

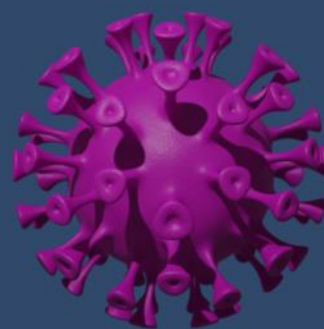
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio del Segretario generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Comitato Nazionale per la Bioetica

bioetica.governo.it



Pareri e Mozioni sul Covid-19

2022
vol. II



Presidenza del Consiglio dei Ministri



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

IL PRESIDENTE

Il volume raccoglie i pareri e le mozioni pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica nell'ambito della pandemia Covid-19, per l'anno 2022.

Sin dall'inizio della diffusione del virus Sars-Cov-2, il Comitato ha avvertito fortemente l'esigenza di occuparsi delle complesse problematiche emergenti, che via via si presentavano nel nostro Paese colpito gravemente dalla pandemia, discutendone grazie alle competenze interne, e anche con l'aiuto di audizioni esterne nell'ambito scientifico, delle scienze umane e sociali, dell'etica e del diritto.

Con la pandemia la società da un lato ha percepito l'importanza della ricerca, dall'altro ha compreso che non sempre la risposta scientifica può essere immediata e univoca. L'innovazione scientifica, come è avvenuto per i vaccini, richiede spesso tempi lunghi, strutture adeguate e sostegno economico. Resta che la protezione della vita in epoche di pandemia va ottenuta e rafforzata attraverso i valori etici e diritti fondamentali: dignità, giustizia, equità e solidarietà.

La discussione, come sempre nel contesto del Comitato, è avvenuta con una metodologia interdisciplinare e pluralista, che ha consentito un adeguato e bilanciato approfondimento bioetico, che abbiamo messo al servizio sia del governo, posto di fronte a scelte urgenti di grande complessità, sia della informazione della società.

I nostri documenti (tutti disponibili sul sito anche nella versione inglese www.governo/bioetica.it), hanno avuto una considerevole diffusione anche a livello internazionale, che ci ha consentito di partecipare al dibattito-globale sugli aspetti della pandemia.

Il dibattito è stato talmente intenso ed appassionante che si è reso necessario un secondo volume per raccogliere gli ulteriori pareri approvati.

Un ringraziamento a tutti i Colleghi del CNB per l'impegno profuso nella discussione delle tematiche che ha consentito di conseguire questo risultato.

Un grazie alla dott.ssa Agnese Camilli e a tutta la segreteria per il lavoro svolto.

Lorenzo d'Avack

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente volume sono consentite fatti salvi la citazione della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

PRESIDENTE

Prof. Lorenzo d'Avack

Professore Emerito di Filosofia del Diritto e Docente di Biodiritto e nuove tecnologie, Università di Roma L.U.I.S.S.

VICEPRESIDENTI

Prof.ssa Laura Palazzani

Vicepresidente Vicaria

Ordinario di Filosofia del Diritto, Università Lumsa di Roma

Dott. Riccardo Di Segni

Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Roma

Prof.ssa Mariapia Garavaglia

Già Ministro della Salute

MEMBRI

Prof. Salvatore Amato

Ordinario di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Catania

Prof.ssa Luisella Battaglia

Già Ordinario di Filosofia Morale e Bioetica, Università degli Studi di Genova

Presidente dell'Istituto Italiano di Bioetica

Prof. Carlo Caltagirone

Già Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Direttore scientifico Fondazione Santa Lucia di Roma

Prof. Stefano Canestrari

Ordinario di Diritto Penale, Università degli Studi Alma Mater di Bologna

Prof.ssa Cinzia Caporale

Coordinatrice del Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof. Carlo Casonato

Ordinario di Diritto Costituzionale Comparato, Università degli Studi di Trento

Prof. Francesco D'Agostino

Professore Emerito di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Prof. Bruno Dallapiccola

Già Ordinario di Genetica Medica, Università di Roma La Sapienza

Direttore scientifico Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, IRCCS

Prof. Antonio Da Re

Ordinario di Filosofia Morale, Università degli Studi di Padova

Prof. Mario De Curtis

Già Ordinario di Pediatria, Università degli studi di Roma La Sapienza

Prof. Gianpaolo Donzelli

Già Ordinario di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Presidente Fondazione Meyer

Prof. Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

Prof.ssa Marianna Gensabella

Già Ordinario di Filosofia Morale, Università degli Studi di Messina

Prof. Maurizio Mori

Già Ordinario di Filosofia Morale e Bioetica, Università degli Studi di Torino

Presidente Consulta di Bioetica Onlus

Prof.ssa Assunta Morresi

Associato di Chimica-fisica e Presidente del Corso di laurea magistrale in Biotecnologie Molecolari e Industriali, Università degli Studi di Perugia

Prof.ssa Tamar Pitch

Già Ordinario di Filosofia e Sociologia del Diritto, Università degli Studi di Perugia

Prof. Lucio Romano

Docente di Bioetica, Ginecologia e Ostetricia

Prof. Massimo Sargiacomo

Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti – Pescara

Prof. Luca Savarino

Professore di Bioetica, Università del Piemonte Orientale

Coordinatore Commissione Bioetica Chiese Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia

Prof.ssa Lucetta Scaraffia

Già Professore di Storia contemporanea, Università di Roma La Sapienza

Prof.ssa Monica Toraldo di Francia

Filosofa politica, Già Professore aggregato di Bioetica presso il Corso di laurea in Filosofia dell'Università di Firenze e già Docente di Bioethics presso la Stanford University

Dott.ssa Grazia Zuffa

Psicologa e Psicoterapeuta

COMPONENTI DI DIRITTO

Dott. Maurizio Benato

Delegato Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Dott.ssa Carla Bernasconi

Delegata Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani

Dott. Amedeo Cesta (sino al 17 novembre 2021)

Delegato Consiglio Nazionale delle Ricerche

Dott. Giovanni Maga (dal 18 novembre 2021)

Delegato Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof.ssa Paola Di Giulio (dal 4 marzo 2019)

Delegata Consiglio Superiore di Sanità

Dott. Carlo Petrini

Delegato Istituto Superiore di Sanità

SEGRETERIA E REDAZIONE

Dott.ssa Agnese Camilli, coordinatore

Sig.ra Lorella Autizi

Dott.ssa Monica Bramucci

Dott.ssa Patrizia Carnevale

Dott.ssa Raffaella Maria Falco

Sig. Angelo Rocchi

Dott. Carlo Santoro

INDICE

Vaccinazione anti Covid-19 per bambini di 5/11anni: riflessioni bioetiche p. 8

La comunicazione istituzionale nell'ambito della pandemia: aspetti bioetici p.20

Vaccinazioni anti Covid-19 e migranti p. 45

Presidenza del Consiglio dei Ministri



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 PER I BAMBINI DI 5/11 ANNI: RIFLESSIONI BIOETICHE

18 febbraio 2022

Presentazione

Il CNB dopo vari documenti sulla pandemia ha ritenuto importante intervenire sulla vaccinazione pediatrica recentemente autorizzata per i bambini 5-11 anni. Nel quadro di un approfondimento degli aspetti medici, relativamente ai dati epidemiologici sullo sviluppo della patologia e ai dati sulla sicurezza ed efficacia delle vaccinazioni a livello internazionale e nazionale per la fascia di età 5-11 anni, il CNB evidenzia il rapporto favorevole dei benefici rispetto ai rischi.

In particolare il Comitato sottolinea che, a fronte dei rischi dati dalla malattia e alle possibili conseguenze, vaccinare i bambini è primariamente finalizzato a proteggere la loro salute, per i benefici diretti, considerando sia la salute fisica (con la prevenzione della malattia grave e della morte) che il benessere sul piano psico-sociale (con la possibilità di vivere in sicurezza la scolarizzazione e la socialità).

Ai benefici diretti vanno aggiunti i benefici indiretti, quelli a tutela dei propri familiari con cui i bambini convivono, soprattutto se si tratta di persone anziane e vulnerabili che non si sono potute vaccinare, e per contenere la “circolazione” del virus e raggiungere una immunità di comunità più rapidamente.

Il Comitato ritiene importante spiegare ai bambini, anche con mezzi adeguati all'età (compresi i fumetti, cartoni animati e personaggi televisivi), la necessità di comportamenti di attenzione e prevenzione attraverso le vaccinazioni. Marca la importanza di avere allestito posti di vaccinazione specifici per i bambini con giochi e grafiche invitanti, ricordando che interessanti iniziative sono state prese anche nella scuola, che può rappresentare la sede preferibile per vaccinare i bambini, dato che è il luogo più familiare dopo la propria abitazione e questo può *farli sentire al sicuro, protetti, e far vivere loro questa esperienza come se rientrasse nella routine.*

Infine il Comitato sottolinea l'importanza del consenso informato in cui si esprima la volontà dei genitori. Il consenso informato in pediatria per i bambini piccoli, per le scelte vaccinali, è rimesso ad una riflessione competente del medico concernente la valutazione delle condizioni di salute del bambino e l'informazione completa e chiara ai genitori nell'ambito dell'alleanza terapeutica. Ai pediatri in questa fase spetta dunque una profonda opera di informazione e persuasione, oltre che un monitoraggio dell'andamento delle vaccinazioni nella 'vita reale', sul territorio e negli ospedali.

Il Comitato raccomanda ai genitori di prendere le decisioni considerato il superiore interesse del minore e la tutela dei propri familiari fragili, oltre che la tutela della comunità; sollecita la comunicazione istituzionale, le associazioni e società scientifiche e gli stessi pediatri a continuare a fornire informazioni chiare e trasparenti sul bilanciamento benefici e rischi del vaccino; invita a un attento monitoraggio delle *fake news*; auspica l'organizzazione di campagne vaccinali nelle scuole.

Il parere è stato redatto dal Presidente Prof. Lorenzo d'Avack e dai Proff. Mario De Curtis, Cinzia Caporale, Silvio Garattini e Laura Palazzani, con i contributi dei Proff. Lucio Romano, Luca Savarino, Grazia Zuffa e Marianna Gensabella.

Il documento è stato approvato all'unanimità dei presenti il 18 febbraio 2022, dai Proff. Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Laura Palazzani, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Assenti alla Plenaria hanno successivamente aderito i Proff.: Carlo Caltagirone, Silvio Garattini, Assunta Morresi.

Assente al momento del voto, la Prof.ssa Pitch ha successivamente comunicato la propria astensione.

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

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

Premessa

I vaccini hanno dimostrato una grande efficacia nel contenere la pandemia e proteggere la salute delle persone, in special modo dalla malattia grave. Premesso che sono in corso ricerche per la individuazione di terapie efficaci contro il Covid-19 anche in età pediatrica, il vaccino rimane per il momento l'unica arma che abbiamo per prevenire dagli esiti gravi della malattia. In questo ambito diviene importante una riflessione di carattere bioetico sulla vaccinazione dei bambini piccoli.

Nel nostro Paese sono stati recentemente autorizzati i vaccini per i bambini da 5 a 11 anni, mentre sono in corso di sperimentazione i vaccini contro il Covid-19 per quanto riguarda i bambini tra 0 e 4 anni. Nel presente documento si evidenzia in particolare l'importanza della vaccinazione per la prevenzione della malattia grave causata dall'infezione da SARS-CoV-2 nella popolazione dei bambini con un'età compresa tra 5 e 11 anni (circa 3,6 milioni in Italia). Se comparata a quelle degli adulti e dei ragazzi di 12-17 anni, infatti, questa fascia d'età mostra nel nostro Paese ancora bassi tassi di copertura (sino al 18 febbraio il 36,4% della popolazione ha ricevuto una dose e il 26,4% il ciclo completo).

Il CNB, pur ribadendo che si debba continuare a seguire una priorità nel piano vaccinale secondo fasce di età e particolari fragilità a prescindere dall'età - che include anche i bambini - (come indicato nei precedenti documenti: la mozione *Urgenza vaccinale: aspetti bioetici*, 2021; il parere *Vaccini anti-Covid e adolescenti*, 2021), ritiene che la vaccinazione anti-Covid 19 sui bambini possa salvaguardare la loro salute e contribuire a contenere l'espansione del virus nell'ottica della salute pubblica. La quasi totalità dei paesi europei ha raccomandato la vaccinazione dei bambini tra 5 e 11 anni¹.

1. Aspetti medici

1.1. Manifestazioni cliniche dell'infezione da SARS-CoV-2 nella popolazione pediatrica

La situazione epidemiologica si è profondamente modificata nel corso degli ultimi due anni. Oggi la malattia da SARS-CoV-2 è diventata anche una malattia pediatrica². La letteratura scientifica ha confermato che i bambini si possono ammalare, sebbene rappresentino solo l'1-5% dei casi diagnosticati di infezione.

Anche se la maggior parte dei pazienti pediatrici positivi al SARS-CoV-2 sono asintomatici, tuttavia alcuni infettati da SARS-CoV-2 sono a rischio di sviluppare una malattia grave e complicanze: insufficienza respiratoria, miocardite, insufficienza renale acuta, coagulopatia e insufficienza multiorgano.

In Italia l'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità ha documentato dall'inizio della pandemia da SARS-CoV al 9 febbraio 2022 ben 1.352.176 casi

¹ Dopo l'autorizzazione della European Medicines Agency (EMA), 23 dei 26 Paesi che hanno partecipato ad un'indagine hanno raccomandato la vaccinazione per i bambini di 5-11 anni. Tre Paesi l'hanno raccomandata solo ai soggetti fragili. La Germania, uno di questi tre Paesi, l'ha autorizzata su richiesta dei genitori. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-COVID-19-vaccination-strategies-deployment-plans-in-the-EU-EEA-Jan-2022_1.pdf. Anche in UK è stato approvato il vaccino sui bambini 5-11 anni cfr, J. WISE, Covid-19: Vaccine Will Be Offered to 5-11 Year Olds Throughout UK, BMJ 2022;376.

² J.S. GERBER, P. A. OFFIT, *COVID-19 Vaccines for Children*. "Science", 2021 Nov 19; 374 (6570): 913.

nella fascia inferiore ai 12 anni. Di questi 8,923 sono stati ricoverati in reparti ordinari, 167 in terapia intensiva con 24 decessi³. Inoltre nelle ultime settimane, con la diffusione della variante Omicron, anche se rispetto alle precedenti ondate della pandemia le manifestazioni cliniche che richiedono l'ospedalizzazione sono meno gravi e i bambini vengono dimessi più rapidamente, il numero di contagi è nettamente in crescita.

I bambini contagiati sono anche a rischio di sviluppare la sindrome infiammatoria multisistemica (MIS-C) ed effetti indesiderati a distanza di tempo definiti con il termine di "Long Covid"⁴. Le ricerche pediatriche più recenti evidenziano che quest'ultima condizione si sta verificando con una percentuale crescente⁵. Inoltre, da una revisione di 35 articoli sulla MIS-C che riguarda complessivamente 783 bambini con un'età mediana di 8,6 anni, risulta che il 68% dei pazienti ha richiesto il ricovero in una Unità di terapia intensiva⁶.

1.2. Vaccinazione nei bambini della fascia 5-11 anni: sicurezza ed efficacia

È cosa nota che, in passato, moltissimi vaccini sono stati progettati/adattati ai bambini, che spesso rispondono meglio e con minori effetti collaterali rispetto agli adulti.

Il vaccino pediatrico oggi utilizzato nella fascia di età tra 5 e 11 anni è quello di Pfizer-Biontech, che ha lo stesso principio attivo di quello utilizzato per gli adulti (vaccino a mRNA), ma un dosaggio diverso, corrispondente a solo un terzo rispetto a quello usato negli adulti e nei ragazzi con un'età maggiore di 11 anni.

Nella sperimentazione clinica iniziale del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 in bambini di età compresa tra 5 e 11 anni, 1.517 bambini che hanno ricevuto il vaccino e 751 che hanno ricevuto il placebo sono stati seguiti per un minimo di 2 mesi. I risultati hanno indicato che l'efficacia del vaccino contro la malattia sintomatica e la sua immunogenicità sono simili a quelle riportate negli studi sul vaccino COVID-19 negli adolescenti e nei giovani adulti. Il vaccino, somministrato quando la variante delta era predominante, si è mostrato efficace nel ridurre di circa il 91% il rischio di malattia sintomatica⁷.

La sicurezza del vaccino anti-Covid è stata valutata dalle agenzie regolatorie (FDA, statunitense, EMA, europea, e AIFA, italiana) e il rischio di eventi avversi

³ COVID-19: SORVEGLIANZA, IMPATTO DELLE INFEZIONI ED EFFICACIA VACCINALE REPORT ESTESO ISS Aggiornamento nazionale 09/02/2022 DATA PUBBLICAZIONE: 11/02/2022

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf.

⁴ D BUONSENSO. et al., Brief Report Preliminary evidence on long COVID in children, in "Acta Paediatrica". 2021;110: 2208–2211.

⁵ Tra i giovanissimi di oggi e futuri adulti di domani esiste una minaccia del Long Covid e delle sue conseguenze al momento poco conosciuta. Cfr. ad esempio LUDVIGSSON JF., *Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects to adults after clinical COVID-19*, in "Acta Paediatrica". 2020; 00: 1–8.

⁶ T. RADIA et al., *Multi-system Inflammatory Syndrome in Children & Adolescents (MIS-C): A Systematic Review of Clinical Features and Presentation*, in "Paediatr Respir Rev.", 2021 Jun; 38: 51-57. Il 63% ha richiesto la somministrazione di farmaci vasoattivi, il 28% l'assistenza respiratoria, il 18% la ventilazione meccanica e il 4% l'ECMO - ossigenazione extracorporea a membrana.

⁷ E. B WALTER. et al., *Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age*, January 6, 2022 "N Engl J Med" 2022; 386: 35-46; J.S. GERBER., *COVID-19 Vaccines for Children*, in "Science", 2021 Nov 19; 374(6570): 913.

gravi è risultato molto raro. Le reazioni locali erano molto comuni, per lo più di gravità da lieve a moderata e più frequenti che nei bambini più grandi. Gli eventi sistemici si sono verificati più frequentemente dopo la seconda dose e sono stati prevalentemente affaticamento, mal di testa, dolore muscolare, brividi, febbre e dolore articolare. La maggior parte degli eventi sistemici era di gravità lieve o moderata. Non ci sono stati casi di miocardite o pericardite o altri eventi avversi gravi. Il rapporto tra benefici e rischi è dunque risultato favorevole anche per la fascia d'età 5-11 anni.

Successivamente all'approvazione degli enti regolatori il vaccino è stato ampiamente utilizzato in molti Paesi. Negli USA sono state somministrate a bambini di età tra 5 e 11 anni, nel periodo 3 novembre – 19 dicembre 2021, quasi 9 milioni di dosi. Si è verificata una bassissima percentuale (0,05%) di eventi avversi, che tra l'altro per la maggior parte hanno riguardato errori nella somministrazione del vaccino (errata preparazione nel 22% e dose errata nel 16%). Solo 100 in tutto sono stati i casi "gravi", con nessuna conseguenza permanente. Tra questi anche 11 casi di miocardite, tutti risolti o in via di risoluzione⁸. L'attuale ricerca scientifica nel campo pediatrico sembra poter confermare che la vaccinazione è ben tollerata ed è fortemente raccomandata nei bambini tra 5 e 11 anni, e va effettuata anche nei bambini che precedentemente hanno avuto l'infezione o la malattia da SARS-CoV-2. I bambini con malattie croniche e i bambini fragili sono particolarmente avvantaggiati da questa vaccinazione, perché sono quelli che rischiano di più dalla malattia in termini di complicanze, rischio di ospedalizzazione e conseguenze a lungo termine. Ugualmente i dati appena pubblicati dall'AIFA nel *Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID 19* confermano la sicurezza del vaccino impiegato, anche in età pediatrica⁹.

La European Academy of Pediatrics (EAP) e la European Confederation of Primary Care Pediatricians (ECPCP) hanno pubblicato una richiesta congiunta affinché i bambini vengano vaccinati¹⁰.

In Italia la richiesta di promuovere il più possibile la vaccinazione dei bambini tra i 5 e gli 11 anni con una dose ridotta è stata avanzata dal Ministero della Salute, dal Presidente del Consiglio Superiore di Sanità e dal Comitato Tecnico Scientifico per la gestione pandemica (CTS). Un invito che proviene anche da diverse società pediatriche, tra le quali la Società italiana di Pediatria (SIP), la Società Italiana di Neonatologia (SIN) e la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). La SIP ha precisato che la parte di bambini non vaccinati continua ad essere un serbatoio del virus ed è quindi suscettibile di ricadute nelle scuole e infezioni personali e familiari¹¹.

⁸ L'analisi è stata condotta dai Cdc (Centers for disease control and prevention) sulle segnalazioni giunte al sistema di sorveglianza Vaers (Vaccine Adverse Event Reporting System) in relazione ad oltre 8,7 milioni di vaccinazioni somministrate dal 3 novembre al 19 dicembre 2021.

COVID-19 vaccine safety updates: Primary series in children and adolescents ages 5–11 and 12–15 years, and booster doses in adolescents ages 16–24 years, Advisory Committee on Immunization Practices January 5, 2022
<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2022-01-05/02-COVID-Su-508.pdf> . Ultimo accesso: 12 gennaio 2022; *COVID-19 Vaccines in Children and Adolescents, Committee on Infectious Diseases*, "Pediatrics", Volume 149, number 1, January 2022: e2021054332.

⁹ Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID-19 27/12/2020 - 26/12/2021
<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto+annuale+su+sicurezza+vaccini%20anti-COVID-19.pdf>.

¹⁰ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.721257/full>.

¹¹ <https://sip.it/wp-content/uploads/2021/06/SIP-Vaccino-Covid-2-1.pdf>.

2. Riflessioni bioetiche

2.1. La priorità della salute dei bambini: benefici diretti e benefici indiretti

Con riferimento al tema della vaccinazione dei bambini, da parte di alcuni vengono avanzati dubbi e perplessità: si sostiene per esempio che il rapporto benefici – rischi per il singolo bambino non giustificerebbe la somministrazione del vaccino; oppure si afferma che questa potrebbe trovare un qualche fondamento, ma solo come misura di tutela della salute pubblica. Si tratta di opinioni parziali, non suffragate da adeguate evidenze scientifiche, che anche sul piano bioetico risultano essere problematiche. In primo luogo la finalità più importante della vaccinazione dei bambini consiste nel proteggere la loro salute: è questa la priorità che va considerata e ricercata nel migliore interesse del minore. Vi è poi una finalità ulteriore, dettata da ragioni di salute pubblica: la vaccinazione pediatrica permetterebbe anche di ridurre la circolazione del virus, su cui al momento influisce negativamente il non completamento della vaccinazione degli adulti.

Sul piano bioetico il bilanciamento benefici e rischi va misurato primariamente sui benefici e rischi *diretti* considerati rispetto alla salute dei bambini.

Nell'attuale quadro epidemiologico e clinico, come sopra riportato, emerge che la valutazione benefici e rischi diretti è sicuramente favorevole per i bambini.

I rischi per i bambini di contrarre l'infezione (e le conseguenze negative in taluni casi, anche con danni neurologici e cognitivi o cardiaci) sono in crescita e i rischi delle vaccinazioni e loro conseguenze sono assai contenuti. I rischi dei vaccini - come evidenziato dalla letteratura scientifica più accreditata - sono cioè nettamente inferiori ai rischi di contrarre la malattia in forma grave con le relative conseguenze.

Emerge quindi l'importanza della vaccinazione *primariamente* per i *benefici diretti dei bambini* stessi in ordine alla protezione della loro salute.

Tra i **benefici diretti** sono da considerare i seguenti.

- Benefici per la salute fisica: prevenzione della malattia grave, ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e morte; prevenzione della malattia e conseguenze negative a lungo termine della malattia.

- Benefici psico-sociali: non devono essere trascurati i danni psico-sociali che il Covid-19 ha avuto sia sui bambini più piccoli, che hanno risentito degli stati d'animo e delle preoccupazioni dei genitori per la pandemia; sia sui bambini più grandi, via via che per età hanno avuto la possibilità di prendere piena coscienza della pandemia, dei rischi relativi, ma insieme della possibilità di ridurre i rischi tramite la vaccinazione. Il vaccino costituisce, dunque, un beneficio per loro quale importante strumento per ritornare ad una vita con minori restrizioni di libertà, garantendo la scolarizzazione e la socialità, che sono elementi importanti per la loro educazione e crescita personale, nonché arginando paure e stress e sintomatologie di tipo regressivo¹². Il Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare* (2020) ha sottolineato le ripercussioni specifiche indotte dalla pandemia sulla salute globale dei bambini piccoli e sui principali aspetti bioetici sottesi, con specifica attenzione dalle

¹² Uno studio in tal senso è stato condotto dall'Istituto Giannini Gaslini e dall'Università di Genova. Cfr. anche CNB, *Covid-19 e bambini dalla nascita a l'età scolare*, 23 ottobre 2020.

primissime correlazioni esistenti nell'unità materno-feto-neonatale, fino alle prime fasi dello sviluppo, quali l'infanzia e la fanciullezza. Nell'ambito della gravidanza, parto e vita neonatale, precauzione e responsabilità sono indicati dal CNB come i principi bioetici irrinunciabili per la "relazione di cura" in bambini che necessitano di una tutela specifica.

- Va considerato tra i benefici primari diretti per i piccoli anche il fatto che – dopo la vaccinazione anti-Covid-19 – si può riprendere il calendario vaccinale di *routine* (molti purtroppo sono i dati sulla sospensione delle vaccinazioni non anti-Covid-19¹³) nonché più agevolmente assicurare eventuali cure pediatriche sospese¹⁴, sia per il sovraccarico delle strutture sanitarie che per il timore dei genitori che la frequentazione di tali strutture sanitarie potesse comportare l'infezione del virus.

Ai benefici diretti si aggiungono i **benefici indiretti**, quelli a tutela della comunità, con particolare *focus* sui familiari e sulle persone con cui il bambino entra in contatto, come di seguito menzionati.

- Ridurre il rischio di trasmissione nei confronti dei propri familiari con cui i bambini convivono, soprattutto se si tratta di persone anziane e vulnerabili che non si sono potute vaccinare.

- Contribuire a rallentare l'epidemia e limitarne l'impatto perché riduce, anche se non elimina, la probabilità che il bambino vaccinato contagi gli adulti o, in modo particolare, le persone anziane con cui viene a contatto (situazione questa che assume una particolare rilevanza in Italia dove, per motivi di configurazione dei nuclei familiari, i bambini hanno frequentemente intensi contatti con i parenti anziani).

- Frequentare più regolarmente le scuole, cosa che consente una ripresa del normale ritmo della vita familiare.

- Contenere la "circolazione" del virus, che aiuti a raggiungere immunità di comunità più rapidamente.

2.2. Allocazione delle risorse

Emerge il problema etico sollevato dall'OMS dell'allocazione delle risorse vaccinali soprattutto con riferimento ai Paesi a basso reddito¹⁵: è giusto destinare i vaccini ai bambini, un gruppo poco esposto alle forme gravi o mortali di infezione da SARS-CoV-2, a discapito di gruppi più esposti?

Una domanda che avrebbe ragione di essere se, come in passato, le risorse vaccinali fossero realmente scarse, il che non è. A ciò si aggiunga che il numero

¹³ <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-riduzione-attivita-vaccinale>.

¹⁴ <https://sip.it/2020/11/26/covid-gli-effetti-indiretti-sui-bambini-salta-prevenzione-aumentano-diseguaglianze-e-disagi-psicologici-a-rischio-i-diritti/>.

¹⁵ WHO, *Interim Statement on Covid-19 Vaccination for Children and Adolescents*, 24 November 2021: "However, the benefits of vaccinating children to reduce the risk of severe disease and death are much less than those associated with vaccinating older adults. Countries with few or no vaccine supply constraints should consider the issues of global equity when making policy decisions about vaccinating children and adolescents. Any guidance on vaccine use prioritization, including booster dose policy, cannot ignore the current, on-going profound inequities in global vaccine access. While higher-income countries expand their vaccination programmes to adolescents, children, and, in some countries, booster doses to a large proportion of their populations, many lower-income countries still lack sufficient vaccine supply to offer a primary vaccination series to their highest priority-use groups, including older adults and health care workers who comprise only a small proportion of their populations" <https://www.who.int/news/item/24-11-2021-interim-statement-on-covid-19-vaccination-for-children-and-adolescents>.

dei vaccini sufficiente a immunizzare bambini e adolescenti è una quantità marginale rispetto alla mole degli approvvigionamenti necessari per immunizzare i Paesi a basso reddito. Il problema dell'approvvigionamento ai Paesi a basso reddito può essere risolvibile qualora esista una volontà solidaristica dei Paesi a reddito più alto nonché un impegno della stessa industria farmaceutica verso di loro¹⁶. L'OMS si è espressa contro gli accordi bilaterali tra gli Stati produttori di vaccini e ha proposto il meccanismo Covax (The People's Vaccine)¹⁷, sicuramente perfettibile ma in linea di principio del tutto giustificato. Discutere allora dell'accesso ai vaccini per i bambini con queste motivazioni appare non giustificato.

2.3. Consenso informato dei genitori

Un altro aspetto su cui si discute in questo periodo è la necessità del consenso di entrambi i genitori a vaccinare i propri figli. Essendo ancora elevato il numero di genitori incerti se far correre ai propri figli i rischi anche minimi di un vaccino, è possibile ipotizzare che le divergenze fra genitori, già portate innanzi ai giudici con riferimento ai figli adolescenti, si avranno anche per i bambini al di sotto dei 12 anni.

Per quanto riguarda la vaccinazione degli adolescenti in alcuni casi sono emerse delle divergenze tra costoro e i genitori. Le sentenze¹⁸, in linea con la giurisprudenza complessiva in tema di vaccinazioni, hanno favorito la somministrazione del vaccino, perché tutela la salute individuale, e quindi l'interesse del minore, e in aggiunta quella comunitaria che si basa sul principio di solidarietà. Le decisioni dei giudici confermano quanto scritto dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere *Vaccini anti-Covid-19 e adolescenti* (2021) che ha dato rilevanza a questi casi di disaccordo vaccinale tra genitori e figli minori, sostenendo la prioritaria considerazione delle esigenze di salute dell'adolescente per il bene proprio e della comunità¹⁹.

Il consenso informato in pediatria per i bambini piccoli ha una rilevanza etica che si può considerare unica. Infatti parlare di ottenimento del consenso informato in pediatria da parte del medico che dovrà vaccinare il bambino non corrisponde a quanto in genere si richiede nella medicina del grande minore o dell'adulto.

¹⁶ S PAGLIANI, *Covid-19, vaccinazione pediatrica sotto la lente*, <https://www.scienza.inrete.it/articolo>, 2021-09-15.

¹⁷ Il partenariato COVAX, di cui fanno parte *Gavi*, l'Alleanza Vaccini, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'*UNICEF* e la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), ha lo scopo di condividere competenze, esperienze e di allestire una rete di distribuzione del vaccino unica. Lo scopo è di contrastare il nazionalismo vaccinale e garantire a tutti un vaccino contro il COVID-19. In: <https://unric.org/it/che-cose-covax/>.

¹⁸ Tribunale di Parma, sentenza 11 ottobre 2021; Tribunale di Monza, decreto 22.07.21; Tribunale di Arezzo, ordinanza 09.09.21. Peraltro la giurisprudenza in tema di trattamenti sanitari di natura vaccinale è conforme nel ritenere che ove vi sia un concreto pericolo per la vita o la salute del minore (per la gravità e la diffusione del virus) e vi siano dati scientifici che il trattamento sanitario risulta efficace, il giudice potrà sospendere per il momento la capacità del genitore contrario (cfr. tra le altre Tribunale di Milano 17/10/2018; Corte di Appello di Napoli 30/08/2017; Tribunale di Roma 16/02/2017).

¹⁹ "Se la volontà del grande minore di vaccinarsi fosse in contrasto con la volontà dei genitori contrari alla vaccinazione, il Comitato ritiene che l'adolescente debba essere ascoltato da personale medico e che la sua volontà debba prevalere nei confronti del dissenso dei genitori, in quanto la volontà del minore coincide - secondo le attuali indicazioni scientifiche e salvo situazioni di salute particolari che sconsigliano la vaccinazione - con il migliore interesse della sua salute psicofisica e della salute pubblica".

Pur nella consapevolezza che il dialogo del medico con il minore tra i 5 e gli 11 anni non possa realizzarsi nelle medesime forme di quello con l'adolescente, si ritiene comunque necessario che il bambino infradodicesenne abbia, nei limiti della sua capacità di discernimento, la possibilità di essere ascoltato dal medico.

La volontà e la decisione dei genitori, se concordi, saranno sempre prevalenti. Ma nel caso in cui il medico, in scienza e coscienza, ritenga che l'anamnesi del bambino, particolarmente fragile, implichi una particolare urgenza vaccinale, e sussista la contraria volontà dei genitori, vi potrebbe essere un contenzioso rimesso alla decisione del giudice tutelare.

Per questi aspetti anche la consultazione – non obbligatoria – di un comitato etico indipendente per la pratica clinica potrebbe risultare davvero importante, perché accanto ai genitori, o al tutore, svolgerebbe un'ulteriore funzione di tutela della salute del bambino e potrebbe favorire il dialogo tra le parti.

Pertanto, la regola che l'adolescente vada ascoltato e che possa esprimere le sue preferenze in relazione alla sua capacità di discernimento è, in questa fascia pediatrica, difficilmente realizzabile fin tanto che lo sviluppo del bambino non ne consenta la comprensione, la volontarietà, il partecipare nelle decisioni. Il consenso informato in pediatria per i bambini piccoli, per le scelte vaccinali, è rimesso ad una riflessione competente del medico, di valutazione delle condizioni di salute del bambino, e alla comprensione e discussione di tali ragioni da parte dei genitori nell'ambito dell'alleanza terapeutica. Ai pediatri in questa fase spetta dunque una profonda opera di informazione e persuasione, oltre che un monitoraggio dell'andamento delle vaccinazioni nella 'vita reale' (*real life*), operando sia sul territorio sia negli ospedali.

Sono molteplici i Paesi che, pur escludendo attualmente l'obbligo vaccinale nei confronti dei minori, affidano ai pediatri il compito di una comunicazione corretta dei benefici dei vaccini di *routine* e di quelli anti-Covid-19. Questo sarà un elemento fondamentale per la buona riuscita della campagna vaccinale dedicata ai più piccoli. Tale opera di informazione appare come un'arma fondamentale nell'azione di contrasto alle *fake news*²⁰, che deve essere condotta sia nell'ambito della comunicazione pubblica con il contributo dei *media* tradizionali, dei *social media*, che con campagne di informazione nelle scuole. In questo contesto potrebbe avere un ruolo significativo lo spazio etico, come espresso nel recente parere *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità. Il ruolo dello spazio etico per un dibattito pubblico* (2021).

In questa fase di pandemia la tutela reciproca tra genitori e figli non può inoltre prescindere dalla necessità che i primi siano comunque vaccinati, per ridurre i rischi del contagio e prevenire gli eventi avversi segnalati. Dai dati attuali, il 69% dei piccoli fino a 4 anni ricoverati in terapia intensiva, ha genitori non vaccinati²¹. Forse proprio la tutela della salute dei bambini potrà essere un'ulteriore ragione per stimolare genitori esitanti a vaccinarsi. Certamente emerge in modo forte che la responsabilità di chi non si vaccina ricade negativamente anche sui propri figli, esponendoli a rischi superiori. È presumibile

20 Fake News. Ministero della Salute. <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioFakeNewsNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&area=nuovocoronavirus&fakeNewsArchivio.page=4>; Nic Fleming. Fighting coronavirus misinformation Nature, Vol 583: 2 July 2020 <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-01834-3/d41586-020-01834-3.pdf>.

²¹ Questi i dati che emergono dall'Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI), che ha attivato un sistema di monitoraggio settimanale dei pazienti Covid - bambini e adolescenti - ricoverati sia in area medica che in area critica.

che i genitori che hanno accettato la vaccinazione per sé stessi, la accetteranno anche per i loro figli, sulla base di dati ed evidenze scientifiche consolidate, fornite dai pediatri. Ma nel caso di genitori non vaccinati, sarà importante sollecitarli ad una scelta che non necessariamente deve essere allineata alle loro convinzioni personali, perché non è una scelta per loro, ma una scelta per i figli, dunque radicata nella responsabilità genitoriale di cura del minore.

2.4. Come vaccinare

È importante spiegare ai bambini, anche con mezzi adeguati all'età (compresi i fumetti, cartoni animati e personaggi televisivi), la necessità di comportamenti di attenzione e prevenzione attraverso le vaccinazioni, l'uso di mascherine e il distanziamento, ove possibile. È certamente apprezzabile l'iniziativa che ha portato ad allestire posti di vaccinazione specifici per i bambini, con giochi e grafiche invitanti.

Interessanti iniziative sono state prese anche nella scuola²², che, oltre ad essere il luogo in cui si può mettere in evidenza l'importanza delle vaccinazioni, rappresenta la sede preferibile per vaccinare i bambini. Per loro la scuola è il luogo più familiare dopo la propria abitazione e questo può *farli sentire al sicuro, protetti, e far vivere loro questa esperienza come se rientrasse nella routine*. Gli stessi genitori esitanti potrebbero convincersi a far vaccinare il proprio figlio dopo aver visto che i compagni di classe, una volta vaccinati, non hanno presentato alcun problema e comunque confrontandosi con gli altri genitori.

Raccomandazioni

Il Comitato:

1= premesso che il CNB considera le vaccinazione ai bambini di 5-11 anni come essenziale, reputa importante sottolineare, a sostegno dei genitori chiamati a prendere le decisioni per i propri figli, la finalità prioritaria della vaccinazione consistente nel rispetto dell'interesse del minore a salvaguardia della sua salute; inoltre ribadisce l'importanza dell'ulteriore finalità di tutelare i propri familiari fragili, a rischio, che non possono essere vaccinati e che convivono o hanno frequenti contatti con i minori stessi, nonché la più generale salute pubblica;

2= sollecita la comunicazione istituzionale a livello nazionale e regionale, le associazioni e società scientifiche in ambito pediatrico e i pediatri a rafforzare l'impegno a fornire informazioni chiare e trasparenti ai genitori sul bilanciamento benefici e rischi del vaccino, che senz'altro ne consigliano la somministrazione, evidenziando primariamente la tutela della salute del bambino che lo riceve;

3= ritiene che sia di particolare importanza rendere noti, mediante una comunicazione costantemente aggiornata, i dati sulla farmacovigilanza relativi alla fascia di età 5-11 anni;

4= auspica il potenziamento di un attento monitoraggio delle *fake news*, da sempre circolanti, sui vaccini ai bambini;

²² La Regione Puglia, in accordo con Dipartimento Politiche della Salute, della Cabina di Regia Covid e degli uffici scolastici provinciali, ha deciso che i vaccini ai bambini tra i 5 e gli 11 anni potranno essere somministrati direttamente nelle scuole, alla presenza dei genitori. *Il sistema sanitario e di protezione civile darà il suo contributo all'organizzazione delle sedute vaccinali negli istituti che saranno individuati di-concerto con gli uffici scolastici. Un'organizzazione che si avvarrà anche del supporto dei pediatri di libera scelta e dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl.*

5= ritiene opportuno che i mezzi di comunicazione televisiva (attraverso cartoni animati o giochi) e i *social network* siano coinvolti in programmi e iniziative in grado di far conoscere i benefici dei vaccini anche ai bambini e i dati relativi all'impatto di SARS-CoV-2 sui bambini, mobilitando esperti autorevoli capaci di comunicare in modo adatto all'età e al *target* di riferimento; particolarmente importante è che programmi e iniziative simili siano attuati all'interno delle scuole;

6= auspica che al fine di incrementare il numero di bambini vaccinati si provveda ad organizzare campagne vaccinali nelle scuole.

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**LA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE
NELL'AMBITO DELLA PANDEMIA: ASPETTI
BIOETICI**

17 marzo 2022

Presentazione

Il CNB ha ritenuto di approfondire il tema particolarmente rilevante della comunicazione della pandemia. Il parere si concentra sulla *comunicazione istituzionale*, ma prende in esame, sia pure per cenni, la *comunicazione scientifica* ad opera degli esperti e la *comunicazione massmediale*, con cui la comunicazione istituzionale inevitabilmente si interfaccia.

In linea generale il parere mette in rilievo come si tratti di una comunicazione in situazione di emergenza, in cui l'interazione tra chi informa e chi riceve l'informazione ha il ruolo fondamentale di favorire una gestione consapevole del rischio pandemico.

Per quanto riguarda la comunicazione da parte degli esperti scientifici, il parere, evidenziando le difficoltà riscontrate soprattutto nelle prime fasi dell'epidemia, mette in luce l'esigenza di buone pratiche comunicative, basate su evidenze, in cui si spieghi con chiarezza il carattere dinamico e in costante evoluzione della ricerca e delle conoscenze scientifiche. Si evidenzia anche l'importanza di una "comunicazione di prossimità", con i medici di medicina generale.

Diversi gli aspetti messi in luce nella comunicazione massmediale: i profondi mutamenti generati dal processo di digitalizzazione, la sua accelerazione durante la pandemia, il connesso processo di disintermediazione, e infine la forte spinta verso il fenomeno dell'*infodemia*, ossia verso il caos informativo prodotto da un proliferare incontenibile e incontrollabile di notizie, paragonabile al diffondersi di un virus. Un fenomeno che rischia di incrinare la fiducia nella comunicazione scientifica e istituzionale, ostacolando una corretta gestione della pandemia.

In questo scenario assume un ruolo fondamentale la comunicazione istituzionale, intesa come la comunicazione con cui le istituzioni (il governo nazionale, i governi locali e le istituzioni collegate, come l'Istituto Superiore della Sanità, l'AGENAS, l'AIFA e altre agenzie) danno conto delle loro attività, in modo da garantire il diritto all'informazione dei cittadini, promuovendo il dialogo e il confronto con loro.

Il CNB evidenzia come la comunicazione istituzionale abbia come scopo esclusivo la tutela e la promozione degli interessi della società tutta, secondo un approccio non parziale, e come per essere efficace e promuovere la fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni, debba essere guidata dai principi di trasparenza, integrità, responsabilità e partecipazione degli *stakeholder*. Tutto questo implica l'obbligo di non nascondere la complessità del fenomeno pandemico dietro forzate semplificazioni ma, viceversa, illustrare la complessità in quanto tale, e comunicare adeguatamente anche l'incertezza relativa ai dati scientifici e alla loro interpretazione, così come le motivazioni delle scelte assunte dalle istituzioni.

Dovrà anche essere una comunicazione in cui le istituzioni parlino con voci tra loro concordi, giustificando là dove necessarie le differenti comunicazioni su differenti misure prese o da prendere, per evitare confusioni e fraintendimenti.

Una comunicazione istituzionale di questo tipo non si può improvvisare. Così come non si può improvvisare la comunicazione scientifica della pandemia o la comunicazione massmediale che fa da tramite all'una e all'altra. Per combattere la possibile crisi di fiducia, che è trasversale alle tre aree, occorre ricostruire il percorso di mediazione tra chi informa e chi è informato, chiarendo le competenze di chi dà le informazioni, le loro responsabilità, i principi etici e le norme deontologiche a cui devono attenersi. In questo senso vanno anche le

riflessioni conclusive del parere che sottolineano alcuni punti per preparare una comunicazione istituzionale ottimale in situazioni di emergenza pandemica.

Il parere è stato coordinato e redatto da Marianna Gensabella, Tamar Pitch, Lucio Romano e Cinzia Caporale, con il contributo di Lorenzo d'Avack, Maurizio Benato, Stefano Canestrari, Giovanni Maga, Laura Palazzani, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Hanno apportato un prezioso contributo le audizioni di: Prof.ssa Franca Faccioli, Professore Ordinario - Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale della Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione - Università di Roma La Sapienza; Prof. Adriano Fabris - Professore Ordinario di Filosofia Morale e di Etica della Comunicazione presso l'Università di Pisa; Prof. Marco Centorrino, Professore associato di Sociologia della Comunicazione presso il Dipartimento di Civiltà Antiche e Moderne dell'Università degli Studi di Messina; Dott. Carlo Bartoli - Presidente Consiglio Nazionale Ordine dei Giornalisti; Dott. Sergio Iavicoli - Direttore generale della Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali del Ministero della Salute.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti: Professori Amato, Battaglia, Canestrari, Caporale, Casonato, d'Avack, De Curtis, Di Segni, Gensabella, Morresi, Palazzani, Pitch, Romano, Sargiacomo, Toraldo di Francia, Zuffa.

Assenti al momento del voto, hanno successivamente aderito: i Proff. Da Re, Donzelli, Garavaglia, Garattini, Mori, Savarino, Scaraffia.

Assente alla plenaria ha successivamente aderito il Prof. Silvio Garattini.

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

Assente alla seduta, ha successivamente aderito per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Giovanni Maga.

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

Premessa

Il CNB è già intervenuto sulla questione della comunicazione in pandemia nel parere *Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia da Covid-19: aspetti etici* (30 aprile 2021) e nei pareri *Vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione* (27 novembre 2020) e *Vaccinazione anti Covid-19 per i bambini di 5/11 anni: riflessioni bioetiche* (18 febbraio 2022), rilevando l'importanza della tempestività, della trasparenza e della completezza nella comunicazione.

In questo parere, il CNB intende approfondire il tema della comunicazione della pandemia, concentrandosi sulla comunicazione istituzionale, in particolare nel suo interfacciarsi con la comunicazione veicolata attraverso i media e con la comunicazione scientifica ad opera degli esperti, evidenziando le principali questioni etiche che emergono.

Si tratta di una comunicazione di emergenza, perché con questa caratteristica si è presentata all'inizio la pandemia nella sua gravità di minaccia alla salute individuale e collettiva; anche se nel corso dei due anni trascorsi i livelli di reale emergenza sanitaria sono stati diversi. Come tale, la comunicazione della pandemia ha l'obiettivo di contribuire alla gestione ottimale del rischio da parte dei destinatari, modulando i messaggi per cercare di adeguare il rischio percepito al rischio effettivo, riducendo allarmismi e sottovalutazioni²³. Nel caso della pandemia, la situazione d'emergenza incrocia la tutela della salute, investendo il cruciale rapporto tra salute individuale e salute pubblica.

Come in tutte le emergenze, l'informazione ha un ruolo fondamentale, poiché consente a chi è in una situazione di rischio di "sapere" ciò che accade e ciò che "può e dovrebbe fare", per gestire una situazione a prima vista fuori controllo. Perché ciò avvenga è fondamentale l'interazione tra chi informa e chi riceve l'informazione, ossia propriamente la comunicazione²⁴.

Nel parere, più che di informazione parleremo di *comunicazione della pandemia*, mettendola in correlazione con i mutamenti delle pratiche comunicative durante la pandemia²⁵. Tali mutamenti sono correlati in particolare ai processi di digitalizzazione e all'aumento della fruizione dei media nonché dell'uso dei *social media* durante l'emergenza pandemica²⁶.

La complessità propria dell'oggetto della comunicazione (il fenomeno pandemico) aumenta per via delle modalità del comunicare ossia per l'incrociarsi e sovrapporsi dei media utilizzati. Altra causa di complessità è data

²³ Cfr. Gruppo di Ricerca sulla Comunicazione del Rischio, Dipartimento di Scienze dell'Educazione "Giovanni Maria Bertin", Università di Bologna, *La comunicazione istituzionale dei rischi- Linee Guida*, Marzo 2011 http://amsacta.unibo.it/4106/1/Linee_Guida_%282%29.pdf.

²⁴ Spesso confuse nel linguaggio comune, informazione e comunicazione vanno in effetti distinte sul piano della relazione tra emittente e destinatario: "Nel modello informativo l'iniziativa è presa sempre e soltanto dall' emittente; il destinatario la subisce e può solamente rispondere con un *feedback* successivo all'invio del messaggio. Nel caso più generale dell'attività comunicativa, invece, l'interazione avviene costantemente e la risposta è in certo qual modo anticipata, allo scopo di realizzare un'intesa e di costruire quello spazio comune in cui è possibile capirsi" (A. FABRIS, *Etica per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*, Carocci editore, Roma 2018, p. 24).

²⁵ Cfr. A. FABRIS, *La comunicazione all'epoca del Coronavirus: questioni antropologiche ed etiche*, in "Antropologica" 22 dicembre 2021, <http://www.anthropologica.eu/la-comunicazione-allepoca-del-coronavirus-questioni-antropologiche-ed-etiche/>. fr anche A. FABRIS, *Etica per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*, cit.; M. CENTORRINO -A. ROMEO, *Sociologia dei digital media*, Franco Angeli, Milano 2015.

²⁶ Sull'aumento durante la pandemia dei post pubblicati sui principali *social*, Facebook, Instagram e Twitter cfr. AGCOM DATA SCIENCE TASK FORCE (<https://agcom-ses.github.io/COVID/>).

dall'intersecarsi di tre tipi di comunicazione: la *comunicazione scientifica* ad opera degli esperti, indispensabile punto di partenza per comprendere il fenomeno pandemico e la sua evoluzione; la *comunicazione istituzionale*, che riguarda le strategie delle istituzioni competenti; la *comunicazione massmediale* che fa da tramite all'una e all'altra per raggiungere i cittadini, semplificando e amplificando i messaggi.

Etica della comunicazione per la salute pubblica in emergenza sanitaria

Poiché, come dicevamo, la comunicazione istituzionale incrocia inevitabilmente la comunicazione scientifica ad opera degli esperti e quella dei mass media, saranno necessari alcuni cenni anche su queste.

La tenuta etica della comunicazione in contesti di emergenza sanitaria si misura non solo sulla correttezza dell'informazione, ossia sul suo attenersi ai principi dell'etica della comunicazione (veridicità, responsabilità, trasparenza, giustizia, assenza di conflitto di interessi), ma anche sulla sua efficacia nel raggiungere i destinatari promuovendo scelte consapevoli. Come accade in genere nella comunicazione d'emergenza, si tratta di informare i cittadini su quelli che mese dopo mese vengono in evidenza come-gli aspetti fondamentali della pandemia e i risultati della ricerca, in modo da aumentare la loro consapevolezza circa l'opportunità di seguire corretti comportamenti di prevenzione e di tutela della salute individuale e collettiva. Questa comunicazione è stata particolarmente delicata, dato l'evolversi repentino della pandemia, ciò che non ha consentito di pianificare campagne di informazione omogenee. Spesso si è trattato di campagne condivise tra i diversi organi istituzionali, ma più spesso costruite in parallelo, magari con gli stessi contenuti, il che ha reso possibile-una moltiplicazione di voci e di forme.

In linea generale, tutta la comunicazione sulla salute pubblica deve avere come finalità il consentire ai cittadini di acquisire una consapevolezza critica tale da permettere l'assunzione della responsabilità individuale e sociale verso la salute (c.d. alfabetizzazione sanitaria o *health literacy*). Durante le pandemie questo obiettivo si impone in tutta la sua evidenza ed urgenza.

In particolare, i messaggi devono essere non solo corretti nei loro contenuti, ma anche empatici, devono cioè essere capaci di entrare in contatto con l'emotività dei destinatari, sollecitando una gestione equilibrata degli stati emotivi che entrano in gioco nelle situazioni di emergenza²⁷. Come rileva il Center for Disease Control and Prevention, organismo di controllo sulla sanità pubblica degli USA, nel suo *Crisis and Emergency Risk Communication Programme*, occorre una comunicazione capace di conoscere e gestire gli stati psicologici di chi è coinvolto nell'emergenza²⁸.

Una comunicazione che fornisca un'informazione accurata della situazione, e che sia capace di motivare all'adozione di comportamenti adeguati, può favorire la possibilità di contrastare meglio l'emergenza, suscitando un clima generale di fiducia.

²⁷ La paura è chiaramente l'emozione principale che entra in gioco, e può farlo sia in senso positivo, motivando a seguire messaggi che invitano ad una prudente modifica dei propri comportamenti per ridurre i rischi, sia in senso negativo, inducendo, se esasperata, a condotte irrazionali, come il blocco di ogni azione o la fuga. Una buona comunicazione si terrà quindi lontana sia dal suscitare allarmi ingiustificati, sia dal nascondere l'entità effettiva del rischio.

²⁸ CERC, *Crisis Communication Plans*, https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC-Crisis_Communication_Plans.pdf.

Un ruolo fondamentale lo svolgono gli esperti, provenienti da varie discipline. Per loro, presentare lo stato delle conoscenze attraverso i media significa, evidentemente, da un lato riportare la modalità di confronto che è propria della ricerca (mettere continuamente in discussione i risultati ottenuti) e dall'altro evidenziare il progredire del processo di conoscenza attraverso il consolidamento delle evidenze scientifiche dovuto al moltiplicarsi degli studi²⁹. Si tratta di un compito arduo, anche perché “una promessa mancata” – dopo il vaglio di una rigorosa valutazione scientifica – agli occhi dell'opinione pubblica rischia di diventare, paradossalmente, motivo di sfiducia e discredito *tout court* verso la scienza in sé e gli stessi ricercatori³⁰.

Particolarmente difficile da questo punto di vista è stata la prima fase della pandemia, quando la comunità medico-scientifica si è dovuta confrontare per un verso con l'incessante richiesta di certezze da parte dei cittadini e per l'altro con l'impossibilità di darne. Un rischio di effetti distorsivi, poi, è stato riscontrato nella partecipazione di esperti in un contesto mediatico non adeguato, o suggestionato da spettacolarizzazione: tali effetti compromettono il rapporto di fiducia dei cittadini verso la scienza, il suo metodo e le sue istituzioni.

Dunque, nell'ambito delle strategie e delle buone pratiche della comunicazione scientifica da parte degli esperti occorre che essi non solo si basino sulle evidenze scientifiche e intervengano in modo tempestivo, ma anche che spieghino in modo semplice e comprensibile che tali conoscenze sono intrinsecamente dinamiche e in costante evoluzione. È importante inoltre la disponibilità ad anticipare e correggere la disinformazione là dove ve ne sia la possibilità.

Considerazioni a parte merita la comunicazione con i medici di medicina generale: una “comunicazione di prossimità” su cui occorre investire per le sue indubbe valenze positive. A tale riguardo occorre innanzitutto notare che l'emergenza dovuta al Covid-19 ha evidenziato l'importanza dell'attività dei medici di medicina generale e del loro rapporto con gli assistiti. Da sempre primo contatto per tutti i cittadini, i medici di medicina generale si sono trovati ad essere cruciali nel fornire informazioni corrette sulla pandemia e sulle misure prese per contenerla³¹.

Comunicazione istituzionale

Prima di esaminare ruolo, principi e limiti della comunicazione istituzionale occorre rammentare come il contesto della comunicazione massmediale sia profondamente mutato. Il processo già in corso della digitalizzazione ha subito durante la pandemia una forte accelerazione, sia per il forzato distanziamento,

²⁹ Il National Library of Medicine ha censito 15 pubblicazioni sulla SARS-Cov2 dal 2018 al 2019. Ben 146450 dal 2020 al 23.2.2022.

³⁰ G. BEVILACQUA, *La comunicazione scientifica: il delicato rapporto tra scienza, media e pubblico*. Mem. Descr. Geol. D'It. XCVI (2014), pp. 387 – 390.

³¹ La FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) ha avviato da tempo con il Ministero della Salute un progetto per migliorare la comunicazione con i pazienti. La finalità è indagare sugli aspetti del loro vissuto per comprendere quali siano utili per definire una strategia applicabile nelle consultazioni mediche. Nel documento programmatico 2021-2024 la FNOMCEO ha dedicato molta attenzione alla comunicazione mediata dagli strumenti di posta elettronica o da sistemi di Instant Messaging (come WhatsApp), comunicazione sempre più diffusa, ma che si svolge in assenza di regole chiare e modalità d'uso coerenti con la deontologia e le responsabilità professionali.

sia per l'esigenza di essere costantemente e immediatamente informati sull'andamento dei contagi e sulle misure per contenerli.

Le tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione hanno generato un processo di *disintermediazione*,³² che a sua volta ha portato ad un mutamento del ruolo e del significato della comunicazione all'interno del nostro vivere sociale. La mediazione fornita dalle competenze e dalla responsabilità del giornalista professionista è stata spesso sostituita dall'accesso diretto alle notizie sulla rete e in particolare sui *social media*. La libertà di esprimere la propria opinione ha così talora assunto il volto di una libertà di *informazione* disancorata dalla responsabilità, dai principi etici e dalle norme deontologiche che devono garantire l'affidabilità del professionista dell'informazione³³.

Tutto ciò ha dato luogo al fenomeno dell'*infodemia*, ossia al caos informativo prodotto da un proliferare incontenibile e incontrollabile di notizie, paragonabile al diffondersi di un virus³⁴. Si tratta di un fenomeno che, sviluppandosi parallelamente alle epidemie, non ne favorisce, ma all'inverso ne ostacola la gestione, tanto che lo studio, il monitoraggio dell'infodemia e la ricerca di strategie d'azione di contrasto sono considerate dall'OMS di fondamentale importanza³⁵. I rischi che l'infodemia comporta, la deformazione delle fonti accreditate, la strumentale elaborazione di teorie senza fondamenti logici e senza evidenze scientifiche³⁶, la diffusione di *fake news*, sono particolarmente gravi durante una

³² "La disintermediazione è un processo o la somma di tanti processi che hanno investito la società globale con l'avvento di Internet e, successivamente, con lo sviluppo dei *social media* e delle piattaforme collaborative (...). Se l'utilizzo del termine "disintermediazione" viene fatto risalire al profetico libro di Paul Hawken *The Next economy* (1983), il suo uso (o abuso) nei contesti più disparati ne rende, in parte, difficile la disambiguazione. Tuttavia, in ogni contesto all'interno del quale si sia potuto osservare il fenomeno, dall'ambito bancario a quello dei trasporti, dal settore del turismo all'informazione, le dinamiche sono le stesse e hanno a che fare con la scomparsa degli intermediari che presidiavano, fino a un dato momento, quelle filiere dell'economia, della politica, della cultura" (P. STRINGA, *Che cos'è la disintermediazione*, Carocci, Roma 2017, p.9).

³³ Basti pensare a quanto sia importante nel contesto pandemico il rispetto dell'art.6 del codice deontologico del giornalismo "Doveri nei confronti dei soggetti deboli. Informazione scientifica e sanitaria". Cfr. anche C. BARTOLI, *Introduzione al giornalismo. L'informazione tra diritti e doveri*, ETS, Pisa 2017.

³⁴ "An 'infodemic' is an overabundance of information - some accurate and some not - that occurs during an epidemic. (...). An infodemic spreads between humans in a similar manner to an epidemic, via digital and physical information systems. It makes it hard for people to find trustworthy sources and reliable guidance when they need it" (WHO, *Public Health Research Agenda for Managing Infodemics*, 3 feb. 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019508>, Introduction, p.1). La prima definizione di infodemia si trova in: D. J. ROTHKOPF, *When the Buzz Bites Back*, "The Washington Post" 11 May 2003, <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2003/05/11/when-the-buzz-bites-back/bc8cd84f-cab6-4648-bf58-0277261af6cd/>. Sull'infodemia cfr. anche: L. ALFONSO - G. COMIN, # *Zonarossa. Il Covid-19 tra infodemia e comunicazione*. Premessa di W. RICCIARDI, GUERINI e Associati, Milano 2020; G. MANFREDI, *Infodemia*, Guaraldi, Torino 2015; M. FERRAZZOLI - G. MAGA, *Pandemia e infodemia*, Zanichelli, Bologna 2021.

³⁵ Cfr. WHO, *Public Health Research Agenda for Managing Infodemics*, cit.

³⁶ Come si rileva dalla "Relazione sulla politica dell'informazione per la sicurezza della Repubblica" (febbraio 2021) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pandemia da Covid-19 ha fatto registrare "una elevatissima produzione di *fake news* e narrazioni allarmistiche, sfociate in un surplus informativo (cd. infodemia) di difficile discernimento per la collettività". (<https://www.sicurezzanazionale.gov.it/sisr.nsf/wp-content/uploads/2021/02/RELAZIONE-ANNUALE-2020.pdf>).

pandemia ai fini della tutela della salute³⁷ poiché la disinformazione³⁸ è una minaccia alla fiducia che riponiamo nella scienza e nelle raccomandazioni delle Istituzioni, amplifica le paure e porta a comportamenti dannosi per la salute.

Nel documento dell'OMS *Public Health Research Agenda for Managing Infodemics* del 2021 si evidenzia proprio come la concomitanza tra disinformazione e sfiducia possa indurre a comportamenti dannosi per la salute individuale e pubblica, come il rifiuto di vaccini efficaci e la ricerca di terapie non sperimentate e dannose, generando al tempo stesso stigma e violenza³⁹. La proposta avanzata per contrastare tali rischi è la definizione di nuovi campi interdisciplinari che portino a costruire “*the science of managing infodemics*”, o “*infodemiology*”⁴⁰.

In questo scenario, la comunicazione istituzionale in pandemia, data la sua provenienza, assume un ruolo fondamentale per informare correttamente la cittadinanza circa i comportamenti da tenere nel suo stesso interesse e le regole da osservare per contenere il contagio. Altresì risulta fondamentale per chiarire le caratteristiche del virus e della malattia che ne deriva, e per illustrare la *ratio* delle misure prese per far fronte al contagio e alle conseguenze che una pandemia produce dal punto di vista sociale, economico e culturale, a livello globale.

Per comunicazione istituzionale si intende la comunicazione delle istituzioni che dà conto delle attività, delle funzioni e del punto di vista delle istituzioni stesse, con il compito di garantire il diritto all'informazione, la trasparenza, la correttezza e la completezza delle informazioni, e di favorire il dialogo e l'opportuno confronto con i cittadini⁴¹. Essa viene prodotta non solo dal governo nazionale, ma anche dai governi locali e dalle istituzioni loro collegate, come l'Istituto Superiore della Sanità, l'AGENAS, l'AIFA e altre agenzie. E viene diffusa attraverso i differenti canali di cui dispongono le istituzioni pubbliche, compresi i siti dedicati e gli *account* istituzionali nei *social media*.

La comunicazione istituzionale ha come scopo esclusivo la tutela e la promozione degli interessi della società tutta, secondo un approccio non parziale, nella prospettiva di valorizzare il bene comune e la fiducia tra cittadini e istituzioni.

Pur essendo solo una delle numerose leve che possono essere utilizzate contro la disinformazione, la comunicazione istituzionale è un elemento essenziale dell'agenda di un *open government*⁴². Per essere efficace e promuovere la fiducia del pubblico nei confronti delle istituzioni, la comunicazione

³⁷Cfr: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioFakeNewsNuovoCoronavirus.js>
<https://www.marionegri.it/magazine/covid-19-e-fake-news>.

³⁸ Diverse le tipologie di disinformazione: informazioni false il cui intento non è quello di creare danno (misinformazione); informazioni false il cui intento è quello di creare danno (disinformazione); informazioni autentiche diffuse con l'intento di creare un danno, spesso rendendo pubblico ciò che è stato progettato per rimanere ancora nella sfera privata (malinformazione).

³⁹ Cfr. WHO, *Public Health Research Agenda for Managing Infodemics*, cit., Introduction, p.3.

⁴⁰ Cfr. *ivi*, p.4.

⁴¹ F. FACCIOLI, *Comunicazione pubblica e cultura del servizio. Modelli, attori, percorsi*, Carocci, Roma 2000; P. MANCINI, *Manuale di comunicazione pubblica*, Laterza Bari 1996; A. ROVINETTI, *L'informazione e la città: nuove strategie di comunicazione istituzionale*, Milano Franco Angeli 1992.

⁴² Affrontare questo problema dipende anche dalle piattaforme digitali e dai mercati dei *media*, attraverso i quali le informazioni sono strutturate e fornite dai consumatori finali di tali informazioni. Questo ecosistema può essere migliorato attraverso diversi interventi, come indicato nel documento di lavoro dell'OCSE. Cfr. OCSE, *Governance Responses To Disinformation: How open government principles can inform policy options*.

istituzionale deve essere guidata dai principi di trasparenza, integrità, responsabilità e partecipazione degli *stakeholder*, come indicato nella *OECD Recommendation of the Council on Open Government* del 2017⁴³.

La comunicazione istituzionale interagisce con la comunicazione massmediale e tale interazione, non priva di criticità, può essere presa in esame distinguendo due momenti: l'utilizzazione da parte delle istituzioni dei diversi *mass media*, e dei *social media*; il diffondersi sui *media* stessi di moltissime informazioni, che i *media* spesso riprendono in modo improprio dalle fonti istituzionali o da fonti diverse, talvolta in contrasto sia con le fonti ufficiali sia tra di loro. È l'*infodemia*, di cui parlavamo prima.

Nel nostro Paese per l'analisi e l'interpretazione dei dati scientifici la comunicazione istituzionale del Governo ha fatto riferimento, durante la pandemia, a istituzioni collegate e accreditate, quali l'Istituto Superiore di Sanità, o a organismi *ad hoc*, come il Comitato Tecnico Scientifico istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per la gestione della pandemia. Hanno inoltre contribuito l'Accademia Nazionale dei Lincei, gli enti di ricerca pubblici e privati, le università. Correlata e insieme distinta, è stata la comunicazione da parte del Governo delle decisioni sulle misure prese per contenere la pandemia. Queste decisioni, come dicevamo, non hanno riguardato solo il contrasto alla pandemia, ma anche il suo impatto socio-economico: la chiarezza su questa distinzione fondamentale contribuisce a dissipare le incertezze e aumenta la fiducia dei cittadini.

Un problema che si è generato è quello della diversità delle voci che a vari livelli hanno portato avanti la comunicazione istituzionale. Le istituzioni avrebbero dovuto meglio coordinare la propria comunicazione, motivando, là dove si rendevano necessarie, misure differenti secondo i contesti locali, in modo da evitare un eccesso di discordanza, cosa che ha prodotto confusione e disorientamento.

Si può rilevare, comunque che, nonostante le criticità dovute alla difficoltà di armonizzarne i diversi livelli (nazionale, regionale, comunale), le nostre istituzioni hanno compiuto un notevole sforzo per informare correttamente la cittadinanza in tempo reale rispetto alle modalità di contagio del virus e le regole per prevenirlo. Hanno cercato, con successo, di ingenerare un senso di appartenenza alla comunità, nazionale e locale.

Una questione trasversale: la fiducia

La fiducia, risorsa indispensabile nel rapporto tra cittadini e istituzioni, specialmente nei momenti di crisi, come le pandemie⁴⁴, è una risorsa che si alimenta e cresce se è, in qualsiasi relazione, biunivoca. Ciò significa che, nel caso della relazione tra istituzioni e cittadini, essa si nutre in primo luogo della

⁴³ <https://www.oecd.org/gov/Recommendation-Open-Government-Approved-Council-141217.pdf>

⁴⁴ Uno studio recente, pubblicato sulla rivista *Lancet*, ha messo in evidenza come un alto livello di fiducia interpersonale e di fiducia nelle istituzioni sia stato un elemento determinante nell'efficacia delle politiche di riduzione del contagio in quelle nazioni che sono state colpite meno severamente dalla pandemia rispetto alle nazioni confinanti (è il caso, per esempio del Vietnam e della Danimarca). In questo senso – secondo gli autori dell'articolo – la messa a punto di un'efficace azione di *preparedness* in vista di possibili future pandemie non può prescindere da investimenti nella messa a punto di strategie efficaci di comunicazione del rischio, che rafforzino la fiducia dei cittadini nelle politiche governative di salute pubblica (Cfr. *Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021*, in "The Lancet", February 01, 2022).

fiducia accordata ai cittadini dalle istituzioni stesse. La comunicazione istituzionale dovrebbe essere quindi il più trasparente possibile.

La pandemia è faccenda complessa, non riguardando solo il virus, le sue varianti, il rischio che comporta, ma anche i comportamenti dei cittadini, le ricadute sul sistema economico e sociale, nonché il rapporto tra l'origine del virus e la spoliazione delle risorse del pianeta. Ciò implica che la comunicazione istituzionale, se vuole essere trasparente, non può e non deve semplificare, ma, viceversa, illustrare la complessità in quanto tale. Oltre alla complessità, la comunicazione istituzionale deve tener conto dell'incertezza relativa ai dati scientifici e alla loro interpretazione e comunicarla adeguatamente.

Anche le scelte assunte dalle istituzioni devono essere spiegate e motivate. Esse, infatti, sono sì informate dai dati scientifici a disposizione, ma sono poi da questi relativamente autonome, dovendo prendere in considerazione sia la questione della salute, sia molti altri fattori sociali ed economici. Se la *ratio* dei provvedimenti viene illustrata e spiegata chiaramente, sarà più facile per la cittadinanza comprenderli e ottemperarvi.

Una comunicazione istituzionale di questo tipo non si può improvvisare. Così come non si può improvvisare la comunicazione scientifica della pandemia o la comunicazione massmediale che fa da tramite all'una e all'altra. Per combattere la possibile crisi di fiducia, che è il grande rischio che la comunicazione della pandemia corre e che è trasversale alle tre aree, occorre ricostruire il percorso di mediazione tra chi informa e chi è informato⁴⁵, chiarendo le competenze di chi dà le informazioni, le loro responsabilità, i principi etici e le norme deontologiche a cui devono attenersi. Del resto, il piano pandemico influenzale 2021-2023⁴⁶ contiene al suo interno delle indicazioni su un piano di comunicazione, con una serie di importanti riferimenti che vanno precisamente in questa direzione.

Riflessioni conclusive

1. È importante valorizzare una “cultura della comunicazione” ispirata all’etica della comunicazione” e investire sulle rispettive competenze, in particolare promuovendo la formazione scientifica e la professionalizzazione di tutti gli attori che operano nel campo della comunicazione. Altresì tutti gli attori della comunicazione istituzionale pandemica dovrebbero poter fare riferimento a codici di autoregolamentazione etico-deontologica e ogni sforzo dovrebbe essere fatto per valorizzare la specificità e il ruolo della comunicazione istituzionale.

2. La platea degli esperti, ossia di chi ha competenze utili in riferimento alla pandemia, va ampliata poiché la pandemia non è solo un'emergenza sanitaria, ma mette in gioco tutta la nostra vita sociale. Tra gli esperti da coinvolgere vi devono essere necessariamente anche coloro che hanno *expertise* nelle scienze sociali e umane.

⁴⁵ Alcune ricerche riscontrano una tendenza già in atto che va nel senso opposto alla *disintermediazione*, ossia “un ritorno alla mediazione giornalistica: vedi la ricerca condotta da Mario Morcellini sulle modalità di fruizione dei media (radio, tv, giornali e testate *on line*) ad un anno e mezzo dalla pandemia (M. Morcellini, su Articolo UNO luglio 2021) e lo studio dell'Università di Napoli Federico II, promosso dal Consiglio nazionale dell'Ordine dei giornalisti, che, valutando i dati del traffico sui principali motori di ricerca nei primi sei mesi di emergenza, riscontra un incremento delle ricerche sul Covid che approda sui siti delle principali testate giornalistiche (Quaderni Cnog, “I nuovi percorsi della notizia”, 2020).

⁴⁶ Ministero della Salute, Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposte a una pandemia influenzale (Panflu) 2021-2023, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3005_allegato.pdf.

3. È importante, per potenziare la comprensione delle informazioni da parte dei cittadini, promuovere in un periodo non emergenziale una migliore alfabetizzazione sanitaria attraverso campagne istituzionali di informazione, ovvero incentivare i programmi di educazione alla salute già presenti in ambito scolastico e promuoverne anche per adulti; è del pari necessario implementare l'educazione alla scienza, al suo significato all'interno della società, alla comprensione del suo metodo. Altresì, è fondamentale sviluppare nei cittadini di ogni età la capacità di discernere tra informazioni di qualità e *fake news*, anche favorendo l'accreditamento istituzionale dei siti dedicati alla pandemia.

4. È necessaria una maggiore attenzione rispetto alla molteplicità dei destinatari della comunicazione. La comunicazione deve essere sempre eticamente inclusiva e mai escludente e sempre in grado di adeguarsi ai bisogni delle persone, in particolare dei più vulnerabili (persone con disabilità, anziani, minori, profughi ecc.).

5. Occorre promuovere studi e ricerche su come si è sviluppata la comunicazione a livello locale e globale al fine di comprendere punti di forza e di debolezza e costruire modelli efficaci per possibili eventi futuri.

6. È fondamentale mirare ad informare la società sulle procedure da seguire: esse rappresentano un vero e proprio sostegno della relazione tra il cittadino e le istituzioni sanitarie.

Presidenza del Consiglio dei Ministri



VACCINAZIONI ANTICOID-19 E MIGRANTI

19 aprile 2022

Presentazione

Il CNB affronta il tema delle vaccinazioni anti-Covid 19 con specifico riferimento ai migranti, che includono persone senza permesso di soggiorno, richiedenti asilo, rifugiati, profughi, beneficiari di protezione umanitaria e temporanea, minori stranieri non accompagnati. Si tratta di gruppi di persone particolarmente vulnerabili per le condizioni socio-economiche e culturali in cui vivono. La loro tutela è difficile da assicurare, dato che non solo la pandemia accresce la rilevanza dei fattori che producono diseguaglianze in rapporto al diritto alla salute, ma in quanto anche aggrava condizioni socio-economiche già sfavorevoli per determinati gruppi, rendendole un evidente fattore di rischio per il contagio e un determinante sociale della gravità degli esiti di malattia. A fronte della pandemia, l'accesso alle cure e all'assistenza può inoltre essere particolarmente difficile in ragione di una scarsa conoscenza delle procedure amministrative, per la mancanza di reti relazionali di supporto e per fattori linguistico-culturali. La vulnerabilità dei migranti è venuta all'attenzione in modo ancora più drammatico a seguito della guerra in Ucraina e dei conseguenti fenomeni migratori verso il nostro Paese, in particolare con riferimento ad anziani, donne e minori.

Il CNB raccomanda che sia pianificata stabilmente una strategia vaccinale anti Covid-19 mirata per i gruppi particolarmente vulnerabili, con riferimento ai migranti, per garantire loro una opportunità per la protezione della loro salute e nell'obiettivo di tutelare la salute pubblica sulla base dei principi etici e costituzionali di uguaglianza e non discriminazione, giustizia ed equità.

Hanno redatto il parere i Proff. Caporale, d'Avack, De Curtis, Palazzani, con i contributi di Canestrari, Casonato, Dallapiccola, Da Re, Garattini, Maga, Morresi, Mori, Romano, Savarino.

Il documento è stato approvato all'unanimità dei presenti dai Proff.: Salvatore Amato, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Laura Palazzani, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino.

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

Non connessi al momento della votazione, hanno in seguito aderito i Proff. Cinzia Caporale, Maurizio Mori, Assunta Morresi,

Assenti alla seduta hanno successivamente espresso la loro adesione i Proff. Luisella Battaglia, Antonio Da Re, Tamar Pitch, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

In occasione della pandemia Covid-19, il CNB ebbe modo di sottolineare nella mozione *Urgenza vaccinale* (12 marzo 2021): “È certo, inoltre, che per dare a tutti la possibilità di vaccinarsi ed evitare diseguaglianze – nell’intento di raggiungere l’immunità di comunità (c.d. immunità di gregge) – dovrà essere fatto un ulteriore sforzo nell’applicazione del Piano vaccinale a quelle categorie di persone che per motivi sociali, economici e culturali, si trovano maggiormente esposte al rischio di contagio, ma non sono in grado di poter facilmente percorrere l’iter amministrativo di accesso al vaccino”.

Il Comitato intende esplicitare che in quelle categorie di persone devono essere inclusi coloro che sono senza permesso di soggiorno, i richiedenti la protezione internazionale, i rifugiati, i profughi, i beneficiari di protezione umanitaria e temporanea, i minori stranieri non accompagnati e le vittime di tratta o sfruttamento lavorativo⁴⁷.

Per brevità, nel presente parere indichiamo tutte queste categorie utilizzando l’espressione ‘migranti’, considerando il significato del termine come “chi si sposta verso nuove sedi”⁴⁸. Si tratta di gruppi di persone particolarmente vulnerabili per le condizioni socio-economiche in cui vivono.

Al di là di queste precisazioni terminologiche e dell’indicazione generale volta ad evitare per quanto possibile l’adozione di una prospettiva emergenziale nell’analisi del fenomeno migratorio, l’obiettivo di questo parere consiste nel richiamare l’attenzione sulla “tutela della salute”, principio indicato nella Costituzione come diritto fondamentale, ossia come bene della persona e della collettività, da garantire, nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni, a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte nel nostro Paese in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o cosiddetti migranti economici⁴⁹.

La loro tutela è difficile da assicurare, particolarmente oggi, come il CNB ha sottolineato nel documento *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale* (28 maggio 2020), dato che la pandemia non solo accresce la rilevanza dei fattori che producono diseguaglianze in rapporto al diritto alla salute, ma anche aggrava le condizioni socio-economiche già sfavorevoli per

⁴⁷ Il CNB aveva già avuto modo di chiarire nel precedente documento *Immigrazione e salute* (2017, pp. 7-8) alcune definizioni, che riportiamo: “(...) nel linguaggio pubblico “migrante”, “profugo”, rifugiato”, “richiedente asilo” sono talvolta utilizzati in modo non appropriato. Non esiste, a livello internazionale, una definizione di “migrante” unanimemente riconosciuta. In genere il termine si applica a persone che decidono liberamente di spostarsi per ragioni di convenienza personale, senza l’intervento di fattori esterni. Secondo il vocabolario Treccani il termine “profugo” si applica ad ogni “persona costretta ad abbandonare la sua terra, il suo paese, la sua patria in seguito a eventi bellici, a persecuzioni politiche o razziali, oppure a cataclismi come eruzioni vulcaniche, terremoti, alluvioni, ecc. (in questi ultimi casi è oggi più comune il termine sfollato)”. Nel diritto internazionale, “rifugiato” è lo status giuridicamente riconosciuto di una persona che ha lasciato forzatamente il proprio Paese e ha trovato rifugio in un Paese terzo. La Convenzione di Ginevra definisce “rifugiato” “chiunque nel giustificato timore d’essere perseguitato per ragioni di razza, religione, cittadinanza, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato; oppure chiunque, essendo apolide e trovandosi fuori del suo Stato di domicilio in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi”. “Richiedenti asilo” sono tutti coloro che hanno lasciato il loro Paese d’origine e hanno presentato una richiesta di asilo in un Paese terzo, ma sono ancora in attesa di una decisione da parte delle autorità competenti riguardo al riconoscimento del loro statuto giuridico di rifugiati. Pertanto, la categoria di “richiedente asilo” include persone in situazioni eterogenee, e la richiesta di asilo può avere esiti diversi”.

⁴⁸ Dal vocabolario Treccani online <https://www.treccani.it/vocabolario/migrante/>.

⁴⁹ Cfr. CNB, *Immigrazione e salute* (23 giugno 2017).

determinati gruppi, rendendole un evidente fattore di rischio per il contagio e un determinante sociale della gravità degli esiti di malattia. Inoltre, queste popolazioni spesso presentano notevoli criticità per quanto riguarda le stesse vaccinazioni c.d. di *routine*, ovvero basse coperture vaccinali complessive che nei Paesi di provenienza sono alla base di focolai epidemici per patologie infettive quali il morbillo, la poliomielite, la difterite, la tubercolosi, ecc. Queste carenze potrebbero preludere anche a un rischio aggiuntivo, ovvero che si sviluppino nelle strutture di accoglienza focolai epidemici di malattie pur prevenibili con le vaccinazioni.

Non dimentichiamo che si tratta di gruppi di popolazione che possono trovarsi a vivere in condizioni di marginalità, in alloggi inadeguati, con inappropriate condizioni igieniche o situazioni di sovraffollamento, tutti fattori che aumentano ulteriormente il rischio di esposizione al contagio e di trasmissione di diverse forme di infezione. Inoltre, la mancanza di lavoro, la non familiarità con la lingua del Paese ospitante e le difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, ancor più se combinati con critiche situazioni sociali, bassi livelli di istruzione e scarsa alfabetizzazione sanitaria, contribuiscono a determinare tassi più elevati di contagio, gravità della malattia, morbilità e mortalità in questi gruppi rispetto alla popolazione generale di riferimento.

A fronte della pandemia, l'accesso alle cure e all'assistenza può altresì essere particolarmente difficile in ragione di una scarsa conoscenza delle procedure amministrative, della mancanza di reti relazionali di supporto o per fattori culturali⁵⁰. Con particolare riferimento alla questione linguistica e alla diffusione del virus, è un dato acquisito che l'adesione della popolazione alle prescrizioni sui comportamenti atti a limitare il contagio (dalla vaccinazione alle mascherine, alle norme igieniche, alle restrizioni di movimento, ecc.) passa innanzitutto attraverso campagne di comunicazione/formazione destinate alla popolazione stessa. Se le informazioni e le conoscenze trasmesse non tengono conto delle barriere linguistiche, il rischio è che tali campagne risultino inefficaci. Il fraintendimento o la non comprensione si riflette infatti sull'adozione di comportamenti non corretti che hanno un impatto diretto sulla diffusione del virus. Per questo affrontare il problema linguistico è importante per una efficace gestione dell'epidemia e direttamente correlato alla diffusione del contagio.

A livello nazionale, nel 2021, su richiesta di parere formulata dal Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'Interno, il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) per la gestione pandemica istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione civile, ha raccomandato *inter alia* che la campagna di vaccinazione venisse estesa ai migranti sia per "evidenti ragioni di carattere umanitario" sia "quale fondamentale misura di tutela della salute pubblica", "previo ottenimento del consenso informato in una lingua comprensibile dal soggetto interessato, ovvero attraverso un mediatore culturale

⁵⁰ A questo proposito, il rapporto "*Dossier COVID-19. Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il COVID-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia*", pubblicato a luglio 2021 dal Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) e dal Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) con il supporto dell'ISS, rileva come tra gli ospiti delle strutture di accoglienza circa il 37% dichiarava una indisponibilità a essere vaccinata e circa il 20% esprimeva esitazione al riguardo. Complessivamente, quindi, si arrivava a quasi il 60% di persone non inclini ad aderire all'offerta vaccinale. Complessivamente, gli elementi emersi dallo studio sottolineano ulteriormente la necessità di campagne informative specifiche e mirate che favoriscano la consapevolezza della vaccinazione come strumento di tutela della salute individuale e collettiva.

che possa illustrare compiutamente al medesimo le caratteristiche del trattamento sanitario proposto”⁵¹.

Inoltre, il CNB nel parere *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione* (27 novembre 2020) ebbe modo di sottolineare che “la diffusione dell’informazione si deve estendere a tutto il territorio nazionale, anche con materiali di informazione ed educazione ‘inclusivi’, che non escludano nessuno dalla comunicazione, considerando anche le persone provenienti da altri Paesi e con difficoltà di comprensione della nostra lingua”. Il Comitato è intervenuto sul tema anche nel parere *La comunicazione istituzionale nell’ambito della pandemia: aspetti bioetici* (17 marzo 2022) sottolineando l’importanza della inclusività nella comunicazione.

Nel documento *Statement on COVID-19. Ethical considerations from a global perspective* (2020). l’International Bioethics Committee e la World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology dell’Unesco includono tra i soggetti particolarmente vulnerabili queste categorie: “Gli individui vulnerabili sono ancora più vulnerabili nei tempi della pandemia. È particolarmente importante tenere in considerazione la vulnerabilità connessa alla povertà, alla discriminazione (...), all’etnia, alla migrazione non documentata, allo status di rifugiato e alle persone prive di cittadinanza”. Nel documento *COVID-19 and vaccines: ensuring equitable access to vaccination during the current and future pandemics* (2021), il Comitato di Bioetica del Consiglio d’Europa sottolinea che ogni persona ha diritto a ricevere una adeguata assistenza sanitaria, compreso il vaccino, “a prescindere dallo stato economico-sociale, dalla provenienza geografica, (...) dal livello di istruzione e dalle competenze, dalla lingua, dalla nazionalità, dal contesto etnico, dalle credenze religiose e dalle concezioni filosofiche, dalle opinioni politiche, o da altre circostanze socialmente determinate”, e che l’aiuto va adeguato alle esigenze di particolare vulnerabilità, come per i migranti, i senzatetto, le persone povere e quelle con *status* legale incerto (ad esempio, i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti senza documenti).

Va anche considerato il caso di migranti che, a prescindere dalla comprensione linguistica, sono esitanti o contrari rispetto al vaccino. L’esitazione o in alcuni casi la contrarietà maturate in precedenza potrebbero rendere difficoltoso convincere i migranti che la vaccinazione è nel loro interesse e che similmente a quanto accade per la maggior parte dei cittadini del Paese che li ospita in una situazione di emergenza quale quella della pandemia, ricorrere ai vaccini è parte fondamentale delle politiche di sanità pubblica ed accresce anche la loro capacità di tutelare la salute dei propri familiari e della società oltre che la propria. Occorre cioè richiamare l’attenzione di chi trova aiuto nel nostro Paese sulla responsabilità correlata ai concetti di socialità, così da consentire il passaggio dalla dimensione individuale a quella collettiva.

Anche le vaccinazioni pediatriche, sia di *routine* sia anti Covid-19, riguardanti i minori giunti nel nostro Paese con mezzi di fortuna, a volte accompagnati da familiari che possono dare il consenso o che solo in seguito potrebbero trovare familiari con cui ricongiungersi, dovranno essere realizzate con particolare attenzione, coinvolgendo i grandi minori nelle decisioni sanitarie che li riguardano e tenendo conto delle condizioni di salute dei minori di ogni età, del loro contesto culturale di riferimento, del luogo in cui sono ospitati, nonché della frequenza scolastica che rappresenta un mezzo fondamentale per l’integrazione dei minori immigrati nel nostro Paese (ma talora anche di trasmissione di malattie infettive).

⁵¹ Verbale CTS n. 42 del 27 agosto 2021.

Non si può trascurare che, come già evidenziato dal CNB in più documenti⁵², la vaccinazione è rivolta primariamente a produrre benefici diretti nei bambini stessi in ordine alla protezione della loro salute. Date le difficoltà in questo campo, si rammenta ad esempio, che la Società italiana di pediatria (SIP)⁵³, occupandosi dei bambini ucraini, ha predisposto un opuscolo sulle vaccinazioni in età evolutiva e il modulo del *triage* pre-vaccinale come guida al consenso informato.

La vulnerabilità dei migranti è venuta all'attenzione in modo ancora più drammatico in questi giorni proprio a seguito della guerra in corso in Ucraina e dei conseguenti fenomeni migratori verso il nostro Paese. Sono ad oggi migliaia⁵⁴ le persone di nazionalità ucraina che hanno raggiunto il nostro Paese dagli inizi del conflitto, in stragrande maggioranza anziani, donne e minori. Un flusso molto consistente e si prevede che il loro numero possa aumentare significativamente con l'eventuale prosecuzione della guerra⁵⁵. Peraltro l'Ucraina, per ragioni socioeconomiche, culturali e religiose, è uno dei Paesi dell'Europa con un tasso di vaccinazioni più limitato e non solo nei confronti del Covid-19, ma anche rispetto alle vaccinazioni di *routine* raccomandate o obbligatorie a livello europeo⁵⁶. Per quanto riguarda il contrasto alla pandemia, la percentuale di vaccinazione sul territorio ucraino è solo del 35% nella popolazione generale e la diffusione della variante Omicron ha prodotto un aumento di circa 5 volte dei casi di Covid-19 nei primi due mesi del 2022⁵⁷. È importante pertanto identificare le persone particolarmente vulnerabili tra i migranti ucraini – per ragioni diverse, anziani, donne in gravidanza e bambini – e definire un quadro di priorità delle vaccinazioni da proporre al loro ingresso sul territorio italiano. Il Ministero della Salute ha raccomandato di proporre loro test diagnostici e di offrire le vaccinazioni anti SARS-CoV -2 in rapporto all'età, oltre a quelle raccomandate per i minori per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario o i successivi richiami⁵⁸.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, il CNB raccomanda:

1. che sia pianificata stabilmente una strategia vaccinale anti Covid-19 dedicata ai migranti e mirata ai gruppi particolarmente vulnerabili, ciò al fine di garantire loro un'opportunità per la protezione della loro salute e nell'obiettivo di

⁵² Cfr. *Vaccinazione anticovid-19 per i bambini di 5/11 anni: riflessioni bioetiche* (18 febbraio 2022); *Vaccini anti-Covid e adolescenti* (29 luglio 2021) e la mozione *L'importanza delle vaccinazioni* (24 aprile 2015).

⁵³ Disponibile anche in lingua ucraina l'opuscolo SIP sulle vaccinazioni in età evolutiva. <https://sip.it/2022/04/05/disponibile-anche-in-lingua-ucraina-lopuscolo-sip-sulle-vaccinazioni-in-eta-evolutiva/>

⁵⁴ Ad oggi, 19 aprile 2022, i migranti dall'Ucraina sono 96.989 persone delle quali 35.256 sono minori, 50.154 donne, 11.579 uomini. Per dati aggiornati si consulti il sito <https://www.interno.gov.it/it/notizie/crisi-ucraina-96989-i-profughi-arrivati-finora-italia>.

⁵⁵ Si consideri che nel nostro Paese già prima del conflitto viveva una grande comunità ucraina, di circa 248 mila persone: oggi un punto di riferimento per i connazionali che stanno fuggendo dai territori della guerra.

⁵⁶ Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-public-health-considerations-prevention-and-control-infectious>. Negli ultimi anni in Ucraina il morbillo è endemico e nel 2021 sono stati segnalati casi di poliomielite. Cfr. R. RODYNA Measles Situation in Ukraine During the Period 2017-2019. *European Journal of Public Health*, 29, Supplement 4, 2019, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.496>.

⁵⁷ Ukraine: Humanitarian Impact Situation Report No. 01 the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2022-02-26_Ukraine_Situation%20Report%20%231.pdf.

⁵⁸ Ministero della Salute, Crisi Ucraina- Prime Indicazioni per Aziende Sanitarie Locali. 3 marzo 2022.

tutelare la salute pubblica sulla base dei principi etici e costituzionali di uguaglianza e non discriminazione, giustizia ed equità;

2. che sia data applicazione puntuale alle indicazioni del Ministero della Salute del 3 marzo 2022 alle ASL, affinché venga assicurata la vaccinazione anti Sars-CoV2, in accordo con le indicazioni dell'attuale Piano Nazionale di vaccinazione, a tutti i migranti non vaccinati a partire dai 5 anni di età, comprensiva della dose *booster* per i soggetti con più di 12 anni di età;

3. che vada posta una specifica attenzione nell'accoglienza degli anziani, delle donne, dei bambini non accompagnati, dei nuclei familiari monoparentali, così da proteggere la loro salute in una fase drammatica della loro vita e di tutelare al contempo la salute pubblica riguardo ai rischi specifici che si potrebbero manifestare;

4. che, in particolare nelle attività correlate alla somministrazione dei vaccini anti Sars-CoV2, a partire dai 5 anni, venga assicurata l'assistenza di medici adeguatamente formati, insieme a interpreti e mediatori culturali, al fine di garantire l'acquisizione di un consenso informato valido, tutelare i diritti e le libertà fondamentali dei migranti e facilitare il raggiungimento dei risultati di copertura vaccinale programmati;

5. che, infine, vengano valorizzate le iniziative pubbliche e private di produzione di materiale documentale nelle diverse lingue, in special modo concernenti la protezione della salute individuale e collettiva attraverso lo strumento delle vaccinazioni.

Redazione

Comitato Nazionale per la Bioetica



Comitato Nazionale per la Bioetica
Via della Mercede n. 96 – 00187 - ROMA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio del Segretario Generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali



Comitato Nazionale per la Bioetica

Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Tel. +39.06.67794601

Email: cnbioetica@palazzochigi.it - bioetica.governo.it

**Pubblicazione a cura
della Segreteria del CNB**