che ci può essere prossimo, o che è al di sotto della nostra tutela, un Altro che si configura in senso universalistico come comunità di persone, o come abbiamo visto con Jonas una responsabilità che deve sapersi orientare per salvaguardare il futuro, verso un Altro che con tutta probabilità non conosceremo mai.

Questo interesse della responsabilità nei confronti di un Altro permette di uscire dalla pretesa egemonica della libertà personale tutta concentrata sull’Io, e ci conduce al pensiero di Emmanuel Lévinas, nella misura in cui la relazione emergente è nei termini di una risposta verso qualcuno. Il punto di avvio della riflessione lévinasiana è proprio la relazione tra soggettività e alterità: l’Io risponde ad un Altro che vi si appella, che lo spinge ad agire, questo Altro è assoluta exteriorità al quale non è possibile sfuggire, l’Io viene esortato ad un obbligo di risposta.⁷⁶

La responsabilità che si concretizza attraverso il primato dell’Altro non appartiene semplicemente al modo d’essere della soggettività, ma nasce dalla e nella relazione etica.⁷⁷ Questo rapporto tra soggettività e alterità tuttavia non è reciproco: la responsabilità è sbilanciata, anzi, essa è un impegno che riposa totalmente sull’Io in quanto «suprema passività»;⁷⁸ non è solo soggettività, bensì assoggettamento sul quale incombe il peso della responsabilità. L’Io è nella misura in cui diventa responsabile.⁷⁹

Il carattere asimmetrico della responsabilità per Lévinas è il segno costitutivo e non contingente della nostra soggettività; tuttavia esso pone il problema di una responsabilità

⁷⁵ F. Turolto, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 40.

⁷⁶ Vedi A. Da Re, *Le parole dell’etica*, op. cit., pp. 156-157.

⁷⁷ Cfr. F. Miano, *Responsabilità*, op. cit., pp. 100-101.

⁷⁸ E. Lévinas, *Altrimenti che essere o al di là dell’essenza* (1978), trad. it. di S. Petrosino e M.T. Aiello, Jaca Book, Milano, 1983, p. 145.

⁷⁹ *Ibidem*.

la cui estensione è virtualmente illimitata e a totale carico dell'Io.⁸⁰ La portata di questo tipo di responsabilità si estende fino a coinvolgere tutto il campo d'azione spazio-temporale, perché non solo vi è lo spostamento di attenzione dal soggetto all'Altro, ma si aggiunge anche l'interesse per la salvaguardia futura dell'uomo attraverso gli effetti delle azioni compiute.⁸¹

Vale la pena richiamare per un attimo la concezione etica sviluppata da Hans Jonas di cui abbiamo parlato nel paragrafo 1, per sottolineare come anch'egli, al pari di Lévinas, giunga a una formulazione morale della responsabilità attraverso il rifiuto di un'etica tradizionale fondata sulla simmetria e sulla reciprocità, in quanto essa non sarebbe in grado di soddisfare il dovere che le generazioni presenti hanno rispetto a quelle future.

L'etica tradizionale, sostanzialmente identificata con il kantismo, non poteva prevedere lo sviluppo innovativo dato dal massivo apporto tecnologico che avrebbe condotto l'uomo stesso alla minaccia della cancellazione della vita dalla faccia della terra, al rischio di un'autodistruzione causata dall'errato e inconsapevole utilizzo della tecnica. Il senso di un'etica della responsabilità che amplia il suo ambito di attenzione fino a tendere all'illimitato è quello di mettere in evidenza ciò che le conseguenze di lungo periodo hanno, cioè le ripercussioni che possono incidere in maniera irreversibile nello spazio e nel tempo, segnando profondamente le condizioni di vita delle generazioni future.⁸²

Nell'ottica di un'etica in grado di rinnovarsi, superando quella tradizionale, Jonas opera una riformulazione dell'imperativo categorico kantiano in grado di tenere conto delle trasformazioni sorte con la civiltà della tecnica, includendo il riferimento alle conseguenze con effetti a lungo termine:

«Un imperativo adeguato al nuovo tipo di agire umano e orientato al nuovo tipo di soggetto agente suonerebbe pressappoco così: “Agisci in modo che le conseguenze della tua azione siano compatibili con la permanenza di un'autentica vita umana sulla terra”, oppure, tradotto in negativo: “Agisci in modo che le conseguenze della tua azione non distruggano la possibilità futura di tale vita”, oppure, semplicemente: “Non mettere in pericolo le condizioni della sopravvivenza indefinita dell'umanità

⁸⁰ Cfr. A. Da Re, *Le parole dell'etica*, op. cit., p. 157.

⁸¹ A riguardo si veda P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., p. 50.

⁸² Cfr. A. Da Re, *Le parole dell'etica*, op. cit., p. 158.

sulla terra”, o ancora, tradotto nuovamente in positivo: “Includi nella tua scelta attuale l’integrità futura dell’uomo come oggetto della tua volontà”.»⁸³

Se nella dialettica Io-Altro la responsabilità richiesta prevede una relazione di tipo asimmetrico perché l’Io è chiamato ad un totale assoggettamento rispetto all’altro, è necessario però ricordare che questo Altro non è esclusivamente individuale; di conseguenza il nostro ragionamento deve orientarsi verso un’etica della responsabilità collettiva. Nel momento in cui anche per l’Altro interviene quest’obbligo di risposta, ecco che attraverso la chiamata di un Altro nel senso di una figura terza, quel rapporto che inizialmente assumeva le dimensioni di una totale passività da parte dell’Io improvvisamente si fa reciproco. Quando un terzo identificabile con un altro mio prossimo, o il prossimo dell’Altro interviene nella logica della responsabilità, la sua presenza ci ricorda che non c’è mai solo una singolarità, ma che in ultima analisi l’oggetto della nostra responsabilità è la società.⁸⁴ L’intervento di una figura terza richiede che si stabilisca un ordine di giustizia in cui compare la necessità di giudicare, decidere, valutare e non solo darsi in maniera incondizionata in favore di un Altro. Regolare le relazioni permette di svincolarsi dalla logica totalizzante che vede l’assoluto privilegio dell’Altro, ciò significa istituire dei confini che sono allo stesso tempo il prezzo da pagare per la fedeltà alla responsabilità nei confronti dell’Altro.⁸⁵

Ragionare nei termini di una responsabilità collettiva mette in evidenza i limiti di un approccio strettamente individualistico; ciò, tuttavia, non deve condurre all’esito contrario della deresponsabilizzazione personale poiché, al contrario, l’immagine della responsabilità collettiva deve spingerci ad essere più consci degli effetti cumulativi delle nostre scelte.⁸⁶

Il ricorso al concetto di responsabilità collettiva apre al problema dell’*initium*: se la responsabilità si estende spazialmente e temporalmente, coinvolgendo tutti i soggetti appartenenti ad una comunità il cui sguardo tende al futuro, è possibile individuare un autore, il principio della catena che genera quegli effetti negativi a danno degli altri esseri

⁸³ H. Jonas, *Il principio responsabilità*, op. cit., p. 16.

⁸⁴ Cfr. F. Miano, *Responsabilità*, op. cit., p. 103.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ Cfr. A. Da Re, *Le parole dell’etica*, op. cit., p. 160.

umani?⁸⁷ Quando ci riferiamo a problematiche la cui portata non è quantificabile, ad esempio, l'anomalo riscaldamento globale di cui iniziamo in questi ultimi anni a vedere i primi effetti e che molto probabilmente saranno sempre più evidenti e distruttivi, come si può identificare il responsabile? Stiamo infatti parlando di decisioni singole che si sono sommate e ripetute per un numero indefinito di volte nel tempo. Per Ricoeur è come se «la responsabilità, allungando il suo raggio, diluisse i suoi effetti sino a rendere inafferrabile l'autore o gli autori degli effetti nocivi da temere».⁸⁸ Se la responsabilità come imputazione, nel suo riferirsi al passato, prendeva atto solo di quanto già accaduto, l'apertura al futuro rende difficile definire come "responsabile" qualcuno i cui effetti delle azioni commesse si riveleranno solo tra decenni o addirittura secoli.⁸⁹ Infine, l'idea di una riparazione, sostituita da quella di assicurazione come gestione sociale del rischio, risulta di difficile attuazione entro un'ottica che non prevede alcun rapporto di reciprocità tra autori delle azioni e vittime.⁹⁰

Secondo Ricoeur siamo di fronte a problematiche oggettive, la cui portata è virtualmente illimitata, che si rivolgono al futuro e per le quali non è possibile una risposta esaustiva; è quindi opportuno dare alla responsabilità un'impronta prospettica basata sull'idea di prevenzione.⁹¹

La responsabilità che stiamo cercando abbiamo compreso non essere più solo strettamente individuale e nemmeno intenzionata a tutelare unicamente la relazione interpersonale. La responsabilità intersoggettiva e collettiva si fonda sulla consapevolezza delle connessioni che esistono tra le diverse forme di vita e sulla rilevanza che il comportamento umano può avere sull'esistenza degli altri esseri viventi.⁹² Restando sempre nell'ambito dell'etica ambientale, per comprendere che cosa significhi essere parte di una macro-catena della responsabilità generata dalle micro-azioni dei soggetti agenti, possiamo ricorrere alla cosiddetta "metafora della rete"⁹³: posto che le

⁸⁷ Si veda P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità*, op. cit., p. 50.

⁸⁸ *Ivi*, p. 51.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² Cfr. A. Da Re, *Le parole dell'etica*, op. cit., p. 159.

⁹³ Arne Naess, fautore della *deep ecology*, elabora la metafora della rete in un saggio dedicato all'etica ambientale. All'interno di essa i vari «nodi della rete biosferica» sono rappresentati dagli organismi, esseri umani compresi; cfr. A. Naess, *Il movimento ecologico: ecologia superficiale ed ecologia profonda. Una sintesi* (1973), in M. Tallacchini (a cura di), *Etiche della terra. Antologia di filosofia dell'ambiente*, Vita e Pensiero, Milano 1998, p. 143.

problematiche la cui estensione è potenzialmente illimitata generano catene di micro-azioni che sommate tutte assieme arrivano a generare degli effetti nocivi, secondo quest'immagine formulata da Arne Naess intervenire su un punto della rete significa modificare le condizioni di vita dell'intera rete, partendo dai nuclei più vicini ma arrivando anche ai punti più lontani. La metafora ci aiuta a comprendere l'impatto di una responsabilità collettiva: i comportamenti individuali in quanto tali sembrano avere un impatto limitato, ma, considerati nel loro insieme e se perpetrati nel tempo, incidono significativamente nella vita di tutti, anche di coloro i quali non hanno mai agito individualmente in un determinato modo.

Ora, tutta la riflessione condotta in questa prima parte della nostra ricerca era finalizzata a comprendere l'evoluzione del concetto di responsabilità, divenuto così rilevante nella nostra quotidianità e nell'ambito della filosofia morale contemporanea, ma era anche necessaria per fare chiarezza sul tema del nostro lavoro che ci impegnerà nei capitoli successivi. Avevamo bisogno di capire il significato profondo della responsabilità per poter proseguire nell'affrontare la questione che qui è di nostro interesse.

Da qui in poi, la nostra trattazione riguarderà il tema dell'etica della sanità pubblica e proveremo a dimostrare come, anche in questo ambito, la questione della responsabilità abbia assunto una posizione centrale, come la responsabilità individuale indissolubile da quella collettiva sia a favore degli Altri, e proveremo a svolgere il compito esaminando gli aspetti che hanno interessato e che continuano ad interessarci con la pandemia causata dal virus SARS-CoV-2, meglio nota come Covid-19.

4. La responsabilità nell'ambito della sanità pubblica

Fino a questo momento abbiamo trattato la questione della responsabilità nei termini di un problema filosofico. L'intento di questo lavoro non è solo quello di provare a sciogliere un concetto così estremamente denso e rilevante nell'economia contemporanea del pensiero, bensì quello di riuscire a mettere in evidenza come certi concetti filosofici

siano determinanti nell'agire pratico. Quindi, se solo apparentemente tutta la nostra riflessione può sembrare distante dalle urgenze del nostro presente, ci basterà pensare all'esperienza della pandemia da Covid-19 per capire che cosa significhi misurarsi individualmente e socialmente con la responsabilità. Chi più, chi meno consapevolmente, ma tutti abbiamo avuto a che vedere con l'esigenza di essere prontamente disposti a rispondere alle urgenze di un presente stravolto dalla pandemia.⁹⁴ Abbiamo visto che una responsabilità legata al presente acquisisce il suo senso solo se questa sa proiettarsi verso il futuro: quando oggi nel nostro presente attuiamo un comportamento responsabile attraverso l'accettazione delle restrizioni, sottoponendoci ad esempio alla vaccinazione, rispettando le disposizioni sanitarie, al di là della nostra consapevolezza personale, stiamo già mettendo in atto comportamenti le cui conseguenze vanno a costruire il nostro domani.⁹⁵ La responsabilità diventa così contemporaneamente una parola-chiave per poter decifrare la nostra realtà e anche una modalità per individuare le prospettive di sviluppo future.

Se come abbiamo visto nelle riflessioni che hanno aperto questo paragrafo la responsabilità non è mai solamente individuale, ma essa si qualifica invece come una misura che ci spinge ad uscire dalla nostra individualità, l'esigenza di pensare ad un'etica della responsabilità collettiva oggi, in questo preciso momento storico di pandemia, assume un valore estremamente significativo, perché non possiamo non sentirci responsabili, coinvolti, partecipi, attenti e allo stesso tempo responsabili insieme, cioè corresponsabili.⁹⁶

Il dibattito sui temi etici è stato inevitabilmente interessato dalla pandemia con riferimento non solo alla responsabilità personale o interpersonale, ma anche sui temi relativi alla sanità pubblica. Ancora prima dell'insorgere della pandemia, Fabrizio Turollo ha cercato di dimostrare come proprio relativamente alla sanità pubblica il concetto di responsabilità avesse assunto una posizione centrale⁹⁷ nel dibattito della bioetica, disciplina sorta negli anni '70 del Novecento per fronteggiare le problematiche verificatesi nell'ambito della pratica clinica e della ricerca scientifica in campo medico.⁹⁸

⁹⁴ Cfr. F. Miano, *Nuovi profili della responsabilità*, in *Oltre la pandemia. Società, salute, economia e regole nell'era post Covid-19*, op. cit., p. 530.

⁹⁵ *Ivi*, p. 131.

⁹⁶ *Ivi*, p. 532.

⁹⁷ Cfr. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 73.

⁹⁸ *Ibidem*.

Il campo d'indagine della bioetica si è esteso negli anni da questioni concernenti i singoli individui sottoposti alla pratica clinica o alla ricerca scientifica a temi sorti dagli interventi nella sanità pubblica, e questo ampliamento d'interesse ha fatto sì che dall'originario principio di autonomia che rappresentava il cardine della bioetica, un ruolo fondamentale venisse poi assunto dal principio di responsabilità.⁹⁹ L'orientamento individualistico della bioetica, compreso sotto il principio dell'autonomia,¹⁰⁰ è venuto a scontrarsi con le tematiche di un'etica della sanità pubblica concentrate non sul problema del singolo ma su dibattiti di scala sociale; infatti la sanità pubblica ha come obiettivo la cura della popolazione nel suo complesso, in un'ottica preventiva.¹⁰¹

Nell'ambito medico della sanità pubblica l'applicazione esclusiva del principio di autonomia sembra risultare problematica sotto alcuni punti di vista. Dicevamo che l'obiettivo della sanità pubblica è quello di occuparsi della popolazione nel suo complesso, attraverso la messa in atto di politiche mediche a scopo preventivo, tant'è vero che in quest'ambito medico gli interventi sanitari possono essere giuridicamente obbligatori e regolamentati.¹⁰² Più precisamente, Wendy Rogers e Dan Brock asseriscono che «la sanità pubblica può essere coercitiva, sostenuta da forze di polizia, mediante interventi che sono imposti senza procedure per la raccolta del consenso, procedure che diamo per scontate nella normale pratica clinica».¹⁰³ In ambito bioetico il rispetto del principio di autonomia nasce per andare a compensare un *ethos* medico sostanzialmente fondato sul principio di beneficenza¹⁰⁴ e sul paternalismo medico,¹⁰⁵ ed esso si rivolge al

⁹⁹ *Ivi.*, p. 74.

¹⁰⁰ «Agli esordi della bioetica, il bene dell'individuo, e in modo particolare la sua autonomia, costituiva il tema dominante», D. Callahan, B. Jennings, *Ethics and public health: forging a strong relationship* in «*American Journal of Public Health*», 92 (2002), n.2, p. 169 (trad. it. mia).

¹⁰¹ Cfr. Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 76.

¹⁰² *Ibidem.*

¹⁰³ W. Rogers, D. Brock, *Bioethics*, Editorial, 2004, 1, p. 3.

¹⁰⁴ Il principio di beneficenza rappresenta il principio cardine di tutta l'etica medica. Esso prevede che il primo dovere della figura del medico sia quello di fare il bene del paziente, rimuovendone il male e prevenendo i danni futuri. All'interno di un'ottica paternalistica, la promozione della salute in nome del bene del paziente era giustificato dalla constatazione che il rifiuto di una cura efficace rappresentava la prova tangibile dell'incompetenza da parte di colui che rifiutava il trattamento. Cfr. Turollo, *Breve storia della bioetica*, Lindau, Torino 2014, p. 27.

¹⁰⁵ Il paternalismo medico è stato a lungo radicato nella pratica medica occidentale, sin dalle origini con Ippocrate (460-370 a.C.). Egli esprimeva la convinzione che le malattie croniche avessero origine dall'incapacità dei pazienti di condurre una vita basata sugli ideali etici classici del "giusto mezzo" e del "nulla di troppo". Per Ippocrate era la sregolatezza dall'alimentazione all'attività sessuale a condurre alla malattia. Il compito del medico era poi quello non solo di cura dalla malattia, ma anche di insegnamento del giusto ideale etico da seguire. Si generò così un rapporto medico-paziente fortemente squilibrato.

paziente nella sua singolarità, in quanto capace di autodeterminare e consapevole delle sue scelte personali. Risulterebbe quindi impossibile applicare il suddetto principio nel campo della sanità pubblica, o almeno, all'interno di questa sfera della medicina il principio di autonomia ricoprirebbe un ruolo minore dal momento che misure sanitarie coercitive possono essere messe in atto senza il consenso dei singoli individui qualora si palesi la necessità di proteggere una comunità intera.

Tra i fondamenti morali della sanità pubblica, il medico americano Hermann Biggs annovera la possibilità che siano introdotte e rispettate «misure che potrebbero sembrare radicali e arbitrarie» se non fosse che queste sono concepite con lo scopo di proteggere il bene pubblico e apportare effetti benefici.¹⁰⁶

Di fronte all'inadeguatezza del solo principio di autonomia, sembra indispensabile individuare un principio pratico che possa valere nell'ambito della sanità pubblica. Un buon candidato ad assumere questo ruolo sembra proprio essere, anche in questo caso, il principio di responsabilità.¹⁰⁷

Nei paragrafi precedenti abbiamo visto che nella sfera del diritto la responsabilità viene intesa come obbligo di riparazione ai danni causati per propria colpa per quanto riguarda il campo del diritto civile, mentre nell'ambito del diritto penale implica l'obbligo di subire una pena. La responsabilità viene definita “responsabilità conseguente” in quanto il responsabile dell'azione che ha causato il danno lo diventa solo in seguito allo svolgimento dell'azione stessa.

Quando parliamo di responsabilità in riferimento alla sanità pubblica, si è responsabili tanto per ciò che è accaduto, quanto per quello che potrebbe avvenire se tutte le misure preventive possibili non venissero attuate. Qui la responsabilità non viene intesa solo in

Nella cultura greca era poi radicata l'idea che il paziente non potesse discutere la prescrizione del medico; anche in epoca medievale per Sant'Antonino da Firenze (1389-1459) un uomo malato dev'essere curato anche se contro la sua volontà. La concezione paternalistica nel Cinquecento ha trovato un fondamento burocratico attraverso l'istituzione degli ordini dei medici, legittimando la possibilità d'intervento dell'autorità medica. Solo nell'Ottocento con l'introduzione dell'anestesia chirurgica utilizzata anche per superare le obiezioni di pazienti alle cure, i pazienti iniziarono a considerarsi vittime della chirurgia e si aprì la battaglia contro il paternalismo e verso il riconoscimento della libertà nelle cure. Dopo la Seconda guerra mondiale, a seguito degli orrori messi in atto attraverso sperimentazioni dai medici nei lager nazisti, il Processo di Norimberga sancì il principio secondo cui nessuno può essere sottoposto a sperimentazione se non per propria scelta. Tuttavia, fu solo tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso che si consolidò l'idea che il medico non potesse agire coercitivamente sul paziente., *ivi.*, p. 29 e s.

¹⁰⁶ H. M. Biggs, *Preventive Medicine in the City of New York*, Health Department, New York 1897, p. 28, nota 2.

¹⁰⁷ Cfr. Turoldo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 79.

modo conseguente come abbiamo appena detto per il campo del diritto civile e penale, ma viene intesa anche e soprattutto come responsabilità antecedente. Infatti, mentre la responsabilità conseguente si concentra sul colpevole, cioè su colui che ha commesso l'azione colposa, la responsabilità antecedente viene associata all'idea di una potenzialità dei danni che potrebbero avvenire e che non si sono ancora verificati, quindi l'attenzione riposa sulle potenziali vittime.¹⁰⁸

Il principio di autonomia sembra limitato e limitante se applicato alla sfera della sanità pubblica, contrariamente al principio di responsabilità che diventa così un altro concetto chiave di quest'ambito della medicina. La responsabilità, nel suo "rispondere a" qualcuno, riesce tuttavia a comprendere il rispetto per l'autonomia della persona, ad esempio in seguito alla richiesta da parte di un paziente di interrompere delle cure.¹⁰⁹ Ma responsabilità è anche un "rispondere di" in grado di assumere la forma del principio di beneficenza o nell'ottica di un'assicurazione nei riguardi del futuro, promuovendo in entrambi i casi il bene di qualcun altro.¹¹⁰

La responsabilità poi è anche capacità di valutazione (*responderare*), e questo aspetto del concetto sembra essere fondamentale nell'ambito della sanità pubblica. Abbiamo potuto sperimentarlo proprio con la pandemia che ci sta interessando da marzo 2020: essere responsabili di una popolazione intera, esposta ai rischi letali di un virus estremamente contagioso, richiede interventi urgenti e tempestivi, attraverso la messa in atto di misure coercitive come restrizioni od obblighi vaccinali che non sempre riescono a rispettare il principio del consenso informato.¹¹¹

¹⁰⁸ *Ivi.*, pp. 79-80.

¹⁰⁹ *Ivi.*, p. 80.

¹¹⁰ *Ivi.*, p. 81.

¹¹¹ Il consenso informato in ambito medico esprime la volontà del paziente in merito all'attuazione o meno di un determinato trattamento sanitario. Da tempo, tuttavia, si sottolinea come ad essere informato debba essere il paziente, e non il "consenso" a cui fa riferimento l'aggettivo "informato". L'obbligatorietà del consenso informato viene sancito dal *Rapporto Belmont* nel 1979, nel rispetto dei principi di giustizia, beneficenza e autonomia. Anche la Costituzione italiana, precisamente con gli artt. 13 e 32 (attraverso i quali viene dichiarata l'inviolabilità della libertà personale e viene riconosciuto che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge), decreta che per il medico vi è l'obbligatorietà di dotarsi del consenso informato da parte paziente prima di procedere con un trattamento sanitario. Il consenso informato ha carattere di validità se personale, libero, esplicito, consapevole, specifico, attuale e revocabile in ogni momento. Il paziente ha il diritto e il dovere di conoscere tutte le informazioni relative alla propria salute e alla malattia, chiedendo al professionista sanitario di avere tutti i chiarimenti in merito e, una volta informato, di avere conseguentemente la possibilità di scegliere se proseguire con una terapia o un trattamento o se rifiutarlo. Tutte queste azioni mettono bene in evidenza come al centro del processo vi siano la persona e le sue scelte, mentre la dicitura "consenso informato" rischia di ridurre l'atto ad una mera trasmissione di informazioni e a una

Il principio di responsabilità inteso come responsabilità antecedente implica che il concetto di colpa venga sostituito da quelli di solidarietà, sicurezza e rischio; di conseguenza, è possibile che nel caso della minaccia di un'epidemia sia meglio intervenire prontamente, anziché procedere con misure restrittive solo dopo aver raccolto il consenso informato di tutte le persone appartenenti ad una comunità. Questa è una valutazione che dipende dal singolo caso, infatti:

«Dal momento che ogni azione particolare nel campo della sanità pubblica, sia essa pratica o politica, può anche avere caratteristiche che violino una o più considerazioni morali generali, sarà necessario determinare quale di queste abbia la priorità. [...] è meglio riconoscere la necessità di operare una mediazione tra le varie considerazioni morali generali quando i conflitti insorgono, valutando attentamente le loro circostanze particolari. Non siamo in grado di determinare in anticipo il peso delle varie argomentazioni morali, lo possiamo fare solo tenendo conto dei contesti particolari che possono influire sul loro peso».¹¹²

Nella prima parte della nostra ricerca abbiamo trattato il concetto etico-filosofico di “responsabilità” facendone emergere quante più sfaccettature possibili. Questo percorso di chiarificazione del termine ha costituito un passaggio fondamentale per arrivare al tema di un'etica sanitaria che, in quanto concentrata sulla salvaguardia e la prevenzione di un'intera comunità, si qualifica come un'etica della responsabilità.

Giunti a questo punto con la ricerca, è necessario proseguire e comprendere come effettivamente l'agente morale, attraverso le sue azioni, risponda di sé stesso e degli altri, per sé e per gli altri. Proseguiremo allora con i prossimi capitoli prendendo in esame alcuni aspetti legati alla pandemia da Covid-19, quali la responsabilità legata alla scelta vaccinale e l'attuazione di alcune misure coercitive nell'ottica di una responsabilità preventiva.

formalità burocratica come la compilazione di un modulo. Il consenso, benché comprensivo della fase informativa, include anche ulteriori ed importanti aspetti di carattere comunicativo-relazionale. A riguardo, si veda F. Marin, *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019, p. 101.

¹¹² J. F. Childress, R.R Faden, R. D. Gaare, et al., *Public health ethics: mapping the terrain*, «Journal of Law and Medical Ethics», 30 (2002), n.2, p. 172.

Capitolo 2

Vaccinazioni contro il Covid-19: un bene comune tra responsabilità personale e collettiva

1. La responsabilità nelle vaccinazioni tra diritto e dovere, dal singolo alla comunità: alcuni profili etico-giuridici

Se nel capitolo precedente abbiamo tentato di indagare il significato del termine filosofico “responsabilità”, mostrandone la sua portata etica e teoretica, è tempo ora di procedere con un’applicazione del concetto ai temi della nostra contemporaneità.

In questo capitolo verranno analizzate alcune delle questioni sollevate dal tema della vaccinazione, seguendo il filo rosso dell’argomento di nostro interesse, cioè la responsabilità. Perciò, affronteremo l’argomento della vaccinazione come scelta di responsabilità; in particolare, ci concentreremo sulla campagna vaccinale in corso contro il Covid-19.

I vaccini costituiscono indubbiamente una delle più grandi conquiste nella storia della medicina: essi rappresentano il risultato di quasi due secoli di progresso scientifico e ancora oggi risultano essere il metodo più sicuro ed efficace per proteggersi da malattie le cui conseguenze potrebbero rivelarsi fatali.¹¹³ La vaccinazione non riveste solamente un fondamentale valore medico; essa ha anche un valore etico-sociale: chi vi si sottopone

¹¹³ M. Bonora, *L’importanza delle vaccinazioni sui bambini*, Fondazione Centro Nazionale di Androterapia Oncologia (CNAO), articolo online disponibile al link: <https://fondazionecnao.it/domande-agli-specialisti/l-importanza-delle-vaccinazioni-sui-bambini>.

non si protegge solo individualmente, bensì tutela anche la salute altrui, evitando che il contagio si diffonda.¹¹⁴

Da una campagna di vaccinazione sorgono però numerose questioni, molte delle quali hanno una rilevanza etica non indifferente, come l'introduzione di un'eventuale obbligatorietà, specie in condizioni di emergenza, il rifiuto del vaccino motivato da convinzioni che spesso sono prive di fondamento scientifico, la possibilità che il principio di solidarietà resti mero principio astratto e che non si realizzi un'effettiva equa distribuzione delle risorse volta a proteggere globalmente gli individui, e molto altro ancora.

Inizieremo questa analisi con un approfondimento generale sulla salute e i suoi aspetti etico-giuridici costitutivi relativamente all'organizzazione di una campagna vaccinale, nell'ottica di una responsabilità personale e collettiva. Proseguiremo con il tema dell'equità nella distribuzione delle risorse di un vaccino considerato "bene comune"; infine, considereremo una delle problematiche più rilevanti di questi ultimi decenni in ambito medico e sociale: l'esitazione vaccinale.

Il processo di vaccinazione consiste nella somministrazione di materiale antigenico in grado di produrre anticorpi protettivi contro una o più malattie infettive. Un vaccino può essere costituito sia da agenti infettivi, attenuati o uccisi, sia da alcune loro componenti che possono essere riprodotte artificialmente grazie all'ingegneria genetica. Una volta somministrato, il farmaco inizia ad agire dopo 15-20 giorni dall'inoculazione, cioè dopo il tempo necessario a produrre la risposta immunitaria. Le campagne vaccinali hanno uno scopo preventivo, e dunque la loro attuazione è finalizzata a proteggere dal rischio di contagio. A questo pericolo però non sempre è possibile sottrarsi: nel caso in cui un soggetto già vaccinato contragga comunque l'infezione, la risposta immunitaria data dal farmaco può facilitare il processo di guarigione dalla malattia naturale e attenuare la sintomatologia del contagio.¹¹⁵

Una campagna vaccinale, dai suoi aspetti organizzativi fino a quelli etici, rientra indubbiamente nella più ampia discussione attorno alla salute. Nella nostra quotidianità il termine "salute" è piuttosto frequente e rilevante, e spesso la convinzione circa la salute è che concettualmente questa nozione sia piuttosto delineata e chiara. Possiamo dire che

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, 22 settembre 1995, p. 9, https://bioetica.governo.it/media/1906/p20_1995_vaccinazioni_it.pdf.

una persona è in salute quando essa non mostra segni di sofferenza. Questa definizione, tuttavia, considera unicamente quella componente soggettiva tale per cui la salute si identificherebbe con uno stato di assenza della malattia. Anche se indubbiamente la dimensione fisica della salute sia costitutiva per distinguere la sofferenza dallo “stare bene”, non possiamo perdere di vista il valore oggettivo che questo termine riveste.¹¹⁶ La salute interessa anche una dimensione pubblica i cui provvedimenti e forme d’intervento incidono sostanzialmente nella vita degli individui;¹¹⁷ basti pensare ai tanti decreti ministeriali emanati in questo tempo di pandemia che ancora oggi continuano a regolare i comportamenti cautelativi da tenere nella nostra vita personale, lavorativa e sociale. È forse proprio attraverso eventi così profondamente incisivi nella nostra quotidianità che comprendiamo quanto sia ampio ciò che credevamo fosse invece definito ed evidente. Se il termine “salute” si limitasse unicamente ad evidenziare un corpo non sofferente, potremmo comunque dire che in esso è assente la malattia? Una delle più grandi scoperte relative a questo virus è stata l’identificazione dei cosiddetti “asintomatici”,¹¹⁸ soggetti risultati positivi alla malattia sebbene non presentassero i sintomi tipici del virus (tosse, raffreddore, febbre). Possiamo definire “in salute” tutti i soggetti nei quali il contagio si presenta in forma asintomatica? Decisamente no; anche se il loro corpo non presenta i segni evidenti della malattia, in essi è comunque presente un’infezione la cui capacità di propagarsi è esattamente uguale a quella trasmessa dai soggetti con sintomatologia. Questo esempio, tratto proprio dall’esperienza pandemica che stiamo vivendo, ci permette di comprendere come i confini del termine “salute” – e per converso quindi anche quelli di “malattia” –, siano ben più ampi di ciò che crediamo, e in questo caso forse anche più sfumati. Tuttavia, comprendere che la salute non si riduce unicamente al riconoscimento di un corpo che manifesta segni di dolore ci permette di acquisire una consapevolezza diversa rispetto la salute, nonché di avanzare nuove pretese, cioè diritti, verso il sistema di sanità pubblica che tutela la nostra salute, personale e di comunità.

Secondo la definizione data dall’OMS (Preambolo dell’atto costitutivo, 1946), la salute è «Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto

¹¹⁶ Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l’equità nella salute*, 25 maggio 2001, p.10, https://bioetica.governo.it/media/3585/p49_2001_equita-nella-salute_it.pdf.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ A riguardo, si veda E. Lavezzo, E. Franchin, C. Ciavarella, et al., *Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo’*, «Nature», 584 (2020), pp. 425–429.

l'assenza di malattia o di infermità». Questa definizione ha avuto un ruolo di rilievo nel superare una concezione puramente biologica dei fenomeni patologici. Le opzioni prese in esame nella nozione formulata dall'OMS esprimono una condizione complessiva di efficienza psicofisica tale da mettere in gioco nuovi aspetti che influiscono sulla considerazione della salute nel suo complesso.¹¹⁹ Questo concetto, considerato secondo una prospettiva ampia ed estesa, è stato ulteriormente precisato al Congresso internazionale sulla promozione della salute, tenutosi in Canada nel novembre 1986, attraverso la stesura della *Carta di Ottawa*. All'interno di questo documento, infatti, la salute si declina come una risorsa di vita quotidiana, e quindi lo stato completo di benessere fisico, mentale e sociale si identifica per l'individuo o per il gruppo con la possibilità di poter soddisfare i propri bisogni, realizzare le proprie aspirazioni. Quest'ottica allargata supera la dimensione puramente fisica della salute, ed insiste sulle risorse sociali e personali che permettono di promuovere la salute nella sua globalità.¹²⁰

Una nozione ancora più determinata del concetto compare all'art. 25 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*: «Ogni persona ha diritto ad un livello adeguato che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, l'alimentazione, il vestiario, la casa, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari». Questo articolo inquadra la salute in un contesto di altri diritti che, in qualità di fattori primari, contribuiscono al suo stesso miglioramento.¹²¹ Operare su questi equivale ad agire attraverso misure di prevenzione che, unite a provvedimenti specifici per le singole malattie, come ad esempio lo studio e la produzione di un vaccino, possono promuovere o migliorare lo stato di "salute possibile" della persona.¹²²

Costitutivo della salute è infatti il tema della prevenzione, nella quale si inserisce la funzione e lo scopo di una campagna vaccinale. Parlare di prevenzione però spesso non aiuta a comprendere realmente l'importanza che essa ricopre per la salute, cioè un'azione radicale diretta alle cause prime delle patologie, che mira alla rimozione dei fattori di rischio e di accertata nocività, con conseguenti effetti positivi su tutta la popolazione.¹²³ Tale è appunto l'obiettivo di un vaccino, la cui portata preventiva diventa anche

¹¹⁹ G. Majani, *Introduzione alla psicologia della salute*, Erickson, Trento 2013, p. 39.

¹²⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, cit., p. 10.

¹²¹ *Ivi*, p. 11.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ivi*, pp. 16-17.

immediatamente etica nella misura in cui la prevenzione agisce secondo una virtù anticipatrice: un'azione diretta alla causa della malattia impedisce il verificarsi di un danno futuro o di attenuarne le sofferenze, garantendo così al soggetto la possibilità di attendere al proprio progetto di vita e di esserne l'agente morale.¹²⁴

Tutto ciò di cui abbiamo discusso fino ad ora si concretizza però solo attraverso una programmazione sanitaria basata su scelte politiche strategiche, nonché sugli investimenti delle risorse pubbliche atte a garantire le cure a cui ciascun individuo ha diritto.¹²⁵

Il diritto alla salute è tutelato dalla Costituzione della Repubblica italiana sia in quanto diritto fondamentale dell'individuo, sia in quanto interesse della collettività. Recita infatti l'Articolo 32 della nostra Carta costituzionale:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.»

L'articolo, nonostante appaia sintetico nei contenuti, rappresenta una norma costituzionale complessa che in questo lavoro di ricerca merita un approfondimento data la centralità del concetto di salute in tempo di pandemia e visti gli aspetti etici in esso coinvolti.

Nel primo comma dell'articolo compaiono: la Repubblica, l'individuo e la collettività. Nel secondo comma invece abbiamo la tutela, il diritto alla salute e l'interesse collettivo. Come primo compito della Repubblica, cioè dell'insieme di tutti gli enti pubblici funzionali e territoriali,¹²⁶ emerge nell'articolo la tutela della salute, vale a dire che la Repubblica è responsabile della salute pubblica, la quale si esplicita nel dovere di garantire il diritto fondamentale alla salute ad ogni soggetto che nella sua singolarità appartiene alla collettività; pertanto, il vantaggio che ogni individuo trae dalla garanzia di questa tutela si traduce in un vantaggio che va a beneficio dell'intera comunità.

¹²⁴ *Ivi*, p. 17.

¹²⁵ *Ivi*, p. 19.

¹²⁶ R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna 2013, p. 26.

Le norme giuridiche che regolano una collettività formata da individui contengono sia diritti che doveri. Un diritto si qualifica come un complesso normativo variabile nel tempo e da popolo a popolo, che prescrive o vieta determinati atti e comportamenti attraverso la disciplina delle relazioni intersoggettive. Il dovere, invece, si esplicita attraverso l'obbligazione di natura giuridica, sociale o morale di compiere una determinata azione.

Il diritto alla salute è l'unico per il quale la Carta costituzionale riserva l'utilizzo dell'aggettivo "fondamentale" (sentenza n.356 del 1991), dal quale derivano precise conseguenze giuridiche, quali l'inalienabilità, la non trasmissibilità, l'indisponibilità e l'irrinunciabilità. Inoltre, tale diritto è valevole *erga omnes*, per i cittadini italiani e stranieri.¹²⁷ L'attribuzione di questa qualifica al diritto alla salute proviene dall'importanza che il bene riveste per l'individuo, nell'ottica della conduzione di un'esistenza che possa essere definita degna. Il diritto alla salute, infatti, riconosciuto come diritto sociale fondamentale, è tutelato anche dall'art. 2 della Costituzione italiana, secondo il quale «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

In questo modo il diritto alla salute si qualifica non solo come diritto fondamentale, ma anche come norma proteiforme, viste le molteplici situazioni soggettive che per mezzo di esso vengono ad essere garantite. L'emergere e l'affermarsi del diritto alla salute come fondamentale diritto soggettivo lo si deve soprattutto al contributo dato dalla giurisprudenza degli anni '70 e '80 del Novecento, attraverso la comprensione di una pluralità di situazioni soggettive all'interno del diritto.¹²⁸ Posto che quest'ultimo non può coincidere unicamente con l'integrità fisica, poiché la sua completezza dipende dall'esistenza di ulteriori condizioni esterne che devono essere assicurate per preservare la salute di ogni individuo, compare anche il diritto ai trattamenti sanitari come presupposto necessario al completamento di una soddisfacente condizione di salute.

Il diritto alla salute è appunto nullo senza la garanzia di un diritto alle cure. Il diritto ai trattamenti sanitari è tutelato in qualità di diritto fondamentale dalla Costituzione, la quale impedisce che si possano creare situazioni tali da pregiudicare l'attuazione di una piena

¹²⁷ D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, seconda edizione, Giappichelli, Torino 2013, p. 141.

¹²⁸ A riguardo, si vedano le sentenze della Cassazione civile n. 796/1973, 999/1973, 3164/1975, 1463/1979, 5172/1979, 3675/1981 e le sentenze della Corte costituzionale n. 88/1979, 212/1983; 167/1986; 184/1986; 559/1987; 992/1988; 1011/1988.

tutela della salute.¹²⁹ Anche qui, rientra tra i compiti dello Stato rendere possibile alle persone l'accesso all'assistenza generale e specialistica garantita dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), potendo esercitare in questo modo il diritto alla salute.

Finora la trattazione di questo paragrafo ha considerato principalmente gli aspetti legati alla nozione di diritto alla salute, con un approfondimento sul piano giuridico della questione; ma è nostro interesse intervenire con il contributo che l'etica può dare, attraverso argomentazioni morali. Come sottolinea il Comitato Nazionale per la Bioetica, se il problema delle vaccinazioni fosse riducibile ad una questione di carattere puramente tecnico-scientifico, risulterebbero sufficienti gli ordinari criteri di etica e di deontologia medica per poter gestire il tema della scelta e la rilevanza morale di sottoporsi alla vaccinazione. Dietro al problema delle vaccinazioni vi è invece tutta la complessità propria della medicina e del suo carattere irriducibilmente relazionale. Quando compare una malattia, l'individuo non è solo di fronte a questa minaccia per la sua salute perché il percorso di cura coinvolge più figure: da coloro che vengono considerati soggetti sani ma che potrebbero potenzialmente contrarre un virus letale, alle figure professionali che si occupano di informare la popolazione sui benefici e i rischi della vaccinazione o coloro che sono direttamente impegnati nell'attività vaccinale, ai governanti che hanno il compito di organizzare una campagna di vaccinazione e che in qualità di autorità pubbliche avrebbero il dovere di incentivarne l'adesione spontanea attraverso una campagna di comunicazione chiara e trasparente.¹³⁰ L'etica della vaccinazione ci obbliga ad un ragionamento di ampio respiro, in cui il bene che si tenta di raggiungere è quello del singolo unito al bene di tutti, e mai come nel caso delle vaccinazioni l'azione della singola persona assume pieno significato solo se questa riesce ad iscriversi nel quadro generale di un'azione collettiva, alla quale tutti contribuiscono.¹³¹

Da quando un vaccino anti-Covid19 è stato reso disponibile, le comunicazioni istituzionali hanno spesso sollecitato l'invito ad aderire alla campagna di vaccinazione qualificandolo come un dovere a cui adempiere. Basti pensare ai numerosi interventi

¹²⁹ Corte Costituzionale, *I diritti fondamentali nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, Relazione predisposta in occasione dell'incontro della delegazione della Corte Costituzionale con il Tribunale costituzionale della Repubblica di Polonia, Varsavia, 30-31 marzo 2006, p. 46, https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/STU185_principi.pdf.

¹³⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, cit., p. 5.

¹³¹ *Ibidem*.

pubblici del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, in cui il Capo dello Stato ha più volte sottolineato parole come “dovere”, “comunità” e “responsabilità”.¹³²

L'emergenza causata dalla pandemia ha messo in particolare evidenza il principio di solidarietà, con il quale diritti e doveri individuali hanno dovuto bilanciarsi, riconoscendo l'interdipendenza che vi è tra gli esseri umani.¹³³ Il dovere di solidarietà sociale, così come sancito dall'art. 2 della Costituzione, richiede al cittadino l'adempimento di tutti quei doveri inderogabili necessari alla coesistenza tra la comunità e i singoli. A fronte di tale considerazione, vi sono azioni collettive e personali, come nel nostro caso sottoporsi alla vaccinazione, che possono migliorare significativamente le condizioni di salute individuale e pubblica.¹³⁴ Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha declinato tale solidarietà anzitutto come responsabilità individuale, nella misura in cui con l'emergere dell'epidemia ognuno di noi ha dovuto seguire corretti comportamenti di protezione dal pericolo di infezione.¹³⁵ Tuttavia, è proprio in nome dell'interdipendenza tra esseri umani che la solidarietà si converte immediatamente anche in una responsabilità collettiva, dal momento che tali strategie di prevenzione dal contagio coinvolgono non solo il soggetto, ma vanno a beneficio di tutta la popolazione.

Ma gli obblighi morali si traducono in obblighi legali? Anche se i doveri hanno lo scopo di contribuire all'equa partecipazione nelle scelte di responsabilità collettiva, non tutti i doveri morali sono anche obblighi di legge. Tuttavia, quando il bene pubblico in questione è sufficientemente importante per la comunità, sorge l'esigenza di un contributo significativo per il suo pieno raggiungimento.¹³⁶

Parlare di doveri ci costringe a ritornare all'art. 32 della Costituzione, in base al quale, come già evidenziato, la tutela della salute non si esaurisce nell'assicurazione – che sta in capo allo Stato – di questo diritto fondamentale all'individuo. Dal momento in cui la tutela

¹³² «La responsabilità comincia da noi. Vaccinarsi, tra i tanti esempi, è un dovere non in obbedienza a un principio astratto, ma perché nasce dalla realtà concreta che dimostra che il vaccino è lo strumento più efficace di cui disponiamo per difenderci e per tutelare i più deboli e i più esposti a gravi pericoli.» Discorso del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella al Meeting per l'amicizia fra i popoli, Rimini, 20 agosto 2021, <https://video.repubblica.it/politica/meeting-rimini-mattarella-vaccinarsi-e-un-dovere-e-l-unico-strumento-efficace/394256/394966>.

¹³³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, cit., p. 6.

¹³⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Stili di vita e tutela della salute*, 20 marzo 2014, p. 6, https://bioetica.governo.it/media/3469/p115_2014_stili_di_vita_it.pdf.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19*, in Marco Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini. Tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2021, pp. 90-91.

della salute è anche nell'«interesse della collettività», a tutti i cittadini spetta altresì il compito di partecipare al benessere collettivo, attraverso un agire che abbia come obiettivo il bene di una comunità. Le campagne di vaccinazione hanno come finalità la tutela della salute collettiva, oltre chiaramente alla tutela di quella personale; perciò, chi vi si sottopone (sia per obbligo, ma a maggior ragione per una scelta personale comunque raccomandata dalle autorità sanitarie) lo fa anche a beneficio dell'intera collettività. Il singolo gode di un diritto-dovere: l'inalienabile diritto alla salute e l'inderogabile dovere di tutelare la salute della comunità per mezzo del principio costituzionale di solidarietà.

Le vaccinazioni, pur andando a garantire il benessere di una comunità, possono tuttavia comportare il manifestarsi di alcune reazioni avverse rare. Giova però ricordare che tali effetti collaterali gravi si presentano in una misura decisamente minima rispetto ai molteplici benefici che derivano dall'inoculazione di un vaccino.¹³⁷

Chi subisce un danno alla propria salute a seguito di una vaccinazione ha diritto ad un indennizzo, in quanto l'atto di vaccinarsi è stato compiuto per «esigenze di solidarietà sociale e di tutela della salute del singolo» che richiedono sia quindi «la collettività ad accollarsi l'onere del pregiudizio individuale» (Corte cost., sentenza n. 268/2017).¹³⁸ Sulla base dell'inderogabile dovere di solidarietà che grava, e allo stesso tempo si impone, su di una comunità che trarrà beneficio dallo sforzo collettivo, la Corte costituzionale definisce la relazione che intercorre tra individuo e collettività come un patto di solidarietà per la tutela della salute. Nel caso in cui il singolo che si sottopone alle vaccinazioni

¹³⁷ Le rarissime reazioni avverse che si sono manifestate nei soggetti vaccinati, in particolare per coloro ai quali erano stati somministrati i vaccini VaxZeviria (ex COVID-19 Vaccine AstraZeneca) e Janssen (Jonhson&Johnson), sono state notevolmente ampliate dai media. L'insorgere di conseguenze più gravi rispetto ai passeggeri effetti collaterali che seguono l'inoculazione di un vaccino, quali: dolore localizzato nella sede dell'inoculazione, senso di stanchezza, febbre, si sono presentate in una percentuale minima nei soggetti vaccinati. Nessun farmaco può mai essere considerato esente da rischi, e chiunque decida di sottoporsi alla vaccinazione dovrebbe aver presente che ciò che sta facendo è bilanciare i benefici con la possibilità che possano insorgere alcuni effetti collaterali. È compito dei vari sistemi nazionali e internazionali di farmacovigilanza assicurare che i rischi di un medicinale siano minimi, prima renderlo disponibile in commercio. Sebbene siano state segnalate gravi reazioni avverse verificatesi a seguito del vaccino, ciò non significa che la causa di tali effetti dipenda dal vaccino stesso. Infatti, queste potrebbero più probabilmente essere il sintomo di un'altra malattia che non ha alcuna correlazione con l'effetto di un vaccino, o potrebbero essere associate ad un altro prodotto assunto dalla persona che si è vaccinata. Fare uso di un farmaco in maniera corretta e consapevole è infatti responsabilità di tutti. Maggiori informazioni sul rapporto rischi-benefici dei vaccini anti-Covid in commercio sono consultabili nei rapporti sull'attività di farmacovigilanza stilati dall'AIFA, disponibili al link: <https://www.aifa.gov.it/rapporti-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>.

¹³⁸ A. A. Negrini, *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, «Forum di Quaderni Costituzionali - Rassegna», 9 (2020), n. 2, p. 805.

(anche) per garantire una salute collettiva subisca un danno a seguito del trattamento sanitario, gli si riconosce un risarcimento.¹³⁹

La consapevolezza della possibilità di comparsa di effetti collaterali che potrebbero derivare da un trattamento sanitario obbligatorio o consigliato, come ad esempio un vaccino, è stata manifestata dal legislatore attraverso la sentenza n. 118/1996 della Corte costituzionale, la quale in merito riconosce un “elemento di tragicità” che si sostanzia in ciò: «sofferenza e benessere non sono equamente ripartiti tra tutti, ma stanno integralmente a danno degli uni o a vantaggio degli altri».

La Costituzione, attraverso l’art. 32, ritiene che in esigenze eccezionali la tutela della dimensione sanitaria collettiva possa legittimare il sacrificio della libertà attraverso l’imposizione di trattamenti sanitari. Ciononostante, quando il rischio per la salute collettiva è così ampio e quando le risorse vaccinali sono disponibili, la responsabilità sanitaria non è prerogativa esclusiva dello Stato. Abbiamo parlato di diritti, ma anche di doveri: laddove siano garantite le condizioni di tutela della salute, come ad esempio nel nostro caso la possibilità di accedere gratuitamente alla vaccinazione, dovrebbero essere i singoli a compiere individualmente questa scelta di responsabilità che consiste nel sottoporsi alla somministrazione del vaccino. La scelta di vaccinarsi si qualifica infatti come una responsabilità etica, una scelta personale che, soprattutto in condizioni sanitarie di pandemia, si traduce in qualcosa di molto più ampio che una mera azione volta a tutelare il singolo: scegliere di vaccinarsi è un atto di responsabilità sociale e dunque collettiva.

Nel capitolo precedente abbiamo potuto vedere come la forza normativa propria del principio di responsabilità risieda nella sua apertura all’intersoggettività, e dunque, in ultima analisi, in una responsabilità condivisa. Anche dall’analisi di questi aspetti etico-giuridici sembra emergere il fatto che non vi possa essere responsabilità senza corresponsabilità. L’esigenza di percorrere questa via appare oggi sempre più indispensabile; tuttavia, si fa fatica ad orientare l’impegno verso una reale responsabilità condivisa.¹⁴⁰

In precedenza, abbiamo anche sottolineato come la responsabilità, la quale si manifesta nelle conseguenze delle azioni compiute, rivolga lo sguardo al futuro; eppure non è

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ F. Miano, *Nuovi profili della responsabilità*, op. cit., p.532.

sempre così evidente che l'obiettivo fondamentale per la costruzione di un buon futuro per la società tutta risiede nella ricerca del bene comune.¹⁴¹

2. Il vaccino come “bene comune”: aspetti etici nella distribuzione delle risorse vaccinali

Sebbene non esista una definizione giuridica di “bene comune”, convenzionalmente gli studiosi concordano nel descriverlo come il bene di ciascuno che, subordinato a quello altrui, si realizza infine come bene di persone umane, oltre la semplice operazione di somma tra beni privati e beni pubblici.¹⁴² Secondo Francesco Miano, la ricerca di questo bene comune è un esercizio di corresponsabilità tra le generazioni, tra i singoli cittadini e tra le istituzioni: è da questi rapporti che il bene comune si alimenta con fecondità per il futuro della nostra stessa vita e per quella dell'umanità nel suo complesso.¹⁴³ Quelli che oggi siamo soliti considerare “beni comuni” sono caratterizzati dal rapporto immediato con i diritti fondamentali delle persone,¹⁴⁴ come nel nostro caso d'interesse, il diritto alla salute.

La pandemia da Covid-19 ha trasformato profondamente le nostre vite, tanto a livello individuale quanto da un punto di vista collettivo. L'insorgere della malattia ha evidenziato le carenze del sistema sanitario, ma nel frattempo è maturata una nuova consapevolezza del concetto di salute, rivelandone il valore concepito nei termini di un “bene comune”. Ogni pandemia incide sulla comunità nella sua globalità, o in modo diretto attraverso la malattia, o indirettamente attraverso la paura, le misure sanitarie che tutti devono rispettare, il rischio di contagio. Questi fattori hanno chiaramente rimarcato

¹⁴¹ *Ivi*, p. 533.

¹⁴² J. Maritain, *Umanesimo integrale*, Borla Editore, Torino 1969, p. 231.

¹⁴³ F. Miano, *Nuovi profili della responsabilità*, op. cit., p. 533.

¹⁴⁴ Ministero della Giustizia, *Commissione Rodotà - per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007) - Proposta di articolato*, art. 1 comma c, disponibile al link: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?contentId=SPS47624&previousPage=mg_1_12_1.

che lo stato di salute non si qualifica unicamente come una faccenda privata. Le decisioni strategiche adottate per fronteggiare la minaccia globale hanno infatti reso manifesta la necessità di declinare la salute come una questione sociale, e dunque come un bene che, in quanto prerogativa di ognuno, può e dev'essere considerato "bene comune".

In particolare, la discussione sul bene comune ha assunto un ruolo centrale per quanto riguarda il dibattito relativo ai vaccini. L'esigenza di determinare velocemente un antidoto efficace, in grado di fronteggiare l'inarrestabile propagarsi del contagio a livello mondiale, ha spinto le autorità e le forze governative ad individuare proprio nel vaccino un "bene comune" dal valore universale.

In questo paragrafo affronteremo dunque il tema della distribuzione delle risorse vaccinali con particolare riferimento alla responsabilità da parte degli Stati più ricchi di sostenere la campagna di vaccinazione anche nelle aree più povere del mondo, nell'ottica di un vaccino considerato appunto un "bene comune" globale. Il principio di responsabilità è stato infatti sottolineato più volte dalle organizzazioni per la salute e dai comitati nazionali di bioetica come principio cardine indispensabile per contrastare la pandemia.

Quelli che siamo soliti considerare "beni comuni" sono tali poiché intrattengono un legame esclusivo con i diritti fondamentali; da ciò segue dunque che anche la salute debba essere annoverata tra questi, in quanto essa, così come tutelato dalla Costituzione italiana all'Articolo 32, si qualifica come «fondamentale diritto degli individui». Benché negli ultimi anni sia piuttosto frequente fare riferimento alla salute come ad un bene comune, formalmente, tale diritto non compare nell'elenco della Proposta di articolato formulata dalla Commissione Rodotà.¹⁴⁵ Nominata il 14 giugno 2007 mediante decreto del Ministero della Giustizia, la Commissione aveva l'incarico di redigere uno schema di legge delega per la riforma delle norme del Codice Civile sui beni pubblici. I presupposti del lavoro misero in evidenza la necessità di regolamentare le nuove tipologie di beni patrimonio della collettività, a cominciare dai "beni immateriali", oggi indispensabili per

¹⁴⁵ La Commissione sui Beni Pubblici, che vedeva come presidente il giurista e politico Stefano Rodotà (1933 – 2017), consegnò la relazione finale a febbraio 2008. La Commissione era stata incaricata di elaborare uno schema di legge delega per modificare le norme del Codice civile in materia di beni pubblici, norme mai modificate dal 1942 e antecedenti l'entrata in vigore della Costituzione. Alla luce delle importanti trasformazioni sociali, economiche, scientifiche e tecnologiche avvenute nell'arco di 70 anni, si rendeva necessario modificare la riforma del Titolo II del Libro III del Codice civile del 1942, nonché di altre parti del Libro riguardanti la codificazione in materia.

ogni avanzata economia. La modifica inoltre ritenne fondamentale promuovere lo sviluppo di un nuovo pensiero per la gestione del capitale collettivo nell'ottica di una giustizia distributiva, a garanzia del mantenimento dei beni come patrimonio pubblico, scongiurando così che ogni futuro governo in carica potesse ricorrere alla vendita di tali beni per finanziare le spese correnti del Paese.¹⁴⁶ È proprio in relazione alle considerazioni messe in evidenza dai presupposti del lavoro che stupisce l'assenza della salute tra l'elenco dei beni che debbono essere considerati come beni comuni.

Paolo Cacciari apre il suo saggio *La salute bene comune* con un'interessante considerazione:

«Se desideriamo che l'accessibilità ai servizi sanitari torni ad essere riconosciuta e onorata come diritto fondamentale di ciascun essere umano, è necessario che le popolazioni concepiscano la salute come un bene comune.»¹⁴⁷

Cacciari sembra qui sottolineare come, a distanza di ben dodici anni, non sia ancora stata realizzata la concezione di «una nuova filosofia nella gestione del patrimonio pubblico» per la necessaria riqualificazione dei beni pubblici¹⁴⁸ tanto auspicata dalla Commissione Rodotà. Inoltre, emerge anche la viva preoccupazione per il declassamento della concezione di sanità da diritto fondamentale di ciascun essere umano a diritto privato.¹⁴⁹

Per Cacciari non basta che si parli diffusamente di «utilità funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali nonché al libero sviluppo della persona»¹⁵⁰ per qualificare i beni pubblici, senza includere ufficialmente nell'elenco quei beni che già sono considerati diritti costituzionali come salute, istruzione e lavoro. L'estromissione dei diritti appena

¹⁴⁶ Cfr. Ministero della Giustizia, *Commissione Rodotà - per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007) - Relazione*, in particolare si veda il paragrafo dal titolo *I presupposti dei lavori*,

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp?facetNode_1=3_1&facetNode_3=0_10_21&facetNode_2=0_10&previousPage=mg_1_12&contentId=SPS47617.

¹⁴⁷ P. Cacciari, *La salute bene comune*, *Saluteinternazionale*, 2 marzo 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/la-salute-bene-comune/>.

¹⁴⁸ Cfr. Ministero della Giustizia, *Proposta di articolato formulata dalla Commissione Rodotà - per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007) - Relazione*, cit., in particolare con riferimento al paragrafo *I presupposti dei lavori*.

¹⁴⁹ P. Cacciari, *La salute bene comune*, cit.

¹⁵⁰ Cfr. Ministero della Giustizia, *Proposta di articolato formulata dalla Commissione Rodotà - per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007) - Relazione*, cit., in particolare con riferimento al paragrafo *I presupposti dei lavori*.

elencati rende insufficiente l'elaborazione del paradigma pubblicistico sui beni comuni formulato dalla Commissione Rodotà.

È difficile pensare a dei “beni comuni” se l'ottica attraverso cui vediamo ciò che ci circonda è antropocentrica, utilitaristica e privatistica. Se consideriamo la salute come un diritto fondamentale dell'individuo, allora lo sviluppo di una nuova concezione dei beni pubblici deve passare attraverso l'ottica di beni di cui tutti possono e devono godere come dotazione patrimoniale comune, da condividere responsabilmente.¹⁵¹ In altri termini, la promozione della salute dev'essere compresa come cura di sé e dell'altro, cioè come un compito personale da esercitare solo attraverso un'azione collettiva.¹⁵²

La salute intesa come “bene comune” viene definita nel manifesto stilato dall'Health City Institute come un obiettivo da perseguire non solo individualmente in qualità di singoli cittadini, bensì come ciò che dev'essere promosso e soprattutto garantito dalle istituzioni politiche di ogni ordine amministrativo.¹⁵³

La discussione sulla salute come bene comune è stata sicuramente accentuata con l'insorgere della pandemia da Coronavirus abbattutasi su scala mondiale a partire da dicembre 2019. L'esposizione al rischio di contagio è stata resa ancor più drammatica dalla consapevolezza della scarsità di conoscenze scientifiche e di un'adeguata preparazione medica in grado di contrastare efficacemente la minaccia virale, nonché dalla mancanza di una pianificazione strategica per fronteggiare eventi di una tale gravità. Tutto ciò ha contribuito alla crescita delle disuguaglianze già esistenti tra cittadini nell'accesso alle cure.

La mancanza di equità non si è manifestata solo in relazione alla possibilità di curare o meno i soggetti contagiati sulla base delle risorse mediche disponibili, ma anche e soprattutto relativamente alla priorità di accesso alla vaccinazione nei vari paesi del mondo. È proprio con i vaccini che, nell'ultimo periodo, si è accentuato il dibattito sui beni comuni; il vaccino è stato infatti declinato come un bene comune globale.

Già a novembre 2020, il Comitato Nazionale per la Bioetica, attraverso la pubblicazione di un parere in merito ai criteri etici per la ricerca, il costo e la distribuzione

¹⁵¹ P. Cacciari, *La salute come bene comune*, in J.L. Allion, M. Bessone, C. Bodini (a cura di), *Un nuovo mo(n)do per fare salute*, Celid, Torino 2019, p. 84.

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ Health City Institute, *Manifesto “La salute nelle città: bene comune”*, <https://healthcityinstitute.com/manifesto/>.

dei vaccini, riteneva che tali farmaci dovessero essere considerati come un “bene comune”; una raccomandazione che avrebbe però dovuto tradursi presto in un obbligo per le scelte di politica internazionale degli Stati affinché la produzione e la distribuzione del siero andasse a favore di tutti i Paesi del mondo, svincolando il commercio dal criterio di una distribuzione basata unicamente su leggi di mercato.¹⁵⁴ Anche altri comitati di bioetica hanno fortemente sollecitato l’industria farmaceutica ad una responsabilità collettiva, sottolineando l’importanza di superare le considerazioni economiche, nell’ottica di una collaborazione solidale internazionale per un accesso equo ai vaccini.¹⁵⁵ Le scelte di distribuzione dovrebbero eticamente seguire il principio morale, deontologico e giuridico dell’uguale dignità di ogni essere umano e dell’assenza di ogni discriminazione, assicurando così a chiunque un’eguaglianza sostanziale, anche laddove le condizioni di partenza fossero diseguali.¹⁵⁶

Nel marzo 2021, il Direttore Generale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, elaborò una proposta per l’accesso alla vaccinazione, condivisa da oltre cento governi nazionali in via di sviluppo e da altrettante organizzazioni della società civile e sindacati. Attraverso quest’azione rivolta alla Commissione europea e agli Stati membri dell’Unione, si esortavano le potenze politiche ad una pianificazione della campagna di vaccinazione che fosse accessibile in tutte le aree del mondo, tale da permettere di velocizzare le operazioni di immunizzazione di massa su scala globale, e favorendo così un’equa distribuzione delle risorse vaccinali. La richiesta fu sottoscritta da circa 300 membri del Parlamento europeo e dei vari parlamenti nazionali, in nome di un vaccino considerato come “bene comune universale”.¹⁵⁷

In vista di una campagna vaccinale che garantisse un accesso equo a tutti gli Stati del mondo, soprattutto a quelli meno ricchi che avrebbero beneficiato di bassissime

¹⁵⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e il Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020, p. 3, https://bioetica.governo.it/media/4115/p140_2020_vaccini-e-covid19_it.pdf.

¹⁵⁵ A riguardo, si vedano i pareri del Comité Consultatif National d’Ethique francese e del Nuffield Council on Bioethics in Inghilterra, che si intitolano rispettivamente *Enjeux éthiques face à une pandémie* (13 marzo 2020), https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf, e *Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines* (29 maggio 2020), <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Fair-and-equitable-access-to-COVID-19-treatments-and-vaccines.pdf>.

¹⁵⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e il Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, cit., p. 9.

¹⁵⁷ P. Majorino, *Vaccino bene comune universale*, The Huffington Post, Huffpost Italia, 25 marzo 2021, https://www.huffingtonpost.it/entry/vaccino-bene-comune-universale_it_605c79d6c5b65d1c2812f97c

percentuali di risorse vaccinali, l'OMS richiedeva la sospensione temporanea di alcune obbligazioni dell'Accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPs - Trade-Related aspects of Intellectual Property rights) sui vaccini anti-Covid.¹⁵⁸ L'accordo relativo ai diritti di proprietà intellettuale TRIPs rappresenta uno dei principali ostacoli per l'accesso ai farmaci essenziali coperti da brevetto in situazioni di emergenza. La Conferenza ministeriale di Doha del novembre 2001 ha preso atto delle difficoltà di alcuni Paesi in via di sviluppo nel riuscire a fronteggiare gli obblighi dell'accordo; per tale motivo, gli stati membri della World Trade Organization (WTO) hanno adottato una dichiarazione¹⁵⁹ che introduce delle flessibilità in caso di urgenze per poter rendere disponibili sul mercato i prodotti farmaceutici necessari a fronteggiare le gravi crisi sanitarie. Nonostante la Dichiarazione di Doha riconoscesse inequivocabilmente le priorità della salute pubblica sugli interessi commerciali, vi sono stati continui tentativi da parte delle nazioni ricche per compromettere gli accordi della Dichiarazione, soprattutto da parte degli Stati che ospitano le sedi delle più grandi case farmaceutiche.

Lo scorso 27 dicembre 2020 si è tenuto in tutta Europa il “Vax-Day”, giorno di avvio simbolico della campagna di vaccinazione anti-Covid19. Le prime dosi di vaccino Pfizer-Biontech sono state distribuite in tutta Europa a partire dagli ultimi giorni dell'anno e secondo il rapporto pubblicato da *The People's Vaccine Alliance* il 10 marzo 2021, ad un anno esatto dalla dichiarazione della pandemia, le nazioni ricche, tra il 1 gennaio e il 2 marzo 2021, stavano vaccinando i propri cittadini al ritmo di una persona al secondo,¹⁶⁰ mentre i paesi in via di sviluppo stavano ancora affrontando le conseguenze dovute alla mancanza di ossigeno e forniture mediche, senza contare che la maggior parte di essi non era ancora stato in grado di somministrare una singola dose di vaccino antivirale.¹⁶¹

¹⁵⁸ Parlamento Europeo, *Affrontare la sfida globale della COVID-19: gli effetti della deroga all'accordo TRIPs dell'OMC sui vaccini, le terapie, i dispositivi e sull'incremento delle capacità di produzione e fabbricazione nei paesi in via di sviluppo*, 2 giugno 2021, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2021-0311_IT.html.

¹⁵⁹ Si veda in particolare il punto 4 della Dichiarazione, *Declaration on the TRIPs agreement and public health*, World Trade Organization, Ministerial Conference, Doha 9 – 14 Novembre 2001, https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf.

¹⁶⁰ Dato ricavato dalla banca mondiale OurWorldInData per i paesi classificati come “ad alto reddito”.

¹⁶¹ M. Grainger, S. Drainsfield, *Rich nations are vaccinating one person every second while the majority of the poorest nation are yet to give a single dose*, Unaid, 10 marzo 2021, https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210310_covid19-vaccines.

Pur nella consapevolezza che la possibilità di accelerare la somministrazione delle vaccinazioni al fine di evitare discriminazioni sanitarie sia legata soprattutto alla quantità di dosi disponibili, su tale aspetto produttivo è possibile intervenire mediante l'attuazione di politiche di approvvigionamento alternative. L'Unione Europea ha infatti riconosciuto la responsabilità, in qualità di unione formata da paesi ad alto reddito, di accelerare lo sviluppo e la produzione di un vaccino sicuro ed efficace da rendere accessibile a tutte le regioni del mondo. La Commissione ha proposto una strategia europea per accelerare lo sviluppo, la produzione e la diffusione dei vaccini basata su tre obiettivi principali riguardanti: la garanzia di qualità e sicurezza sull'efficacia dei vaccini prodotti, l'accesso tempestivo al vaccino per gli Stati membri guidando al contempo uno sforzo di solidarietà globale, e infine l'assicurazione di un accesso equo ad un vaccino dal costo accessibile per gli Stati dell'Unione Europea.¹⁶²

Pur sollecitando una “solidarietà globale”, l'impegno messo in atto dalla commissione non è riuscito a garantire lo sviluppo effettivo di politiche in un'ottica universale per l'accesso alla vaccinazione. Sostanzialmente, il documento *Strategia dell'Unione europea per i vaccini contro la Covid-19* si risolveva al punto 2.3 in un accordo di acquisto anticipato delle dosi dei futuri vaccini, attraverso un elenco di criteri di selezione dei candidati per il negoziato con i produttori di vaccini che avessero iniziato le sperimentazioni e che potessero verosimilmente fornire le dosi nei quantitativi e nei tempi richiesti. Un passaggio comunque necessario, se non fosse che spesso l'utilizzo della legge per garantire l'accesso prioritario ai vaccini funge più da barriera che da mezzo per assicurare salute, equità e giustizia globale.¹⁶³ Attraverso questi accordi bilaterali, i governi si impegnano con le ditte produttrici di vaccino in un contratto legalmente vincolante all'acquisto di un numero specifico di dosi o di una percentuale delle dosi disponibili. I contratti di negoziato, il più delle volte, garantiscono un accesso prioritario al vaccino e alla capacità di produzione dello stesso.¹⁶⁴ Non tutti i governi mondiali però

¹⁶² Si veda in particolare il paragrafo 1 “Un’urgente necessità di agire” della Comunicazione *Strategia dell'Unione europea per i vaccini contro la Covid-19*, Commissione Europea, Bruxelles, 17 giugno 2020, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245&from=IT>.

¹⁶³ L.O. Gostin, J.T. Monahn, J. Kaldor, *The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development*, in «The Lancet», 10183 (2019), n. 393, p. 1859, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30233-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30233-8).

¹⁶⁴ A.L. Phelan, M. Eccleston-Turner, M. Rourke, A. Maleche, C. Wang, *Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access*, in «The Lancet», 10254 (2020), n. 396, p. 800, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31873-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31873-0).

dispongono di risorse tali da permettere loro di investire economicamente nei processi di contrattazione con le case farmaceutiche; pertanto, alcuni paesi rischiano di essere esclusi dal mercato o di accedervi con notevole ritardo una volta che le dosi risultano disponibili all'acquisto.¹⁶⁵

Il rapporto sul piano globale di preparazione e risposta strategica (SPRP) dell'OMS, pubblicato il 7 ottobre 2021, si apre con la constatazione ufficiale che la pandemia da Covid-19 è dilagata in tutti i Paesi del mondo e ha toccato tutte le comunità, senza risparmiarne alcuna. Il report dà notizia dei dati mondiali ufficiali aggiornati al 7 settembre 2021: sono oltre 220 milioni le positività accertate e si conferma il superamento di 4,5 milioni di decessi.¹⁶⁶ Questi numeri mettono in evidenza che la possibilità di accedere alla vaccinazione anti-Covid rappresenta la priorità sanitaria, sociale, economica e politica per ogni Paese.¹⁶⁷ In effetti, l'emergenza sussisterà fintanto che tutta la popolazione mondiale non abbia raggiunto un tasso ottimale di immunizzazione alla malattia.

La sfida è globale e interessa tutte le regioni del mondo: non conosciamo ancora la durata effettiva della protezione vaccinale, così come non sappiamo se sarà necessario ripetere la vaccinazione e con quale frequenza per proteggerci dal rischio di contagio. Benché una parte della popolazione mondiale abbia già completato l'intero ciclo di vaccinazione e stia procedendo con l'inoculazione di una terza dose,¹⁶⁸ non possiamo ignorare, secondo i dati di ottobre 2021, che vi sono intere parti del globo, come tutto il continente africano e buona parte dei paesi asiatici, che non hanno ancora raggiunto una copertura vaccinale minima.¹⁶⁹ Inoltre, la mancata immunizzazione o comunque un

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ World Health Organization, *2021 Mid-Year Report: WHO strategic action against Covid-19.*, Geneva, 2021, p. 1, <https://www.who.int/publications/m/item/2021-mid-year-report---who-strategic-action-against-covid-19>.

¹⁶⁷ *Ivi*, p. 5.

¹⁶⁸ A inizio ottobre 2021 l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) ha raccomandato una dose extra di vaccino anti-Covid da eseguire a distanza di almeno 6 mesi dal completamento del ciclo vaccinale eseguito in due shot per le persone con sistema immunitario compromesso. L'agenzia ha tuttavia ribadito che ogni Paese dell'UE può procedere con decisioni autonome in merito alla raccomandazione di una terza dose. Prima della decisione, infatti, alcuni Paesi, Italia compresa, avevano già avviato le somministrazioni o si erano espressi raccomandando di sottoporsi ad un'inoculazione extra. Anche in America la Food and drug administration (Fda) ha deciso che potranno ricevere una dose booster chi ha più di 65 anni, i soggetti fragili e chi è professionalmente più esposto al rischio di contagio. In Israele, invece, oltre un terzo della popolazione aveva già ricevuto a fine settembre 2021 la somministrazione di una terza dose.

¹⁶⁹ Secondo i dati riportati dal Sole 24 Ore, il Paese africano la cui copertura vaccinale in rapporto alla quota di popolazione risulta essere più alta è il Sudafrica, con una percentuale di immunizzazione del

considerevole ritardo nella somministrazione del siero antivirale in determinate zone del mondo, espone concretamente al rischio di sviluppo di nuove varianti della malattia,¹⁷⁰ anche per i Paesi già coperti dalla vaccinazione.

Per rispondere alla sfida di responsabilità globale riguardante l'immunizzazione e per garantire a tutto il mondo l'accesso alla vaccinazione, la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), l'OMS e la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) hanno creato un programma internazionale di collaborazione mondiale volto ad accelerare la produzione e l'accesso equo alle terapie. Il progetto COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access) si qualifica come la più grande operazione di acquisizione e fornitura di vaccini nella storia in grado di garantire la possibilità di immunizzazione al virus anche ai paesi più poveri.

Il Ghana è stato il primo stato a beneficiare del programma, ricevendo 600.000 dosi di vaccino il 25 febbraio 2021.¹⁷¹ La distribuzione nelle aree più povere è proseguita nel marzo 2021; tuttavia, secondo le stime di Unaid, nel migliore dei casi attraverso la struttura COVAX solo un quinto delle persone abitanti in queste aree del mondo

23,48% (dati aggiornati al 17 ottobre 2021), mentre la Repubblica Democratica del Congo è il paese del continente africano la cui soglia di immunizzazione è minima, con solo lo 0,11% (dati aggiornati all'8 ottobre 2021). In Asia invece è l'Indonesia lo Stato con la percentuale di immunizzazione più alta, registrando il 39,07% (dati aggiornati al 18 ottobre 2021), Papua Nuova Guinea e Afghanistan raggiungono rispettivamente l'1,47% e 2,08% di immunizzazione. Nei Paesi più ricchi la copertura vaccinale si aggira attorno al 50% nei casi in cui questa risulta più bassa, mentre in quelli più immunizzati raggiunge l'80% (dati aggiornati al 19 ottobre 2021). Tutte le percentuali riportate fanno riferimento alla somministrazione di almeno una dose ricevuta. Tutti i dati aggiornati sono disponibili in tempo reale al link: <https://lab24.ilsole24ore.com/vaccinazioni-mondo/>.

¹⁷⁰ A partire dai mesi di settembre e ottobre 2020, sono state identificate nuove varianti con caratteristiche cliniche diverse dal virus originario. Ad ottobre 2021, le varianti del Covid-19 identificate sono ben 11, e secondo gli esperti sono quattro di esse a destare maggior preoccupazione: la variante Alfa o inglese (B.1.1.7), la variante Beta o sudafricana (B.1.351), la variante Gamma o brasiliana (P.1) e infine la variante Delta o indiana (B.1.617.2). Una nuova variante Epsilon (B.1.427) è stata isolata in California ed è stata inserita nel gruppo delle varianti sotto osservazione, in quanto sembrerebbe essere resistente sia agli anticorpi vaccinali sia a quelli sviluppati naturalmente durante il corso dell'infezione. Cfr. Istituto Superiore di Sanità, ISSalute, *Varianti virali*, data di pubblicazione 8 giugno 2021 – ultimo aggiornamento 15 luglio 2021, <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/v/varianti-virali>. Il 26 novembre l'OMS ha designato la variante B.1.1.529 con il nome di variante Omicron, individuata attorno la metà novembre in Botswana e in Sudafrica; attualmente questa variante si sta diffondendo in tutto il territorio europeo. Cfr. Istituto Superiore di Sanità, *Omicron: cosa sappiamo*, data di pubblicazione 29 novembre 2021, <https://www.iss.it/cov19-omicron-cosa-sappiamo>.

¹⁷¹ Raffaella Scudieri, *Vaccini, in Africa le prime dosi del programma Covax*, La Repubblica, 24 febbraio 2021, https://www.repubblica.it/esteri/2021/02/24/news/vaccini_in_africa_le_prime_dosi_del_programma_covax-289088916/

riceveranno la vaccinazione entro la fine del 2021.¹⁷² L'obiettivo dell'organizzazione era quello di riuscire a fornire almeno due miliardi di dosi entro la fine del 2021,¹⁷³ ma le operazioni di distribuzione hanno rallentato in maniera considerevole il raggiungimento dell'obiettivo: a metà ottobre 2021 sono state distribuite meno di 400 milioni di dosi ai Paesi più poveri di tutto il mondo.¹⁷⁴

A fine settembre 2021, l'Independent Allocation Vaccine Group (IAVG) – istituito dall'OMS nel gennaio 2021 con il compito di valutare ed esaminare le proposte di decisione di allocazione delle risorse vaccinali assegnate nell'ambito del programma COVAX – ha sollevato notevoli preoccupazioni in merito alla scarsa fornitura di vaccini. È stata ribadita la necessità per i produttori e per i paesi ad alta copertura di dare priorità all'equità nell'accesso alla vaccinazione, suggerendo una revisione delle politiche relative alla somministrazione di dosi di richiamo alle popolazioni che vivono nelle aree più ricche.¹⁷⁵

Molti paesi si sono adoperati in un'ottica di responsabilità solidale con donazioni di forniture vaccinali che hanno implementato l'approvvigionamento delle dosi di siero da parte di COVAX. Anche l'Italia rientra tra i partner dell'Acceleratore ACT (Access to COVID-19 Tools Accelerator): il nostro Paese ha contribuito finanziariamente alla campagna COVAX con una donazione di 385 milioni di euro e prevede di donare 15 milioni di vaccini ai Paesi a basso reddito entro il 2021. Anche in questo caso il raggiungimento dell'obiettivo sembra però lontano: siamo ormai arrivati agli ultimi mesi del 2021 e solo quattro milioni di dosi donate di vaccino sono giunte a destinazione.¹⁷⁶

¹⁷² M. Grainger, S. Drainsfield, *Rich nations are vaccinating one person every second while the majority of the poorest nation are yet to give a single dose*, cit.

¹⁷³ WHO, *COVAX annuncia nuovo accordo, piani per le prime consegne*, comunicato stampa pubblicato il 22 gennaio 2021, <https://www.who.int/news/item/22-01-2021-covax-announces-new-agreement-plans-for-first-deliveries>.

¹⁷⁴ Tutti i dati aggiornati in tempo reale sul cruscotto del mercato dei vaccini Covid-19 distribuiti attraverso la piattaforma COVAX sono disponibili nel sito Unicef, al link <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>.

¹⁷⁵ WHO, *Cosa deve cambiare per migliorare l'accesso al vaccino Covid-19*, dichiarazione dell'Independent Allocation of Vaccines Group di COVAX, 24 settembre 2021, <https://www.who.int/news/item/24-09-2021-what-needs-to-change-to-enhance-covid-19-vaccine-access>.

¹⁷⁶ Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, *Donazione di vaccini tramite la COVAX Facility*, comunicato dell'8 settembre 2021, https://www.esteri.it/mae/it/sala_stampa/archivionotizie/comunicati/2021/09/donazione-di-vaccini-tramite-la-covax-facility.html.

Il dibattito sul vaccino anti Covid-19 e l'obiettivo di renderlo un "bene comune" vanno dunque contestualizzati anche all'interno di una prospettiva geopolitica, e non quindi solo in un'ottica sociale o sanitaria. I dati che abbiamo presentato in precedenza dimostrano come, nonostante l'invito delle diverse organizzazioni sanitarie e l'impegno sia da parte degli Stati che della stessa Unione Europea ad una collaborazione globale per l'accesso equo ai vaccini, seguendo i principi di giustizia e solidarietà, risulta comunque difficile concretizzare questo impegno per una responsabilità condivisa. L'IAVG ha segnalato come ostacolo principale la mancanza di volontà politica nel proseguimento dell'attuazione di un accesso equo a questo bene comune.¹⁷⁷ Paesi come gli Stati Uniti, la Cina e la Russia hanno infatti tentato di utilizzare i vaccini da loro prodotti più come strumenti per esercitare potere politico che come l'unica arma effettiva da estendere globalmente per risolvere lo stato di emergenza.¹⁷⁸ Appare evidente che un utilizzo dei vaccini in questo senso, unito al notevole ritardo nell'attuazione di una strategia per un'equa distribuzione delle risorse, è ben lontano dall'idea di vaccino come bene comune universale. Ci si può attendere che gli Stati mettano in atto strategie economiche con il fine di determinare liste di preferenze per la vaccinazione, dettate dagli importanti investimenti da parte dei governi per raggiungere gli obiettivi preposti. Tuttavia, una situazione pandemica implica da sé la necessità di una solidarietà diffusa tra i paesi di tutto il mondo. È irragionevole pensare che ogni singolo stato possa sconfiggere il virus in autonomia.

La buona riuscita di una campagna vaccinale fa la differenza tra la vita e la morte delle persone; dunque, la responsabilità globale per rendere i processi di immunizzazione accessibili secondo criteri di giustizia e di equità non è valida solo poiché tali principi hanno un valore intrinseco, bensì perché in essi vi è un valore strumentale: politiche eque e giuste sono politiche che hanno maggiore probabilità di successo.¹⁷⁹

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ A. Leconte, *Vaccino "bene comune universale"? Perché la geopolitica rema contro*, Centre International de formation européenne, LUISS School of Government, p. 2.

¹⁷⁹ A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19. Tra doveri morali, responsabilità collettiva e intervento dello Stato*, in M. Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini*, op. cit., p. 87.

3. L'esitazione vaccinale: una scelta che lede la responsabilità collettiva

Il vaccino rappresenta il più forte strumento di tutela della salute individuale e collettiva, e costituisce una delle più grandi scoperte scientifiche nella storia della medicina dall'enorme valore scientifico e sociale. In effetti, la vaccinazione ha un impatto fondamentale sulla salute e sull'incremento della speranza di vita delle popolazioni. L'organizzazione di una campagna per l'immunizzazione comporta però conseguenze di una certa rilevanza etica e sociale.

Nell'ambito della salute in generale e quindi anche nel caso dell'organizzazione di una campagna vaccinale, attraverso l'articolo 32 della Costituzione, lo Stato deve garantire a tutti i cittadini il diritto all'accesso alle cure; ma anche ai beneficiari del vaccino competono legalmente, costituzionalmente e moralmente delle responsabilità che si esplicitano nei diritti e doveri di tutela della propria e altrui salute. I paesi più ricchi, compatibilmente con la quantità di dosi prodotte e con la distribuzione organizzata per categorie più o meno vulnerabili, hanno potuto assicurare ai propri cittadini un accesso sostanzialmente immediato e gratuito alla campagna di immunizzazione. Nonostante gli sforzi messi in atto dai governi e le risorse economiche impegnate nella produzione e nella ricerca di un vaccino sicuro per mettere fine alla pandemia, uno dei temi più dibattuti è stato quello dell'esitazione vaccinale. In questo paragrafo esamineremo questo fenomeno, che, specie durante un'emergenza pandemica, si configura come un problema di estrema rilevanza.

Considerato il continuo mutare del virus, con il rischio di varianti che potrebbero rivelarsi tanto aggressive da annientare l'impegno scientifico fin qui messo in atto, la scelta di non vaccinarsi finisce per ledere la salute collettiva. Il rischio concreto è che a fronte di tale scelta segua l'annullamento degli sforzi di coloro che, per il bene proprio e altrui, hanno deciso di sottoporsi alla campagna di immunizzazione.

Sin dalle prime notizie sulla messa a punto di un vaccino anti-Covid, i gruppi no-vax si sono adoperati per alimentare un dibattito sui vaccini costituito da dubbi e notizie false relativamente all'efficacia del farmaco prodotto. Il malcontento però non si è limitato a questo: assistiamo ancora oggi a numerose manifestazioni nelle grandi città, e leggiamo

notizie di assalti ai presidi vaccinali da parte di questi gruppi minoritari. Il fenomeno dell'esitazione vaccinale non è sorto in relazione alla disponibilità di un vaccino anti Covid; questo problema sanitario e sociale ha infatti origini molto più lontane rispetto alla nostra contemporaneità. Scetticismo e rifiuto di sottoporsi al trattamento della vaccinazione sono atteggiamenti noti fin dalla disponibilità del primo vaccino,¹⁸⁰ ma attualmente il fenomeno dell'esitazione vaccinale è molto più ampio rispetto ad allora: le motivazioni, spesso di carattere ideologico e religioso, che spingevano gli oppositori a rifiutare il vaccino sono oggi molto più sostenute grazie alla possibilità di accesso per chiunque alle informazioni presenti su Internet, per lo più notizie prive di fondamento scientifico o che nulla hanno a che vedere con i vaccini.¹⁸¹

Il fenomeno è stato definito *Vaccine Hesitancy*, in cui il termine "esitazione" (*hesitancy*) riesce a comprendere concetti quali l'indecisione, l'incertezza, il ritardo, la riluttanza.¹⁸² Il tema rappresenta uno dei problemi più rilevanti nell'ambito della salute pubblica, e fa riferimento all'indugio o al rifiuto del vaccino nonostante le risorse vaccinali siano disponibili.¹⁸³ L'esitazione vaccinale rappresenta un fenomeno sociale mondiale che investe soprattutto quei paesi che in passato hanno raggiunto alti livelli di immunizzazione, cioè buona parte dei paesi europei e il Nord America.¹⁸⁴

Nel 2012 lo Strategic Advisory Group of Expert (SAGE), la principale équipe consultiva dell'OMS per i vaccini e l'immunizzazione, ha istituito un gruppo di studio specifico sul tema a seguito del preoccupante aumento di persone con atteggiamento critico nei confronti dell'offerta vaccinale. Quest'ultima veniva in passato considerata positivamente come uno strumento di progresso scientifico e arma fondamentale nel

¹⁸⁰ Il primo vaccino a fare la sua comparsa nella storia fu quello contro il vaiolo, messo a punto da Edward Jenner nel 1796. Prima dell'introduzione di tale trattamento sanitario, veniva praticata la variolizzazione (un metodo medico che costituì la premessa scientifica per lo sviluppo delle vaccinazioni) attraverso la quale le persone acquisivano l'immunità mediante l'inoculazione di piccole quantità di agenti infettivi. A riguardo, si veda S. Riedel, *Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination*, Baylor University Medical Center Proceedings, 18 (2005), n. 1, pp. 21-25.

¹⁸¹ EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, *Esitazione vaccinale: ecco le raccomandazioni dell'Oms*, 3 settembre 2015, <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VaccineHesitancy>.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ Ovviamente questa definizione esclude tutti quei contesti in cui la diffusione delle vaccinazioni è bassa a causa delle molteplici circostanze che contribuiscono alla scarsità di risorse vaccinali.

¹⁸⁴ F. Petrelli, C. M. Contratti, E. Tanzi, I. Grappasonni, *Vaccine hesitancy, a public health problem*, in «Annali di Igiene – Medicina Preventiva e di Comunità», 30 (2018), n. 2, p. 87.

diritto alla salute.¹⁸⁵ L'immunologa Angela Santoni qualifica infatti il fenomeno dell'esitazione vaccinale come un vero e proprio paradosso, considerati i numerosi studi che certificano un pericolo di rischio quasi inesistente nei riguardi di questo intervento medico.¹⁸⁶

In Italia il dibattito sull'esitazione vaccinale si è amplificato nel 2013, quando la forte riduzione delle vaccinazioni obbligatorie registrata in tutte le popolazioni target dei programmi di salute pubblica ha fatto precipitare il nostro Paese notevolmente al di sotto dell'asticella di sicurezza del 95% raccomandata dall'OMS, facendo registrare il più basso calo delle vaccinazioni relativamente al decennio 2003-2013.¹⁸⁷ Tra il 2013 e il 2014, infatti, la riduzione dei bambini vaccinati è stata di circa un punto percentuale, che a livello nazionale corrisponde a migliaia di non vaccinati, mentre l'adesione alla campagna vaccinale contro l'influenza è sostanzialmente crollata nelle persone con più di 64 anni di età, vanificando i progressi compiuti in 15 anni di campagne stagionali.¹⁸⁸

Per risalire alle origini del fenomeno dell'esitazione vaccinale occorre guardare all'Ottocento, quando tra il 1840 e il 1898 il Parlamento del Regno Unito emanò i cosiddetti "Vaccination acts", una serie di atti legislativi volti ad introdurre una politica in merito alle vaccinazioni che permise di risparmiare molte vite, specie quando minacciava un'epidemia. La vaccinazione, tuttavia, non fu obbligatoria sino al 1853, quando per mezzo del Vaccination Act del medesimo anno si impose l'obbligo di sottoporre i nuovi nati alla vaccinazione contro il vaiolo entro il terzo mese di vita. In caso di mancata restituzione del certificato di avvenuta vaccinazione, i funzionari avrebbero sanzionato pecuniariamente o penalmente i genitori inadempienti. La reazione popolare di opposizione spinse le autorità a richiedere una motivazione del rifiuto al vaccino con un'obiezione di coscienza (*conscience clause*), mentre Edward Jenner – il padre del vaccino contro il vaiolo – fu dichiarato "criminale" e "araffa-soldi" da questa corrente minoritaria.¹⁸⁹

¹⁸⁵ S. Salmaso, *Esitazione vaccinale*, in «Care – Costi all'Assistenza e Risorse Economiche», Anno XVIII (2016), 1, p. 22. http://careonline.it/wp-content/uploads/2016/03/CARE_1_2016_parola_chiave.pdf.

¹⁸⁶ A. Santoni, *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, in M. Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini*, op. cit., p. 28.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

¹⁸⁸ S. Salmaso, *Esitazione vaccinale*, cit., p. 23.

¹⁸⁹ A. Santoni, *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, op. cit., p. 29.

Le tesi dei “negazionisti” di metà Ottocento sembrano ricalcare le stesse motivazioni di coloro che oggi rifiutano il vaccino, e stupisce come tali tesi siano sopravvissute a due secoli di storia segnati da un continuo e straordinario progresso scientifico. Una delle accuse più sostenute in relazione al vaccino anti-Covid dai movimenti no-vax riguarda l’inefficacia del vaccino stesso, causata dalla mancanza di sperimentazione in quanto prodotto in brevissimi tempi, con la denuncia di un utilizzo improprio delle persone considerate delle “cavie” a disposizione delle multinazionali produttrici (*Big pharma*), nonché il rischio per coloro che si vaccinano di severi effetti collaterali.¹⁹⁰

Solitamente, lo sviluppo di un vaccino è un processo molto elaborato: necessita dai quindici ai vent’anni di tempo per la sua messa a punto, e conta l’investimento di cospicue risorse finanziarie che arrivano a superare il miliardo di dollari.¹⁹¹ La preparazione del vaccino comprende numerose fasi: dall’iniziale scoperta scientifica in laboratorio tesa all’identificazione degli ingredienti del vaccino e alla dimostrazione della sua fattibilità, alla seguente sperimentazione pre-clinica con saggi tossicologici e la dimostrazione di un processo di produzione, fino ad arrivare alla fase finale di sperimentazione clinica sull’uomo e approvazione da parte delle agenzie deputate.¹⁹²

La minaccia globale rappresentata dalla pandemia da Covid-19 in quasi due anni dall’inizio dello stato di emergenza ha superato la soglia dei 5 milioni di morti in tutto il mondo;¹⁹³ un numero drammatico che tuttavia si basa esclusivamente sui numeri forniti quotidianamente dalle autorità sanitarie dei singoli paesi. Secondo il rapporto dell’OMS questo dato tuttavia non coinciderebbe con il bilancio reale della pandemia, che potrebbe addirittura essere due, se non tre, volte maggiore rispetto al numero dichiarato.¹⁹⁴ L’enorme pressione esercitata da questo pericolo mondiale ha causato un immenso numero di perdite umane ed economiche, e perciò ha spinto ad una corsa allo sviluppo di un vaccino efficace come l’unica arma disponibile in grado di arrestare l’avanzare del

¹⁹⁰ G. Forni, A. Mantovani, *Covid-19 vaccines: where we stand and challenges ahead*, in «*Cell Death and Differentiation*», 28 (2021), n. 2, p. 636.

¹⁹¹ A. Santoni, *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, op. cit., p. 25.

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ Dato diffuso il primo novembre 2021 dalla Johns Hopkins University di Baltimora, sulla base dei dati forniti in tempo reale dal Center for System Science and Engineering (CSSE) e consultabili al link <https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/dashboard-mondo.php>.

¹⁹⁴ World Health Organization, *Monitoring health for the sustainable development goals*, 2021, p. 4, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

virus. Mai un vaccino è stato sviluppato e prodotto in così poco tempo, grazie ad uno sforzo immane in termini tecnologici, scientifici ed economici, che ha visto un investimento senza precedenti di risorse pubbliche e private.¹⁹⁵ Tutto ciò ha permesso un'accelerazione dei processi legati alla sperimentazione, concentrando nell'arco di un unico anno le fasi di sviluppo che normalmente avrebbero richiesto dieci anni: un rischio enorme dal punto di vista finanziario, ma non per quanto riguarda la sicurezza del prodotto finale. Come per qualsiasi tipo di trattamento medico, non è possibile escludere una reazione collaterale al vaccino, anche se grazie al progresso medico-scientifico tale possibilità è sempre più remota. Il rischio che si manifestino effetti avversi a seguito della vaccinazione è ampiamente controbilanciato dal pericolo che, in assenza di un'alta percentuale di persone immunizzate, le malattie si sviluppino sempre più frequentemente e in modo più aggressivo.¹⁹⁶ Pertanto, quando gli studi epidemiologici sono in grado di dimostrare che i benefici derivanti dalla vaccinazione sono decisamente superiori ai potenziali rischi connessi alla somministrazione stessa, risulta evidente come non vi sia alcuna logica da contrapporre alla necessità della vaccinazione.¹⁹⁷

La sicurezza di questi farmaci è garantita dalle autorità regolatorie nazionali e internazionali; in Italia è compito dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) effettuare le operazioni di farmacovigilanza con l'obiettivo di identificare gli eventuali rischi collegati alla somministrazione di un vaccino, nonché a valutarne la sicurezza e l'efficacia.¹⁹⁸

Affinché le campagne di vaccinazione registrino un numero considerevolmente alto di adesioni, è necessario che i cittadini ricevano un'adeguata informazione in merito al farmaco, informazione che dev'essere comprensibile, coerente, chiara, trasparente e basata su evidenze e dati scientifici.¹⁹⁹ La rapidità con cui il vaccino anti-Covid è stato prodotto ha reso difficile ottimizzare e organizzare una comunicazione di questo tipo e ciò ha permesso al mondo negazionista di alimentare i dubbi rispetto all'efficacia del vaccino. Il complesso mondo dei no-vax – che solo nel nostro Paese supera la percentuale

¹⁹⁵ A. Santoni, *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, op. cit., pp. 25-26.

¹⁹⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, cit., p. 7.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹⁹⁸ *Ivi*, p. 32.

¹⁹⁹ *Ivi*, p. 12.

del 30% della popolazione –,²⁰⁰ è supportato dalla diffusione di messaggi che volutamente distorcono la realtà delle evidenze epidemiologiche e scientifiche, e che vengono amplificati dai social media, influenzando negativamente sulla salute mondiale.²⁰¹ Nella mozione dal titolo *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha infatti raccomandato l'importanza dell'identificazione delle cosiddette *fake news*, attraverso una sorveglianza attenta contro la diffusione delle stesse.²⁰² Nonostante gli sforzi messi in atto per garantire un'adeguata comunicazione istituzionale, soprattutto attraverso l'aggiornamento continuo dei principali canali d'informazione tradizionali e più innovativi come i *social media*,²⁰³ non è stato possibile evitare la diffusione di notizie false in merito all'efficacia e all'importanza della vaccinazione. Tali informazioni hanno trovato terreno fertile nell'ampio e variegato mondo delle piattaforme Web, che oggi hanno un ruolo determinante in ambito comunicativo.

La rivoluzione digitale ha avuto un impatto decisamente positivo nelle nostre vite quotidiane, ma l'arrivo del Web 2.0 ha dato la possibilità a tutti di accedere ad un nuovo tipo di servizio, a disposizione di qualsiasi utente, con la possibilità di pubblicare contenuti anche a coloro i quali siano privi di alcuna conoscenza in materia. Nell'ambito delle vaccinazioni, il mondo di Internet è stato travolto da un'enorme quantità di contenuti non affidabili a cui fare riferimento. Ciò ha generato l'inevitabile riduzione della credibilità e dell'autorità dei lavoratori sanitari: quelle che un tempo erano considerate conoscenze, oggi sono oggetto di discussione da parte dei naviganti. La documentazione diffusa via web proviene per lo più dalla lettura di "teorie" che non hanno alcuna base scientifica.²⁰⁴ La disinformazione in ambito vaccinale solitamente viene pianificata da una cerchia di persone formata da medici o avvocati²⁰⁵ con l'obiettivo di persuadere i

²⁰⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, cit., p. 12, in particolare si veda la nota 21.

²⁰¹ A. Santoni, *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, op. cit., pp. 30-31.

²⁰² Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, cit., p. 13.

²⁰³ Ministero della Salute, *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, Piano strategico, Elementi di preparazione e implementazione della strategia vaccinale*, aggiornamento del 12 dicembre 2020, p. 35, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>.

²⁰⁴ F. Petrelli, C. M. Contratti, E. Tanzi, I. Grappasonni, *Vaccine hesitancy, a public health problem*, cit., p. 89.

²⁰⁵ Rete Informazione Vaccini (RIV), *Il business degli anti-vax, fra avvocati, medici e consulenti della speranza*, 21 marzo 2017,

cittadini e spingerli a credere in bizzarre tesi antiscientifiche.²⁰⁶ Attraverso la diffusione di notizie tramite social network, la disinformazione in ambito vaccinale ha raggiunto vette piuttosto importanti a causa della velocità di trasmissione dei contenuti sotto forma di articoli, post o immagini, in grado di arrivare ad un'ampia fetta di popolazione.²⁰⁷

L'esitazione vaccinale comporta per l'individuo un ritardo nella somministrazione o, nella peggiore ma più probabile delle ipotesi, il rifiuto della vaccinazione. Si è qui dinnanzi a un problema di salute pubblica di dimensioni mondiali, nonché a un fenomeno di enorme impatto sociale negativo. Le vaccinazioni rappresentano una tra le misure preventive più efficaci, il cui rapporto rischio/beneficio risulta particolarmente positivo e con un valore non solo sanitario, ma anche come una misura eticamente rilevante.²⁰⁸ La decisione di vaccinarsi rappresenta un'importante scelta di responsabilità personale e collettiva: la conseguenza di un rifiuto non influisce negativamente solo sulla risoluzione della pandemia allungandone i tempi, ma espone i soggetti non vaccinati alla possibilità di contrarre la malattia in forme gravi e soprattutto mette a serio rischio i cosiddetti "soggetti vulnerabili", i quali, pur desiderando la vaccinazione, non possono accedervi per ragioni mediche. In assenza di un'ottimale copertura vaccinale, il rischio individuale di ammalarsi è nettamente superiore rispetto ai rischi connessi al vaccino,²⁰⁹ a maggior ragione se la malattia in questione ha provocato una pandemia mondiale che in numerosi paesi ha generato più ondate di contagi e morti in un breve lasso di tempo.

La vaccinazione è una responsabilità personale dal momento che essa rappresenta una tutela della propria salute nell'ottica di un interesse individuale, mentre lo è come responsabilità collettiva poiché il carattere solidaristico e cooperativo permette di raggiungere nel minor tempo possibile un'immunità di gregge (*herd immunity* o *community immunity*) tale da rendere improbabile l'ulteriore diffusione della malattia da persona a persona.

<http://www.riv.life/parte-1-il-business-degli-anti-vaxfra-avvocati-medici-e-consulenti-della-speranza/>.

²⁰⁶ La comunicazione no-vax, per quanto priva di qualsiasi fondamento scientifico, segue una strategia retorica ben definita: il linguaggio tecnico risulta assente, il titolo viene sempre enfatizzato, il testo è di veloce lettura e arricchito di aneddoti drammatici e fasulli, quasi sempre non vi sono riferimenti bibliografici, ma laddove sono presenti, questi risultano inaffidabili. A riguardo, si veda ²⁰⁶ F. Petrelli, C. M. Contratti, E. Tanzi, I. Grappasonni, *Vaccine hesitancy, a public health problem*, cit., p. 89.

²⁰⁷ A. Odone, A. Ferrari, F. Spagnoli, S. Visciarelli, et al, *Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage*, in «Human Vaccines & Immunotherapeutics», 11(2015), 1, p.73, <https://doi.org/10.4161/hv.34313>

²⁰⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *L'importanza delle vaccinazioni*, cit., p. 2.

²⁰⁹ *Ivi*, p. 3.

Attualmente, in Italia, la percentuale di persone vaccinate raggiunge il 77,31%,²¹⁰ una quota ancora piuttosto bassa se consideriamo che la raccomandazione dell'OMS per garantire una immunità di gregge è quella di raggiungere una soglia di vaccinati pari al 95% della popolazione nazionale.

Nel paragrafo precedente abbiamo parlato della salute come di un bene comune, e l'obiettivo del raggiungimento di un'immunità di gregge rappresenta al meglio l'esempio di una salute come tale, poiché la conquista dell'immunità richiede uno sforzo collettivo da parte di chiunque.²¹¹ Abbiamo già avuto modo di vedere, in precedenza, quanto il concetto di responsabilità sia filosoficamente complesso, a livello sia teoretico che etico. Nel nostro caso, la responsabilità collettiva crea l'esigenza morale di distribuire equamente gli oneri tra i membri della collettività in questione.²¹² Allora vi è innanzitutto un dovere individuale di vaccinarsi, che rappresenta il modo in cui ogni singola persona garantisce il suo equo contributo. Coloro che scelgono di non sottoporsi alla vaccinazione vengono meno al dovere etico di contribuire in modo equo alla responsabilità collettiva.²¹³

Il problema rende necessario un intervento volto a ripristinare quella relazione di fiducia tra i cittadini e le politiche nazionali consigliate dalle autorità sanitarie. Spesso il venir meno di questo rapporto è causato dalla stessa instabilità politica dei governi: le autorità nazionali perdono il ruolo di garanti della salute pubblica. Oppure, possono anche essere accadute circostanze negative nel settore sanitario tali da ridurre la credibilità del sistema nel suo complesso.

Tuttavia, la scelta di rifiutare la vaccinazione non interessa solo chi viene meno a questo dovere; gli effetti della decisione vengono subiti anche dal resto della comunità, poiché è quest'ultima nella sua interezza ad essere esposta al rischio di un continuo propagarsi di varianti.

Secondo gli esperti, due sono le vie strategiche che permettono sia di monitorare, ma soprattutto di arginare il problema dell'esitazione vaccinale: la prima forma d'intervento si può classificare come modalità semplice e democratica, la seconda come formula forte

²¹⁰ Percentuale relativa al giorno 4 novembre 2021. Tutti i dati sulle percentuali delle vaccinazioni sono disponibili in tempo reale al link <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.

²¹¹ A. Giubilini, *The Ethics of Vaccinations*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2019, p. 30.

²¹² A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19. Tra doveri morali, responsabilità collettiva e intervento dello Stato*, cit., p. 89.

²¹³ *Ibidem*.

e quindi meno democratica,²¹⁴ nel senso che quest'ultima limita maggiormente quelle che vengono riconosciute come libertà personali. Nel primo caso, è stato dimostrato che il mezzo più efficace per un risultato ottimale in termine di recupero di persone scettiche al vaccino è la comunicazione nelle sue molteplici forme, poiché essa permette di incrementare la conoscenza e la consapevolezza dei benefici derivanti dalla vaccinazione, nonché di combattere i pregiudizi che derivano da un'informazione priva di fondamento scientifico in merito al tema. Quando si parla di comunicazione, il riferimento comprende tanto il dialogo faccia a faccia con i sanitari quanto tutti gli altri metodi comunicativi, come social media, televisione e i tradizionali mezzi cartacei, purché l'informazione sia garantita in termini qualitativi, cioè sia sempre affidabile. È auspicabile inoltre impiegare persone influenti al fine di veicolare messaggi che abbiano un forte impatto sulla popolazione, ma resta tuttavia primario ed essenziale coinvolgere i professionisti del settore sanitario, poiché sono loro in primo luogo a rappresentare il possesso della conoscenza medica e rivestono anche il ruolo di coloro che per primi affrontano i dubbi degli esitanti.²¹⁵

L'aspetto negativo è che questo tipo di processo richiede un lungo periodo di attuazione: si otterranno risultati evidenti solo dopo diversi anni, e quindi una comunicazione così strutturata non risulta completamente efficace se necessaria a porre fine ad una pandemia improvvisa in atto; anche se è una metodologia i cui effetti di persuasione sulle persone possono durare a lungo.²¹⁶ Date le circostanze attuali di emergenza sanitaria, appare difficile mettere in atto strategie che andrebbero introdotte progressivamente e i cui risultati sarebbero visibili in un periodo troppo lontano rispetto a quello necessario ad arrestare la pandemia. Se spingere le persone alla vaccinazione in tempi brevi rappresenta la misura indispensabile per mettere fine ad un rischio che si impone su tutta la popolazione mondiale, allora può rendersi necessaria l'introduzione di misure urgenti. Tali interventi, per quanto possano apparire più severi e molto meno democratici, sono tuttavia ammessi dal bisogno di frenare un'emergenza, e quindi trovano la loro giustificazione nel rappresentare un requisito indispensabile per il benessere della comunità.

²¹⁴ *Ivi*, p. 92.

²¹⁵ *Ivi*, pp. 92-93.

²¹⁶ *Ivi*, p. 96.

Capitolo 3

Oltre la responsabilità personale: strategie e misure coercitive di responsabilità sanitaria

1. *Green pass*: un incentivo ad accettare la vaccinazione

Durante un'emergenza sanitaria, quando l'obiettivo principale consiste nel mettere fine alla diffusione del contagio e nel momento in cui una risorsa vaccinale è già stata resa disponibile grazie ai progressi della scienza medica, può risultare necessaria l'introduzione di misure più severe per il raggiungimento di un'ottima copertura vaccinale in tempi brevi. La messa in campo di provvedimenti coercitivi, volti ad ottenere rapidamente dei risultati visibili, appare particolarmente efficace, soprattutto laddove la finalità sia connessa anche al contrasto dei movimenti anti-vaccinisti e degli esitanti.

A chiusura del capitolo precedente abbiamo definito solo una delle due strategie possibili per limitare il problema causato dall'esitazione vaccinale, ovvero abbiamo esaminato un sistema esclusivamente comunicativo, la cui modalità di applicazione non implica azioni obbligatorie, e il cui obiettivo è quello di spingere i cittadini alla vaccinazione come scelta personale e consapevole, a fronte di una corretta informazione basata su dati scientifici. Tale misura è stata definita sostanzialmente come "democratica" in virtù del fatto che essa non prevedeva un modello coercitivo. La discussione lasciava però aperta l'indagine circa un secondo tipo di strategia che, per converso, può essere etichettata come "meno democratica", in quanto modalità che regola l'accesso alla vaccinazione secondo provvedimenti coercitivi e che perciò restringe il campo delle

libertà. Tuttavia, i sistemi costituzionali dei singoli governi democratici prevedono la possibilità d'intervento nel campo della sanità pubblica attraverso azioni coercitive del tutto legittime e giuridicamente ordinate.

Sin dall'inizio dell'emergenza pandemica abbiamo infatti assistito alla messa in atto di interventi coercitivi finalizzati a ridurre al minimo la possibilità di contagio: dall'obbligo di mascherina ai ripetuti lockdown, fino ad arrivare all'esibizione della certificazione verde Covid-19 ("*green pass*")²¹⁷ per l'accesso ai luoghi di frequenza della nostra quotidianità. Questa tipologia di azioni rappresenta la più antica forma di intervento nel campo della sanità pubblica: si tratta di misure forti, che comportano un elevato grado di limitazione della libertà personale, ma che risultano sicuramente indispensabili per proteggere le altre persone dal rischio di malattie con contagio ad alta trasmissibilità.²¹⁸

Strategie coercitive volte ad arginare l'emergenza causata dalla malattia Covid-19 sono state introdotte anche con l'obiettivo di velocizzare l'adesione alla campagna d'immunizzazione, per incentivare la ripresa delle attività economiche, educative, ricreative, culturali e di culto, cioè per rispondere all'esigenza di una ripresa della normalità e per evitare ulteriori lockdown. Queste misure, serie, ma legittimamente ed eticamente giustificate nelle nostre società democratiche, vengono messe in atto dagli stati quando – benché tutte le intenzioni siano benevole nei confronti dei cittadini – la responsabilità individuale viene meno, ed è necessaria un'azione di forza maggiore per riuscire a garantire il bene della comunità.

In questo capitolo conclusivo tratteremo dunque alcune delle strategie e misure coercitive introdotte nel contesto italiano per il contenimento del virus, in nome della responsabilità sanitaria collettiva. In particolare, porremo la nostra attenzione sulle

²¹⁷ «La Certificazione verde COVID-19 nasce per facilitare la libera circolazione in sicurezza dei cittadini nell'Unione europea durante la pandemia di COVID-19. Attesta di aver fatto la vaccinazione o di essere negativi al test o di essere guariti dal COVID-19. La Certificazione contiene un QR Code che permette di verificarne l'autenticità e la validità. La Commissione europea ha creato una piattaforma comune (Gateway europeo) per garantire che i certificati emessi dagli Stati europei possano essere verificati in tutti i Paesi dell'UE: apre una nuova finestra. In Italia la Certificazione viene emessa esclusivamente attraverso la Piattaforma nazionale del Ministero della Salute in formato sia digitale sia cartaceo.» A riguardo, si veda la pagina Web *Certificato COVID digitale dell'UE*, disponibile al link: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_it#re-open-eu-informazioni-aggiornate-sulle-misure-sanitarie-e-di-viaggio.

²¹⁸ F. Turolto, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 88.

conseguenze etiche che seguono alla scelta di sottoporsi o meno alla vaccinazione. Nel primo paragrafo affronteremo il tema del cosiddetto “*green pass*”, un certificato ad uso non solo medico che attesta, secondo modalità alternative, o l’avvenuta vaccinazione oppure la guarigione dalla malattia o ancora l’esito negativo ad un test anti-Covid. La misura è stata introdotta ed estesa in tutto il territorio europeo. Da un lato, il passaporto consente l’accesso a numerosi luoghi e servizi che appartengono alla nostra quotidianità, allentando così le restrizioni per coloro che si sono sottoposti all’iter vaccinale; dall’altro, è una misura limitante per coloro che scelgono di non volersi sottoporre al vaccino. Pur costituendo nelle sue finalità un incentivo ad accettare la vaccinazione, proveremo ad indagare quali differenze sostanziali intercorrano tra le diverse modalità in cui il *green pass* è disponibile.

Un altro tipo di strategia coercitiva che è stata messa in atto è la sospensione dal luogo di lavoro: guardando alla figura del medico ed evidenziando la portata etica della sua professione, proveremo ad indagare quali siano le responsabilità che competono a chi riveste questo ruolo e quali conseguenze etiche e sociali siano riscontrabili nel comportamento dei professionisti sanitari che rifiutano la vaccinazione. La categoria dei sanitari è stata la prima a beneficiare della possibilità di sottoporsi all’inoculazione. I professionisti sanitari, inoltre, nel pieno rispetto della deontologia che accompagna il loro impiego, attraverso l’accesso prioritario al vaccino, sono stati chiamati a farsi testimoni dell’efficacia e della sicurezza dei vaccini, permettendo così di veicolare a tutte le altre categorie di popolazione l’importanza dell’adesione alla campagna d’immunizzazione per la tutela della salute collettiva, quale bene comune e primario. Infine, ci occuperemo dell’obbligatorietà vaccinale, una misura utile al raggiungimento efficace e veloce della cosiddetta immunità di gregge, ad oggi in vigore solo per alcune fasce di popolazione.

L’introduzione di politiche sanitarie coercitive, volte a promuovere la responsabilità collettiva, solleva una serie di problemi etici che andremo a considerare in relazione agli aspetti di prevenzione sanitaria, tutela della salute nell’interesse della collettività e adeguamento delle norme nel rispetto di costituzionalità e democrazia.

Il cosiddetto “Pass Covid-19” rappresenta l’alternativa meno restrittiva di tutte le strategie coercitive che è possibile mettere in atto in questa situazione pandemica. Esso consente ai soggetti che ne sono provvisti maggiori libertà individuali di spostamento, di movimento e l’accesso ad attività nel rispetto delle regole per la salute pubblica. Grazie

all'ottenimento del pass, in particolar modo quello ricevuto a seguito di avvenuta vaccinazione, vengono “restituiti” ai cittadini tutti quei diritti fondamentali che i vari lockdown – per necessità di salute pubblica – hanno limitato.²¹⁹

Pur riconoscendo l'importanza di tale strumento, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha tuttavia evidenziato numerose criticità in merito all'adozione del *green pass* volto ad allentare le restrizioni della libertà per coloro che ne sono in possesso, nonché a consentire la ripresa delle attività quotidiane e a contenere il rischio di contagio.²²⁰ Dal punto di vista etico, il Comitato Nazionale per la Bioetica auspicava da un lato che le modalità d'utilizzo della Carta Verde COVID-19 fossero regolate da un apposito dispositivo di norma, dall'altro che il suo impiego fosse basato su dati scientifici aggiornati rispetto all'andamento della pandemia e che la gestione di tale dispositivo ad uso non solo medico potesse assicurare ai cittadini la tutela della loro privacy.²²¹

Ad oggi, il rilascio del *green pass* digitale e cartaceo avviene secondo diverse modalità, a partire dall'avvenuta vaccinazione: già dopo la prima dose viene emesso un *green pass* provvisorio che, in attesa del documento definitivo disponibile dopo il completamento dell'intero ciclo vaccinale, permette già di allentare le restrizioni di accesso ad alcune attività per coloro che sono vaccinati, come, ad esempio, la possibilità di accedere al luogo di lavoro. Il certificato viene rilasciato anche a coloro che sono guariti dalla malattia e a chi si sottopone ad un tampone. I tempi della durata del *green pass* variano a seconda della tipologia della certificazione emessa: nel primo caso, cioè a seguito di avvenuta vaccinazione, la carta verde ha validità nove mesi dal momento dell'ultima vaccinazione; nel caso di guarigione dalla malattia invece il periodo di esibizione è pari a tre mesi. Per il *green pass* da test anti-Covid i tempi variano a seconda del tampone effettuato: un test rapido con esito negativo permette di ottenere un *green pass* valido fino 48 ore, a differenza del tampone molecolare la cui validità è di 72 ore.

Una delle criticità evidenziate dal CNB riguarda proprio la non equivalenza tra le tre tipologie di certificazioni emesse: malgrado in ciascuno dei tre scenari venga rilasciato un mezzo a lasciapassare, le suddette certificazioni non assicurano la stessa garanzia di

²¹⁹ A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19*, cit., p. 92.

²²⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Passaporto, patentino, green pass, nell'ambito della pandemica Covid-19: aspetti bioetici*, 30 aprile 2021, p. 8, https://bioetica.governo.it/media/4226/p141_2021_passaporto-patentino-green-pass-nell-ambito-della-pandemia-covid-19-aspetti-bioetici_itdocx.pdf.

²²¹ *Ivi*, p. 9.

protezione dalla possibilità di contagio, ed è perciò facile che la presunta eterogeneità delle tre infonda nella popolazione un falso senso di sicurezza a fronte della possibilità di contagio o dell'eventuale trasmissibilità della malattia.²²²

È bene ricordare che il possesso del “Pass Covid-19” non elimina il rischio di contagio, ma semplicemente lo riduce; infatti, tale certificazione attesta l'avvenuta vaccinazione per il contrasto all'infezione, oppure garantisce la negatività temporanea al virus o ancora lo sviluppo di una presunta immunità naturale alla malattia.

Il CNB mette in evidenza che in qualsiasi sua modalità, se non accompagnato da una corretta e chiara informazione del suo utilizzo, il passaporto potrebbe generare un falso senso di sicurezza e indurre le persone che lo possiedono a mettere in atto comportamenti che finirebbero per compromettere la propria salute e quella delle persone con le quali si entra in contatto.²²³ Ciò vale soprattutto per coloro i quali, per scelta o per dubbio, decidono di non sottoporsi alla vaccinazione. Il risultato di esito negativo al test non deve indurre i non vaccinati ad assumere comportamenti incuranti delle restrizioni vigenti generati dalla falsa illusione di essere soggetti “più sicuri”. La necessità di sottoporsi frequentemente al test per ottenere un *green pass* valido non costituisce in alcun modo la certezza di essere negativi per tutto il periodo in cui il documento risulta valido. Innanzitutto, il risultato dell'esito è relativo al momento esatto in cui ci si sottopone al tampone e alla tipologia stessa del tampone effettuato. Non tutti i test presentano lo stesso livello di precisione: solo il tampone molecolare naso-orofaringeo risulta il principale e più affidabile strumento diagnostico per rilevare la presenza del virus SARS-Cov-2, e questo grazie all'altissimo grado di sensibilità e alla sua specificità nell'accertare gli individui positivi.²²⁴ Ad oggi, però, a seguito della necessità di possedere un *green pass* per l'accesso al luogo di lavoro o alle attività consentite (siano esse mediche, ricreative o sportive), ragioni quali brevi tempistiche di rilascio e costo decisamente inferiore rispetto ad un test molecolare spingono molte persone a preferire il semplice tampone antigenico, che in soli 15/20 minuti permette di ricevere un *green pass* valido per 48 ore. Benché i test antigenici di terza generazione siano molto più affidabili rispetto a quelli disponibili

²²² *Ivi*, p. 2.

²²³ *Ivi*, p. 6.

²²⁴ Istituto Superiore di Sanità, *Test molecolare*, informazioni disponibili al link:

https://www.iss.it/test-e-tamponi-come-e-quando/-/asset_publisher/yX1afjCDBkWH/content/test-molecolare-mediante-tampone-naso-orofaringeo-1.

ad inizio pandemia, la loro capacità di individuare “falsi negativi” (cioè soggetti positivi che tuttavia risultano negativi al test) resta pari al 30% delle possibilità.²²⁵

Coloro i quali abbiano effettuato il ciclo completo di vaccinazione non necessitano di ripetere frequentemente un tampone, a differenza di chi invece non si è ancora sottoposto ad immunizzazione che può arrivare ad eseguire anche fino a quattro test settimanali per ottenere un *green pass* temporaneo. Questa modalità, pur costituendo sicuramente un’attività di screening relativamente ad una potenziale positività, non è garanzia di maggiore sicurezza per sé e per gli altri rispetto a chi è provvisto di *green pass* da vaccinazione. Non si possono infatti sottovalutare i rischi decisamente maggiori per la salute delle persone non vaccinate che contraggono la malattia, rischi per se stessi e per gli altri. Malgrado sia possibile contagiarsi anche in seguito al completamento del ciclo vaccinale, le ricerche stanno dimostrando che per chi si è sottoposto al processo di immunizzazione il rischio di ospedalizzazione o del ricovero in terapia intensiva è nettamente inferiore rispetto a coloro i quali non siano ancora vaccinati. Inoltre, come abbiamo già detto, il pericolo principale causato dagli esitanti è nei confronti dell’intera collettività: infatti, se una percentuale consistente della popolazione non risulta essere vaccinata, è decisamente probabile che si sviluppino nuove varianti del virus.

A partire dal 6 dicembre 2021, la nuova normativa rispetto alle modalità di utilizzo del Pass Covid-19 distingue due tipologie dello stesso: la prima riguarda il *super green pass* (altrimenti noto come *green pass rafforzato*), cioè il certificato vaccinale o certificato di immunità; la seconda concerne il *green pass base*, ottenibile dopo l’esito negativo ad un test antigenico rapido o molecolare.²²⁶ La nuova distinzione tra *green pass rafforzato* e *green pass base* ha introdotto ulteriori limitazioni per coloro che non possiedono ancora il certificato vaccinale, in particolar modo rispetto all’accesso ad attività ricreative e sociali. Il decreto ha altresì introdotto l’obbligatorietà vaccinale per tutto il personale sanitario, scolastico e penitenziario, pena la sospensione dal luogo di lavoro e la decurtazione dello stipendio mensile. L’incremento delle restrizioni per coloro che

²²⁵ D. Zorzetto, *Covid, tamponi rapidi sotto accusa: "Un risultato su due è errato"*, La Repubblica, 27 novembre 2021, https://www.repubblica.it/salute/2021/11/27/news/covid_tamponi_rapidi_sotto_accusa_un_risultato_su_due_e_errato_-327370605/.

²²⁶ Decreto legge n.172/2021, *Misure urgenti per il contenimento dell’epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.282 del 26 novembre 2021.

risultano non essere in possesso del passaporto rafforzato ha indubbiamente la finalità di incentivare le persone alla vaccinazione.

A partire dal mese di luglio 2021 il nostro Paese è stato in grado di sostenere l'offerta vaccinale garantendo dosi sufficienti a comprendere, tra le fasce di popolazione vaccinabili, anche gli adolescenti. Ad oggi, la maggior parte dei cittadini dai 12 anni in su ha già completato il primo ciclo vaccinale e si appresta a ricevere la terza dose *booster*, mentre l'11,82% della popolazione riluttante deve ancora effettuare la prima vaccinazione anti-Covid.²²⁷ A fronte di tale constatazione, possiamo facilmente dedurre che il dato ricavato si converte immediatamente nella percentuale degli esitanti presenti nel nostro Paese; percentuale però alla quale vanno sottratti i numeri sia di chi è guarito dalla malattia e quindi dispone già di un certificato d'immunità, sia di coloro i quali, pur volendolo, non possono sottoporsi alla somministrazione a causa del loro quadro clinico.²²⁸

Nonostante l'introduzione di un passaporto rafforzato abbia incentivato l'adesione alla vaccinazione, tale strumento contiene in sé anche alcune lacune. Questa tipologia di *green pass* mantiene l'equiparazione tra il certificato vaccinale ottenibile grazie alla somministrazione delle dosi del farmaco e il certificato d'immunità, conseguibile a seguito di negativizzazione dall'infezione naturale. L'unica distinzione tra i due documenti è la validità in termini temporali: mentre quello vaccinale ha un'estensione pari a nove mesi dalla data dell'ultima somministrazione, il passaporto d'immunità può essere esibito solo nei tre mesi successivi al momento di dichiarata negativizzazione dal virus.

Se anche a seguito della guarigione dalla malattia è possibile ottenere un *green pass* rafforzato, l'equiparazione tra questo e il certificato vaccinale può incentivare in modo perverso gli esitanti no-vax alla ricerca dell'infezione naturale. Si sono già verificati episodi di incontri organizzati allo scopo di favorire la diffusione del contagio tra i no-

²²⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Report Vaccini anti-COVID-19*, aggiornato alla data del 14 dicembre 2021, dato ricavato sulla base della percentuale del 88,28% della popolazione over 12 che ha ricevuto almeno una dose di vaccino. I dati aggiornati in tempo reale sono disponibili al link: <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>.

²²⁸ La percentuale di quest'ultima categoria di persone resta tuttavia numericamente irrilevante, anche se non si possiede una stima precisa del numero di soggetti a cui fare riferimento. L'argomento verrà trattato successivamente al paragrafo 3.3 dal titolo "Immunità di gregge e obbligatorietà vaccinale" del suddetto lavoro di ricerca.

vax e ottenere il *green pass* senza procedere con la vaccinazione.²²⁹ Rendere equivalenti un certificato d'immunità e un certificato vaccinale fa venir meno la doverosa premialità che va attribuita a chi, con senso di responsabilità personale e sociale, ha deciso di sottoporsi all'iter vaccinale, accettandone benefici e i potenziali rischi, seppur minimi.²³⁰ Esistono differenze piuttosto significative tra i due tipi di documenti perché, mentre il *green pass* rinforzato incoraggia le persone a vaccinarsi contro il virus, il passaporto d'immunità favorisce la ricerca dell'infezione.²³¹ Le direzioni sociali e sanitarie verso cui questi due tipi di certificati spingono sono quindi opposte: quello ottenibile grazie alla vaccinazione conduce verso un bene che va a favore dell'intera collettività; al contrario, l'esposizione volontaria alla malattia presenta un rischio che potrebbe rivelarsi letale per se stessi e per gli altri.²³²

La proposta di rilasciare un passaporto d'immunità a chi è stato dichiarato guarito dalla malattia da Covid-19 è stata avanzata da diversi governi già nei primi mesi di pandemia,²³³ quando ancora un vaccino era lontano dall'essere disponibile e si iniziavano a cercare delle vie d'uscita dal blocco delle attività lavorative, sociali e ricreative della quotidianità.²³⁴ Ad aprile 2020 l'OMS chiariva che la guarigione dalla malattia si sarebbe probabilmente tradotta in una qualche forma di immunità; al contempo, però, le evidenze

²²⁹ G. Piccoli, *Covid, i corona-party l'ultima follia in Alto Adige: feste con positivi per infettarsi e non vaccinarsi*, La Repubblica, 20 novembre 2021,

[https://www.repubblica.it/cronaca/2021/11/20/news/covid_i_corona-](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/11/20/news/covid_i_corona-party_l_ultima_follia_in_alto_adige_feste_con_positivi_per_infettarsi_e_non_vaccinarsi-327060485/)

[party_l_ultima_follia_in_alto_adige_feste_con_positivi_per_infettarsi_e_non_vaccinarsi-327060485/](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/11/20/news/covid_i_corona-party_l_ultima_follia_in_alto_adige_feste_con_positivi_per_infettarsi_e_non_vaccinarsi-327060485/).

²³⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia covid-19: aspetti bioetici*, cit., p. 7.

²³¹ A. L. Phelan, *COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges*, in «The Lancet», 395 (2020), n. 10237, p. 1597.

²³² *Ibidem*.

²³³ Sono note le dichiarazioni che, ancora ad inizio pandemia, il premier britannico Boris Johnson rilasciò durante una delle sue conferenze stampa. Mentre tutti gli altri paesi introducevano misure restrittive che andavano nella direzione di un inevitabile lockdown totale, Johnson annunciava alla sua nazione che molti dei suoi cittadini dovevano prepararsi a «perdere i propri cari». La strategia del premier inglese sosteneva le tesi dell'epidemiologo e consigliere medico del governo Chris Whitty e del consigliere scientifico Patrick Vallance, secondo i quali il virus andava lasciato al suo corso naturale garantendo così un'immunizzazione naturale a tutta la popolazione., Dichiarazione disponibile in formato video digitale, *Boris Johnson: containment of Covid-19 'unlikely to work on its own'*, https://www.youtube.com/watch?v=_1hzHfPA2Pg. Dopo poche settimane, il premier, resosi conto che il virus avrebbe rappresentato «una delle sfide più grandi degli ultimi decenni» e che la sanità pubblica inglese sarebbe stata travolta dall'ondata pandemica, annunciò misure restrittive in cui le uniche attività consentite erano quelle essenziali. Dichiarazione disponibile in formato video digitale, *Coronavirus: PM Boris Johnson's lockdown statement @BBC News – BBC*, <https://www.youtube.com/watch?v=vJycNmK7KPk>.

²³⁴ A. L. Phelan, *COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges*, cit., pp. 1595-1596.

scientifiche di allora non erano in grado di confermare né la certezza dell'immunità data dalla malattia, né per quanto questi anticorpi avrebbero protetto gli individui da un secondo contagio.²³⁵ Successivamente, grazie a lunghe analisi sui fattori di rischio, è stato accertato che in una percentuale stimabile tra il 90-99% delle persone guarite da SARS-CoV-2 sono presenti gli anticorpi in grado di neutralizzare la malattia.²³⁶ Resta però una bassa percentuale di individui in cui, soprattutto se asintomatici o con lieve sintomatologia, non è possibile rilevare lo sviluppo di un'immunità naturale.²³⁷ La semplice negativizzazione dalla malattia non è dunque garanzia di immunità: a seguito della guarigione, la presenza e soprattutto la quantità di anticorpi nel sangue andrebbero certificate mediante un test sierologico. In ogni caso, quest'ultimo esprime solo una parte di immunità, cioè quella umorale, ma non è in grado di misurare né l'immunità cellulare, né la memoria immunitaria.²³⁸

Un passaporto di immunità contiene in sé molteplici problematiche, poiché è un documento rischioso dal punto di vista sanitario per le motivazioni che abbiamo appena visto. Inoltre, se la disponibilità alla vaccinazione viene garantita ma un passaporto di immunità viene utilizzato prevalentemente come mezzo alternativo alla somministrazione del farmaco, – inducendo così alla ricerca volontaria dell'infezione –, sarà maggiore il pericolo per l'integrità fisica degli stessi individui, nonché una minaccia per la salute pubblica.²³⁹

A tali considerazioni si potrebbe obiettare che il rilascio del *green pass rafforzato* ai soli individui vaccinati costituirebbe una discriminazione per coloro i quali, pur senza cercare intenzionalmente il contagio, sono risultati positivi al rilevamento della malattia. Il nostro interesse però è quello di ragionare sulle precise distinzioni etiche che si devono operare tra chi decide di vaccinarsi e chi sceglie di rifiutare con convinzione il vaccino, in un momento in cui da un lato vi è l'esigenza di far ripartire la vita economica, sociale e personale in tutta sicurezza, dall'altro è stato reso disponibile un antidoto in grado di

²³⁵ WHO, "Immunity passports" in the context of COVID-19, 24 aprile 2020, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>.

²³⁶ WHO, *COVID-19 natural immunity*, 10 maggio 2021, p. 1, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Natural_immunity-2021.1.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia covid-19: aspetti bioetici*, cit., pp. 4-5.

²³⁹ A. L. Phelan, *COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges*, cit., p. 1597.

proteggerci dalla minaccia virale. L'introduzione di differenze di trattamento e libertà per chi decide di non vaccinarsi per ragioni non mediche che vanno da motivazioni di tipo ideologico o religioso, all'opposizione etica o per timori infondati, non è eticamente ingiustificata, in quanto in un contesto già limitante a causa della presenza del virus dobbiamo accettare e comprendere che le nostre azioni sono molto più condizionate.²⁴⁰

A fronte della disponibilità e gratuità del vaccino, gli individui sono chiamati personalmente a compiere la scelta se aderire o meno alla campagna di vaccinazione. Nel compiere tale azione vi è dunque una responsabilità personale che si converte immediatamente nella responsabilità delle conseguenze delle proprie scelte.²⁴¹ Da ciò risultano le differenze di trattamento tra chi accetta e rifiuta il vaccino; per quest'ultimo gruppo di persone sono in essere restrizioni che, con l'introduzione del decreto n. 172/2021 di fine novembre 2021, limitano ancora di più la loro possibilità di movimento o di partecipazione alle attività sociali. Tali impedimenti costituiscono certo una forma di discriminazione, poiché questi rappresentano il limite tra ciò che ad un soggetto non vaccinato è consentito di fare o non fare, ma non si tratta di una discriminazione in senso negativo così come viene interpretata dagli esitanti alla vaccinazione.²⁴²

Considerato che vaccinarsi è nell'interesse della salute propria e altrui, dal punto di vista bioetico è corretto non procedere all'obbligo se la scelta di vaccinarsi è affidata all'individuo stesso o a chi ne fa le veci. Nonostante ciò, vanno tuttavia attuate misure che consentono di salvaguardare la salute pubblica,²⁴³ come ad esempio l'introduzione di restrizioni maggiori per chi ha deciso di non procedere con la vaccinazione.

Quando a tutti viene garantito l'accesso alla vaccinazione, senza possibili impedimenti dati dalla mancanza di forniture del farmaco, la differenza di trattamento tra vaccinati e coloro che non si sono sottoposti alla vaccinazione non costituisce una forma di discriminazione eticamente ingiusta o immorale.²⁴⁴

Come sottolinea Giubilini, infatti, in tempi come questi, in cui l'interesse prioritario è quello di frenare la pandemia, la vaccinazione consente di fare la differenza tra la vita e la morte, permette inoltre di interrompere lo sviluppo di nuove varianti e favorisce

²⁴⁰ A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19*, cit., pp. 100-101.

²⁴¹ *Ivi*, p. 101.

²⁴² *Ibidem*.

²⁴³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Vaccini anti-covid-19 e adolescenti*, 29 luglio 2021, p. 2, https://bioetica.governo.it/media/4351/vr_p143_2021_vaccini-anti-covid-19-e-adolescenti.pdf.

²⁴⁴ A. Giubilini, *Vaccinarsi contro il Covid-19*, cit., p. 101.

l'arrestarsi del virus. La libertà di compiere determinate scelte che vanno nella direzione di un beneficio personale e collettivo non è separabile dalla responsabilità per le conseguenze di quelle scelte.²⁴⁵ L'esito dato dalla decisione di non vaccinarsi, se compiuto per motivazioni diverse da quelle mediche, che si concretizza in maggiori limitazioni per la vita personale e sociale in una situazione ancora emergenziale, va dunque compreso e accettato, nell'ottica dei potenziali rischi a danno della propria salute personale e dell'intera comunità.

2. Il mandato vaccinale per il personale sanitario

La somministrazione dei vaccini contro il Covid-19 è avvenuta secondo precisi criteri stabiliti attraverso il *Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2*,²⁴⁶ redatto appositamente dal Ministero della Salute per l'organizzazione della campagna di vaccinazione. Ancor prima dell'inizio della distribuzione effettiva, il Ministero della Salute segnalava una possibile fornitura limitata delle prime dosi in arrivo; risultava pertanto necessario identificare gruppi di popolazione a cui consentire l'accesso alla vaccinazione con estrema priorità.²⁴⁷ All'aumento delle dosi di vaccini disponibili, il sistema di distribuzione inizialmente centralizzato avrebbe

²⁴⁵ *Ibidem*.

²⁴⁶ Il piano si compone di due documenti: *Elementi di preparazione della strategia vaccinale*, presentato dal ministro della Salute al Parlamento il 2 dicembre 2020 (Decreto 2 gennaio 2021) e le *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19* del 10 marzo 2021, con le quali sono state aggiornate le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità. Il Piano, elaborato da Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'Emergenza, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa, è stato adottato con Decreto del 12 marzo 2021. Il 13 marzo 2021 è stato diffuso il *Piano vaccinale del Commissario straordinario* per l'esecuzione della campagna vaccinale nazionale, elaborato in armonia con il Piano strategico nazionale del Ministero della Salute., documenti disponibili alla pagina Web del Ministero della Salute, *Piano Vaccini anti Covid-19*, <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.

²⁴⁷ *Ibidem*.

poi seguito una filiera più localizzata attraverso gli *hub* vaccinali, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, sanità militare e pediatri di libera scelta.²⁴⁸

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha avuto un importante ruolo di confronto con il Ministero della Salute relativamente ai criteri etici da adottare nella distribuzione delle risorse vaccinali. La strategia di somministrazione poggia sui valori e i principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione e promozione della salute e del benessere.²⁴⁹

La prima categoria a poter beneficiare dell'effetto protettivo diretto dato dai vaccini è stata quella degli operatori sanitari e sociosanitari, in quanto soggetti considerati a rischio più elevato di contrarre la malattia o di trasmetterla ai pazienti suscettibili e vulnerabili nei diversi contesti sanitari.²⁵⁰ La priorità di accesso alla vaccinazione voleva riconoscere loro anche un'indiscussa premialità per essere stati "in prima linea" nella gestione diretta nei reparti ospedalieri e nelle strutture socio-sanitarie in tempo di pandemia. Inoltre, il personale medico, gli infermieri, gli assistenti sanitari, gli OSS e il personale amministrativo di supporto avrebbero costituito l'organico delle unità vaccinali nelle operazioni di accettazione, somministrazione e sorveglianza.²⁵¹

Simbolicamente, questa priorità avrebbe assunto anche una valenza comunicativa nei confronti del resto della popolazione: l'iniezione del vaccino al personale medico e sanitario avrebbe dovuto veicolare il messaggio relativo alla sicurezza del farmaco, incentivando così tutte le altre categorie ad un'adesione convinta alla campagna di vaccinazione. Per questa fase di informazione, l'Istituto Superiore di Sanità ha previsto un focus di formazione specifico destinato agli operatori sanitari, il cui scopo era appunto informare e formare gli stessi sulle caratteristiche dei vaccini anti-Covid.²⁵² Il primo obiettivo del programma era quello di aumentare la fiducia e l'adesione al vaccino da parte del personale sanitario, in qualità di beneficiari prioritari; si intendeva poi incrementare le capacità relazionali dei professionisti sanitari, per una comunicazione quanto più chiara ed incisiva possibile tra questi ultimi e la popolazione da vaccinare, relativamente all'informazione sui benefici e rischi che avrebbe comportato il vaccino.²⁵³

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ Ministero della Salute, *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19. Piano strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale*, cit., p. 28.

²⁵⁰ *Ivi*, p. 29.

²⁵¹ *Ivi*, p. 32.

²⁵² *Ivi*, p. 34.

²⁵³ *Ivi*, pp. 34 – 35.

Sul piano etico, il CNB sottolineava il ruolo centrale di informatori che i sanitari avrebbero dovuto rivestire durante la campagna vaccinale, considerato che sarebbero stati a contatto con i cittadini nel rispondere alle loro domande ed esitazioni e che avrebbero dovuto far fronte ad episodi di rifiuto convinto.²⁵⁴ Il CNB invitava anche alla promozione di una discussione pubblica sul tema, in cui il personale sanitario fosse impegnato in un confronto tra esperti e cittadini, nell'intento di fornire informazioni in grado di dare risposta alle preoccupazioni della popolazione.²⁵⁵

Gli operatori sanitari sono stati dunque i primi a beneficiare del vaccino, e allo stesso tempo gli esecutori materiali della vaccinazione, con il ruolo strategico di farsi promotori, attraverso la loro immagine e la comunicazione verbale, dei benefici e dell'importanza del vaccino.

Nonostante l'adesione alla vaccinazione da parte dei sanitari sia stata fin da subito elevata, non sono mancati episodi di professionisti no-vax. A fronte del rifiuto al vaccino da parte di una minoranza del personale sanitario, il governo ha messo in atto provvedimenti coercitivi nei loro confronti. Pur essendo sempre privilegiata e incoraggiata una consapevole adesione spontanea al vaccino, lo sforzo per garantire un'ottimale copertura immunitaria negli ambienti sanitari ha reso necessaria l'introduzione dell'obbligatorietà vaccinale per questo gruppo di professionisti, in quanto maggiormente esposto al rischio di contrarre il virus e di trasmetterlo ai soggetti più fragili negli ambienti di cura.²⁵⁶ Il Decreto-Legge n.44 del 1 aprile 2021 in materia di misure urgenti per il contenimento dell'epidemia, nello specifico l'Art. 4, ha disposto l'obbligo vaccinale per professionisti e operatori sanitari, individuando nel vaccino il requisito essenziale per lo svolgimento delle prestazioni e per l'esercizio delle mansioni lavorative sanitarie.²⁵⁷ La vaccinazione può essere omessa o differita solo nel caso in cui il farmaco

²⁵⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, cit., p. 12.

²⁵⁵ *Ibidem*.

²⁵⁶ *Ivi*, p. 3.

²⁵⁷ «In considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, fino alla completa attuazione del piano di cui all'articolo 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.» A riguardo, si veda il suddetto DL n. 44 entrato in vigore il 1 aprile 2021 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/01/21G00056/sg>. Si consideri inoltre che, in base alla

da iniettare rappresenti un accertato pericolo per la salute, in relazione a condizioni cliniche documentate e attestate dal medico di medicina generale.²⁵⁸ A fronte di un rifiuto dettato da motivazioni personali o etiche, o comunque diverse da quelle mediche, per tale categoria è stata disposta la sospensione dal luogo di lavoro,²⁵⁹ con annessa decurtazione del compenso retributivo mensile per tutto il periodo in cui il sanitario risulti essere sospeso dall'esercizio delle sue mansioni.

All'inizio del secondo capitolo di questo lavoro, parlando di diritti e doveri in relazione ai vaccini, avevamo già chiarito che non tutti i doveri morali – nella fattispecie sottoporsi alla vaccinazione – si traducono in obblighi legali; tuttavia, quando il bene in questione da promuovere è sufficientemente importante, ci sono forti ragioni per far sì che l'obbligo morale diventi altresì un obbligo legale. Nell'ambito della vaccinazione obbligatoria per i sanitari, la questione si sostanzia anzitutto nella forma di un'obbligazione giuridica, dal momento che essa è stata normata attraverso un preciso dispositivo di legge, ma non può tuttavia esaurirsi solo su questo piano. Sono infatti evidenti le implicazioni sanitarie, etiche e bioetiche coinvolte nel momento in cui un dovere diventa un obbligo.

Procederemo ora nella nostra ricerca concentrandoci in particolare sulla professione del medico, il cui ruolo ha una rilevante portata etica nell'ambito della relazione di cura e nell'ottica di un'etica della responsabilità. A tal proposito, possiamo porre alcuni quesiti che aiuteranno ad orientarci nella riflessione: la mancanza di fiducia o la contrarietà ai vaccini da parte del personale medico influisce negativamente sulla comunità? Le misure coercitive adottate nei confronti del personale reticente alla vaccinazione sono accettabili sotto il profilo etico?

Il medico non incarna semplicemente una figura professionale le cui conoscenze lo rendono un mero tecnico della relativa scienza; essere medico significa anche aderire ad

proroga ufficializzata tramite Decreto-Legge n. 221 del 24 dicembre 2021), il cosiddetto "stato di emergenza" è stato prorogato dal 31 dicembre 2021 al 31 marzo 2022.

²⁵⁸ *Ibidem*.

²⁵⁹ Secondo i dati forniti dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO), il numero dei dottori sospesi al mese di novembre 2021 corrispondeva a 1767 su un totale di 468000 iscritti agli ordini, pari ad una percentuale dello 0,3% di professionisti non vaccinati. Va ricordato però che il numero pur basso, era comunque relativo, in quanto non tutti gli Ordini avevano provveduto alla comunicazione di tutti i nominativi da sospendere. Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Medici sospesi, uno su quattro si è vaccinato. Restano fuori 1.767 medici e odontoiatri*, comunicato stampa del 18 novembre 2021, <https://portale.fnomceo.it/medici-sospesi-uno-su-quattro-si-e-vaccinato/>.

un'etica professionale in cui il tema della responsabilità risulta centrale.²⁶⁰ Questa professione richiede di abbracciare determinati valori etici e di accettare un codice deontologico attraverso una promessa;²⁶¹ il Codice di Deontologia Medica contiene infatti i principi e le regole che i professionisti sanitari indicati con il termine di “medico” sono tenuti doverosamente ad osservare nell'esercizio della loro professione.²⁶²

Sebbene l'Art. 4 del Codice reciti che «l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità» senza dover quindi «sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura»,²⁶³ il medico non deve tuttavia venir meno alla promozione della salute in tutte le sue forme. Infatti, come prescrive il successivo Art. 6 relativo alla qualità professionale e gestionale:

«Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti.»²⁶⁴

Il medico, nella sua pratica di cura, pur agendo secondo quanto ritiene più adeguato, non può ignorare il valore delle nuove scoperte scientifiche, soprattutto qualora queste, nel rispetto dei principi dell'etica medica, rappresentino un importante punto di arrivo nell'ambito della ricerca e costituiscano un bene a disposizione di tutta la società. L'esigenza di uscire velocemente dallo stato di crisi pandemica ha dato sicuramente un forte impulso alla ricerca biomedica, in particolare nell'ambito della sperimentazione vaccinale, al fine di individuare in breve tempo dei trattamenti sicuri ed efficaci per contrastare la malattia.²⁶⁵ Le sperimentazioni il cui esito è risultato positivo hanno

²⁶⁰ Turollo, *Bioetica ed etica della responsabilità*, op. cit., p. 104.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² Così recita l'art.1 del *Codice di deontologia medica* (approvato nel 2014 dalla FNOMCEO e con ultima modifica datata 6 febbraio 2020, <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>).

²⁶³ *Ivi*, art. 4, p. 3.

²⁶⁴ *Ivi*, art. 6, p. 4.

²⁶⁵ Il tema della ricerca nell'ambito della pandemia da Covid-19 è stato oggetto di discussione da parte del Comitato Nazionale per la Bioetica: pur riconoscendo sia la straordinarietà del momento sia l'esigenza di procedere velocemente nell'individuare cure efficaci, il CNB ha ribadito i principi etici essenziali ed inderogabili ai quali non è possibile venir meno. A riguardo, cfr. CNB, *La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti etici*, 22 ottobre 2020, https://bioetica.governo.it/media/4113/p138_2020_la-sperimentazione-biomedica-per-la-ricerca-di-nuovi-trattamenti-terapeutici-nellambito-della-pandemia-covid-19_aspetti-etici_i.pdf.

permesso di produrre e immettere in commercio, in tempo record, sieri vaccinali con un iter di sperimentazione in grado di rispettare tutti gli standard scientifici di qualità e validità, e secondo un'attenta valutazione tecnico-scientifica.

Qualora non vi siano evidenze scientifiche in grado di attestare l'efficacia delle ricerche rivolte alle cure, è ragionevole avere dubbi sui futuri esiti delle terapie, a maggior ragione se queste sono di natura sperimentale. Tuttavia, quando i risultati attestano la comprovata validità dei trattamenti medici, non solo alla fine del percorso che conduce alla loro approvazione e conseguente immissione sul mercato, ma anche a seguito dei benefici che essi apportano dopo un periodo di somministrazione, non vi è motivo per dubitare della loro efficacia.

Risulta perciò di difficile comprensione l'atteggiamento di quei medici che, pur agendo attraverso una messa in pratica dei progressi della scienza medica, arrivano a dubitare dei risultati offerti dallo stesso sapere medico.

Le misure coercitive adottate nei confronti dei sanitari a cui è stata notificata la sospensione sono state reputate dagli stessi interessati come un'imposizione che viola la dignità della persona umana, in quanto una scelta vaccinale «dovrebbe collocarsi in una dimensione strettamente personale e non coercibile, perché priva di rilievo pubblicistico».²⁶⁶ Il sanitario che si è ritenuto danneggiato dalle misure disposte dal D.L. 44/2021 sosteneva perciò che tale obbligo fosse lesivo della sua autonomia in favore di una tutela della salute pubblica, mediante un utilizzo di farmaci sperimentali che nell'ambito della campagna vaccinale risulterebbero inefficaci nel prevenire l'infezione.²⁶⁷

Innanzitutto, va chiarito che i prodotti disponibili per la vaccinazione non si trovano in una fase sperimentale: sebbene un vaccino richieda un tempo medio di un paio d'anni per poter essere verificato nei suoi risultati complessivi su tutta la popolazione, nel controllo della malattia e nel suo attenuarne gli effetti negativi,²⁶⁸ i vaccini oggi disponibili sono stati approvati attraverso la procedura di autorizzazione all'immissione in commercio condizionata (CMA, *conditional marketing authorisation*).²⁶⁹ Questa

²⁶⁶ T.A.R. Friuli-Venezia Giulia, sentenza n.261/2021.

²⁶⁷ *Ibidem*.

²⁶⁸ L'. d'Avack, *La vaccinazione tra dovere etico e libertà di cura*, cit., p. 65.

²⁶⁹ La procedura è disciplinata dall'art. 14-*bis* del Regolamento CE 726/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio e dal Regolamento CE 507/2006 della Commissione.

consente di introdurre nel mercato i farmaci in assenza di dati clinici completi, garantendone tuttavia i principi di qualità, sicurezza ed efficacia.²⁷⁰ In relazione a quest'ultima, i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità certificano l'efficacia della vaccinazione nel prevenire l'infezione e la malattia severa (ospedalizzazione e/o ricovero in terapia intensiva e/o decesso). I parametri disponibili nel report pubblicato il 21 dicembre 2021 sottolineano certo una forte diminuzione dell'efficacia nel prevenire l'infezione dopo i 150 giorni dal completamento del primo ciclo vaccinale (che scende al 30,1%); tuttavia, per coloro che sono stati vaccinati da meno di 150 giorni e per chi ha già effettuato la terza dose *booster*, i livelli di copertura arrivano al 71,0% di efficacia. La differenza sostanziale però emerge dai dati relativi alla malattia severa, dove si osserva che sia per i vaccinati da più di 150 giorni, sia per quelli vaccinati da meno di 150, che per coloro che hanno effettuato il richiamo aggiuntivo, l'efficacia si mantiene alta (tra un 82,2% per i soggetti appartenenti alla prima categoria e un 94,0% per i vaccinati rientranti nell'ultima).²⁷¹

Inoltre, i vaccini autorizzati contro il Covid-19 hanno dimostrato di essere sicuri anche nella protezione contro le mutazioni del virus che si sono registrate in questo periodo di pandemia. A fronte di tali constatazioni, la presa di posizione contraria al vaccino in quanto farmaco inefficace non trova alcun riscontro scientifico nella realtà, alla luce delle molte evidenze dimostrate.

Resta da considerare se, in una situazione di emergenza, l'obbligo vaccinale contro il Covid-19 per la categoria dei professionisti sanitari sia un'imposizione a scapito dell'autonomia personale o costituisca invece un bene a tutela della salute pubblica.

La prima regola che il medico è tenuto a rispettare nell'esercizio della sua professione è il principio ippocratico "*primum non nocere*", che si esplicita nel dovere negativo di non maleficenza, cioè di non arrecare danno al paziente, ma che rinvia anche al dovere positivo di beneficenza, che consiste nel procurare il bene del malato.²⁷² Date le

²⁷⁰ Commissione Europea, *Domande e risposte – Autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini anti COVID-19 nell'UE*, 11 dicembre 2020, Bruxelles, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/qanda_20_2390.

²⁷¹ EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19, aggiornamento nazionale, 21 dicembre 2021 – ore 12:00*, 24 dicembre 2021, pp. 23-24, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_21-dicembre-2021.pdf.

²⁷² A. Da Re, *Etica della cura medica*, in A. Fabris (a cura di) *Etiche applicate. Una guida*, Carocci editore, Roma 2018, p. 55.

condizioni eccezionali in cui i sanitari si trovano a lavorare, ovvero a stretto contatto con soggetti già fragili, e data l'obbligazione etica di non procurare il male ai pazienti, l'adozione della misura coercitiva del mandato vaccinale per i sanitari appare una misura del tutto accettabile sotto il profilo etico.²⁷³ In ragione delle motivazioni che abbiamo appena elencato, l'adozione di politiche obbligatorie di vaccinazione non sono così inconsuete negli ambienti sanitari, inclusa la richiesta che il personale non vaccinato sia sospeso dal servizio durante le epidemie, laddove la vaccinazione rappresenti il requisito necessario per l'esercizio della professione.²⁷⁴ I benefici derivanti dalle vaccinazioni negli operatori sanitari sono stati ampiamente documentati nei reparti con personale vaccinato contro la semplice influenza stagionale annuale, in cui i tassi di influenza e mortalità sono stati decisamente bassi.²⁷⁵

L'autonomia dei sanitari in questo caso entra in conflitto con l'interesse maggiore di salvaguardare la salute dal paziente, dove il bene di quest'ultimo viene prima della violazione dell'autonomia del sanitario relativamente alla decisione se sottoporsi o meno alla vaccinazione.²⁷⁶ La coercizione, nelle forme di obbligatorietà al vaccino o della sospensione dal luogo di lavoro, può essere giustificata in ragione di necessità e urgenza, come nel caso di questa pandemia.

Solitamente, quando vengono introdotte politiche che richiedano la vaccinazione obbligatoria per lavorare negli ambienti di cura, i sanitari non vaccinati vengono trasferiti in altri reparti o sono chiamati a svolgere mansioni dove il rischio risulti minore; tuttavia, la potenza di trasmissione del virus da SARS-CoV-2 ha reso difficile distinguere tra i luoghi dove il rischio è maggiore o minore.²⁷⁷ Un'altra misura adottata in occasione di passate epidemie nei confronti dei sanitari non vaccinati che si trovano in corsia è quella di richiedere loro l'uso obbligatorio della mascherina (*vaccinate-or-mask*). L'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale ha costituito un requisito indispensabile per ogni tipo

²⁷³ WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, 13 aprile 2021, p. 3, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>.

²⁷⁴ *Ivi*, p.4.

²⁷⁵ K. Flegel, *Health care workers must protect patients from influenza by taking the annual vaccine*, in «Canadian Medical Association Journal», 184 (2012), n. 17, p. 1873.

²⁷⁶ Il bene del paziente è superiore e primario, per questo vi sono già limitazioni nell'esercizio della professione per i sanitari, a protezione della salute dei degenti. Si consideri per esempio il caso del chirurgo con HIV o con forme di epatite: se positivo a questi virus, al medico non è consentito operare, *Ibidem*.

²⁷⁷ WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, cit., p. 4.

di interazione sociale in questa pandemia, non soltanto nell'ambito dell'interazione medica. Va da sé che, in presenza di un virus così contagioso e la cui capacità di determinare condizioni di salute molto severe, la sola mascherina, per quanto efficace nel proteggere dal contagio, risulti una misura non sufficiente per esercitare nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Per questo, l'opzione più sicura al fine di tutelare i pazienti è stata quella di richiedere la sospensione per i sanitari non vaccinati.

Un mandato vaccinale nei confronti del personale comporta però delle conseguenze negative sul sistema sanitario nel suo complesso. In questi mesi di pandemia, i sanitari hanno dovuto fronteggiare una sfida senza precedenti: la pressione che è stata esercitata sui reparti ospedalieri ha posto a dura prova la tenuta della sanità pubblica.²⁷⁸ Sono molti i fattori che hanno contribuito a far vacillare il sistema sanitario, in primis le risorse disponibili spesso inadeguate, già carenti a causa dei progressivi tagli che negli anni sono stati apportati a sfavore della sanità pubblica. A ciò si sono aggiunte anche le condizioni di lavoro dei professionisti sanitari, sottoposti ad un forte stress psicofisico: basti pensare ai turni di lavoro extra-ordinari necessari a coprire l'assenza dei colleghi risultati positivi o in quarantena, oppure alla condizione inedita in cui si sono trovati i medici, che spesso hanno dovuto decidere tra chi curare e chi non far accedere alle unità di terapia intensiva sulla base delle aspettative di vita dei pazienti. In tutto ciò, non si dimentichi che, soprattutto ad inizio pandemia, i dispositivi di protezione individuale disponibili per i sanitari non erano adeguati a garantire la sicurezza personale nelle unità di lavoro.²⁷⁹ La sospensione dei professionisti sanitari si aggiunge quindi ad un organico di risorse insufficienti per affrontare le nuove ondate emergenziali.

Sebbene il fenomeno dei medici no-vax sia piuttosto contenuto, l'impatto della loro scelta resta tuttavia decisamente negativo per le motivazioni che abbiamo elencato, a cominciare dall'impatto sociale di questa scelta, che alimenta la diffidenza della popolazione nei confronti dei vaccini, a quello sanitario, poiché l'effetto della sospensione dei medici dall'esercizio delle loro mansioni aumenta la pressione sul personale in corsia.

È vero che l'Art. 4 del Codice di deontologia medica invita il professionista ad agire in autonomia e senza condizionamenti, ma tra i principi che il medico deve seguire nel

²⁷⁸ J. Krystal, *Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress*, in «Nature Medicine», 639 (2020), n. 26, p. 639.

²⁷⁹ *Ibidem*.

suo agire professionale rientra anche la responsabilità, che nel nostro caso coincide con l'atto di vaccinarsi per il bene dei pazienti. Il medico, nella sua attività professionale, si impegna nella tutela della salute individuale e collettiva, garantendo ai pazienti la qualità della sua professione.²⁸⁰ Anche l'informazione sanitaria ha una certa rilevanza morale: un medico che si dichiara no-vax deve offrire informazioni con prudenza e onestà intellettuale, con la consapevolezza dei gravi rischi che una scorretta comunicazione può comportare sui singoli e sulla collettività, soprattutto quando la sua scelta personale è contraria rispetto alla validità dei dati scientifici disponibili, magari finendo per determinare un pregiudizio nell'interesse generale.²⁸¹

Il medico, nell'atto di vaccinarsi, compie una triplice azione etica di responsabilità: personale, sociale, sanitaria. Personale e sociale perché egli, nella sua attività professionale, può garantire lo svolgimento del suo esercizio tutelando se stesso, i suoi pazienti e il sistema sanitario nel suo complesso. Attraverso questa scelta egli persegue altresì gli obiettivi di una responsabilità sanitaria: dando la sua adesione alla vaccinazione, il medico conferma la sua fiducia nei risultati posti a beneficio della comunità e offerti dalla stessa scienza medica che sta alla base delle sue conoscenze e competenze.

3. Obbligatorietà vaccinale: considerazioni etiche

I vaccini costituiscono una delle armi più efficaci per contrastare il Covid-19 e, più generalmente, i virus, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo. Il loro valore non è rappresentato solo dall'efficacia sanitaria; i vaccini costituiscono infatti un dispositivo il cui significato etico intrinseco è piuttosto rilevante.²⁸²

Alcune tipologie di vaccinazioni contribuiscono alla cosiddetta "immunità di gregge" (*herd immunity*): quando una percentuale significativamente ampia della popolazione

²⁸⁰ Cfr. Art. 1 del Codice di deontologia medica.

²⁸¹ Cfr. Art. 55 del Codice di deontologia medica.

²⁸² Comitato Nazionale per la Bioetica, *L'importanza delle vaccinazioni*, cit., p. 2.

risulta essere vaccinata contro determinate malattie, la circolazione dell'agente infettivo si arresta, e si interrompe così la diffusione del virus. A conseguenza di ciò, anche la bassa percentuale della restante popolazione non vaccinata può beneficiare dell'alto livello di immunità raggiunta, e le possibilità di nuove ondate della malattia vengono significativamente ridotte.²⁸³ Il livello di copertura vaccinale necessario per poter raggiungere un sufficiente tasso di immunità varia tra l'80% e il 90%, a seconda di fattori quali la trasmissibilità della malattia e l'efficacia dei vaccini.²⁸⁴ Livelli molto alti di copertura vaccinale, unite a misure di contenimento per le nuove ondate, possono addirittura portare all'eliminazione globale della malattia stessa, così com'è accaduto con il vaiolo.²⁸⁵

Negli ultimi decenni, il rifiuto del vaccino e il relativo declino dell'immunità di gregge hanno contribuito a numerosi focolai di malattie infettive, causando epidemie che potevano essere evitate attraverso una semplice iniezione sicura e il cui processo di cura ha inutilmente sprecato preziose risorse per la tutela della salute pubblica.²⁸⁶ Un argine alla progressiva diminuzione di adesioni alle campagne vaccinali è stato individuato nel bilanciamento tra l'utilizzo di approcci coercitivi e persuasivi.²⁸⁷ Pur essendo sempre preferibile optare per i secondi, una maggiore garanzia per il mantenimento di alti livelli di sicurezza sanitaria la si ritrova nell'adozione di misure coercitive.

Rientra nelle facoltà dei governi introdurre misure e provvedimenti che disciplinino, anche in modo obbligatorio, i comportamenti sociali, per garantire il benessere dei singoli individui o delle comunità. Lo scopo delle vaccinazioni obbligatorie è quello di garantire l'immunità di gregge, proteggere i singoli individui, le comunità, e anche coloro che per motivi di salute non possono sottoporsi alla vaccinazione. In Italia, ad esempio, a seguito del preoccupante e progressivo calo delle vaccinazioni in atto dal 2013, la soglia di sicurezza della copertura vaccinale è scesa al di sotto del 95%. Ciò ha determinato la revisione delle politiche sanitarie in materia di vaccinazione, e tramite il Decreto-legge n.73/2017 sono state introdotte nuove vaccinazioni obbligatorie per i minori di età

²⁸³ Nuffield Council on Bioethics, *Public health: ethical issues*, novembre 2007, p. 54, <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Public-health-ethical-issues.pdf>.

²⁸⁴ *Ibidem*.

²⁸⁵ *Ibidem*.

²⁸⁶ J. Colgrove, *Vaccine Refusal Revisited – The limits of public health persuasion and coercion*, in «The New England Journal of Medicine», 375 (2016), n. 14, p. 1316.

²⁸⁷ *Ibidem*.

compresa tra zero e sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati; in particolare, le immunizzazioni obbligatorie sono passate da quattro a dieci.²⁸⁸

Anche da quando è stato reso disponibile il vaccino anti-Covid, il dibattito pubblico nel nostro Paese è stato interessato dalla discussione su un'eventuale obbligatorietà, volta ad aumentare i tassi di vaccinazione, a raggiungere un'immunità di gregge ottimale e a ridurre i tassi di ospedalizzazione o lo sviluppo di forme severe di malattia. Attualmente, in Italia l'adempimento all'obbligo vaccinale contro il Covid-19 riguarda tutto il personale sanitario, scolastico, penitenziario, della difesa²⁸⁹ e, a fronte di un forte aumento dei contagi che si è registrato in Italia e in tutto il territorio europeo, il nostro Paese ha introdotto l'obbligo anche per tutti gli over 50. Con il decreto-legge n.1/2022 il Governo ha attuato questo provvedimento volto a rallentare la curva dei contagi in crescita e proteggere quella fascia di persone maggiormente a rischio di ospedalizzazione.²⁹⁰

In relazione ai vaccini contro il Covid-19, lo scorso 21 aprile 2021 l'OMS non si è espressa favorevolmente nei confronti dell'introduzione di un mandato vaccinale, ritenendo invece più opportuno lavorare ad una strategia comunicativa efficiente, volta a favorire l'adesione spontanea e consapevole da parte dei singoli cittadini.²⁹¹ Nonostante ciò, per l'OMS le politiche di obbligatorietà vaccinale sono eticamente giustificate qualora risultino cruciali nella protezione della salute pubblica, anche se queste interferiscono con le libertà individuali e con l'autonomia personale.²⁹² Pur essendo del tutto legittimi i provvedimenti messi in atto, sono tuttavia numerose le questioni etiche che sorgono in relazione a politiche legate alle vaccinazioni obbligatorie. Quando entrano in gioco i concetti di libertà individuale e autonomia personale, stabilire con chiarezza il limite tra diritti individuali e diritti collettivi è piuttosto complesso; tuttavia, i governi hanno non solo il diritto, ma anche il dovere di promuovere, secondo modalità più o meno

²⁸⁸ Le dieci vaccinazioni contro le malattie a rischio epidemico rese obbligatorie a seguito del DL n.73/2017 sono, oltre alle già obbligatorie anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomelitica, anti-epatite B, anche: anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella.

²⁸⁹ EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale. 28 dicembre 2021 – ore 12:00*, pubblicato il 31 dicembre 2021, p.2, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_28-dicembre-2021.pdf.

²⁹⁰ Ministero della Salute, *Covid-19, obbligo vaccinale dai 50 anni di età*, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5754.

²⁹¹ WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, cit., p. 1.

²⁹² *Ibidem*.

incisive, tutte quelle vaccinazioni raccomandate dalla comunità scientifica e che vanno a tutela della salute pubblica.²⁹³

Nel paragrafo conclusivo di questo lavoro proveremo a considerare alcune delle questioni etiche legate all'introduzione di politiche relative all'obbligatorietà vaccinale prendendo in esame il documento presentato dall'OMS.²⁹⁴ In particolare, ci chiederemo quali siano le condizioni etiche che possono legittimare l'adozione di politiche vaccinali obbligatorie.

Il documento stilato dall'OMS dal titolo *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats* presenta un'analisi delle condizioni etiche a cui i governi dovrebbero necessariamente prestare attenzione prima di introdurre un mandato vaccinale. Le indicazioni di riflessione vengono riassunte in sei punti che ora andremo ad esplicitare.

Per l'OMS, innanzitutto, l'esigenza di introdurre politiche di vaccinazione obbligatoria dev'essere giustificata dalla necessità e proporzionalità dell'intervento: se gli obiettivi legati alla tutela della salute pubblica, quali l'immunità di gregge, la protezione dei soggetti più fragili e la tenuta del sistema sanitario possono essere raggiunti con politiche di intervento in grado di non incidere direttamente con la libertà e l'autonomia personale, un mandato vaccinale non sarebbe eticamente giustificato.²⁹⁵

Ad esempio, nel caso in cui una consistente parte di popolazione rifiutasse di sottoporsi al vaccino a causa dei dubbi riguardanti i potenziali rischi, la prima azione da mettere in atto dovrebbe essere quella di individuare strategie di educazione alla prevenzione volte a far comprendere che i benefici derivanti dal vaccino sono enormemente maggiori rispetto ai potenziali rischi. Qualora una comunicazione in questo senso risultasse inefficace e l'adesione fosse significativamente bassa tale mettere a rischio il raggiungimento degli obiettivi per la tutela della salute pubblica, allora sarebbe ragionevole considerare l'idea di mettere in atto politiche più incisive per garantire il benessere della collettività. Le ragioni legate all'adozione di un mandato vaccinale andrebbero comunque opportunamente chiarite alla popolazione, e la durata di queste misure andrebbe frequentemente rivalutata in relazione agli obiettivi da perseguire.²⁹⁶

²⁹³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le Vaccinazioni*, cit., p. 8.

²⁹⁴ WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, cit.

²⁹⁵ *Ivi*, p. 2.

²⁹⁶ *Ibidem*.

Il fatto che i vaccini siano sufficientemente sicuri ed efficaci costituisce una condizione indispensabile per poter introdurre un mandato vaccinale. L'assenza di dati relativi alla sicurezza dei farmaci in commercio non permetterebbe di garantire il raggiungimento dello scopo dell'obbligatorietà stessa, cioè la protezione della salute pubblica; per di più, esporre la popolazione a trattamenti potenzialmente dannosi significherebbe dar luogo alla violazione dell'imperativo etico di non nuocere alla salute altrui.²⁹⁷

La necessità di ricorrere ad un mandato vaccinale dovrebbe quindi essere supportata da sufficienti prove evidenti relative alla reale efficacia dei farmaci nell'interrompere la catena di trasmissione della malattia, nel prevenire forme severe di infezione o nel prevenire i ricoveri ospedalieri e salvaguardare così il sistema di salute pubblica.²⁹⁸

L'efficacia di un mandato vaccinale dipende anche dalle forniture dei vaccini autorizzati, il cui approvvigionamento dev'essere tale da garantire il libero accesso alla vaccinazione. L'assenza di dosi sufficienti a supportare la richiesta di obbligo vaccinale non solo renderebbe vano l'obiettivo finale del mandato, ma andrebbe anche ad acuire le disuguaglianze già esistenti nell'accesso all'assistenza sanitaria.²⁹⁹

Un aspetto decisamente rilevante per garantire un'adesione convinta alla campagna vaccinale è dato dal grado di fiducia che la popolazione ha nei confronti sia della comunità scientifica, sia delle vaccinazioni in generale.³⁰⁰ Negli ultimi decenni la diminuzione di adesioni alle campagne vaccinali ha decretato la crescente mancanza di fiducia pubblica nei confronti della scienza.³⁰¹ Politiche così incisive potrebbero infatti sminuire ulteriormente la fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni, con un effetto negativo sia per quanto riguarda la partecipazione alla campagna vaccinale, sia nei confronti di altre misure fondamentali per salvaguardare la salute pubblica.³⁰²

Infine, per l'OMS, le procedure deliberative coinvolte in materia di vaccinazione obbligatoria dovrebbero essere caratterizzate dalla massima trasparenza possibile, nonché dalla presa in considerazione delle varie prospettive etiche, come il rispetto dei diritti umani, l'obbligo di non discriminare impropriamente le persone già svantaggiate e i soggetti più vulnerabili. Il processo decisionale dovrebbe coinvolgere le parti chiamate

²⁹⁷ *Ibidem.*

²⁹⁸ *Ibidem.*

²⁹⁹ *Ibidem.*

³⁰⁰ *Ibidem.*

³⁰¹ P. Shetty, *Experts concerned about vaccination backlash*, in «The Lancet», 9717 (2010), n. 375, p. 971.

³⁰² WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, cit., p. 3.

ad aderire alla vaccinazione, di modo che sia facilitata la comprensione dell'adozione di determinate politiche sanitarie.³⁰³

I dati scientifici hanno provato che i vaccini anti-Covid sono sicuri ed efficaci; la seconda e la terza condizione poste dall'OMS risultano dunque soddisfatte al fine di poter introdurre un obbligo vaccinale, così come nel nostro Paese l'offerta di dosi disponibili permette di rispettare anche la quarta precisazione.

Andrebbero però analizzate più nel dettaglio anche le altre condizioni identificate dall'OMS, con un'attenzione particolare alla richiesta di verifica della fiducia pubblica sui vaccini.

Come si identifica l'entità morale di concetti come necessità e proporzionalità, considerati dall'OMS come primo requisito etico per avanzare politiche di obbligo vaccinale? A nostro avviso, la necessità e la proporzionalità di un mandato vaccinale dipendono primariamente da considerazioni di carattere scientifico. Quando i dati relativi all'efficacia dei vaccini ne dimostrano la sicurezza, e quando l'iniezione di questo risulti l'unico modo possibile per riuscire a prevenire efficacemente l'aumento di contagi e le possibilità di ricovero ospedaliero in una situazione di crisi, la necessità e la proporzionalità di rendere obbligatorio un determinato trattamento sanitario sembrerebbe giustificata dai dati scientifici che dimostrano quanto questo risulti indispensabile per tutelare l'interesse superiore della salute collettiva. Sembrerebbe non esservi perciò alcuna logica da poter contrapporre all'introduzione di un obbligo vaccinale, se questo risponde all'esigenza primaria di proteggere al meglio la popolazione e con essa i singoli individui dalla gravità della malattia.³⁰⁴ In una situazione di crisi, l'urgenza sociale di introdurre forme coercitive risponde ai criteri etici di beneficenza, al dovere di solidarietà e all'assunzione di responsabilità personale e collettiva.

Nell'ambito della discussione relativa al punto "fiducia pubblica", l'OMS sollevava alcuni dubbi in merito alla questione sull'obiezione di coscienza e alla possibilità che nella società qualcuno possa agire da *free rider*.³⁰⁵ Un mandato di obbligo vaccinale che

³⁰³ *Ibidem*.

³⁰⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, cit., p. 7.

³⁰⁵ L'obiezione di coscienza «va intesa secondo un'accezione più specifica rispetto a un generico atteggiamento di dissenso intenzionale nei confronti del comando dell'autorità, che si esprime nel rifiuto di obbedire a un precetto dell'ordinamento giuridico ritenuto in contrasto con obblighi derivante dalle proprie convinzioni morali. Inoltre, essa si presenta come distinta sia dal diritto di resistenza, inteso quale negazione della validità della legge dello Stato e dalla legittimità dell'autorità statale, sia dalla disobbedienza civile che è tendenzialmente un fenomeno collettivo con lo scopo di evidenziare

consenta di appellarsi all'obiezione di coscienza per evitare la vaccinazione può incidere in maniera negativa nei confronti dei risultati auspicati dall'introduzione della misura. Se il rifiuto della vaccinazione fosse consentito dalla possibilità di appellarsi all'obiezione di coscienza, gli esitanti potrebbero ricorrere a questa opzione e rendere vano ogni sforzo compiuto per raggiungere l'obiettivo sperato da queste norme. Ci dovrebbero essere però dei vincoli ben definiti per ammettere un'obiezione di coscienza in questi casi, limitando il più possibile il ricorso ad essa.³⁰⁶ Il singolo che si appella all'istituto dell'obiezione di coscienza lo fa con la pretesa di essere esonerato da un obbligo giuridico, in quanto ritiene che questo sia in contrasto con le convinzioni morali o religiose che gli vengono comandate dalla propria morale.³⁰⁷ L'obietto, infatti, chiede di non ottemperare alle disposizioni di legge per agire coerentemente nel rispetto dei propri principi morali, senza però mettere in discussione la validità della norma giurisdizionale stessa o dell'autorità statale.³⁰⁸ L'obiezione di coscienza riveste perciò un carattere del tutto personale, e spesso, il richiamo ad essa non risulta del tutto pertinente. Il *free rider*, invece, è colui che, consapevole che gli altri contribuiranno alla realizzazione di quelle condizioni di benessere necessarie alla società tutta, approfitta di questa sicurezza e si sottrae dal dare il suo contributo, pur beneficiando degli sforzi collettivi. Nel caso delle vaccinazioni, il soggetto definito *free rider* va identificato in colui che personalmente non vede alcun incentivo particolare nella partecipazione al raggiungimento dell'immunità di gregge, ma che, tuttavia, una volta che questa sia stata raggiunta dall'azione collettiva di tutti gli altri individui, ne trarrà comunque beneficio.³⁰⁹

Come abbiamo avuto modo di affrontare nei precedenti paragrafi, le osservazioni di contrarietà alle vaccinazioni, più che sollevare contrasti con i valori etici personali, mettevano in evidenza la scarsa fiducia nei confronti della scienza, o ritenevano che i vaccini approvati fossero ancora in una fase sperimentale e perciò privi di sicurezza. Valutazioni personali, che non abbiano dunque alcun valore scientifico nei confronti dell'importanza e dell'efficacia delle vaccinazioni raccomandate o obbligatorie, non

l'ingiustizia di una legge per indurre il legislatore a riformarla», Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica*, 12 luglio 2012, p. 5,

https://bioetica.governo.it/media/1839/p102_2012_obiezione_coscienza_it.pdf.

³⁰⁶ WHO, *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, cit., p. 3.

³⁰⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica*, cit., p. 5.

³⁰⁸ *Ibidem*.

³⁰⁹ A. Giubilini, *Ethics of vaccination*, trad. it. mia, cit, p. 22.

consentono in alcun modo agli esitanti di invocare l'istituto dell'obiezione di coscienza per l'esonero dalla vaccinazione.³¹⁰ Pur rinviando ai principi costituzionali del rispetto della persona umana e della sua dignità, l'obiezione di coscienza non ha una sua specifica regolamentazione all'interno dell'ordinamento italiano; di conseguenza, tale strumento non può valere in qualsiasi caso di conflitto tra obbligazione giuridica e imperativo della coscienza.³¹¹ Inoltre, di fronte ad un'obbligatorietà vaccinale, quando questa misura viene disposta a tutela della salute individuale e collettiva e non vi siano ulteriori modalità disponibili per provvedere a tale tutela, sembra non vi siano ragioni – né logiche, né etiche – per poter rendere legittimo l'appello all'obiezione di coscienza.³¹²

Sebbene spesso gli ordinamenti prevedano la possibilità di richiamarsi all'obiezione di coscienza, in Italia la legislazione relativa alle vaccinazioni non annovera questa opzione tra quelle possibili per esimersi da una vaccinazione obbligatoria. L'unica motivazione accettabile è data dal coincidere del trattamento sanitario obbligatorio con un nocumento per la salute del ricevente, condizione che comunque dev'essere opportunamente attestata dal medico di medicina generale.

L'OMS, infine, poneva ai governi la richiesta del rispetto dei diritti umani e l'obbligo di non discriminare impropriamente le persone già svantaggiate e i soggetti più vulnerabili.

La Corte europea dei diritti umani (CEDU) ha affrontato nell'agosto 2021 la questione legata all'obbligatorietà vaccinale contro il Covid-19, ribadendo quanto già riconosciuto tramite la famosa sentenza n.116 dell'8 aprile 2021: se necessarie alla tutela della salute propria e altrui, l'introduzione di queste misure è del tutto legittima. L'urgenza sociale di imporre un obbligo vaccinale non violerebbe in alcun modo l'art. 8 CEDU in materia di diritto al rispetto della vita privata; inoltre, si riconosce che l'efficacia e la sicurezza dei prodotti vaccinali contro il Covid-19 dimostrate dai dati scientifici costituiscono i motivi pertinenti e sufficienti per imporre la vaccinazione obbligatoria. Di conseguenza, va perseguito l'obiettivo di raggiungere il più alto grado di copertura vaccinale.

Nel paragrafo conclusivo di questo nostro lavoro di ricerca, abbiamo cercato di considerare l'opzione dell'obbligatorietà vaccinale per Covid-19 dal punto di vista etico.

³¹⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, cit., p. 32.

³¹¹ *Ivi*, p. 33.

³¹² *Ibidem*.

Sull'ipotesi di un mandato vaccinale destinato alla popolazione, abbiamo fatto riferimento alle condizioni etiche che secondo l'OMS devono essere rispettate in caso di introduzione di obbligatorietà al trattamento sanitario. In generale, è sempre auspicabile che nessuno venga sottoposto ad un trattamento sanitario contro la propria volontà, ciò anche per quanto riguarda l'accesso al vaccino. Sarebbe dunque ottimale che l'adesione alla campagna vaccinale avvenisse per scelta personale anziché attraverso l'imposizione di una misura autoritativa. Tuttavia, quando la responsabilità individuale nella partecipazione al benessere collettivo viene meno,³¹³ il ricorso a misure coercitive volte a tutelare la salute pubblica è del tutto legittimo ed eticamente giustificato. Quando l'astensione al contributo collettivo per la realizzazione dell'immunità di gregge mette a rischio la salute dei cittadini, specie in occasione di una pandemia, è opportuno che si intervenga mediante le indicazioni date dalle autorità sanitarie. Laddove l'obbligo di vaccinarsi sia richiesto a tutela del bene della salute individuale e collettiva e non vi sia altro modo per provvedervi egualmente, un mandato previsto e normato dalla legge costituisce non solo l'attuazione della seconda parte dell'art. 32 della Costituzione, bensì la legittimazione dei doveri inderogabili di solidarietà previsti dall'art. 2 della Carta costituzionale. La misura viene posta quando l'obbligo non può essere sostituito da altri comportamenti egualmente soddisfattivi per le esigenze di salvaguardare l'interesse collettivo della salute.³¹⁴

Le considerazioni appena esposte giustificano la possibilità da parte delle autorità pubbliche di un intervento regolamentato attraverso un'opportuna legislazione e rendono chiaro l'obiettivo dell'eventuale imposizione della vaccinazione.³¹⁵

Le vaccinazioni perseguono infatti importanti finalità, quali la salvaguardia personale di chi vi si sottopone e la tutela collettiva della salute pubblica, due aspetti che, come sottolinea il CNB, sono tra loro inscindibili.³¹⁶

³¹³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, cit., p. 11.

³¹⁴ Comitato nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, cit., p. 33.

³¹⁵ *Ibidem*.

³¹⁶ *Ivi*, p. 40.

Conclusioni

Attraverso questo lavoro di ricerca abbiamo provato ad analizzare il concetto etico-filosofico di responsabilità alla luce dell'esperienza pandemica, in particolare con riferimento all'ambito della vaccinazione contro il Covid-19. Prima di enunciare gli esiti di questo lavoro, riassumiamo in modo sintetico i passaggi compiuti in ogni capitolo.

Per comprendere meglio in che modo alcuni concetti filosofici assumano un ruolo rilevante nell'ambito dell'agire pratico, inizialmente ci siamo proposti di ricostruire la storia del termine di nostro interesse. L'indagine etimologica del termine "responsabilità" e la ricostruzione storico-concettuale di tale nozione ci hanno permesso di determinare tre suoi aspetti fondamentali: essa fa sempre riferimento ad un soggetto in grado di assumerla; le conseguenze derivanti dall'assunzione di responsabilità sono rivolte al futuro; la responsabilità si manifesta sempre in relazione ad altro o ad un Altro e quindi non può mai essere compresa in senso solipsistico.

La necessità di individuare un principio pratico in grado di andare oltre l'autonomia, pur senza svilire l'aspetto decisionale individuale che risiede in quest'ultima, ha permesso di accogliere la responsabilità anche all'interno della riflessione bioetica. Dagli anni Settanta del secolo scorso, il concetto di responsabilità ha iniziato ad assumere un ruolo centrale anche all'interno del panorama della sanità pubblica. L'accento posto sulla responsabilità in quest'ultimo campo ci ha consentito di addentrarci nel tema di nostro interesse, ovvero l'individuazione di alcune possibili applicazioni della responsabilità nell'ambito della vaccinazione anti Covid-19.

La vaccinazione si concretizza come una scelta di responsabilità non solo etica, ma anche sociale e giuridica, a partire dal fatto che il cittadino, nella misura in cui è partecipe di una società, gode di diritti ed è tenuto altresì all'adempimento di determinati doveri. A tal proposito, è stato necessario soffermarsi sull'art. 32 della nostra Costituzione, che riconosce alla Repubblica il compito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Un soggetto che decide di sottoporsi alla

vaccinazione, infatti, non tutela solamente se stesso, perché protegge al tempo stesso anche gli altri dal rischio di contagio. Il beneficio che deriva da un'azione singola si converte quindi immediatamente in qualcosa che va a favore dell'intera collettività.

Garantire a tutti la possibilità di accedere ad un vaccino gratuito è dunque un diritto che non può essere negato: è compito della Repubblica soddisfare i presupposti necessari al raggiungimento di una soddisfacente condizione di salute. Allo stesso tempo, però, al cittadino compete il dovere di partecipare attivamente alla riuscita delle politiche sanitarie. Anche se non sempre i doveri morali corrispondono ad un obbligo, quando il bene da tutelare è sufficientemente importante per la comunità, appare necessario uno sforzo collettivo per contribuire attivamente al raggiungimento del bene in questione. In questa immediata conversione di un atto personale che diventa azione per la collettività risiede l'aspetto normativo della responsabilità: la sua apertura agli Altri. L'interdipendenza che vi è tra gli esseri umani mette altresì in luce il principio di solidarietà, il quale – con riferimento alla pandemia – è stato declinato dal CNB nei termini di una responsabilità individuale.

Questi aspetti sembrano evidenziare che non vi può essere un'effettiva responsabilità senza chiamare in causa la corresponsabilità, ma la via verso una reale responsabilità condivisa è una strada di difficile percorrenza. Lo abbiamo visto anche con la distribuzione delle risorse vaccinali, occasione in cui la richiesta di un vaccino accessibile a chiunque ha spinto ad esortare tale richiesta in nome di un bene comune. Le scelte di distribuzione delle risorse vaccinali dovrebbero seguire il principio etico, deontologico e giuridico dell'eguale dignità di ogni essere umano, eliminando così ogni discriminazione e assicurando a chiunque un'eguaglianza sostanziale. Anche se in linea teorica i governi avevano riconosciuto la responsabilità di perseguire un'azione politica conforme ai principi menzionati, le forniture di vaccino sono state poi distribuite regolarmente solo a quegli stati che, in fase di contrattazione, erano stati in grado di sostenere economicamente la produzione del vaccino. Anche il programma COVAX, pur costituendosi come il più vasto programma di vaccinazione mai sostenuto prima, non è riuscito a raggiungere gli obiettivi prefissati. La responsabilità di una campagna vaccinale che giunge ad assumere dimensioni globali dev'essere in grado di sostenere politiche eque e giuste, e questo non per il valore strumentale che questa terminologia politica riveste, ma poiché simili politiche hanno maggiore probabilità di successo.

Promuovere il bene comune non è una prerogativa che compete unicamente alle istituzioni; anche gli uomini, nel loro partecipare alla società civile, si devono fare promotori della ricerca e della promozione dei beni comuni. La decisione di contribuire attivamente al mantenimento del bene comune, che nella fattispecie individuiamo nella salute, è stata compiuta dalla popolazione dapprima attraverso il rispetto delle limitazioni imposte a tutela del nostro benessere e poi con l'adesione alla campagna di vaccinazione. Questo impegno, che si concretizza come una scelta di responsabilità a fronte di vaccini sicuri e disponibili, è stato però disatteso da molti. Il fenomeno dell'esitazione vaccinale, pur ripresentandosi ogniqualvolta siano introdotti nuovi prodotti vaccinali, in tempo di pandemia assume una veste diversa proprio a fronte della letalità e della capacità replicativa di questa infezione.

La produzione di un vaccino è spesso un'impresa lunga, costosa e poco remunerativa, ma il cui valore sanitario e sociale è decisamente rilevante nel fare la differenza tra la vita e la morte delle persone. I risultati scientifici hanno dimostrato e continuano a dimostrare, soprattutto in relazione a fattori quali la potenza dei sintomi, la capacità di prevenire l'ospedalizzazione e di contrastare la possibilità di morte, che i vaccini, pur essendo stati prodotti in tempo record, sono sicuri ma soprattutto efficaci.

Il fenomeno dell'esitazione vaccinale, nelle sue cause profonde, resta per certi versi inspiegabile, soprattutto a fronte delle evidenze dimostrate dai risultati ottenuti grazie alle vaccinazioni. Di fronte al variegato panorama del mondo no-vax sono due le strade percorribili che consentono di raggiungere efficacemente l'obiettivo rappresentato dall'immunità di gregge: la via persuasiva, che permette di ripristinare la fiducia tra i cittadini e i risultati benefici della scienza, e una via più drastica, ovvero la via dell'introduzione delle misure coercitive.

Benché la prima strada permetta di raggiungere risultati più significativi e duraturi nel tempo, il percorso caratterizzato dal dialogo tra cittadini e professionisti sanitari è una via piuttosto lunga, che nel caso di una pandemia globale appare evidente non possa diventare l'unica strategia per raggiungere gli obiettivi di una veloce immunizzazione. Anche se autoritativa, la via delle misure coercitive permette di raggiungere più in fretta l'obiettivo superiore della salvaguardia della salute collettiva. In questi casi di pandemia, cioè di emergenza, dove tutelare il bene comune della salute collettiva è superiore all'interesse personale di non contribuire al raggiungimento di questo bene, occorre appunto operare

un calcolo degli interessi e dei benefici complessivi, introducendo, limitatamente alla necessità, determinate misure coercitive.

Per offrire una discussione ancor più articolata sul tema, nell'ultimo capitolo abbiamo analizzato le misure introdotte nel nostro Paese in relazione alla campagna vaccinale. Una prima azione coercitiva, volta a costituire un incentivo alla campagna vaccinale, è stata l'introduzione del cosiddetto *green pass*, un certificato a lascia passare ad uso non solo medico in grado di identificare gli immuni al virus o coloro che, a seguito di tampone, risultavano non aver contratto la malattia. Pur costituendo un incentivo alla vaccinazione, emergono alcune criticità legate all'equiparazione tra le diverse modalità di conseguimento di tale certificato: un passaporto d'immunità che renda equivalente il processo di avvenuta vaccinazione e il processo di guarigione dalla malattia spinge verso direzioni sanitarie e sociali completamente opposte. Il riferimento qui è agli esitanti che, spinti dall'esigenza di ottenere un *green pass* rafforzato per l'accesso ai luoghi della quotidianità, hanno cercato il contagio volontario, incorrendo nelle severe complicazioni date dalla malattia Covid-19. Gli esiti della decisione personale di non vaccinarsi si concretizzano in maggiori limitazioni per coloro che vengono meno a questa responsabilità individuale. Di fronte all'interesse collettivo e al rischio della malattia, le restrizioni imposte a chi sceglie di non vaccinarsi vanno comprese e accettate, nell'ottica dei potenziali rischi a danno della salute propria e dell'intera comunità.

La severità delle complicazioni date dall'infezione ha reso necessario introdurre il mandato vaccinale per determinate categorie di persone, in particolare per il personale sanitario, considerato l'elevato rischio di contrarre e di trasmettere la malattia in luoghi già sensibili. Anche in questo settore, a fronte di una scienza che continua a dimostrare risultati incoraggianti, vi sono stati alcuni professionisti no-vax, per i quali, considerata la pericolosità e la delicatezza della loro mansione, è stata disposta la sospensione dal luogo di lavoro. Il contributo di queste figure, per quanto la percentuale di sanitari non vaccinati sia contenuta, è stato determinante nell'incrementare la sfiducia della popolazione nei confronti dei vaccini.

La responsabilità è uno dei principi determinanti nell'etica professionale di un medico, e sebbene il Codice di Deontologia Medica dichiara che il medico debba agire secondo i principi di libertà, indipendenza e autonomia, senza sottostare ad imposizioni o condizionamenti, egli non può tuttavia venir meno all'obbligo di agire secondo le nuove

scoperte scientifiche che apportano un miglioramento e promuovono la tutela della salute. Considerato infatti anche il primo principio ippocratico che recita “*primum non nocere*”, l’autonomia dei sanitari di rifiutare il vaccino entra in conflitto con la responsabilità maggiore di salvaguardare la salute del paziente e promuovere la salute collettiva. Nell’ambito della vaccinazione, il dovere morale di responsabilità del medico si esplicita in una triplice funzione: quella personale e sociale di tutela della propria e altrui salute nello svolgimento della professione nonché quella sanitaria nell’adesione al vaccino. Il riferimento a quest’ultima caratterizza particolarmente il ruolo del medico in quanto, attraverso la vaccinazione, egli conferma la propria adesione alla scienza medica e incoraggia gli altri ad avere fiducia dei risultati offerti dalla medicina.

Avevamo lasciato in conclusione lo spinoso problema dell’obbligatorietà vaccinale, tema che chiama in causa i limiti della libertà individuale e dell’autonomia personale. Misure coercitive quali l’obbligatorietà vaccinale sono però forti e drastiche: politiche così incisive potrebbero infatti sminuire ulteriormente la fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni, con un effetto negativo sia per quanto riguarda la partecipazione alla campagna vaccinale, sia nei confronti di altre misure fondamentali per salvaguardare la salute pubblica. Attraverso il documento pubblicato dall’OMS, abbiamo perciò provato a sondare le condizioni etiche che dovrebbero essere rispettate qualora si arrivi a prendere in considerazione un mandato di obbligatorietà vaccinale.

Se la responsabilità si misura in relazione all’azione etica della scelta, la valutazione degli effetti di come agiamo sembra un esercizio imprescindibile, che compiamo ogniqualvolta siamo protagonisti delle nostre azioni. Questo esercizio di valutazione rimanda in ultima analisi alla presa di responsabilità necessaria da parte dell’agente. Ebbene, di fronte ad una minaccia virale così imponente e dinnanzi alla disponibilità di un antidoto sicuro ed efficace, sembra difficile sottrarsi alla responsabilità personale di contribuire alla salvaguardia della salute collettiva. Tuttavia, di fronte alla resistenza da parte di una fetta di popolazione a dare il proprio contributo, appare indispensabile intervenire attraverso misure autoritative di responsabilità nei confronti dell’intera collettività. In una situazione di crisi pandemica, l’urgenza sociale di introdurre forme coercitive risponde ai criteri etici di beneficenza, al dovere di solidarietà e all’assunzione di responsabilità personale e collettiva. Ogni persona rappresenta per il virus l’ospite ideale tramite il quale continuare a diffondersi e replicarsi; tuttavia, un individuo che

adotta un comportamento responsabile rappresenta un nemico per il virus, in quanto quest'ultimo troverà in tale soggetto un ostacolo alla sua diffusione.

La scienza ha dimostrato che i virus possiedono una capacità evolutiva. Replicandosi, riescono a produrre nuove mutazioni e quindi nuove varianti, come ha dato prova lo stesso SARS-CoV-2. Il vaccino però è un'arma efficace in grado di contenere la diffusione del virus. Più saranno i soggetti immunizzati, meno saranno le probabilità che il virus riesca a replicarsi in forme magari più aggressive di quelle che oggi conosciamo.

La pandemia ha amplificato le già evidenti disparità esistenti tra le diverse zone del mondo. Oltre all'appello istituzionale di responsabilità individuale, che dovrebbe essere accolto da chi ha la possibilità di accedere alla vaccinazione, deve esserci anche un reale impegno da parte degli attori della politica internazionale nel realizzare percorsi distributivi in grado di tener conto della dimensione globale della pandemia.

Quella che ci è stata posta è dunque una sfida cooperativa, di fronte alla quale ognuno di noi, su piani differenti, ha la responsabilità personale di compiere un'azione in grado di convertirsi in un benessere collettivo.

Siamo coinvolti in una serie di interazioni che ci invitano ad essere responsabili non solo nei confronti di chi ci è vicino nel tempo, ma anche verso le generazioni future. Questi aspetti chiamano in causa quell'etica della responsabilità che in Jonas avevamo visto essere sempre aperta nei confronti di qualcun altro e che rimandava necessariamente al futuro.

La pandemia ci ha spinto a determinare nuovi profili della responsabilità, e ci ha costretto anche ad individuarne alcuni per le prospettive future di post-pandemia. Comportamenti inclini ad una responsabilità personale e collettiva che si realizzino nei termini di una solidarietà pongono le basi per una cooperazione multi-livello.³¹⁷ Azioni che promuovano politiche eque e giuste devono essere attuate con responsabilità dagli apparati amministrativi e sostenute con altrettanta responsabilità anche dai cittadini attraverso la loro partecipazione attiva. Solo l'unione di questi fattori assicurerà un ampio successo di tali politiche, nell'ottica di una responsabilità collettiva che diventa finalmente corresponsabilità. Un simile approccio ci permetterà forse di comprendere realmente la salute come "bene comune".

³¹⁷ C. Casonato, M. Tomasi, *Valore e ruolo del principio costituzionale*, Marco Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini*. op. cit., p. 123.

Bibliografia

- Apel, K.O., *Comunità e comunicazione*, Rosenberg-Sellier, Torino 1977.
- , *Discorso, verità, responsabilità*, 1987 – 1996, trad. it. di V. Marzocchi, Guerini Associati, Milano 1997.
- Aristotele, *Etica Nicomachea*, trad. it. a cura di C. Natali, Laterza, Roma-Bari 2003.
- Balduzzi, R., Carpani, G., *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna 2013.
- Benveniste, E., *Potere, diritto, religione. Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee* (1969), vol. 2, tr. it. a cura di M.A. Liborio, Einaudi, Torino 1976.
- Biggs, H. M., *Preventive Medicine in the City of New York*, Health Department, New York 1897.
- Bodei, R., *Geometria delle passioni. Paura, speranza, felicità: filosofia e uso politico*, Il Mulino, Bologna 1991.
- Bonito O.R., «Responsabilità», voce in *Enciclopedia Italiana*, VII Appendice (2007) https://www.treccani.it/enciclopedia/responsabilita_res-9a1e24d3-9bc7-11e2-9d1b-00271042e8d9_%28Enciclopedia-Italiana%29/.
- Burlamaqui, J. J., *Principi del diritto naturale e politico*, trad. it. del Conte Battista Crespi, Giuseppe Molinari, Venezia 1820.
- Cacciari, P., *La salute come bene comune*, in Allion, J.L, Bessone, M., Bodini, C. (a cura di), *Un nuovo mo(n)do per fare salute*, Celid, Torino 2019, pp. 83 – 91.
- , *La salute bene comune*, Saluteinternazionale, 2 marzo 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/la-salute-bene-comune/>.
- Callahan, D., Jennings, B., *Ethics and public health: forging a strong relationship*, in «*American Journal of Public Health*», (92) 2002, n. 2, pp. 169 -176.
- Casonato, C., Tomasi, M., *Valore e ruolo del principio costituzionale*, in M. Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini. Tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2021, pp. 103 – 123.

- Childress, J.F., Faden, R., Gaare, R., et al., *Public health ethics: mapping the terrain*, in «Journal of Law and Medical Ethics», 30 (2002), n. 2, pp. 170 – 178.
- Colgrove, J., *Vaccine refusal revisited – the limits of public health persuasion and coercion*, in «The New England Journal of Medicine», 375 (2016), n. 14, pp. 1316 – 1317.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le vaccinazioni*, 22 settembre 1995, https://bioetica.governo.it/media/1906/p20_1995_vaccinazioni_it.pdf.
- , *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001, https://bioetica.governo.it/media/3585/p49_2001_equita-nella-salute_it.pdf.
- , *Obiezione di coscienza e bioetica*, 12 luglio 2012, https://bioetica.governo.it/media/1839/p102_2012_obiezione_coscienza_it.pdf.
- , *Stili di vita e tutela della salute*, 20 marzo 2014, https://bioetica.governo.it/media/3469/p115_2014_stili_di_vita_it.pdf.
- , *La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti etici*, 22 ottobre 2020, https://bioetica.governo.it/media/4113/p138_2020_la-sperimentazione-biomedica-per-la-ricerca-di-nuovi-trattamenti-terapeutici-nellambito-della-pandemia-covid-19_aspetti-etici_i.pdf.
- , *I vaccini e il Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020, <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/i-vaccini-e-covid-19-aspetti-etici-per-la-ricerca-il-coste-e-la-distribuzione/>.
- , *Vaccini anti-covid-19 e adolescenti*, 29 luglio 2021, https://bioetica.governo.it/media/4351/vr_p143_2021_vaccini-anti-covid-19-e-adolescenti.pdf.
- Comité Consultatif National d'Éthique, *Enjeux éthiques face à une pandémie*, 13 marzo 2020), https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf.
- Commissione Europea, *Domande e risposte – Autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini anti COVID-19 nell'UE*, 11 dicembre 2020, Bruxelles, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/qanda_20_2390.

—, *Certificato COVID digitale dell'UE*, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_it#re-open-eu-informazioni-aggiornate-sulle-misure-sanitarie-e-di-viaggio.

—, *Strategia dell'Unione europea per i vaccini contro la Covid-19*, Bruxelles, 17 giugno 2020,

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245&from=IT>.

D'Andrea, D., *Cent'anni dopo. Max Weber e la politica come professione e vocazione*, in «Cambio», Firenze University Press, 8 (2018), n. 16, pp. 203 – 213,

<https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/1164244/413368/Dimitri%20D%27Andrea%20->

[%20Cent%27anni%20dopo.%20Max%20Weber%20e%20la%20politica%20come%20vocazione%20e%20professoine.pdf](https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/1164244/413368/Dimitri%20D%27Andrea%20-%20Cent%27anni%20dopo.%20Max%20Weber%20e%20la%20politica%20come%20vocazione%20e%20professoine.pdf).

D'Avack, L., *La vaccinazione tra dovere etico e libertà di cura*, in Annoni M. (a cura di), *Etica delle vaccinazioni. Tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2021, pp. 63 – 85.

Da Re, A., *Filosofia morale. Storia, teorie, argomenti.*, Bruno Mondadori, Milano 2008.

—, *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, Milano 2010.

—, *Etica della cura medica*, in A. Fabris (a cura di), *Etiche applicate. Una guida*, Carocci editore, Roma 2018, pp. 49 – 58.

Dancy, J., *Moral Reasons*, Blackwell, Oxford 1993.

Engel, L., *Vers une nouvelle approche de la responsabilité. Le droit français face à la dérive américaine*, in «Esprit», giugno 1993.

EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, *Esitazione vaccinale: ecco le raccomandazioni dell'Oms*, 3 settembre 2015, <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VaccineHesitancy>.

—, *Epidemia COVID-19, aggiornamento nazionale, 21 dicembre 2021 – ore 12:00, 24 dicembre 2021*, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_21-dicembre-2021.pdf.

—, *Aggiornamento nazionale. 28 dicembre 2021 – ore 12:00, pubblicato il 31 dicembre 2021*, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_28-dicembre-2021.pdf.

Ewald, F., *L'État-providence*, Grasset, Paris 1986.

- Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO), *Codice di deontologia medica*, approvato nel 2014, ultima modifica 6 febbraio 2020, <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>.
- , *Medici sospesi, uno su quattro si è vaccinato. Restano fuori 1.767 medici e odontoiatri*, comunicato stampa del 18 novembre 2021, <https://portale.fnomceo.it/medici-sospesi-uno-su-quattro-si-e-vaccinato/>.
- Flegel, K., *Health care workers must protect patients from influenza by taking the annual vaccine*, in «Canadian Medical Association Journal», 184 (2012), n. 17, p. 1873.
- Fletcher, J. F., *Situation Ethics: The New Morality*, The Westminster Press, London 1966.
- Foddai, G.M.A., *Euristica della paura e vincolo dell'incertezza. Riflessioni su Jonas e Hobbes*, in «Filosofia», Rivista Annuale, Mimesis, 61 (2016), n.1, pp. 117 – 135.
- Forni, G., Mantovani, A., *Covid-19 vaccines: where we stand and challeges ahead*, in «Cell Death and Differentiation», 28 (2021), n. 2, pp. 626 – 639.
- Gazzetta Ufficiale, *Decreto-Legge n. 44, Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici*, entrato in vigore il 1° aprile 2021, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/01/21G00056/sg>.
- , *Decreto legge n.172/2021, Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali*, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.282 del 26 novembre 2021.
- Gedi Visual – Center for System Science and Engineering (CSSE), *COVID-19 Dashboard*, "<https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/dashboard-mondo.php>
- Giubilini, A., *The Ethics of Vaccinations*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2019.
- , *Vaccinarsi contro il Covid-19*, in M. Annoni (a cura di) *Etica dei vaccini. Tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2021, pp. 87 – 101.
- Gostin, L.O., Monahn, J.T., Kaldor, J., *The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development*, in «The Lancet», 10183 (2019), n. 393, pp. 1857 – 1910, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30233-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30233-8).
- Grainger, M., Drainsfield, S., *Rich nations are vaccinating one person every second while the majority of the poorest nation are yet to give a single dose*, Unaid, 10 marzo 2021,

https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210310_covid19-vaccines.

Hegel, G. W. F., *Lineamenti di filosofia del diritto*, 1821, trad. it. di Giuliano Marini, con le Aggiunte di E. Gans, Laterza, Bari – Roma 2001.

ISSalute - Istituto Superiore di Sanità, *Varianti virali*, data di pubblicazione 8 giugno 2021 – ultimo aggiornamento 15 luglio 2021, <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/v/varianti-virali>.

Istituto Superiore di Sanità, *Test molecolare*, https://www.iss.it/test-e-tamponi-come-e-quando/-/asset_publisher/yX1afjCDBkWH/content/test-molecolare-mediante-tampone-naso-orofaringeo-1.

—, *Omicron: cosa sappiamo*, data di pubblicazione 29 novembre 2021, <https://www.iss.it/cov19-omicron-cosa-sappiamo>.

Jonas, H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica.*, trad. it. di P. Rinaudo, Giulio Einaudi Editore S.p.A., Torino 1993.

Kant, I., *La metafisica dei costumi*, trad. it. di G. Vidari, Laterza, Bari 1983².

Krystal, J., *Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress*, in «Nature Medicine», 639 (2020), n. 26, p. 639.

Lavezzo, E., Franchin, E., Ciavarella, C., et al., «*Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'»*, in *Nature*, 584 (2020), pp. 425 – 429.

Leconte, A., *Vaccino “bene comune universale”? Perché la geopolitica rema contro*, Centre International de formation européenne, LUISS School of Government.

Lévinas, E., *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza* (1978), trad. it. di S. Petrosino e M.T. Aiello, Jaca Book, Milano 1983.

Majani, G., *Introduzione alla psicologia della salute*, Erickson, Trento 2013.

Majorino, P., *Vaccino bene comune universale*, The Huffington Post, Huffpost Italia, 25 marzo 2021, https://www.huffingtonpost.it/entry/vaccino-bene-comune-universale_it_605c79d6c5b65d1c2812f97c/.

Marin, F., *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019.

Maritain, J., *Umanesimo integrale*, Borla Editore, Torino 1969.

Miano, F., *Responsabilità*, Guida, Napoli 2009.

- , «*Nuovi profili della responsabilità*», in G. Palmieri, (a cura di), *Oltre la pandemia. Società salute economia e regole nell'era post covid-19*, vol. I, Editoriale Scientifica, Napoli 2020, p. 529 – 534.
- Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, *Donazione di vaccini tramite la COVAX Facility*, comunicato dell'8 settembre 2021, https://www.esteri.it/mae/it/sala_stampa/archivionotizie/comunicati/2021/09/donazione-di-vaccini-tramite-la-covax-facility.html.
- Ministero della Giustizia, *Commissione Rodotà – per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007) – Proposta di articolato*, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?contentId=SPS47624&previousPage=mg_1_12_1.
- , Governo italiano, *Proposta di articolato formulata dalla Commissione Rodotà per la modifica delle norme del Codice civile in materia di beni pubblici*, 14 giugno 2007.
- Ministero della Salute, *Covid-19, obbligo vaccinale dai 50 anni di età*, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5754.
- Ministero della Salute, *Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19. Piano Strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale*. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>.
- , *Piano vaccini anti Covid-19*, <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.
- Morana, D., *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino 2013².
- Naess, A., *Il movimento ecologico: ecologia superficiale ed ecologia profonda. Una sintesi* (1973), in M. Tallacchini (a cura di), *Etiche della terra. Antologia di filosofia dell'ambiente*, Vita e Pensiero, Milano 1998.
- Negroni, A.A., «*Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*», in *Forum di Quaderni Costituzionali - Rassegna*, 9 (2020), n. 2, pp. 774 – 837.

- Nidasio, I., *La ripresa della filosofia pratica antica nel pensiero di Hans-Georg Gadamer. La razionalità ermeneutica come forma di responsabilità etica*, in «Lessico di etica pubblica», 5 (2014), n. 2, pp. 80 – 87.
- Nuffield Council on Bioethics, *Public health: ethical issues*, novembre 2007, <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Public-health-ethical-issues.pdf>.
- , *Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines*, 29 maggio 2020, <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Fair-and-equitable-access-to-COVID-19-treatments-and-vaccines.pdf>.
- Odone, A., Ferrari, A., Spagnoli, F., Visciarelli, S., et al, *Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage*, in «Human Vaccines & Immunotherapeutics», 11(2015), 1, pp. 72 – 82, <https://doi.org/10.4161/hv.34313>.
- Parlamento Europeo, *Affrontare la sfida globale della COVID-19: gli effetti della deroga all'accordo TRIPS dell'OMC sui vaccini, le terapie, i dispositivi e sull'incremento delle capacità di produzione e fabbricazione nei paesi in via di sviluppo*, 2 giugno 2021, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2021-0311_IT.html.
- Petrelli, F., Contratti, C.M, Tanzi, E., Grappasonni, I., *Vaccine hesitancy, a public health problem*, in «Annali di Igiene – Medicina Preventiva e di Comunità», 30 (2018), n. 2, pp. 86 – 103.
- Phelan, A.L., *COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges*, in «The Lancet», 395 (2020), n. 10237, pp. 1595 – 1598.
- , Eccleston-Turner, M., Rourke, M., Maleche, A., Wang, C., *Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access*, «The Lancet», 10254 (2020), n. 396, pp. 800 – 802, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31873-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31873-0).
- Piccoli, G., *Covid, i corona-party l'ultima follia in Alto Adige: feste con positivi per infettarsi e non vaccinarsi*, La Repubblica, 20 novembre 2021, https://www.repubblica.it/cronaca/2021/11/20/news/covid_i_corona-party_1_ultima_follia_in_alto_adige_feste_con_positivi_per_infettarsi_e_non_vaccinarsi-327060485/.
- Piovani, P., «Etica», voce pubblicata nell'*Enciclopedia del Novecento*, Treccani Editore, 1977, https://www.treccani.it/enciclopedia/etica_%28Enciclopedia-del-Novecento%29/.

- Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Report Vaccini anti-COVID-19*, aggiornato alla data del 14 dicembre 2021, <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>.
- Rete Informazione Vaccini (RIV), *Il business degli anti-vax, fra avvocati, medici e consulenti della speranza*, 21 marzo 2017, <http://www.riv.life/parte-1-il-business-degli-anti-vaxfra-avvocati-medici-e-consulenti-della-speranza/>.
- Ricoeur, P., *Il concetto di responsabilità. Saggio di analisi semantica*, in Id, *Il Giusto*, trad. it. di Daniella Iannotta di Marcoberardino, SEI – Società Editrice Italiana, Torino 1998.
- Riedel, S., *Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination*, Baylor University Medical Center Proceedings, 18 (2005), n. 1, pp. 21- 25.
- Rogers, W., Brock, D. *Bioethics*, Editorial, 2004, 1.
- Salmaso, S., *Esitazione vaccinale*, in «Care – Costi all’Assistenza e Risorse Economiche», Anno XVIII (2016), 1, pp. 22 – 23, http://careonline.it/wp-content/uploads/2016/03/CARE_1_2016_parola_chiave.pdf
- Santoni, A., *I vaccini della salvezza: corsi e ricorsi*, in M. Annoni (a cura di), *Etica dei vaccini. Tra libertà e responsabilità*, Donzelli Editore, Roma 2021, pp. 11 – 34.
- Sartre, J.P., *L’essere e il nulla. Saggio di ontologia fondamentale* (1943), tr. it. a cura di G. Del Bo, Il Saggiatore, Milano 1984.
- , *L’esistenzialismo è un umanismo* (1946), tr. it. a cura di G. Mursia Re, Mursia, Milano 2007.
- Sciuto, I., *Continuità o rottura tra moderno e postmoderno? L’età del rischio e l’etica della responsabilità*, in C. Vigna (a cura di), *Libertà, giustizia e bene in una società plurale*, Vita e pensiero, Milano 2003.
- Scudieri, R., *Vaccini, in Africa le prime dosi del programma Covax*, La Repubblica, 24 febbraio 2021, https://www.repubblica.it/esteri/2021/02/24/news/vaccini_in_africa_le_prime_dosi_de_l_programma_covax-289088916/.
- Shetty, P., *Experts concerned about vaccination backlash*, in «The Lancet», 9717 (2010), n. 375, pp. 970 – 971.
- Turoldo, F., *Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editrice, Assisi 2009.
- , *Breve storia della bioetica*, Lindau, Torino 2014.

- Unicef, *Dashboard del mercato dei vaccini COVID-19*, <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>.
- Volterra, E., «Sponsali» voce in *Enciclopedia Italiana*, Treccani, 1936, https://www.treccani.it/enciclopedia/sponsali_%28Enciclopedia-Italiana%29/.
- Weber, M., *La politica come professione* (1919), in Id., *Il lavoro intellettuale come professione*, trad. it. di A. Giolitti, Einaudi, Torino 1976.
- World Health Organization, *"Immunity passports" in the context of COVID-19*, 24 aprile 2020, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>.
- , *COVAX annuncia nuovo accordo, piani per le prime consegne*, comunicato stampa pubblicato il 22 gennaio 2021, <https://www.who.int/news/item/22-01-2021-covax-announces-new-agreement-plans-for-first-deliveries>.
- , *COVID-19 and mandatory vaccination: ethical consideration and caveats*, 13 aprile 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>.
- , *COVID-19 natural immunity*, 10 maggio 2021, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Natural_immunity-2021.1.
- , *Cosa deve cambiare per migliorare l'accesso al vaccino Covid-19, dichiarazione dell'Independent Allocation of Vaccines Group di COVAX*, 24 settembre 2021, <https://www.who.int/news/item/24-09-2021-what-needs-to-change-to-enhance-covid-19-vaccine-access>.
- , *2021 Mid Year Report: WHO strategic action against Covid-19*, Geneva, 2021, <https://www.who.int/publications/m/item/2021-mid-year-report---who-strategic-action-against-covid-19>.
- , *Monitoring health for the sustainable development goals*, 2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- World Trade Organization, *Declaration on the TRIPs agreement and public health*, Ministerial Conference, Doha 9 – 14 Novembre 2001, https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf.

Zorzetto, D., *Covid, tamponi rapidi sotto accusa: "Un risultato su due è errato"*, La Repubblica, 27 novembre 2021,
https://www.repubblica.it/salute/2021/11/27/news/covid_tamponi_rapidi_sotto_accusa_un_risultato_su_due_e_errato_-327370605/.