



Commento a Corte Costituzionale n.14/2023

(Analisi critica di un preoccupante arresto della giurisprudenza costituzionale italiana)

Mario Giambelli Gallotti, 20 marzo 2023 (*)

1) Il rispetto della persona umana

Occorre prima di tutto precisare che la Corte ha dichiarato **manifestamente inammissibili per difetto assoluto di motivazione** (il giudice remittente non ha cioè motivato i suoi dubbi di costituzionalità della norma in questione con riferimento ai seguenti articoli della Costituzione) **le questioni di costituzionalità dell'art. 4, commi 1 e 2, del D.L. 44/2021** sollevate dal CGA per la Regione Sicilia **con riferimento agli art.li 3, 4, 33, 34 e 97 Cost.**, sicché **il giudizio di costituzionalità si è svolto con esclusivo riferimento al parametro dell'art. 32 Cost.**

Ciò lascia **impregiudicata** (e quindi aperta) la questione di costituzionalità dell'art. 4 D.L. 44/2021 **con riferimento a tutti i parametri diversi dall'art. 32 Cost.**

Nel merito, sulla prima questione sollevata con riferimento all'art. 32 Cost., la Corte afferma che dalla **lettura complessiva** dei tre criteri di compatibilità di un obbligo vaccinale con l'art. 32 Cost. enunciati dalla stessa Consulta nella sentenza n.258/1994 **“si evince che il rischio di insorgenza di un evento avverso, anche grave, non rende di per sé costituzionalmente illegittima la previsione di un obbligo vaccinale, costituendo tale evenienza titolo per l'indennizzabilità”**. Tale rischio, insito in ogni vaccino, non potrebbe, in quanto tale, reputarsi non tollerabile, costituendo esso titolo, ove si verificchi, di indennizzo.

I precedenti giurisprudenziali della Corte avrebbero infatti statuito che le vaccinazioni obbligatorie devono ritenersi **lecite**, al fine di tutelare la salute collettiva, **anche se possono comportare il rischio di “conseguenze indesiderate, pregiudizievoli oltre il limite del normalmente tollerabile”**, purché la legge preveda un **indennizzo** per i danneggiati o per i loro aventi diritto.

In altre parole, **il legislatore potrebbe obbligare chiunque a un determinato trattamento sanitario pur sapendo anticipatamente che esso comporta il rischio di effetti avversi gravi o gravissimi** (l'ipotesi della morte è stranamente ignorata dalla Corte), **a condizione che la legge contempli il predetto indennizzo** (oltre al normale risarcimento del danno *ex art. 2043 c.c.*) **per l'ipotesi in cui tali effetti si verificchino**. Ciò in nome di un generale - e probabilmente malinteso - **interesse collettivo alla salute** e di **un principio di solidarietà** (*ex art. 2 Cost.*) **che la Corte, evidentemente, reputa doveroso oltre ogni limite, ovvero in modo assoluto, senza considerare la norma di divieto**, finalizzata ad **“evitare che la legge, per considerazioni di carattere generale e per una mala intesa tutela degli interessi collettivi, possa disporre trattamenti lesivi della dignità**

umana” (Aldo Moro, Commissione dei 75) **posta dal secondo comma, ultima frase, dell’art. 32 Cost.** (“*la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”).

Orbene, **non sembrano purtroppo cogliere nel segno** le obiezioni, sollevate da alcuni commentatori, secondo le quali la Corte, nel maldestro tentativo di giustificare ad ogni costo il salvataggio dell’operato governativo, abbia citato sue precedenti pronunce omettendone alcuni fondamentali passaggi e stravolgendone completamente il significato.

Da un’attenta lettura degli arresti giurisprudenziali in questione (in particolare delle sentenze n.307/1990 e 118/1996) si evince infatti che **la Corte, con la sentenza in commento, è rimasta nel solco dei principi precedentemente affermati**, ribadendoli ancor più chiaramente.

La **sentenza 118/1996** lascia pochi dubbi in proposito. Oggetto del giudizio di legittimità costituzionale era la L. 25 febbraio 1992 n.210 (*Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati*) nella parte in cui gli art.li 2, comma 2, e 3, comma 7, escludevano, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell’evento prima dell’entrata in vigore della legge e l’ottenimento della prestazione determinata a norma della stessa legge, il diritto a un equo indennizzo a carico dello Stato per le menomazioni riportate a causa di vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica da quanti vi si fossero sottoposti o avessero prestato a questi ultimi assistenza personale diretta. **Pur non essendo in discussione la legittimità costituzionale della legge impositiva dell’obbligo vaccinale** (il caso da cui traeva origine il giudizio di costituzionalità riguardava una menomazione verificatasi a seguito di vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica), **la Corte entrava nel merito della questione affermando:**

- che “*la vaccinazione antipoliomielitica comporta [...] un rischio di contagio, preventivabile in astratto – perché statisticamente rilevato – ancorché in concreto non siano prevedibili i soggetti che saranno colpiti dall’evento dannoso*”. **Un rischio molto grave quindi** (il contagio da poliomielite), astrattamente prevedibile *ex ante* per un numero indeterminato di soggetti sottoposti all’obbligo;

- che “*in un ordinamento come il nostro, orientato a riconoscere valore fondamentale alla persona come individuo (art. 2 della Costituzione)*”, tale aspetto della vaccinazione obbligatoria “*comporta una condizione da cui ne dipende la legittimità, condizione ulteriore rispetto a quelle prescritte nel secondo comma dell’art. 32 della Costituzione [...] quasi a rafforzamento della riserva di legge ivi prevista*”;

- che “*il rilievo dalla Costituzione attribuito alla salute in quanto interesse della collettività, se è normalmente idoneo da solo <<a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell’uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale>>, cioè a escludere la facoltà di sottrarsi alla misura obbligatoria (si veda altresì la sentenza n.258 del 1994), non lo è invece quando possano derivare conseguenze dannose per il diritto individuale alla salute*”. Si ponga particolare attenzione al complemento di stato “**da solo**”, che si lega al successivo avverbio “**semplicemente**”, elementi fondamentali per una comprensione corretta del principio affermato dalla Corte: **ciò che “da solo” è inidoneo** (“*a escludere la facoltà di sottrarsi alla misura obbligatoria*” allorché “*possano derivare conseguenze dannose per il diritto individuale alla salute*”) **può infatti diventare idoneo** (a escludere tale facoltà) **in presenza di un altro fattore** (cioè la “**condizione ulteriore**” sopra accennata);

- che la “**condizione ulteriore**” si identifica in “**una specifica misura di sostegno consistente in un equo ristoro del danno [...] dovuto per il semplice fatto obiettivo e incolpevole dell’aver subito un pregiudizio non evitabile, in un’occasione dalla quale la collettività nel suo complesso trae un beneficio**”. **L’indennizzo è dunque la “condizione ulteriore”** (“*rispetto a quelle prescritte nel secondo comma dell’art. 32 della Costituzione*”) - giustificata dal dovere di solidarietà che lega “*la*

collettività al singolo” - **che rende costituzionalmente legittima la compressione del diritto individuale all’autodeterminazione anche quando sia “preventivabile in astratto” un rischio di effetto avverso grave** (come il contagio da poliomielite), poiché *“nessuno può essere semplicemente chiamato a sacrificare la propria salute a quella degli altri, fossero pure tutti gli altri”*. **“Semplicemente”, cioè di per sé, in assenza di una “condizione ulteriore” che renda costituzionalmente legittima la “chiamata al sacrificio” della propria salute.**

Tale principio sembrerebbe tuttavia porsi in netto contrasto con l’altro, enunciato nella **sentenza n.307/1990**, ribadito nella **n.258/1994** e richiamato nella **n.5/2018**, secondo il quale *“un trattamento sanitario può essere imposto solo nella previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiono normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili”*.

Il contrasto, purtroppo, è solo apparente. Letta “rovesciata”, la frase rivela infatti il suo effettivo significato: **un trattamento sanitario non può essere imposto se si prevede che esso incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato. Del singolo individuo (“colui che vi è assoggettato”) che si sottopone al trattamento, non di un indeterminato numero di soggetti astrattamente ipotizzabile ex ante. Per sottrarsi all’obbligo occorrerebbe cioè che l’evento avverso fosse prevedibile in concreto per quel determinato soggetto sottoposto al trattamento sanitario.** Ipotesi che si verificherebbe nel caso in cui il farmaco da somministrare fosse **controindicato per quel soggetto, in base alle sue condizioni di salute**. Un rischio prevedibile in astratto, con riferimento a un numero indefinito di persone tra tutte quelle colpite dall’obbligo, parrebbe non bastare allo scopo suddetto. Il rischio (astratto e generico) di alcuni, necessario per tutelare la salute di tutti (scelta “tragica” ma necessaria dal punto di vista del legislatore, ove la salute dell’intera popolazione sia in pericolo), sarebbe infatti compensato dall’*“ulteriore condizione”* consistente nella *“misura di sostegno”* dell’*“equo ristoro del danno patito”*.

Una frase sibillina ha evidentemente tratto in inganno tutti gli interpreti, avvocati e giudici remittenti, facendo sì che la questione di costituzionalità impostata sugli eventi avversi “intollerabili” (in quanto gravi o addirittura letali) non fosse destinata a miglior sorte di quella ottenuta.

Gli operatori del diritto (avvocati e giudici remittenti) **avrebbero invece dovuto domandare alla Corte se, con riferimento alla norma di divieto posta dal secondo comma, ultima frase, dell’art. 32 Cost.** (*“la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*) **fosse rispettosa della persona umana, tenuto conto del bassissimo livello di rischio connesso al contagio da Sars-Cov-2 per la generalità dei soggetti in età lavorativa (20-60 anni), l’imposizione di un trattamento sanitario avente le peculiari caratteristiche (che esamineremo appresso) dei prodotti da somministrare, per il semplice fatto della previsione di un indennizzo in denaro nel caso in cui si fosse verificato un evento avverso grave. Ovvero se tale previsione (l’indennizzo pecuniario) fosse idonea, nel caso specifico e alla luce del principio personalista a cui si ispira il nostro modello costituzionale, a rendere costituzionalmente legittimo ciò che, secondo la stessa Corte, legittimo non sarebbe comunque stato in sua assenza** (è bene ricordare che l’*“equo ristoro”* pecuniario è sempre molto meno di un vero e proprio risarcimento: poco più di 77.000 euro, ad es., per la perdita di una giovane vita). **In un sistema costituzionale, come quello prescelto dai padri costituenti (su mandato del popolo italiano che elesse l’Assemblea Costituente sulla base di precisi programmi proposti dalla forze politiche del tempo), in cui l’elemento centrale è l’essere umano e non il suo patrimonio.**

Ritenere legittimo che un legislatore possa **sempre** imporre la somministrazione di farmaci (profarmaci, nel caso di specie) **indipendentemente dalle loro caratteristiche specifiche** (nella consapevolezza dei danni che da esse possano derivare o, peggio ancora, sapendo di non avere

informazioni che consentano di individuarli), **purché sia previsto un indennizzo**, è invero **un'idea a dir poco discutibile sul piano etico** (essendo essa incompatibile con i fondamenti morali che stanno alla base del progresso storico della civiltà umana), certamente **regressiva nel faticoso cammino del progetto di democrazia sociale della nostra Costituzione e molto pericolosa dal punto di vista concreto**, potendo essa giustificare imposizioni barbariche, come quelle implicanti un prevedibile sacrificio della salute e della vita di persone sane ogniqualvolta il sacrificio del singolo comporti un beneficio per la collettività. Ma **è soprattutto un'idea che si pone in inquietante contrasto con la norma di divieto posta dal secondo comma, ultima frase, dell'art. 32 Cost.**, la cui finalità, nel pensiero dei Costituenti, era quella ricordata da Aldo Moro nella Commissione dei 75. **Norma che ha proprio la funzione di segnare il perimetro di confine invalicabile** (*"in nessun caso"*) **entro il quale, da un lato, si possono bilanciare il diritto individuale e l'interesse della collettività previsti dallo stesso art. 32 Cost. e, dall'altro, va contenuta la pretesa di adempimento dei "doveri inderogabili di solidarietà" (sociale) di cui all'art. 2 Cost.** Limite non soltanto **incompatibile con l'imposizione di qualsivoglia trattamento sanitario di cui si conoscano (o peggio ancora si ignorino) le potenzialità invalidanti e mortali** (a fronte di un rischio molto basso connesso allo sviluppo della malattia che quel trattamento intenderebbe evitare), ma anche **pienamente coerente con il fondamentale principio personalista consacrato nel medesimo art. 2 della Costituzione** (con il quale *"si è voluto affermare che non l'uomo è in funzione dello stato ma quest'ultimo in funzione dell'uomo, nel senso che il suo fine è di assicurare lo svolgimento della persona umana e di garantirne i diritti e che pertanto questi sono inviolabili [...] in quanto formano il nucleo intangibile, destinato a contrassegnare la specie di aggregazione statale cui si è voluto dar vita"* e con il quale si è inteso *"porre a base di tutto il sistema dei rapporti fra stato e singoli l'esigenza del rispetto della persona, della <<dignità>> corrispondente alla qualità dell'uomo come tale..."*: C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, Tomo I, 157 e ss., Decima edizione, Padova 1991). **Il principio di solidarietà di cui all'art. 2 Cost.**, in altre parole, pur rappresentando *"la base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente"*, **non è assoluto e incontra il limite invalicabile** (*"in nessun caso"*) **del "rispetto della persona umana"**. Una cosa è la solidarietà come libera scelta, un'altra è **la solidarietà imposta**. Quest'ultima **non può spingersi fino a comprendere indistintamente il sacrificio individuale in nome della collettività, nemmeno in cambio di una somma di denaro**. Altrimenti verrebbe nuovamente ribaltato, con buona pace del principio personalista, l'equilibrio nei rapporti tra stato e cittadino e **l'uomo tornerebbe a essere considerato in funzione dello stato**, emulando così il peggiore periodo storico del secolo scorso, con il pericolo concreto, sopra segnalato, di legittimare imposizioni barbariche.

Tenendo allora presente le peculiarità dei prodotti farmaceutici impropriamente denominati "vaccini" (essendo invece essi **profarmaci**, come chiaramente spiegato in un pregevolissimo lavoro sottoposto a revisione paritaria, pubblicato su un'autorevole rivista scientifica di settore e oggi tra i più letti al mondo in assoluto: <https://www.mdpi.com/1422-0067/23/18/10881>), **oggetto dell'obbligo di cui all'art. 4 D.L. 44/2021**, **sì potrà valutare se detta imposizione sia o meno rispettosa della persona umana ai sensi dell'ultima frase del secondo comma dell'art. 32 Cost.** **Trattasi invero di profarmaci:**

a) che non contengono antigeni, ma un mRNA attivo della proteina S (Spike) del Sars-Cov-2 che, dopo la traduzione intracellulare, **provoca la produzione endogena di una proteina** (la S, per l'appunto), rivelatasi **tossica per il corpo umano** (è cardiotossica, induce l'aggregazione piastrinica e supera la barriera ematoencefalica) **nel caso** (del tutto inesplorato negli studi autorizzati) **di produzione inappropriata in tessuti vulnerabili**. Produzione inappropriata che rappresenta un importante fattore di rischio per il danno tissutale locale, portando a miocardite,

neuropatie centrali e periferiche, vasculopatie, miopatie, endocrinopatie e altre malattie a seconda della posizione e della sua quantità di espressione (o della distribuzione locale della circolazione generale);

b) la cui biodistribuzione (la percentuale della quantità di farmaco somministrata [dose] che raggiunge la circolazione sistemica), farmacocinetica (studio dell'evoluzione temporale della concentrazione dei farmaci nell'organismo, idealmente suddivisa in quattro fasi: assorbimento, distribuzione, metabolismo, escrezione) e farmacodinamica (studio del legame del farmaco con la molecola bersaglio e le sue conseguenze sulle funzioni biologiche, cioè il meccanismo d'azione) non sono mai state adeguatamente caratterizzate, con ovvia impossibilità, mancando tali conoscenze, di fare un uso consapevole, razionale e mirato dei prodotti in questione. Tanto più se si considera che la biodistribuzione sistemica della proteina S in quantità variabile, per un tempo prolungato e in tessuti/organi potenzialmente inappropriati è stata dimostrata in molteplici studi (così da potersi ritenere ormai assodata);

c) a farmacologia complessa: per espressa dichiarazione delle aziende farmaceutiche produttrici, la genotossicità (cioè la capacità di danneggiare l'informazione genetica all'interno di una cellula, causando mutazioni e inducendo modificazioni all'interno della sequenza nucleotidica o della struttura a doppia elica del DNA di un organismo vivente; alterazioni che possono portare allo sviluppo di un cancro) non è mai stata studiata, ma un'eccellente revisione ha evidenziato la possibilità che i "vaccini" a mRNA alterino i genomi delle cellule umane attraverso la retroposizione e l'integrazione; è stata inoltre descritta l'integrazione di copie del DNA delle sequenze di Sars-Cov-2 nel genoma di cellule umane infette e sono state rilevate trascrizioni chimeriche nei tessuti derivati dal paziente (una scoperta che ha sollevato polemiche e dibattiti significativi); la trascrizione inversa intracellulare del "vaccino" Pfizer C-19 mRNA è stata dimostrata in vitro nella linea di cellule epatiche umane Huh7, sebbene la sua rilevanza debba ancora essere valutata in modelli in vivo;

d) di cui non si conoscono, per espressa dichiarazione delle aziende farmaceutiche produttrici e per esplicita indicazione dell'EMA (cfr. nella sez. VI, a pag.149 del piano di gestione del rischio liberamente consultabile in rete), l'uso in gravidanza e in allattamento; l'uso nei soggetti che hanno contratto la malattia Covid-19 (esspressamente esclusi dagli studi autorizzativi) l'uso nei soggetti immunodepressi; l'uso nei soggetti fragili; l'uso nei soggetti con patologie infiammatorie e autoimmuni; le interazioni con altri vaccini; gli effetti di lungo termine;

e) di cui non è stato studiato, sempre per espressa dichiarazione delle aziende farmaceutiche produttrici, il potenziale cancerogeno;

f) di cui già si conosceva la potenzialità letale (ad es. per un'abnorme risposta immunitaria, come nel caso del sottufficiale della Marina Militare deceduto il 9 marzo 2021, 15 ore dopo la somministrazione della prima dose di "vaccino": <https://www.lasicilia.it/news/419644/stefano-paterno-aveva-avuto-il-covid-ecco-il-perche-della-abnorme-risposta-immunitaria-dovuta-al-vaccino.html>, o per trombosi cerebrale, come nel caso della giovane insegnante di sostegno deceduta il 4 aprile 2021, due giorni dopo la somministrazione del prodotto in questione: https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/medicina/2021/04/09/caso-vaccini-autopsia-inssegnante-conferma-trombosi_9a5ddf03-b598-4591-9b66-789dc30e580d.html, le cui autopsie, effettuate prima dell'entrata in vigore dell'obbligo vaccinale sottoposto allo scrutinio di costituzionalità, avevano accertato la relazione causale con il "vaccino" anti Covid-19);

g) di cui **non era nemmeno stata studiata la capacità immunizzante** (cioè la capacità di impedire il contagio), **proprietà deliberatamente non indagata negli studi autorizzativi**, ma ritenuta necessaria, nella giurisprudenza della Corte, per legittimare l'imposizione vaccinale.

E' dunque legittimo, alla luce del limite posto dall'ultima frase del secondo comma dell'art. 32 Cost., imporre a determinate categorie di lavoratori di sottoporsi alla somministrazione di un profarmaco avente le suddette caratteristiche? E' cioè rispettoso della persona umana obbligare un lavoratore a farsi inoculare un profarmaco che provoca la produzione endogena di una proteina (la Spike) tossica per il corpo umano, di cui non si conoscono la biodistribuzione, la farmacocinetica, la farmacodinamica, la biotossicità, il potenziale cancerogeno, l'uso in gravidanza e in allattamento; l'uso nei soggetti immunodepressi; l'uso nei soggetti fragili; l'uso nei soggetti con patologie infiammatorie e autoimmuni; le interazioni con altri vaccini; gli effetti di lungo termine? Facendogli assumere **una serie di rischi indeterminati e non accertabili quanto a intensità, gravità e probabilità** (mancando le informazioni di cui ai punti "b", "c", "d", "e"), **derivanti dalle descritte peculiarità di tali prodotti, a fronte di un rischio di forma grave o letale della malattia Covid-19 estremamente basso per una persona in età lavorativa?** E' inoltre rispettoso della persona già guarita dalla malattia Covid-19 imporle alla cieca, **in totale assenza di qualsivoglia sperimentazione sugli immuni naturali** (i *clinical trials* delle aziende produttrici non contemplavano specifiche somministrazioni di dosi adiuvanti ai guariti, espressamente esclusi dagli studi sperimentali), l'inoculo di un profarmaco con le suddette caratteristiche, **sapendo che l'efficacia e la sicurezza di tale prodotto non sono state testate sui guariti dal Covid-19 ed essendo a conoscenza che tale azzardo ha già provocato la morte di alcuni soggetti?** O è una violazione delle norme di diritto internazionale pattizio che vietano la sperimentazione umana senza il libero consenso dei soggetti interessati? E' infine rispettoso della persona umana legittimare un'imposizione comportante **rischi non accertati e non accertabili** (ma potenzialmente gravissimi) alla sola condizione che una legge preveda un modestissimo indennizzo pecuniario per coloro che subiscano un danno alla salute o perdano la vita a causa di tale imposizione? O è un'inammissibile mercificazione degli esseri umani, una distorsione del diritto costituzionale cagionata da un preoccupante *deficit* empatico? **In nome di un interesse collettivo alla salute che i profarmaci in questione non potevano nemmeno garantire, non essendovi dati sulla loro capacità immunizzante** (ovvero la capacità di impedire la trasmissione del virus Sars-Cov-2), **non indagata durante la sperimentazione e già esclusa mesi prima del lancio della campagna vaccinale** ("*Nature*", la più prestigiosa e citata rivista scientifica al mondo, ne spiegava infatti le ragioni già **nel settembre del 2020, sei mesi prima del D.L. 44/2021**: mentre l'infezione naturale induce risposte anticorpali della mucosa orale [IgA secretorie] e risposte anticorpali sistemiche [IgG e IgA circolanti], **i vaccini iniettati nel muscolo, cioè all'interno del corpo, non inducono nessuna IgA secretoria, lasciando senza efficace protezione le mucose delle vie respiratorie superiori, dalle quali il virus si trasmette:** <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3>).

La risposta a tali domande appare pertanto scontata: l'imposizione generalizzata dei profarmaci in questione ai sanitari indicati dall'art. 4 del D.L. 44/2021, indipendentemente dalla loro età e dalle loro condizioni soggettive di salute, **viola il limite del rispetto della persona umana** ed è quindi costituzionalmente illegittima alla stregua dell'ultima frase del secondo comma dell'art. 32 Cost., **a nulla rilevando la previsione di un indennizzo** (stante l'invalidità [*"in nessun caso"*] del limite stesso).

Opinando diversamente, la legittimità dell'obbligo - dovendosi ovviamente escludere l'ipotesi di un'imposizione coattiva e forzata della "vaccinazione", che integrerebbe **una violenza fisica inammissibile** in qualsiasi regime democratico e tanto più nel nostro ordinamento costituzionale, in quanto sicuramente lesiva del limite imposto dal rispetto della persona umana, della sua dignità e

integrità fisica (art.li 1 e 3 Carta diritti fondamentali UE) - **modulerebbe la risposta dell'ordinamento all'eventuale dissenso comunque opposto dal paziente, spostando il problema dall'obbligo alla sanzione comminabile in caso di inottemperanza all'obbligo stesso.** Il problema di stabilire cosa possa legittimamente accadere in caso di dissenso **implica un bilanciamento tra la tutela della salute quale interesse della collettività ed altri valori costituzionalmente protetti.** La scelta impositiva del legislatore statale e la conseguente previsione di una sanzione per l'ipotesi di dissenso del paziente dovrebbe cioè costituire il frutto di **un'operazione di bilanciamento tra la tutela della salute collettiva e il valore, parimenti tutelato dalla Costituzione, che verrebbe sacrificato applicando la misura prevista in caso di inottemperanza dell'obbligo.**

Tra i tanti, **un valore non dovrebbe essere sacrificabile**, nemmeno temporaneamente, in quanto **espressione del valore sociale dell'uomo e fondamento sociologico dello Stato: il lavoro.**

Di questo, tuttavia, ci occuperemo nei prossimi paragrafi.

2) *Ipse dixit*

Dopo aver ribadito la propria giurisprudenza, traendo le conclusioni di diritto indicate nel precedente paragrafo, la Corte prosegue illustrando il compito che è chiamata ad assolvere, cioè quello di vagliare **se la “scelta tragica” del legislatore** (imporre un trattamento sanitario in vista di un bene per la collettività che comporta però un male per qualcuno dei suoi componenti, con benessere e sofferenza non equamente ripartiti) **sia stata effettuata “nel rispetto dell’art. 32 Cost.”**, ovvero **bilanciando le due dimensioni** (diritto individuale e interesse collettivo) **del diritto alla salute “in modo non irragionevole e non sproporzionato rispetto alle finalità perseguite”**. Il vaglio, prosegue la Corte, deve avvenire **tenendo conto della situazione di fatto** (cioè delle **“peculiarità delle condizioni epidemiologiche esistenti al momento dell’introduzione dell’obbligo”**) e delle **“risultanze scientifiche disponibili in merito all’efficacia e sicurezza dei vaccini”** come **“accertate dalle autorità preposte”**, **“dato l’essenziale rilievo”** che a tali fini esse rivestono.

La sindacabilità della scelta del legislatore, da parte della Corte, riguarderebbe cioè **“la coerenza della disciplina legislativa con il dato scientifico”**, **come definito dalle suddette autorità**, nonché **“la non irragionevolezza e la proporzionalità” di tale disciplina.** La verifica, dunque, per ciò che concerne l’obbligo vaccinale per i sanitari, avrebbe ad oggetto la coerenza di tale scelta (impositiva) alla **“situazione pandemica esistente”** e alle **“conoscenze medico-scientifiche del momento”**, **“tratte dagli organismi nazionali e sovranazionali istituzionalmente preposti al settore”**. Conoscenze per loro natura transitorie (come, conseguentemente, la legge). Transitorietà che, a sua volta, incide sulla verifica di costituzionalità della normativa. Sul punto la Corte osserva che **l’intera disciplina relativa alla gestione della pandemia ha subito continue e puntuali modifiche in relazione ai suddetti parametri.** Aggiunge che è **stato altresì predisposto un sistema di monitoraggio riguardante l’andamento epidemiologico e un’attività di sorveglianza, da parte dell’AIFA, sulle reazioni avverse, “basata sulla farmacovigilanza passiva”**. **Attività della quale la stessa Agenzia del farmaco “attesta l’assoluta attendibilità”**.

Tali affermazioni appaiono in parte condivisibili e in parte sconcertanti.

Premesso che, come si è visto nel precedente paragrafo, **il rispetto della persona umana segna la linea di confine entro la quale può avvenire il bilanciamento delle due dimensioni** (diritto individuale e interesse collettivo) **del diritto alla salute** e che, avendo la scelta impositiva del legislatore oltrepassato tale limite, **nessun bilanciamento poteva essere effettuato nel caso di**

cui trattasi (tanto meno calibrandolo sulla misura di sostegno del cosiddetto indennizzo), **ragionando teoricamente le affermazioni astrattamente condivisibili** sono quelle generali sul contenuto del vaglio di costituzionalità dell'attività del legislatore in materia sanitaria, consistente nella verifica della *“coerenza della disciplina legislativa con il dato scientifico”* e della ragionevolezza e proporzionalità di tale disciplina. **Sconcertante è invece la riduzione del “dato scientifico” all’ipse dixit, ovvero alle tesi unilateralmente enunciate dalle “autorità preposte”** (ovvero l’AIFA, l’ISS, il Segretariato generale del Ministero della Salute, la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria), le quali, secondo la stessa Corte, **non potrebbero essere sostituite “con dati provenienti da fonti diverse, ancorché riferibili a <<esperti>> del settore”** scelti *“non è dato vedere con quali criteri”*. Escludendo l’ammissibilità di contestazioni scientifiche sulle affermazioni degli organi tecnici preposti, la Corte **perviene cioè alla conclusione che esista uno spazio di insindacabilità assoluta, riconducibile alla veste soggettiva dell’organo.** Il che è a dir poco aberrante.

Poiché gli enti citati fanno parte del Ministero della Salute e sono controllate dall’esecutivo, che ne dispone l’organizzazione, gli indirizzi e ne nomina i vertici (si pensi, ad es. al prof. Silvio Brusaferrò, nominato commissario straordinario dell’Istituto superiore di sanità il 7 gennaio 2019 dal ministro Giulia Grillo, poi nominato Presidente del medesimo istituto il 29 luglio 2019 dal PDCM, divenuto membro di diritto, dal febbraio 2020, del Comitato tecnico scientifico, organo di cui si avvalgono il Governo e il Capo del Dipartimento della protezione civile per l’adozione delle misure necessarie a fronteggiare l’emergenza da Covid-19, attualmente al centro di un’indagine a carico di 19 persone, tra esponenti del governo, tecnici e politici locali in carica durante la prima fase pandemica, sul **chiaro quadro di commistione emerso tra autorità politiche e scientifiche, tale da rendere indefinibile il confine tra le due:** <https://www.lindipendente.online/2023/03/09/si-pensava-fosse-scienza-invece-era-speranza-lultima-svolta-dallinchiesta-covid/>), **la Corte identifica il “dato scientifico” con la posizione del Governo che, essendo intervenuto nel giudizio di costituzionalità, in persona del PDCM (per difendere il proprio operato), è parte nello stesso giudizio.**

Le allegazioni, le tesi di una parte vengono cioè assunte dalla Corte come **dati insindacabili di verità scientifica, escludendo ogni possibilità di contraddittorio sul punto** e abdicando, con tale esclusione, **a quella posizione di terzietà essenziale nell’attività giurisdizionale, in evidente violazione dei principi di parità delle parti e di terzietà del giudice, sanciti dall’art. 111 Cost.**

Fatto gravissimo: la contestazione dei dati di fatto e della loro valutazione tecnico-scientifica relativi alla situazione epidemiologica, alla natura, efficacia e sicurezza di un dato farmaco o profarmaco, proposta da una parte processuale, **pone infatti al giudice un problema di prova.** In presenza di tale contestazione, il giudice è **tenuto** ad accertare se le affermazioni dell’autorità preposta (da una parte processuale) **non siano fondate su dati incompleti o falsi e se siano o meno attendibili dal punto di vista tecnico-scientifico,** alla stregua degli stessi e/o degli ulteriori e differenti dati e della loro valutazione proposta dalle altre parti processuali, **secondo il principio del contraddittorio** (*“criterio”* che la Corte non riesce a vedere, ma che deve sempre guidare l’attività del giudice). **Se non è in grado di farlo autonomamente, deve semplicemente disporre un accertamento di ordine tecnico, da effettuarsi nel contraddittorio delle parti, tenendo conto delle differenti posizioni esistenti nella comunità di riferimento** (la cosiddetta *“comunità scientifica”*), basate sugli **studi sottoposti a revisione paritaria e pubblicati sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali** (quelle che producono la letteratura scientifica, il sapere di settore, la cosiddetta *“medicina dell’evidenza”*), sui **dati pubblicati dagli altri Paesi o dalle banche dati ufficiali** (come, ad es., la banca dati europea *EudraVigilance*, facente capo all’EMA, o altre banche dati internazionali), sui **documenti rilasciati** (spontaneamente oppure *ob torto collo*, su

ordine dell'autorità giudiziaria: cfr. più avanti, nei prossimi paragrafi) **dalle stesse aziende produttrici** (eventualmente contrastanti con le valutazioni delle “*autorità preposte*”) e sull'**evidenza/esperienza concreta**. Il giudice (qualsiasi giudice) deve pertanto fondare il proprio giudizio (anche quello di legittimità costituzionale di una norma giuridica) su **dati accertati e verificati nel contraddittorio delle parti** e su **valutazioni tecniche sufficientemente attendibili** (in quanto ampiamente dibattute nella comunità di riferimento). Tutto ciò non discende da opinioni personali, ma è **imposto dai già ricordati principi sanciti dall'art. 111 Cost.**

La Corte, invece, appiattendosi sulle posizioni governative, si è comportata come un notaio del potere costituito (intervenuto in difesa del proprio operato), **considerando verità scientifiche indiscutibili dati a dir poco incompleti e valutazioni contraddittorie e molto discutibili alla luce del dibattito scientifico in atto e dei dati reali, vanificando il senso del giudizio di costituzionalità e dichiarando legittime le norme governative scrutinate in nome di una “scienza” unilaterale, che ha sempre rifiutato il confronto richiesto da altri componenti della comunità scientifica** (basti ricordare la pavida rinuncia a partecipare al congresso PoliCovid22, da parte dei membri dell'ISS e dell'ex CTS tempestivamente invitati, con la pretestuosa motivazione che la conferenza avrebbe dato spazio a punti di vista diversi sulla pandemia e che una parte degli altri relatori confermati non sarebbe stata all'altezza dei fini prefissati: <https://www.lindipendente.online/2022/11/22/policovid22-il-congresso-sulla-pandemia-boicottato-d-alle-istituzioni-scientifiche/>), scrivendo così una delle pagine più nere del diritto costituzionale (e processuale).

Sulla questione della ritenuta attendibilità della farmacovigilanza passiva rimandiamo ai paragrafi successivi.

3) Il meraviglioso mondo di fantasia della Corte Costituzionale.

Il “*dato medico-scientifico garantito*” dalle suddette “*autorità istituzionali*”, secondo la Corte, sarebbe costituito, sin dal momento dell'adozione del D.L. 44/2021 e “*a tutt'oggi*”:

A) dalla **natura non sperimentale** del “vaccino”;

B) dalla sua **efficacia**;

C) dalla sua **sicurezza**.

Con queste affermazioni la Corte costituzionale ci introduce nel suo **meraviglioso mondo di fantasia**. Un mondo ideale, in cui tutto funziona perfettamente e i risultati corrispondono alle aspettative, ma totalmente scollegato dalla realtà.

Sui primi due profili (*A* e *B*), “*che lo stesso giudice remittente sostanzialmente non contesta*” (ma di cui la Corte comunque si occupa), la Corte rileva che “*convergono le conclusioni dell'AIFA, dell'ISS e del Segretariato generale del Ministero della Salute*” (cioè degli organi controllati dal Governo, parte processuale intervenuta in difesa del proprio operato).

A) I suddetti organi, secondo la Corte, “**attestano**” innanzitutto **che vaccini anti Covid-19, “attualmente in uso nella campagna vaccinale in Italia”, non sono “sperimentali”**. L'ISS afferma infatti che sono stati “**immessi in commercio dopo aver completato l'iter per determinarne qualità, sicurezza ed efficacia**”. L'AIFA precisa altresì che **le autorizzazioni condizionate rispettano “un protocollo preesistente, già utilizzato”** in Europa “*per una serie di medicinali destinati a soddisfare un elevato bisogno terapeutico insoddisfatto*”. **Tali autorizzazioni**, secondo la Corte, **certificano la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicinali autorizzati e, per i vaccini, la superiorità dei benefici rispetto ai rischi**. “*Nessuna delle fasi dello sviluppo pre-clinico e clinico*” sarebbe stata omessa e “*il numero di pazienti coinvolti negli studi clinici*”

sarebbe identico a “*quello relativo ai vaccini sviluppati con tempistiche standard*”. **Lo garantisce l’AIFA.**

Sul punto, **la distorsione della realtà e dei regolamenti** in materia di autorizzazioni al commercio di medicinali a uso umano lascia stupefatti. Cerchiamo pertanto di fare chiarezza.

(i) In primo luogo, i profarmaci in questione non sono affatto stati “immessi in commercio dopo aver completato l’iter per determinarne qualità, sicurezza ed efficacia”.

In materia di autorizzazione al commercio di medicinali ad uso umano in Europa, il sapere di settore (la “*scienza*”), che condiziona l’attività del legislatore in materia sanitaria (cfr. la sentenza n.282/2002 della Corte Costituzionale), deve formarsi, per principio generale, sulla base di “*studi approfonditi volti a garantirne la sicurezza, l’elevata qualità e l’efficacia di impiego per la popolazione destinataria*” (considerando n.1 Reg. CE 507/2006). I quali, per essere tali, devono svolgersi su tre fasi di sperimentazione clinica (dopo la fase preclinica delle prove di non tossicità sugli animali) realizzate **in sequenza, in un arco temporale di 5-7 anni**, alle quali segue il rilascio dell’**autorizzazione “standard”** e l’avvio della fase 4 di farmacovigilanza (cd. “*sorveglianza post-marketing*”) per valutare, in un contesto di prescrizione, il valore terapeutico e/o gli effetti dannosi in un periodo di circa cinque anni.

Nel caso dell’**autorizzazione “condizionata”** (*Conditional Marketing Authorization*), normata dal Regolamento CE 507/2006 e **concessa per i “vaccini” Covid-19**, le fasi non si svolgono in sequenza, ma **in parallelo**, con una sovrapposizione parziale delle stesse (“*partial overlap*”) che prevede l’avvio della fase successiva a breve distanza dall’avvio di quella precedente. Per definizione (altrimenti non si differenzerebbero dalle autorizzazioni *standard*), **le autorizzazioni alle immissioni in commercio condizionate, “basate su dati meno completi di quelli normalmente richiesti e subordinate a obblighi specifici”** (considerando n.2 Reg. CE 507/2006), **sono rilasciate**, a determinate condizioni (cfr. art. 4 precitato Regolamento), “**prima che tutti i dati siano disponibili**” (considerando n.6 stesso Regolamento) e “**malgrado non siano stati forniti dati clinici completi in merito alla sicurezza e all’efficacia del medicinale**” (cfr. art. 4, comma 1, stesso Regolamento). Conseguentemente, il primo comma dell’art. 5 del precitato Regolamento CE n.507/2006 prevede che “*il titolare di un’autorizzazione all’immissione in commercio condizionata*” abbia “**l’obbligo specifico di completare gli studi in corso o di condurre nuovi studi al fine di confermare che il rapporto rischio/beneficio è positivo e di fornire i dati supplementari di cui all’articolo 4, paragrafo 1**”. Aggiunge che “*possono essere imposti obblighi specifici anche in relazione alla raccolta di dati di farmacovigilanza*” e che detti “*obblighi specifici*” e “*il calendario per soddisfarli sono chiaramente precisati nell’autorizzazione all’immissione in commercio condizionata*”.

Infatti, **negli allegati alle Decisioni di esecuzione della Commissione europea** che hanno concesso l’autorizzazione condizionata per ciascuno dei farmaci **sono specificati gli studi che dovevano e devono essere ancora completati entro le date indicate**. Come si evince dal “*riassunto delle caratteristiche del prodotto*” allegato alle predette Decisioni, **si tratta di studi di fase III, o addirittura di fase II** (per la dose di richiamo, per la popolazione pediatrica e per gli adolescenti) **ancora in corso**. Inoltre, **sono stati imposti diversi obblighi relativi al completamento di tali studi, alla farmacovigilanza e a studi ulteriori** (cfr., ad es., nel caso del vaccino Pfizer, il documento *Assessment Report* https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf, specialmente l’elenco riassuntivo a p. 140; nonché il seguente studio: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04470427#wrapper>).

Gli accertamenti che stanno alla base del rilascio delle autorizzazioni “condizionate” (e la valutazione rischio/beneficio) non sono, pertanto, pieni e definitivi, bensì provvisori, soggetti a

continua verifica e revisione e comportano inevitabilmente un rischio non accertabile quanto ad intensità, gravità e probabilità.

Proprio per questo, **l'art. 9 del più volte citato Regolamento CE 507/2006** prevede che siano presentate all'EMA e agli Stati membri, **“immediatamente su richiesta o almeno ogni sei mesi dopo il rilascio o il rinnovo di un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata”, “Le relazioni periodiche di aggiornamento sulla sicurezza di cui all'articolo 24, paragrafo 3, del regolamento (CE) n.726/2004”**. Parallelamente, l'autorizzazione condizionata è regolata, **in Italia**, dalle **Determine emesse dall'AIFA** per ognuno dei profarmaci provvisoriamente autorizzati, tutte pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, le quali **obbligano le rispettive aziende farmaceutiche a depositare Rapporti periodici di sicurezza (PSUR) e relazioni intermedie di sicurezza, condizioni essenziali per il mantenimento in commercio dei “vaccini”** (per Pfizer, ad es., tutta la documentazione avrebbe dovuto essere depositata entro il mese di luglio 2021).

Conseguentemente, **le autorizzazioni condizionate non certificano nulla che non sia provvisorio e soggetto a continua e ripetuta verifica e hanno una validità limitata nel tempo** (un anno).

Il fatto che si tratti di **un protocollo già adottato in Europa** per una serie di farmaci (in ambito oncologico tra il 2006 ed il 2016) è irrilevante e non giustifica in alcun modo l'assurda affermazione dell'ISS sopra riportata. Basti infatti considerare che:

- i farmaci oggetto di tali autorizzazioni erano **destinati a persone affette da patologie tumorali, non a persone sane ed in buona salute;**
- **nessuno di questi farmaci costituiva per i malati un trattamento sanitario obbligatorio;**
- **nessuna garanzia di sicurezza** hanno fornito dette autorizzazioni **a tutte le persone che si sono ammalate di miocardite e/o pericardite in conseguenza dei “vaccini” Covid-19, effetti avversi non considerati all'epoca dell'autorizzazione condizionata.**

Vi è un'enorme differenza tra l'autorizzare sotto condizione l'uso di un farmaco destinato a persone affette da gravissime patologie (aventi per lo più una prognosi fatale), **lasciandole libere di scegliere se utilizzarlo o meno**, e l'asserire che tale autorizzazione fornisca di per sé garanzie sufficienti **per imporre obbligatoriamente** un altro farmaco a persone in buona salute.

Dulcis in fundo, **tutti gli appartenenti ai gruppi di controllo** (i soggetti a cui è stato somministrato il placebo) **degli studi autorizzativi sono stati “vaccinati” pochi mesi dopo l'arruolamento**, sicché è stata (appositamente?) **eliminata la possibilità di verificare nel tempo**, mediante studi clinici controllati randomizzati (*randomized controlled trial*, RCT), ovvero nel modo più serio e affidabile possibile, **tanto l'efficacia quanto la sicurezza** dei prodotti farmaceutici di cui trattasi.

(ii) In secondo luogo, abbiamo visto che i profarmaci in questione sono stati **immessi in commercio in mancanza delle informazioni indicate ai punti b), c), d), e) del primo paragrafo di questo scritto**. Ne danno atto le stesse case farmaceutiche produttrici nelle schede informative/riassuntive delle caratteristiche del prodotto. Si tratta di **informazioni importantissime, mancanti per insufficienza o difetto assoluto di sperimentazione**, che comportano **rischi potenziali molto gravi e non misurabili.**

Le autorizzazioni condizionate sono state rilasciate **senza che l'efficacia e la sicurezza dei “vaccini” fossero mai state testate** sulle **donne in gravidanza e in allattamento**, sui soggetti già **guariti dalla malattia Covid-19**, sui soggetti **immunodepressi** e su quelli **fragili**, sui soggetti **con patologie infiammatorie e autoimmuni. Soggetti tutti espressamente esclusi dagli studi autorizzativi.** Ciò nonostante, i “vaccini” Covid-19 sono stati somministrati indistintamente (e spesso raccomandati alla cieca) anche a loro. I quali, quasi sempre inconsapevolmente e acconsentendo senza adeguata informazione, hanno sperimentato per primi, sulla loro pelle, effetti e conseguenze. Ma l'aspetto peggiore è che i profarmaci in questione **sono stati imposti ai medesimi**

soggetti, ove rientranti nelle categorie di lavoratori previste dall'art. 4 D.L. 44/2021, sotto il ricatto della sospensione dal lavoro. Fatto di inaudita gravità, anche penalmente rilevante, violando esso tutte le norme delle convenzioni internazionali (e del diritto nazionale: cfr. D.Lgs. 6 novembre 2007 n.200, art. 3, comma 4) **che vietano la sperimentazione umana in assenza di un consenso libero e informato** (non v'è libertà in una costrizione sotto ricatto lavorativo).

(iii) In terzo luogo, il rigore scientifico e l'attendibilità dei limitati studi sperimentali che hanno preceduto l'autorizzazione condizionata sono stati messi in discussione da più fonti.

Dall'inchiesta del giornalista scientifico *Paul Thacker*, pubblicata il 2 novembre 2021 sulla prestigiosa rivista di medicina (tra le prime 5 al mondo) *British Medical Journal* (<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>), che ha denunciato di aver rinvenuto **gravi irregolarità nei trial clinici** effettuati da una società texana per conto di *Pfizer* sul vaccino Covid-19 (quali falsificazione dei dati, rivelamento ai pazienti del tipo di trattamento ricevuto - vaccino o placebo - con invalidamento della procedura del doppio cieco, estrema lentezza della segnalazione degli effetti avversi nella fase III del processo di sperimentazione), **ai tre articoli collegati**, pubblicati sulla stessa prestigiosa rivista scientifica dal prof. *Peter Doshi*, **editore associato del *The British Medical Journal* ed esperto di fama mondiale di trial clinici**, dopo aver esaminato i protocolli di studio di fase III resi disponibili nel mese di settembre 2020. Articoli nei quali l'autore denunciava come **le prove di efficacia e sicurezza emergenti dalle sperimentazioni fossero insoddisfacenti**, affermando tra l'altro testualmente: "L'individuazione di eventi avversi rari gravi richiederà lo studio di decine di migliaia di pazienti, ma questo requisito non sarà soddisfatto dall'adozione precoce di un prodotto che non ha completato la sua valutazione di prova completa" (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037> e <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058>) e lamentava **la mancanza dei dati grezzi necessari per verificare l'attendibilità dei risultati dichiarati da Pfizer e Moderna** (attendibilità pesantemente condizionata, per quanto attiene all'efficacia, da una categoria di malattia chiamata "sospetto covid-19" che aveva interessato ben 3.410 casi, di cui 1.594 verificatisi nel gruppo vaccino, stranamente ignorata nella sperimentazione, e messa in dubbio anche per una scarsa trasparenza dei comitati di aggiudicazione dell'evento primario, composti, per la *Pfizer*, da dipendenti della stessa azienda (<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>)).

Il 26 maggio 2021, sul *British Medical Journal*, veniva pubblicato un altro articolo (<https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1283>) in cui si lamentava **una preoccupante mancanza di trasparenza e di indipendenza dei comitati consultivi sui vaccini statunitense e britannico** (FDA e JCVI) rispetto all'industria farmaceutica.

Più in generale, ma sempre in tema di rigore scientifico e attendibilità degli studi che hanno condotto all'autorizzazione condizionata, va ricordato l'articolo pubblicato il **16 marzo 2022** ancora sul *British Medical Journal* che ha denunciato come **la c.d. medicina basata sull'evidenza sia stata corrotta da interessi corporativi, regolamentazione fallita e commercializzazione del mondo accademico**, ricordando come la maggior parte degli studi clinici siano condotti dall'industria farmaceutica e riportati a nome di accademici senior e come **il progresso scientifico sia ostacolato dalla proprietà dei dati e della conoscenza**, accusando infine **l'industria di sopprimere i risultati negativi degli studi, non segnalare gli eventi avversi e non condividere i dati grezzi** con la comunità di ricerca accademica (<https://www.bmj.com/content/376/bmj.o702>).

(iv) Infine, fatto di gravità inaudita, una lunga indagine condotta dalle associazioni IDU (Istanza Diritti Umani) e DUS (Diritti Umani e Salute) ha evidenziato che **tanto il Ministero della salute, quanto l'AIFA non sono mai venuti in possesso dei rapporti periodici di sicurezza (PSUR) e**

delle relazioni intermedie sulla sicurezza dei farmaci in questione, nonostante quanto previsto dal precitato Regolamento (CE) n.507/2006 e dalle Determinine della stessa AIFA (cfr. *supra*, pag. 10). Tale indagine ha condotto a due interrogazioni parlamentari (alle quali l'ex ministro Speranza non ha mai risposto), al deposito di una querela e a un ricorso al TAR della Regione Lazio contro l'AIFA per ottenere l'esibizione di tale documentazione, o il reperimento ai sensi di legge. All'udienza del 2 dicembre 2022 innanzi al TAR del Lazio, **l'AIFA ha espressamente confessato di non possedere la documentazione in questione, dopo averlo ammesso per iscritto nei propri atti processuali** (<https://www.comilva.org/sites/default/files/2022-12/comunicato%20stampa%20IDU.pdf>).

In assenza della necessaria documentazione, **le autorizzazioni condizionate avrebbero dovuto essere revocate, o dichiarate decadute e/o illegittime dalle suddette istituzioni**, o quantomeno da quelle italiane, non essendo mai entrate in Italia le relazioni periodiche e intermedie di sicurezza dei "vaccini" e non essendo perciò state soddisfatte le condizioni normativamente previste per il mantenimento delle medesime autorizzazioni.

E' del tutto logico pensare che tali informazioni, contenute negli scritti processuali dell'AIFA, siano state tempestivamente portate a conoscenza della Corte costituzionale.

Alla luce di tali e tanto importanti evidenze, che smentiscono clamorosamente le sconcertanti affermazioni degli organi istituzionali (ISS e AIFA), **la polemica sulla natura sperimentale dei profarmaci**, impropriamente denominati "vaccini", anti Covid-19 **appare priva di consistenza**.

Ciò che davvero importa e che avrebbe dovuto indirizzare il giudizio della Corte è che tali prodotti farmaceutici **non sono stati sperimentati in modo sufficiente per essere imposti obbligatoriamente a determinate categorie di professionisti e lavoratori** e, peggio ancora, **non sono stati sperimentati affatto su categorie di soggetti** (i guariti dalla malattia Covid-19, le donne in gravidanza e in allattamento, gli immunodepressi, i fragili, gli affetti da patologie infiammatorie e autoimmuni) **ai quali è stato addirittura raccomandato e imposto l'inoculo**. Totalmente alla cieca, in assenza di qualsiasi affidabile dato clinico sperimentale.

Se è vero, com'è vero che la base legittimante dell'intervento legislativo in materia sanitaria consiste nelle risultanze tecnico-scientifiche, **l'evitabile limite strutturale degli accertamenti** (provvisori, soggetti a continua verifica e revisione e comportanti un rischio non accertabile quanto ad intensità, gravità e probabilità) **che stanno alla base delle autorizzazioni condizionate relative ai profarmaci Covid-19**, aggravato dalla mancata produzione dei rapporti periodici di sicurezza (PSUR) e delle relazioni intermedie sulla sicurezza, la totale mancanza degli stessi accertamenti per determinate categorie di persone e le preoccupanti irregolarità riguardanti gli studi sperimentali si traducono in **un grave vizio di legittimazione dell'intervento statale impositivo, che si converte in vizio di legittimità della legge**, sia sul piano costituzionale che su quello delle fonti sovranazionali (Reg. CE 507/2006).

B) Le "autorità preposte", ribadisce la Corte, **concordano anche sull'efficacia dei "vaccini" "per la prevenzione dell'infezione da Sars-Cov-2"**. Lo garantisce l'ISS, secondo il quale i prodotti in questione sarebbero **"una misura di prevenzione fondamentale per contenere la diffusione dell'infezione da Sars-Cov-2"**. Evidenze scientifiche internazionali avrebbero poi dimostrato l'elevata efficacia dei "vaccini" nella protezione dalla malattia severa e dalla morte. L'ISS precisa inoltre che **"l'elevata circolazione del virus Sars-Cov-2 rende rilevante la quota di casi prevenibile"**, malgrado la non totale efficacia dei "vaccini".

Poche idee, ma confuse, verrebbe da dire, ed errata interpretazione, da parte dell'ISS, dei dati dallo stesso prodotti. Facciamo perciò chiarezza anche su questo punto che, peraltro, è bene ricordarlo, **non era in discussione nel giudizio di costituzionalità**, poiché il giudice remittente non

aveva sollevato la questione, essendo anche lui convinto dell'efficacia "vaccinale" nella prevenzione dell'infezione da Sars-Cov-2.

Prima di tutto né l'ISS né la Corte distinguono **la possibilità** dei "vaccinati" **di infettarsi** da quella **di trasmettere** il virus Sars-Cov-2. Si tratta tuttavia di **una distinzione importante**, perché se il "vaccino" è in grado di limitare solo parzialmente (e per un ristretto periodo di tempo) la possibilità di essere contagiati (cioè di infettarsi), ma non quella di contagiare (cioè di trasmettere ad altri l'infezione contratta nonostante l'inoculo del profarmaco) lo scopo dell'imposizione "vaccinale", cioè **prevenire il contagio da Sars-Cov-2 "nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza"**, appare **irrealizzabile** (e, conseguentemente, **l'obbligo risulta irrazionale, irragionevole**).

Quanto alla possibilità di infettarsi, il tempo trascorso dall'ultima dose di "vaccino" sembrerebbe (il condizionale è d'obbligo, come vedremo appresso) la variabile determinante. La protezione dall'infezione, apparentemente discreta all'inizio con le varianti precedenti la Delta e l'Omicron, ma solo mediocre con quest'ultima, declina infatti rapidamente, si azzerava in pochi mesi, quindi si inverte e i "vaccinati" diventano in media più soggetti a infettarsi dei non "vaccinati". I *booster* sembrano ripristinare transitoriamente la protezione iniziale, ma anche dopo tali richiami si ritorna a perdere velocemente la protezione dall'infezione, con **un percorso che sembra accelerato al ripetersi dei successivi inoculi** (<https://www.bmj.com/content/377/bmj-2022-071113>). **Ripetizione in un numero indeterminato di dosi ravvicinate nel tempo** di cui, tra l'altro, **non si conoscono gli effetti collaterali e dannosi per la salute, non essendo mai stati oggetto di indagine sperimentale**.

Solo per fare un esempio (ma gli studi sul punto si moltiplicano con il progredire del tempo) con riferimento alla **variante Omicron**, la protezione, già molto bassa nel primo mese dopo la vaccinazione primaria (55,2% Pfizer e 36,7% Moderna), svanisce rapidamente dopo il primo mese, sino a diventare **negativa** (tale cioè da **favorire** il contagio) dopo il terzo mese (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3>).

I dati prodotti dall'ISS con i bollettini settimanali, con particolare riferimento alle **tabelle riportanti il tasso di incidenza dei contagi nei soggetti "vaccinati" rispetto ai non "vaccinati"** (per gruppi di 100.000) vanno esattamente in questa direzione: **da aprile 2022 in poi, ovvero dopo pochi mesi dall'inoculo della cosiddetta "terza dose" (o booster), l'effetto dei "vaccini" anti Covid-19 contro l'infezione (contagio) peggiora progressivamente e il tasso di incidenza dei contagi nel gruppo dei "tri-vaccinati" supera quello del gruppo dei non "vaccinati"**. I due bollettini ISS (del 23/11/2022 e del 30/11/2022) che precedono la decisione della Corte (1 dicembre 2022) attestano addirittura che **i giovani (fascia di età da 12 a 39 anni) con booster** si infettano il **22% in più** dei non "vaccinati", che **gli adulti (fascia di età da 40 a 59 anni) con booster** si infettano il **56% in più** dei non "vaccinati" e che **gli anziani (fascia di età da 60 a 79 anni) con booster** si infettano il **4% in più** dei non "vaccinati". Dati che sono addirittura peggiorati nei due mesi successivi, sino al bollettino del 18 gennaio 2023, dopo di che l'ISS ha deciso, con una scusa pretestuosa, di non pubblicare più i dati relativi al tasso di incidenza, destinato a diventare troppo imbarazzante con il decorso del tempo. **Nel momento della decisione della Consulta, l'ISS certificava** pertanto che **nelle fasce di popolazione in età lavorativa i "vaccini" condizionatamente autorizzati e somministrati secondo le modalità richieste dalla legge e dalle circolari ministeriali (ciclo primario + terza dose a 120 giorni di distanza) non solo non impedivano** (se non minimamente e per un tempo dall'inoculo estremamente limitato) **l'infezione e il contagio da Sars-Cov-2, ma addirittura li favorivano** (rischio relativo inferiore a 1.0 = svantaggio vaccinale).

Indicando il tempo trascorso dall'ultima dose di "vaccino" come variabile determinante, abbiamo tuttavia utilizzato il condizionale. Lo abbiamo fatto per una ragione molto precisa: i dati dell'ISS

sono falsati (a favore di una maggiore positività dei “non vaccinati”) dal metodo di rilevazione dei contagi, basato sui cosiddetti “tamponi”.

La rappresentazione della realtà sui contagi mediante l'utilizzo dei tamponi altera i dati e provoca una fortissima distorsione nell'attribuzione dei contagi: la popolazione vaccinata è quella che ha effettuato meno controlli e quindi meno tamponi (per ovvie ragioni: immediata disponibilità del famigerato *green-pass*, falsa percezione di essere immuni al Sars-Cov-2 e, quindi, di non poter essere portatori dello stesso virus in caso di infezione asintomatica o paucisintomatica, confondendo in quest'ultimo caso i lievi sintomi del Covid-19 con quelli prodotti da un qualsiasi altro virus respiratorio). I “**positivi**”, in Italia, non sono altro che **coloro che hanno deciso per i motivi più svariati di fare un tampone. Non sono - come accade invece in UK - un gruppo rappresentativo della popolazione generale per sesso, età, luogo di residenza ecc. che viene sistematicamente testato.** Sono tutti coloro che hanno per qualsiasi motivo necessità di testarsi: ad esempio i non “vaccinati”, per ottenere il *pass*, e i sintomatici per sapere se è covid. Tra questi ultimi, i “vaccinati” si tamponano poco o nulla, per la falsa percezione suaccennata o, nel periodo del *green-pass*, per non perderne i privilegi risultando positivi.

Che il dato ISS sui tamponi sia distorto a favore di una maggiore positività dei non “vaccinati”, per il motivo indicato, è confermato dai dati, più affidabili di quelli italiani (per i motivi già illustrati), provenienti dal Regno Unito (almeno sino a quando sono stati pubblicati) sul tasso di incidenza dei contagi, i quali dimostrano, con la forza dell'evidenza, che i “vaccini” anti Covid-19, dopo una brevissima “luna di miele”, non solo non prevengono l'infezione, ma la favoriscono in misura crescente nel tempo. Emblematica è la serie delle settimane pubblicate dall'*UK Security Agency*. A partire dalla settimana 43/2021 la serie mostra un eccesso assoluto di casi positivi tra i vaccinati con 2^a dose, confrontati in gruppi di 100.000 con altrettanti non vaccinati in classi decennali di età

(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1029606/Vaccine-surveillance-report-week-43.pdf : tabella 5 a pag. 19). Nelle settimane successive l'eccesso è cresciuto di continuo, rallentando solo nella settimana 3/2022, in cui l'*UK Agency* ha limitato il confronto solo ai “vaccinati” con almeno tre dosi (rispetto ai non “vaccinati”), ma ciò non è bastato a invertire la tendenza a un maggior rischio infettivo tra i “vaccinati” (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1049160/Vaccine-surveillance-report-week-3-2022.pdf : “vaccinati” con 3 dosi 24.597 casi su 100.000; non “vaccinati” 19.806,6 casi su 100.000; cfr. tabella a pag.38). Nelle otto settimane successive è continuata la crescita di infezioni tra i “vaccinati” rispetto ai non “vaccinati”, con la seguente progressione: +35%, +48%, +70%, +100%, +133%, +162%, +186%, +204% (cfr. settimane da 4 a 11: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-weekly-surveillance-reports#full-publication-update-history>).

Se poi calcoliamo il c.d. rischio relativo (il “vantaggio vaccinale”) dei non “vaccinati” rispetto ai “vaccinati” con tre dosi, sulla base dei dati indicati a pag. 45 del rapporto 31 marzo 2022 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1066759/Vaccine-surveillance-report-week-13.pdf, tredicesima settimana, dopo la quale il rischio relativo non è più stato segnalato, nel timore che potesse disincentivare la campagna vaccinale), notiamo che il valore ottenuto (0,317: dato dal totale della seconda colonna a sinistra [non “vaccinati” 7.354,5 casi su 100.000] fratto il totale della prima colonna a sinistra [“vaccinati” con 3 dosi 23.158,8 casi su 100.000]) è assai più basso di quello, comunque inferiore a 1,0, calcolato nello stesso modo (totale contagi gruppo non “vaccinati” fratto totale contagi gruppo “vaccinati” + terza dose) dall'ISS nei bollettini precitati.

Un rischio relativo inferiore a 1.0 è uno svantaggio vaccinale (essendo il risultato del rapporto tra il tasso di incidenza dei contagi nel gruppo non “vaccinato” [posto al numeratore] e il tasso di incidenza dei contagi nel gruppo “tri-vaccinato” [posto al denominatore] ed essendo un numero fratto se stesso pari a 1.0). **Un rischio relativo pari a 0,317 significa che un “vaccinato” con tre dosi ha più del triplo delle possibilità di infettarsi rispetto a un non “vaccinato”** (“vaccinato” con 3 dosi = 23.158,8/100.000 contagi; non “vaccinato” = 7.354,5/100.000 contagi) e **che sono quindi stati i “vaccinati” a sostenere il contagio** (il quale infatti registra valori molto elevati proprio nei paesi dove il trattamento è stato più intenso).

Anche **in Germania i dati del Robert Koch Institut**, già nella relazione settimanale del **30.12.2021**, mostravano un **95,58% dei casi positivi tra i soggetti “vaccinati”** e il **4,42%** tra i non “vaccinati”. Giova ricordare che in Germania, nello stesso periodo, **la percentuale di popolazione “vaccinata” era del 74,1% con una dose e del 71,1% con due dosi, di cui il 38% con tre dosi**. A ulteriore conferma che erano proprio i “vaccinati” a sostenere i contagi.

Il maggior rischio infettivo dei “vaccinati”, che aumenta con l’aumentare delle dosi somministrate, è stato spiegato in un importante studio sottoposto a revisione paritaria, pubblicato su ***Science Direct (Food and Chemical Toxicology, Volume 164, June 2022, 113008)***, con **la soppressione del sistema immunitario innato, mediante l’inibizione dell’interferone di tipo 1:**

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869152200206X?via%3Dihub>).

D’altra parte, **nemmeno le stesse case farmaceutiche** produttrici dei profarmaci in questione **hanno mai osato asserire che i loro prodotti servissero a proteggere dal contagio da Sars-Cov-2, proprietà non indagata negli studi autorizzativi (i clinical trials), impostati al solo scopo di valutare l’efficacia nei confronti della malattia Covid-19.**

Tant’è che i 5 allegati (“*nota informativa*”) al modulo di consenso alla “vaccinazione” anti Covid-19 (notare: ***anti Covid-19***, non anti contagio da Sars-Cov-2), scaricabili dal sito internet del Ministero della Salute e relativi ai 5 “vaccini” provvisoriamente autorizzati, alla domanda “*cos’è il vaccino e a cosa serve*” rispondono: “**è un vaccino utilizzato per la prevenzione di Covid-19, malattia causata dal virus Sars-Cov-2**” (cfr., per *Comirnaty*, ma il discorso vale per tutti i “vaccini” anti Covid-19: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_37_file.pdf).

Il **Regolamento UE 2021/953** del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 giugno 2021, al punto 3 dell’art. 2, definisce inoltre il “**vaccino anti Covid-19**”: “*medicinale immunologico indicato per l’immunizzazione attiva contro la Covid-19 provocata dal Sars-Cov-2*”.

L’uso di termini giuridici o tecnici rende univoco il significato delle parole adoperate dal legislatore, non solo nazionale (cfr. Cass. 31 marzo 1987 n.3097). **Sars-Cov-2 è un termine tecnico**, significante “*un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente identificato nell’uomo*”, **che non può assolutamente confondersi con Covid-19**, indicante la “*malattia associata al virus*” (cfr. la risposta del Ministero della Salute alla domanda “*Che cos’è il nuovo Coronavirus*”):

(<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257#1>).

Le ragioni per le quali i profarmaci di cui trattasi possono indurre un’immunità che previene o attenua la malattia Covid-19, ma non proteggono efficacemente dall’infezione e tantomeno dalla trasmissione successiva di Sars-Cov-2 (cioè non sono sterilizzanti) si spiegano facilmente. Per proteggersi dai microbi patogeni, il corpo produce **due principali categorie di anticorpi**. La prima categoria (**IgA secretorie**) è prodotta dalle cellule immunitarie (linfociti) che si trovano direttamente **sotto le membrane mucose che rivestono il tratto respiratorio e intestinale**. Gli anticorpi prodotti da questi linfociti **vengono secreti attraverso e verso la superficie delle mucose**. **Si trovano quindi sul posto** per incontrare i virus trasmessi per via aerea e **possono**

prevenire il legame virale e l'infezione delle cellule. La seconda categoria di anticorpi (**IgG e IgA circolanti**) si trova nel flusso sanguigno e protegge gli organi interni del corpo dagli agenti infettivi che tentano di diffondersi attraverso il flusso sanguigno. **I profarmaci anti Covid-19** che vengono **iniettati nel muscolo**, cioè all'interno del corpo, **inducono solo IgG e IgA circolanti, non IgA secretorie.** Detti anticorpi (IgG e IgA circolanti) **lasciano quindi senza efficace protezione le mucose delle vie respiratorie superiori, dalle quali il virus Sars-Cov-2 si trasmette.** Per questo i soggetti "vaccinati" possono infettarsi e trasmettere successivamente il virus (più facilmente dei non "vaccinati", per la falsa sicurezza indotta dalla somministrazione del "vaccino", che favorisce condotte meno accorte, o non accorgendosi di essere infetti, essendo asintomatici o paucisintomatici).

Tali ragioni, come abbiamo in precedenza osservato, **venivano spiegate già nel settembre del 2020**, ovvero **sei mesi prima del D.L. 44/2021**, da *Nature*, la più prestigiosa e citata rivista scientifica al mondo (<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3>), con tanto di disegno per i più duri di comprendonio (nella figura n.2) e venivano successivamente ribadite:

- da uno studio italiano, pubblicato sull'altrettanto prestigiosa rivista *The Lancet* il 23 dicembre 2021, ove si sottolineava **che l'immunità della mucosa orale è scarsamente attivata dal protocollo di vaccinazione anti Covid-19 a mRNA** ([https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00582-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00582-X/fulltext));

- da un altro studio pubblicato il 7 febbraio 2022 sulla stessa rivista *The Lancet*, nel quale si spiegava che i "vaccinati" **possono trasmettere il virus a causa della mancanza di immunità della mucosa orale**, mentre **gli immuni naturali** (i guariti dalla malattia Covid-19), giovandosi dell'immunità delle vie aeree superiori, **hanno meno probabilità di contagiare i pazienti vulnerabili**

([https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(22\)00038-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(22)00038-8/fulltext));

- da un ulteriore studio, pubblicato il 25 aprile 2022 su *Nature*, ove si conferma che **(a differenza dei guariti da Covid-19) i "vaccinati" con l' mRNA hanno anticorpi IgG (interni), ma poco o nulla IgA**, con la conseguenza che il virus può vivere e proliferare nel naso e nella bocca e può essere diffuso ad altre persone (<https://www.nature.com/articles/s41385-022-00511-0#:~:text=25%20April%202022-,Systemic%20and%20mucosal%20IgA%20responses%20are%20variably%20induced%20in%20response,with%20protection%20against%20subsequent%20infection>).

Con particolare riferimento alla trasmissione del virus Sars-Cov-2, diversi studi sottoposti a revisione paritaria (c.d. "peer review") e pubblicati sulle più importanti riviste scientifiche internazionali confermavano, **già nel 2021**, che, contrariamente ai soggetti guariti dal Covid-19, **i vaccinati possiedono la stessa carica virale dei non vaccinati e hanno la medesima probabilità di trasmettere le loro infezioni, cioè di contagiare.** Si vedano, ad esempio:

(I) *BMJ British Medical Journal*, 2 agosto 2021 (<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1933>):

Vaccinati e non vaccinati hanno la stessa carica virale e hanno la stessa probabilità di trasmettere le loro infezioni, avverte il CDC.

(II) *The Lancet*, 28 ottobre 2021 ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)):

Gli individui completamente vaccinati con infezioni rivoluzionarie **hanno una carica virale di picco simile ai casi non vaccinati e trasmettono efficacemente l'infezione in ambienti domestici, compresi i contatti completamente vaccinati** (n.d.r.: va da sé che gli ambienti ospedalieri, le case di riposo, gli ambulatori medici, ecc., sono assimilabili, quanto ad esposizioni frequenti e prolungate, agli "ambienti domestici").

(III) *The Lancet Regional Health – Europe*, Vol. 11, dicembre 2021 ([https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00258-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00258-1/fulltext)):

I dati del Regno Unito, della Germania e di Israele e le **epidemie nosocomiali** evidenziano la **crescente rilevanza dei vaccinati come fonte di trasmissione**. E' gravemente negligente ignorare la popolazione vaccinata come **rilevante fonte di trasmissione**.

(IV) *The Lancet, correspondence*, 20 novembre 2021

([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02243-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02243-1/fulltext)):

COVID-19: **stigmatizzare i non vaccinati non è giustificato**. **Gli individui vaccinati hanno un ruolo preponderante nella trasmissione**, avendo essi **un'elevata carica virale**. **Le persone vaccinate** hanno un rischio minore di contrarre malattie gravi, **ma sono parte rilevante della pandemia**. È sbagliato e pericoloso parlare di pandemia dei non vaccinati.

(V) *European Journal of Epidemiology*, 30 settembre 2021

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481107/pdf/10654_2021_Article_808.pdf):

In 68 paesi e in 2947 contee negli Stati Uniti gli aumenti di COVID-19 non sono correlati ai livelli di vaccinazione. A livello nazionale, non sembra esserci alcuna relazione distinguibile tra la percentuale di popolazione completamente vaccinata e i nuovi casi di COVID-19 negli ultimi 7 giorni. La tendenza è che **i paesi con una percentuale più elevata di popolazione completamente vaccinata abbiano casi COVID-19 più elevati per 1 milione di persone**. Paesi come Israele, Islanda e Portogallo, che hanno un alto tasso di popolazione vaccinata, hanno più casi di COVID-19 per 1 milione di persone rispetto a paesi come Vietnam e Sudafrica che hanno circa il 10% della loro popolazione vaccinata. **Non vi è alcuna segnalazione significativa di casi COVID-19 in diminuzione con percentuali più elevate di popolazione vaccinata**.

(VI) *The Lancet, correspondence*, 1 gennaio 2022

([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00768-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext)): l'impatto della vaccinazione sulla trasmissione delle varianti circolanti di SARS-CoV-2 non sembra significativamente diverso dall'impatto tra le persone non vaccinate. **La logica scientifica per la vaccinazione obbligatoria si basa sulla premessa che la vaccinazione impedisce la trasmissione ad altri**. Tuttavia, la dimostrazione di infezioni rivoluzionarie da COVID-19 tra gli operatori sanitari completamente vaccinati in Israele, **che a loro volta possono trasmettere questa infezione ai loro pazienti**, richiede una rivalutazione delle politiche di vaccinazione obbligatoria che portano al licenziamento del personale sanitario non vaccinato. In effetti, **vi sono prove crescenti che i titoli virali di picco nelle vie aeree superiori dei polmoni e il virus coltivabile siano simili negli individui vaccinati e non vaccinati**.

Al cospetto di tutti questi dati, forniti dai medesimi organi istituzionali (italiani ed esteri) citati dalla Corte e prodotti dalla letteratura medico-scientifica internazionale, l'affermazione che i profarmaci in questione siano **“una misura di prevenzione fondamentale per contenere la diffusione dell'infezione da Sars-Cov-2”** appare talmente scollegata dalla realtà da risultare sconcertante.

Infine, il fatto che i prodotti farmaceutici in questione, per breve tempo (circa 4 mesi), **proteggano** (parzialmente e sempre meno con il prevalere delle varianti in grado di eluderli, come la *Omicron*) **dalle forme gravi della malattia Covid-19 non giustifica l'imposizione di legge, essendo tale scopo del tutto estraneo alla ratio di quest'ultima** (in assenza, oltretutto, di pressione sulle strutture sanitarie dall'inverno 2020 - primi mesi 2021), **interessando invece il diritto all'autodeterminazione** (essendo ogni persona libera di decidere se sottoporsi o meno a trattamenti sanitari, anche a costo di conseguenze gravi o letali).

C) La sicurezza dei profarmaci impropriamente denominati “vaccini” anti Covid-19 **risulterebbe certificata**, ribadisce ancora una volta la Corte, **dalla procedura di autorizzazione condizionata**.

Lo sostiene l'AIFA, la quale attesta altresì l'assoluta attendibilità del sistema di farmacovigilanza passiva. Le segnalazioni degli eventi avversi risulterebbero **basate sul solo criterio temporale**, insufficiente, sebbene necessario, ai fini dell'accertamento del nesso causale.

Ci siamo abbondantemente occupati dei limiti connaturati alla procedura di autorizzazione condizionata alle pagine 9 e 10 di questo scritto ed è inutile ritornare sui concetti già espressi.

E' invece opportuno confutare l'aberrante affermazione dell'AIFA, fatta propria dalla Corte in modo totalmente acritico, **sull'asserita attendibilità "assoluta" del sistema di farmacovigilanza passiva.**

A parte l'indecente, colpevole, imperdonabile **negazionismo dell'Agenzia a fronte delle segnalazioni di inefficacia "vaccinale" alla stessa pervenute da diverse ASL sin dall'inizio della campagna di somministrazione dei profarmaci in questione,** recentemente emerso da alcuni documenti interni della medesima Agenzia, **che ne compromette, in modo definitivo e irrimediabile,** **la** **credibilità**

(https://mediasetinfinity.mediaset.it/video/fuoridalcoro20222023/i-documenti-segreti-sui-vaccini-così-hanno-taciuto-la-verità_F312336201010C09), occorre anzitutto segnalare **la stupefacente contraddizione in cui la stessa AIFA cade** sostenendo, da un lato, quanto sopra e riconoscendo, dall'altro, che nel sistema di farmacovigilanza passiva *"la sottosegnalazione... è... un limite intrinseco alla stessa natura della segnalazione, ben noto e ampiamente studiato anche nella letteratura scientifica internazionale, che ha alcuni suoi specifici determinanti nella scarsa sensibilità alla segnalazione di sospette reazioni avverse da parte di operatori sanitari e non e nell'accessibilità dei sistemi di segnalazione"* (cfr. Rapporto annuale AIFA 27.12.2020-26.12.2021 vaccini Covid-19).

L'enorme sottostima delle sospette reazioni avverse rilevate con i sistemi di farmacovigilanza passiva (basati sulle segnalazioni spontanee) adottati in gran parte del mondo (e comunque dal VAERS degli USA, da EudraVigilance dell'EMA nell'Unione europea e dall'AIFA in Italia) **rispetto alla sorveglianza attiva** attuata negli **studi clinici randomizzati controllati registrativi** negli adulti per i "vaccini" Pfizer e Moderna e dal programma *v-safe* dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) negli USA **costituisce, in realtà, un problema di rilevanza cruciale, soprattutto per i farmaci sottoposti ad autorizzazione condizionata** (per i quali sarebbe previsto **l'obbligo di farmacovigilanza rafforzata**: cfr. considerando 11 del Reg. CE n.507/2006; direttiva 2001/83/CE; Reg. CE n.726/2004), **il cui processo di valutazione post autorizzazione resta, come ovvio, gravemente inficiato da tale sottostima.** Le reazioni avverse ai "vaccini" a mRNA segnalate nei suddetti esempi di sorveglianza attiva **superano da centinaia sino a mille volte e più** quelle dei sistemi di sorveglianza passiva, anche per le reazioni avverse gravi (*severe*), come dimostra incontestabilmente il confronto tra le fonti precitate.

Sul punto, **rimandiamo alla diffusa ed esauriente trattazione svolta il 31.07.2022 dalla Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi),** nella quale si dimostra, dati alla mano, che **i rapporti AIFA sulla sorveglianza dei "vaccini" anti Covid-19 hanno purtroppo diffuso** (così come stanno ancora diffondendo) **informazioni del tutto prive di credibilità** (https://cmsindipendente.it/2022_07_31/rapporto_AIFA_vaccini_anticoovid_inattendibile_reazione_avverse_sottostimate_centinaia_di_volte). Non senza segnalare, con riferimento a uno degli effetti avversi più citati, cioè le miocarditi (e/o pericarditi), che **i pochi esempi di sorveglianza attiva** (come ad esempio quelli realizzati in **Tailandia** su ragazzi di 13-18 anni o in **Svizzera** su 770 operatori dell'Ospedale di Basilea), **mostrano che le miocarditi (e/o pericarditi) subcliniche, documentate da marcatori validati, sono un migliaio di volte più comuni di quanto normalmente ammesso in base ai dati della sorveglianza passiva** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36006288/>). In particolare, lo studio svizzero di sorveglianza

attiva su 770 sanitari dell'Ospedale di Basilea conferma l'incidenza di miocarditi subcliniche riscontrato negli studenti Tailandesi, pari al 2,8%. Oltre 800 volte più di quanto riconosciuto negli studi di sorveglianza passiva. Rispetto al Tredicesimo Rapporto AIFA sulla sorveglianza dei vaccini anti-COVID-19 (pag. 17), che riferisce solo di miocarditi "*clinicamente definite*", **il divario è addirittura nell'ordine delle 10.000 volte.**

Va inoltre richiamata l'attenzione sulla **figura 6 di pag.20 del Rapporto vaccini AIFA 2020** (relativo al periodo 01.01.2020 – 31.12.2020 e **riguardante tutti i vaccini non Covid** somministrati nello stesso periodo) che **rende esplicita la differenza intercorrente tra la farmacovigilanza attiva e quella passiva**: nella Regione Puglia, ove sono stati avviati progetti di farmacovigilanza attiva (**in affiancamento a quella passiva, rimasta comunque prevalente**), il tasso di segnalazione degli eventi avversi è di **46,8** segnalazioni per 100.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di **9,0** per 100.000 abitanti.

Quello della **sottosegnalazione nei sistemi di farmacovigilanza passiva** - contrariamente a quanto sostiene AIFA, in disaccordo con se stessa, innanzi al Giudice delle leggi - è dunque **un problema enorme, già evidenziato 10 anni fa**: <https://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200629050-00003>.

Eppure i Rapporti AIFA sui "vaccini" Covid-19 si spingono ad affermare che è possibile confrontare farmaci diversi per la medesima reazione avversa, oppure addirittura confrontare la frequenza dell'evento nelle segnalazioni legate a un farmaco rispetto alla frequenza dello stesso evento nella popolazione generale. **La prima affermazione non è proponibile**: per confrontare farmaci diversi si dovrebbe essere in grado di controllare la differenza negli utilizzatori, nei segnalatori, nei periodi temporali di osservazione, ecc. Qualcuno peraltro lo ha fatto, confrontando i "vaccini" Covid-19 con tutti i precedenti vaccini per altre indicazioni e scoprendo che le segnalazioni a carico dei vaccini Covid sono di ordini di grandezza superiori a quelle a carico degli altri vaccini (cfr., ad es., i dati VAERS). **La seconda affermazione è altrettanto sbagliata, ma è soprattutto molto ingenua.** In primo luogo sconta l'errore fondamentale di credere che la segnalazione spontanea sia completa, cosa che si è visto essere priva di qualsiasi fondamento, e anzi essere largamente incompleta per definizione. Inoltre, la frequenza di un evento nella popolazione generale non è un dato certo e immutabile dovuto a qualche spontaneo fenomeno naturale, ma dipende a sua volta da ben precisi fattori e metodologie di rilevazione. Confrontare i tassi di segnalazione – sempre per definizione insufficienti e incompleti – con frequenze attese (da chi?) è **un modo sicuro per sottostimare il rilievo delle prove derivanti dalla segnalazione spontanea.**

Quanto al **criterio temporale**, è agevole osservare che le segnalazioni spontanee si basano sulla vicinanza temporale dall'inoculo del profarmaco per l'ovvia ragione che detto criterio **rappresenta un forte indice presuntivo del nesso causale**, soprattutto in presenza di altri parametri (come ad esempio il buono stato di salute pregresso del soggetto inoculato e/o l'assenza di altri fattori potenzialmente causali dell'evento avverso) che dovrebbe indurre le istituzioni sanitarie a intensificare le segnalazioni invece di escluderle sulla base di convinzioni soggettive, come invece avviene di prassi.

Purtroppo **errore chiama errore** e la Corte, sul presupposto gravemente errato (come abbiamo visto) dell'attendibilità "*assoluta*" del sistema di farmacovigilanza passiva, squaderna una serie di affermazioni che si pongono in totale dissonanza con la realtà dei fatti. Così, secondo la Consulta:

- le reazioni avverse gravi avrebbero "*una frequenza da rara a molto rara*", come confermato anche dall'EMA;
- non vi sarebbe **alcun eccesso di decessi** a seguito delle "vaccinazioni";
- le **morti provocate dalle "vaccinazioni"** sarebbero **estremamente esigue** e non inficerebbero "*il beneficio di tali medicinali*";

- la **sicurezza** sarebbe **comprovata** da “*numerose evidenze scientifiche internazionali*”, come attestato dall’ISS;

- le autorità scientifiche avrebbero quindi **attestato concordemente la sicurezza dei “vaccini” “e la loro efficacia nella riduzione della circolazione del virus”**, come emergerebbe dalla **diminuzione dei contagi**, dei **ricoveri** e dei **decessi da Sars-Cov-2 da marzo-aprile 2021**.

Orbene, quanto alla **frequenza** delle reazioni avverse, l’EMA raccoglie le segnalazioni mediante la propria banca dati **EudraVigilance** che, alla data del **14.03.2023**, ne registrava un totale di **2.216.025**. Nel database sono indicati numerosi eventi avversi gravi, idonei a compromettere, anche irreversibilmente, lo stato di salute del soggetto inoculato, cagionandone l’invalidità o addirittura la morte. L’EMA specifica la frequenza di questi ultimi “*da rara a molto rara*”, il che significa **da 1 caso su 1.000 (0,1%) a 1 caso su 10.000 (0,01%)**. Può essere poco e il “vaccino” può sembrare “sicuro” se ci si trova tra i 999, o tra i 9.999. Un po’ meno “sicuro” allorché ci si trovi ad essere il caso grave (o letale) su 1.000 o 10.000. **Il difetto sta comunque alla fonte: si tratta di segnalazioni spontanee, quindi di un sistema basato sulla farmacovigilanza passiva, con tutti i limiti già esaminati e con l’ulteriore filtro dei criteri WHO AEFI per la verifica della correlazione**, il cui punto di partenza consiste nel **ricercare altri fattori causali degli effetti avversi, escludendo automaticamente il vaccino se questi esistono** (per esempio, un decesso per cause cardiache in un cardiopatico porterà, per la generalità dei farmaci, a considerare la controindicazione in presenza di malattie cardiache; per un vaccino consentirà invece di escludere quest’ultimo come causa) e i cui punti successivi riguardano **l’esistenza di casi simili in letteratura** (ricerca improbabile se il prodotto è nuovo e i casi sono i primi), **la plausibilità biologica**, ovvero **l’esistenza di un meccanismo cellulare/molecolare plausibile** (che è il motivo per cui se il problema non è immediatamente riconducibile al processo di immunizzazione lo si accantona) e **l’esistenza di test che dimostrino il ruolo del vaccino** (quali? Cosa si cerca con le autopsie, nella rara ipotesi in cui vengano eseguite?).

Per capire bene il livello di sottostima di tale sistema, occorre fare **un confronto con i dati emergenti da un sistema di farmacovigilanza attiva** come quello degli **studi randomizzati controllati (RCT) registrativi dei prodotti in questione**, che rappresentano **la fonte più valida di sorveglianza attiva**, sia per l’accuratezza e sistematicità di rilevazione (nonostante i conflitti di interesse dei ricercatori aventi relazioni contrattuali e/o finanziarie con i produttori), sia per la presenza di gruppi di controllo con iniezione salina di *placebo*.

Ad esempio, l’RCT del “vaccino” **Moderna** su adulti, nella tabella S4 della *Supplementary Appendix*

(https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2035389/suppl_file/nejmoa2035389_appendix.pdf), **riporta, entro 7 giorni dalla seconda dose, un 19,6% di reazioni avverse di grado 3 (severe, cioè gravi) nei soggetti del braccio attivo, di cui 15,8% di reazioni avverse severe sistemiche**. L’eccesso di reazioni severe totali **si riduce al 17,7%** se si sottrae l’1,9% di reazioni severe **sistemiche** registrate nel gruppo *placebo* (le reazioni avverse gravi **locali** sono invece per definizione tutte ascrivibili al vaccino, perché non si avrebbe nessuna reazione locale nel gruppo *placebo* se non si fosse praticata ai partecipanti un’iniezione salina, oltretutto di contenuto ignoto a chi la riceveva, dunque con possibile “*effetto nocebo*” che si somma a possibili piccoli traumatismi meccanici). Cioè **una frequenza di reazioni avverse gravi maggiore da 177 (17,7:0,1) a 1.770 (17,7:0,01) volte rispetto a quella indicata dall’EMA** (e di oltre 4.000 volte rispetto alla frequenza riportata dagli ultimi rapporti AIFA con riferimento al medesimo “vaccino”). A ulteriore conferma della completa inefficienza del sistema di farmacovigilanza passiva vigente.

Significativa, in proposito, è **la denuncia, da parte delle compagnie assicurative tedesche**, che in Germania 1 persona “vaccinata” su 50 non è in grado di lavorare a causa degli effetti collaterali dei

“vaccini”

(<https://italianposts.com/2023/03/04/germania-secondo-alcune-compagnie-assicurative-1-persona-s-u-50-e-impossibilitata-a-lavorare-a-causa-degli-effetti-collaterali-provocati-dal-siero/>).

Peraltro, **considerando l'NNV** (numero necessario per vaccinare), ovvero **il numero medio di pazienti che devono essere vaccinati per prevenire un caso di malattia, che per il Covid-19 grave era quasi 3.000 nel trial Pfizer**, anche con la frequenza (ampiamente sottostimata) indicata da EMA il beneficio sarebbe **di molto inferiore al rischio** (nell'ipotesi di 1 evento avverso grave su 1.000: occorrerebbe infatti “vaccinare” 3.000 persone per evitare un caso di malattia grave a fronte di 3 eventi avversi gravi), **o pari al rischio** (nell'ipotesi di 1 evento avverso grave su 3.000), **o di poco superiore al rischio** (nell'ipotesi estrema di 1 caso su 10.000: si avrebbe 1 evento avverso grave per evitare 3 casi di Covid-19 severo).

Tra gli eventi avversi gravi correlati ai “vaccini” anti Covid-19 vi sono stati casi di **trombosi, miocardite e pericardite in misura ampiamente superiore al livello dei casi attesi** (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346>), tant'è che i relativi rischi sono stati **inseriti nei fogli illustrativi degli stessi medicinali** (compreso il rischio morte).

Una recente revisione, pubblicata da tre ricercatori italiani del Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione del Farmaco dell'ISS, riporta **frequenze di casi di miocardite fino a 1:300** (con **indagine attiva**) o **1:1000** (con **indagine passiva**) in pazienti giovani e adolescenti e aggiunge che, **quando si sono svolti i test strumentali, le analisi hanno rivelato frequenze più alte**. Riporta inoltre che in un recente articolo, i giovani pazienti con miocardite indotta da vaccino sono stati seguiti per diversi mesi e **non tutti hanno manifestato sintomi risolti**, sebbene la maggior parte dei pazienti abbia risposto al trattamento. Gli autori hanno dimostrato **la persistenza di risultati anomali alla risonanza magnetica cardiaca**, e l'elevazione di altri parametri che possono essere associati a esiti negativi (<https://www.mdpi.com/2076-0817/12/2/233>).

La **miocardite** è una forma di infiammazione del cuore che può portare a futuri problemi di salute nei giovani pazienti, potendo esitare in insufficienza cardiaca e portare al decesso in breve tempo senza un trapianto di cuore. Le **pericarditi**, se trascurate, possono dare perimicardite e dilatazione del cuore (terza causa di morte negli sportivi).

Nel 2021 è stato segnalato inoltre un forte incremento di casi di miocardite negli atleti nonché un aumento di circa il 400% rispetto alla media degli anni precedenti **di morti improvvise nei giocatori di calcio della FIFA**. Il Prof. Alessandro Capucci, Ordinario di malattie cardiovascolari, ha indicato **uno stretto legame del fenomeno con i vaccini a mRNA** (<https://lanuovabq.it/it/atleti-e-miocarditi-perche-centrano-i-vaccini-mrna>). La **morte improvvisa per fibrillazione ventricolare** provocata dall'azione autoimmune di anticorpi vaccinali (<http://www.m-hikari.com/asb/asb2021/asb1-2021/91296.html> e <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664804/>), è un evento che dal marzo 2021 **ha particolarmente colpito i giovani e gli atleti** (<https://www.eventiavversinews.it/elenco-completo-di-infortuni-e-decessi-di-atleti-fino-ad-oggi-779-arresti-cardiaci-e-problemi-gravi-e-500-morti/>).

La **revisione sopra citata** ha poi riportato gli studi che hanno evidenziato la possibilità che nei giovani, a seguito delle “vaccinazioni” anti Covid-19, si sviluppino **malattie immuno-mediate e autoimmuni** come il diabete, la sclerosi multipla, la psoriasi e altre. Un altro documento recente ha inoltre collegato **la formazione di coaguli di sangue** alla “vaccinazione” con “vaccini” a base di geni (mRNA) nelle persone di età pari o superiore a 65 anni. **Il lavoro dei tre ricercatori conclude suggerendo di rivalutare il rapporto rischio/beneficio per tutte le categorie di età**.

L'analisi secondaria degli eventi avversi gravi riportati **negli studi clinici randomizzati di fase III controllati con placebo** sui “vaccini” Pfizer e Moderna mRNA Covid-19 negli adulti

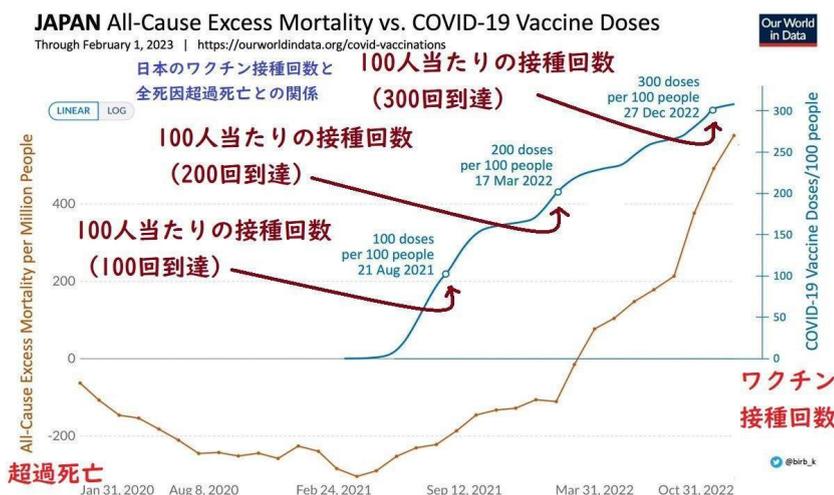
(NCT04368728 e NCT04470427) ha poi dimostrato che **l'eccesso di eventi avversi gravi di speciale interesse nei gruppi "vaccinati" supera di oltre 2 volte (con Moderna) e di oltre 4 volte (con Pfizer) l'eccesso di ospedalizzazioni da Covid-19 che si è documentato nei gruppi di controllo** (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22010283?via%3Dihub>).

Tale fenomeno ha riguardato, in tendenza, anche i confronti tra decessi. Almeno fino a quando i produttori hanno reso disponibili al pubblico i dati relativi. Nel **trial su adulti di Moderna** sono stati registrati **16 decessi nel gruppo vaccinato verso 16 nel gruppo di controllo**, con risparmio di qualche morto per Covid-19 tra i vaccinati bilanciato da morti in più per altre cause, soprattutto cardiovascolari. Nel **trial su adulti di Pfizer** si sono verificate **21 morti nel gruppo vaccinato verso 17 morti nel gruppo di controllo**, con riduzione di qualche morto per Covid-19 tra i vaccinati, sovracompensata da morti in più per altre cause, **soprattutto cardiovascolari** (risultate **doppie** nel gruppo "vaccinato" rispetto a quelle del gruppo placebo).

Quanto alla **presunta esiguità delle morti provocate dalle "vaccinazioni"** e all'**asserita mancanza di eccesso di decessi**, i dati inglesi (dell'Ufficio Nazionale per le statistiche UK) relativi al 2022, purtroppo pubblicati per stato vaccinale solo da gennaio a non oltre maggio 2022, mostrano **un'allarmante tendenza all'aumento dei tassi di mortalità in tutte le fasce di età nei vaccinati rispetto ai non vaccinati**, con grandi differenze rispetto al 2021, quando i tassi di mortalità totale dei vaccinati erano nettamente inferiori rispetto a quelli dei non vaccinati (<https://www.hartgroup.org/country-comparison-of-deaths/>).

Uno spaventoso incremento della mortalità in Europa (circa il 20% di decessi in più rispetto alla media degli anni precedenti) è stata registrata **nel mese di dicembre 2022** (https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111354#:~:text=Nel%20mese%20di%20dicembre%202022,a%20%2B8%2C4%20%25). La **"vaccinazione" è la sola variante** che può aver determinato questa grave discontinuità nella vita delle persone, agendo sia direttamente che indirettamente (aggravando le patologie preesistenti).

In **Giappone**, uno dei paesi con il più alto tasso di vaccinazione al mondo, **subito dopo l'inizio della vaccinazione generale l'eccesso di mortalità negativo si è invertito**, con conseguente grave mortalità di massa.



Linea marrone: mortalità in eccesso

Linea azzurra: numero di inoculazioni

L'Australia, paese che non ha avuto molti decessi da Covid-19 fino a quando non ha introdotto i cosiddetti "vaccini", **registra ora un eccesso di decessi fuori controllo**. Per un'analisi dettagliata del fenomeno rinviamo a questo scritto:

<https://www.sabinopaciolla.com/come-riusciranno-mai-a-spiegare-i-dati-sulleccesso-di-mortalita-in-australia/>

Va ancora una volta rimarcato che il dato dei decessi in diretta relazione causale con i “vaccini” anti Covid-19 (riconosciuto in Italia dall’AIFA in circa una trentina di casi sui circa 800 segnalati e non escluso in oltre 170 casi “*indeterminati*”) è palesemente errato in difetto in quanto ottenuto:

- con **un algoritmo** (quello dell’OMS: *Causality assessment algorithm*) che esclude automaticamente il nesso in presenza di una sola patologia concomitante, senza approfondire l’indagine;

- con **il sistema di farmacovigilanza “passivo”** già esaminato, che **sottostima** enormemente gli eventi avversi rispetto alla farmacovigilanza attiva; **fatto di rilevanza cruciale, soprattutto per i farmaci sottoposti ad autorizzazione condizionata** (il cui processo di valutazione *post* autorizzazione resta gravemente inficiato da tale sottostima);

- **escludendo i casi di decesso** (oltre 220 solo in Italia sui circa 800 segnalati) **avvenuti dopo i 14 giorni successivi alla somministrazione vaccinale** (cfr. a pag. 25 del rapporto annuale AIFA), **negando così la correlazione nei casi in cui le autopsie**, secondo quanto indicato dalla stampa nazionale, **hanno invece indicato sussistente il nesso causale** (come, ad es., per *Camilla Canepa*, morta 16 giorni dopo la vaccinazione:

https://www.ilmessaggero.it/italia/camilla_canepa_astrazeneca_procura_perizia-6272134.html, o per l’avv. **Mario Turrisi**, morto 28 giorni dopo: <https://www.nebrodinews.it/morte-di-mario-turrisi-nesso-di-causalita-tra-astrazeneca-e-decesso/>).

Abbiamo precedentemente menzionato (nel paragrafo 2 di questo scritto) **i documenti rilasciati oborto collo, su ordine dell’autorità giudiziaria, dalle stesse aziende produttrici dei profarmaci in questione**. Essi, agevolmente **consultabili on-line** già diversi mesi prima della **pronuncia della Corte costituzionale**, ci forniscono un quadro raccapricciante della spregiudicatezza con la quale queste sostanze, molto pericolose per la salute umana, sono state autorizzate per l’immissione in commercio, nonché dei danni che le stesse stanno provocando alla popolazione mondiale e **dell’assoluta inaffidabilità delle Agenzie regolatorie** (FDA, EMA, AIFA, ecc.), ridotte ormai a *longa manus* del potere politico e del potere finanziario delle multinazionali del farmaco, principali *sponsors* economici delle medesime agenzie.

Infatti, **un imponente elenco** (ben 9 pagine) **di segnalazioni di eventi avversi post-autorizzazione** ricevute **sino al 28/02/2021** è rinvenibile **nel report della Pfizer** che l’FDA è stata costretta a **rilasciare pubblicamente** (con altre decine di migliaia di pagine di documenti riservati) **in base al Freedom of Information Act (FOIA)** (<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>). Dallo stesso si evince (cfr. a pag. 6-7) che **al 28 febbraio 2021** (cioè a soli 2-3 mesi dall’inizio della “vaccinazione” di massa) la *Pfizer* aveva già ricevuto la segnalazione di **42.086 effetti avversi in soggetti di età media di 50 anni**. Tra costoro, **1.223 erano morti** (quasi il 3%, ma per il *report* tutto andava bene...). **I rischi erano dunque chiaramente noti alla casa farmaceutica e**, cosa assai più preoccupante, **all’Ente governativo statunitense** per la regolamentazione ed il controllo dei prodotti alimentari e farmaceutici.

Pfizer e la FDA inoltre sapevano che gli effetti avversi sarebbero aumentati con più iniezioni di booster continui (cfr. *Module 2.4 Nonclinical Overview*, come sopra rilasciato dalla FDA, a **pag.24**, ove si afferma che “*l’incidenza e la gravità delle reazioni sono state più elevate dopo la seconda o la terza iniezione rispetto alla prima iniezione. La maggior parte degli animali presentava un edema molto lieve o raramente un leggero eritema dopo la prima dose. Dopo la seconda o la terza dose, la gravità dell’edema e dell’eritema è aumentata fino a gradi moderati o raramente gravi*”:

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M2_24_nonclinical-overview.pdf).

L'azienda produttrice e l'Agenzia regolatoria USA sapevano chiaramente che gli effetti avversi erano dose-dipendenti e che, pertanto, i “vaccini” li stavano causando.

Sapevano anche che tali effetti includevano eventi come la **necrosi muscolare** e **l'aumento delle dimensioni e del peso della milza** (cfr. a pag. 25 del precitato documento: “*I pesi della milza più elevati [fino a 1,62x] correlati a BNT162b2 (V8) erano evidenti e correlati con l'osservazione macroscopica dell'aumento delle dimensioni della milza... L'infiammazione del sito di iniezione è stata associata a edema moderato, lieve degenerazione della miofibra, necrosi muscolare occasionale e fibrosi lieve*”). Peraltro, la **necrosi associata ai “vaccini” anti Covid-19 era già stata documentata nella letteratura medica:**

<https://www.ijurgery.com/index.php/ij/article/view/7961>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.17837>

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/11206721211046485>

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09273948.2021.2001541>

[https://www.jaadcasereports.org/article/S2352-5126\(21\)00510-5/fulltext](https://www.jaadcasereports.org/article/S2352-5126(21)00510-5/fulltext)

Sapevano pure che **le loro iniezioni non sarebbero rimaste nel sito di iniezione**. Infatti i loro stessi dati provenienti da studi sugli animali mostrano che con una sola dose in un periodo di 48 ore la quantità di “vaccino” diminuisce dal sito di iniezione e aumenta sostanzialmente nelle ovaie, nel fegato e nella milza in particolare, ma anche nelle ghiandole surrenali, nella vescica, nelle ossa, nel midollo osseo, negli occhi, nell'intestino crasso, nei linfonodi, nel pancreas, nelle ghiandole salivari, nella pelle, nell'intestino tenue, testicoli, timo, tiroide e utero, con tutti i guai che ciò comporta. Per essere precisi, lo 0,09% dell'iniezione finisce nelle ovaie, l'1,03% dell'iniezione nella milza e circa il 16,2% dell'iniezione nel fegato dopo 48 ore: https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M2_26_pharmkin-tabulated-summary.pdf (cfr. le tabelle a pag. 7 e 8).

Come se ciò non bastasse, sapevano anche che **il gruppo “vaccinato” riportava molti più eventi avversi sistemici rispetto al gruppo placebo**. I dati di reattogenicità di Pfizer mostrano che **le persone che ricevono le iniezioni di BNT162b2 (30 µg) hanno da 2 a 25 volte più probabilità di avere eventi sistemici gravi rispetto al gruppo placebo**. Una rapida occhiata a questi dati mostra quanto gravemente il “vaccino” abbia colpito le persone rispetto al gruppo di controllo. Ad esempio, entro sette giorni da ogni dose, il doppio delle persone (23%) nel gruppo “vaccinato” ha subito eventi sistemici rispetto al gruppo placebo (11,3%), mentre la febbre grave è stata osservata nel gruppo “vaccinato” 14 volte di più rispetto al gruppo placebo: https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M5_c4591001-T-S-final-reacto-tables-tr ack.pdf (cfr. a pag. 0024212 [foglio 35 del documento]).

Se l'FDA americana era a conoscenza di tutte queste informazioni, è difficile dubitare che lo fossero anche le Agenzie regolatorie europee, con tutte le sconcertanti considerazioni che inevitabilmente ne derivano. Informazioni tutte – giova ripeterlo - rese pubbliche e disponibili a chiunque già diversi mesi prima della decisione della Corte, la quale, tuttavia, ha preferito aggrapparsi ai comunicati istituzionali, ovvero alla narrazione fattane dall'esecutivo, in nome di quella “scienza” unilaterale di cui abbiamo discusso nel secondo paragrafo di questo lavoro e che non può “confermare” o “attestare” alcunché che non sia smentito dalle evidenze scientifiche sopra richiamate e dalla schiacciante realtà dei fatti.

Infine, **quanto all'asserita diminuzione dei contagi, dei ricoveri e dei decessi da Sars-Cov-2 da marzo-aprile 2021** la Corte, nella foga di giustificare ad ogni costo l'operato governativo, supera se stessa, evitando sbadatamente di considerare:

- che la **diminuzione**, così com'era accaduto nell'anno 2020 e come sempre era accaduto (quanto meno in Italia) per le infezioni da virus respiratori, **era da imputare all'arrivo della bella stagione**;

- che, infatti, **contagi, ricoveri e decessi erano risaliti con l'avvento della stagione invernale 2021-2022, per attestarsi a un livello nettamente maggiore del 2021 nell'anno 2022, nonostante la somministrazione della "terza dose" o "booster"** (confrontando, ad esempio, il bollettino ISS 28.07.2021 con quello del 27.07.2022, si può constatare l'enorme differenza tra il numero delle diagnosi [60.038], dei ricoveri [2.115], dei decessi [237] rispettivamente registrati dal 25.06 al 25.07.21, dal 18.06 al 18.07.21 e dal 04.06 al 04.07.21 e il numero delle diagnosi [2.380.714], dei ricoveri [19.566] e dei decessi [1.684] rispettivamente registrati dal 24.06 al 24.07.22, dal 10.06 al 10.07.22 e dal 03.06 al 03.07.22. A risultati analoghi si perviene confrontando i dati degli altri bollettini ISS del 2021 e 2022 per periodi corrispondenti). Eloquentemente, in tal senso, è **la figura 10 del bollettino** ISS 21.12.2022
(https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_21-dicembre-2022.pdf), che **registra impietosamente il fallimento della campagna vaccinale.**

4) To work or not to work? This is the problem (il lavoro è una necessità, non è una scelta)

Siccome i dati forniti dalle autorità di settore, prosegue la Corte, attestano *“la piena efficacia dei vaccini e l'idoneità dell'obbligo vaccinale rispetto allo scopo di ridurre la circolazione del virus”*, **la scelta del legislatore di ricorrere all'obbligo, basata sugli stessi insostituibili dati, non è irragionevole. La non irragionevolezza vale, secondo la Consulta, con particolare riferimento agli operatori della sanità, la cui “vaccinazione” ha il duplice scopo di proteggere quanti entrano con loro in contatto e di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la comunità**”. Il Segretariato generale del Ministero della Salute ha nettamente attestato *“il significativo impatto della campagna vaccinale sulla circolazione del Sars-Cov-2 tra gli operatori sanitari”* con una netta riduzione della percentuale di casi rispetto al resto della popolazione (circa 6% a fine dicembre 2020 – poco più dell'1.5% a fine febbraio 2021).

Sui concetti contenuti nella prima frase ci siamo già abbondantemente espressi nel paragrafo precedente e non serve ripeterci.

Su quanto attesta il Segretariato generale del Ministero della Salute è agevole osservare che il medesimo Segretariato **ha ignorato** (o ha finto di ignorare) **quanto è accaduto nei mesi successivi a febbraio 2021 e nel 2022, con una netta risalita dei contagi tra gli stessi operatori sanitari, nonostante la “terza dose” a loro somministrata nel dicembre 2021.**

Ancora una volta la figura 10 del bollettino ISS 21.12.2022 è più che eloquente in proposito.

Solo per elencare qualche dato (di quelli ignoti nel meraviglioso mondo fantastico della Corte costituzionale), nel solo mese di gennaio 2022 vi è stata una **media giornaliera** di **1.892** operatori sanitari positivi; nel mese di febbraio la media giornaliera è “scesa” a **530**; nel mese di marzo è risalita a **1.005**, poi a **1.058** nel mese di aprile (ultimo aggiornamento del 27.04.2022). **Un totale di 133.213 operatori sanitari contagiati** (e/o ricontagiati, in quanto tra gli effetti avversi della “vaccinazione” si annovera anche **un veloce indebolimento dell'immunità naturale**: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.15.21262067v3>) **in 117 giorni** (dall'01.01.2022 al 27.04.2022), dopo di che i dati sulla media giornaliera di operatori sanitari positivi non sono più stati pubblicati (e, guarda caso, sono spariti anche quelli precedenti).

Per avere un'idea di cosa significhi questo dato, basti considerare che **i casi diagnosticati tra gli operatori sanitari dall'inizio dell'epidemia sino a giugno 2021 erano stati 135.212**, pari al 3,2% dei casi totali segnalati (cfr bollettino ISS 09.06.2021, pag. 21). **In quattro mesi del 2022** (proprio

quelli della “luna di miele” della “*terza dose*”, somministrata ai sanitari nel dicembre 2021) **sono stati diagnosticati tanti casi di contagio tra i sanitari quanti ne erano stati diagnosticati da febbraio 2020 a giugno 2021.**

Il Segretariato generale del Ministero della Salute ha inoltre ignorato (o finto di ignorare) **la vastissima casistica di focolai di Sars-Cov-2 negli ospedali e nelle RSA, accesi da medici e paramedici “vaccinati”, ignari di essere lo stesso infetti e contagiosi,** consegnataci dalla cronaca italiana (cfr., ad esempio, tra i tanti:

<https://www.secondopianonews.it/news/cronaca/2021/01/25/strage-di-anziani-in-rsa-a-como-21-morti-erano-stati-vaccinati-positivi-85-ospiti-e-54-sanitari.html>;

https://torino.corriere.it/cronaca/21_gennaio_21/covid-focolaio-san-giovanni-bosco-35-pazienti-positivi-tampone-061c04ca-5bc6-11eb-9e63-4c8bcf5518af.shtml;

<https://bari.ilquotidianoitaliano.com/cronaca/2021/01/news/coronavirus-adelphia-focolaio-nella-rssa-casa-caterina-venti-casi-tra-ospiti-e-dipendenti-positivi-dopo-il-vaccino-303407.html/>): Così come ha ignorato **i casi di focolai nosocomiali, provocati da lavoratori “vaccinati”,** che hanno costituito **oggetto di studi su riviste scientifiche,** quali ad esempio:

- focolaio da variante Delta SARS-CoV-2 (B.1.617.2) in un ospedale in **Finlandia**, maggio 2021:

(<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.30.2100636>);

- focolaio nosocomiale da variante Delta SARS-CoV-2 in una popolazione altamente “vaccinata”, in **Israele**, luglio 2021:

(<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822>);

- infezioni rivoluzionarie da variante Delta SARS-CoV-2 tra gli operatori sanitari “vaccinati” in **Vietnam**, novembre 2021:

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021004235>).

Alla luce di questi dati, parlare di “*significativo impatto della campagna vaccinale sulla circolazione del Sars-Cov-2 tra gli operatori sanitari*” sembra veramente fuori luogo.

Ritenuta la non irragionevolezza dell’imposizione “vaccinale”, **la Corte completa il suo intervento di soccorso all’operato governativo valutandone la proporzionalità**, ovvero se, tra più misure appropriate, il legislatore abbia prescritto **quella meno restrittiva dei diritti a confronto** e che **comporti oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento dei predetti obiettivi** della norma impositiva. Secondo la Corte, **la misura sarebbe “non sproporzionata” in quanto:**

a) non esistevano altre misure adeguate allo scopo. I tamponi, da eseguire con **una cadenza molto serrata**, avrebbero avuto **costi insostenibili**, avrebbero comportato **uno sforzo intollerabile per il sistema sanitario**, sia a livello logistico che per l’impiego di personale, e **gli esiti non sarebbero stati immediatamente disponibili** (sarebbero quindi stati superati da un eventuale contagio nel frattempo sopravvenuto), “*con il fisiologico rischio della presenza nei luoghi di cura di soggetti inconsapevolmente contagiati*”;

b) la sospensione dall’attività lavorativa, che non ha natura sanzionatoria, è “*calibrata*”, in termini di sacrificio dei diritti dell’operatore sanitario, **sia per la durata “predeterminata” e modificabile in base all’andamento della situazione sanitaria** (tant’è che ne è stato anticipato il termine finale), **sia per l’intensità, trattandosi di sospensione e non di risoluzione del rapporto, senza conseguenze disciplinari.** Così, d’altra parte, hanno fatto altre nazioni.

Con la prima affermazione la Corte ribalta completamente la realtà fattuale: non è che non vi fossero “*altre misure*”, diverse dall’imposizione “vaccinale”, adeguate allo scopo di prevenire il contagio da Sars-Cov-2 “*nell’erogazione delle prestazioni di cura e assistenza*”. **Inadeguati a tale scopo erano invece i cosiddetti “vaccini”** (per tutte le ragioni scientifiche esaminate e per semplice constatazione della realtà quotidiana), mentre **l’unica misura adeguata**, in mancanza di un “vaccino” immunizzante, **consisteva proprio nella ripetizione periodica dei cosiddetti tamponi.**

Di fronte a una garanzia pari a zero che il sanitario “vaccinato” non fosse infetto e contagioso (fatto che qualche giudice di merito ha giustamente definito “notorio”, essendo ormai esperienza di chiunque – che anche ignori gli studi scientifici citati nel presente lavoro - che i “vaccinati” possono infettarsi e infettare, trasmettendo ad altri il virus Sars-Cov-2), la sottoposizione a tamponi ravvicinati sarebbe invece stata l’unica misura idonea a garantire (in modo relativo, ma ragionevolmente affidabile, fotografando essa lo stato di salute attuale del soggetto controllato) la prevenzione dal contagio nell’erogazione delle suddette prestazioni.

Se il legislatore avesse davvero voluto perseguire l’indicato scopo preventivo (invece di favorire gli interessi economici delle multinazionali farmaceutiche), non avrebbe potuto fare altro che imporre agli operatori della sanità la ripetizione periodica dei tamponi, **a prescindere dai costi, che non possono limitare, in assenza di alternative idonee allo scopo prefissato, le scelte vitali di politica sanitaria**, essendo in gioco la salute dei soggetti interessati, valore di rango costituzionale prevalente sugli interessi economico-finanziari. Tale misura, **oltre a testare in tempo reale** (sul punto la Corte sembra ignorare l’esistenza dei **tamponi antigenici rapidi**, comunemente utilizzati e ritenuti idonei a rilevare la positività al Sars-Cov-2 e a ottenere il rilascio temporaneo del vergognoso *green-pass*) **la negatività o positività dell’operatore sanitario ed essere quindi idonea a evitare, in modo affidabile, “il fisiologico rischio della presenza nei luoghi di cura di soggetti inconsapevolmente contagiati”** (rischio invece elevatissimo con la sola misura “vaccinale”), **non avrebbe comportato grossi disagi per il sistema sanitario.** Sarebbe infatti stato sufficiente prevedere che ogni operatore della sanità, **prima di presentarsi al lavoro** (la sera prima, o il giorno stesso), **si fosse recato in una farmacia per sottoporsi al tampone antigenico rapido.** Non stiamo parlando di tutto il popolo italiano, ma degli operatori sanitari che lavorano a contatto dei pazienti, ovvero **di una ristretta sottocategoria di lavoratori, nonché dell’unica misura sufficientemente affidabile allo scopo prefissato.** Un piccolo sacrificio per il singolo lavoratore e un po’ di lavoro aggiuntivo per le farmacie, **con un costo sicuramente sostenibile per lo Stato** (a fronte di una tutela così importante e della limitata consistenza numerica della categoria interessata) e in parte compensato dal risparmio sulle dosi di profarmaco non inoculate e sui compensi (commisurati alle dosi somministrate) non erogati ai vaccinatori.

Quanto invece alla sospensione dall’attività lavorativa, spiace essere costretti a ricordare ai prestigiosi componenti dell’Alta Corte il significato del lavoro nella nostra Costituzione, richiamando, da un lato, l’insegnamento di Costantino Mortati (per i non giuristi: uno dei più autorevoli componenti della Commissione dei 75, unanimemente ritenuto il più fedele interprete della Carta costituzionale, l’ineguagliato maestro, con i suoi eterni e insuperabili testi di diritto pubblico, di almeno 10 generazioni di studenti di giurisprudenza) e, dall’altro, la giurisprudenza della stessa Corte costituzionale, ma le tesi sviluppate nella motivazione della sentenza in commento costringono a farlo.

Il lavoro, com’è noto (e come dovrebbe esserlo ai giudici della Consulta), è **il mezzo che i padri costituenti individuarono per assolvere al principale compito della Repubblica, sancito nel secondo comma dell’art. 3 Cost. (il principio di eguaglianza sostanziale: “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”)**.

E’ un **diritto-dovere** (art. 4 Cost.) inderogabile, inviolabile, in quanto **valore fondante dell’ordinamento giuridico ed è perciò ricompreso tra i principi fondamentali della Costituzione.** Cioè quei principi dotati di una valenza superiore, poiché afferenti ai “valori supremi” che rappresentano **gli elementi identificativi irrinunciabili dell’ordinamento costituzionale, caratterizzanti il tipo di Stato che si è voluto costruire.**

In quanto tale ed in quanto **funzionale alla realizzazione dell'eguaglianza sostanziale e al pieno sviluppo della persona umana**, il lavoro è il **fondamento della Repubblica** (art. 1 Cost.).

Strettamente correlato è **il diritto di cui all'art. 36 Cost.**, perché un lavoro ben retribuito libera l'essere umano e la sua famiglia dal bisogno, gli conferisce dignità (personale e professionale), valore sociale, e la possibilità di partecipare attivamente all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Per questo è **dovere imperativo del legislatore promuovere le condizioni che rendano effettivo il diritto al lavoro** (art. 4 Cost.), legiferando in modo da **favorire** occasioni di lavoro.

L'esatto contrario di ciò che ha fatto con l'art. 4 D.L. 44/2021.

Nella Costituzione **il lavoro rappresenta dunque il valore sociale dell'uomo e il fondamento sociologico dello Stato** (C. Mortati, *Il lavoro nella Costituzione*, in *Il diritto del lavoro*, 1954, I, pp. 149-212).

E' **ciò che consente il "pieno sviluppo della persona umana"**. E' **"il fondamentale diritto di libertà"**, l'**"imprescindibile presidio della dignità umana"** (Corte Cost. 31 marzo 1994 n.108 e Corte Cost. n.41/1962).

E' il diritto/valore preminente, che non ammette sacrificio.

Non in quanto **"diritto tiranno"**, ma in quanto **diritto fondante l'ordinamento costituzionale repubblicano, attinente ai valori centrali della vita e della democrazia** (dignità e pieno sviluppo della persona umana, sostegno alimentare, libertà dal bisogno, eguaglianza sostanziale, partecipazione attiva alla vita del Paese), **espressione di un interesse politico preminente** (C. Mortati, *op. cit.*), come tale **inviolabile, irrinunciabile**, e perciò **non bilanciabile** con altri diritti di rango costituzionale.

Impedire **ad un soggetto sano** di lavorare significa **introdurre ostacoli al pieno sviluppo della sua persona** (art. 3, comma 2, Cost.), **negarne la dignità e la funzione sociale, ridurla allo stato di bisogno** (non solo alimentare), **impedirle di partecipare attivamente alla vita del Paese, violare il dovere imperativo di cui all'art. 4 Cost.** (così Trib. Brescia, ord. di rimess. alla Corte Cost. 07/05/2022, nella causa n.440-I/2022 R.G.).

Significa, quindi, anche **violare il limite imposto dal rispetto della persona umana** (art. 32, comma II, ultima frase, Cost.).

Il lavoro, per chi non dispone di ricchezze (ovvero per la stragrande maggioranza delle persone) e **intende vivere una vita libera e dignitosa, non è una scelta, ma una necessità vitale.**

L'alternativa, cinica e spietata, **"o ti vaccini o non lavori"** è **un'inammissibile coercizione che non lascia alcuna libertà di scelta e che** - riguardando farmaci soggetti al regime dell'autorizzazione condizionata (la cui normativa, come abbiamo visto, è collegata al dubbio sulla sicurezza e sull'efficacia del farmaco, essendo provvisorio e temporaneo il giudizio positivo sul rapporto rischi/benefici) e privando l'individuo del suo valore sociale, della sua dignità e del suo mezzo di sussistenza - **corre sull'insidiosa linea di confine che separa il lecito dall'illecito, rischiando di porre in discussione l'ordine sociale** (è intuitivo: chi viene privato della possibilità di vivere onestamente può essere indotto a delinquere) e **riducendo la democrazia ad un proclama formale, privo di contenuto sostanziale.**

Una legge che avesse voluto introdurre l'obbligo "vaccinale" rispettando gli art.li 1, 3 comma secondo, 4, 32 e 36 Cost. non avrebbe mai potuto sanzionarne l'inottemperanza con la sospensione, sia pure temporanea, dall'esercizio dell'attività professionale: **non in un paese civile che si proclama democratico, il cui ordine sociale è imperniato sul lavoro, cioè sul mezzo individuato dai Costituenti per realizzare la democrazia sul piano sostanziale, non solo dal punto di vista formale** (lo spiegò Lelio Basso, padre intellettuale del secondo comma dell'art. 3 Cost., in

Assemblea costituente, con un vibrante discorso che andrebbe ancora oggi riportato su tutti i testi di Diritto costituzionale).

I commi 1, 4 e 5 dell'art. 4 D.L. 44/2021 attualmente vigente - laddove prevedono tale sospensione - appaiono dunque palesemente viziati da illegittimità costituzionale, con riferimento agli art.li 1, 3 comma II, 4, 32 e 36 Cost., **a nulla rilevando**, per quanto sopra esposto (inviolabilità e irrinunciabilità del diritto al lavoro, caratterizzante il regime democratico-sociale repubblicano sino a costituirne il fondamento; dovere imperativo di cui all'art. 4 Cost.; rispetto della persona e della dignità umana), **la durata temporanea della sanzione** (cfr. Ord. Trib. Brescia precitata).

E, se è vero che il giudizio di costituzionalità della norma incriminata non ha potuto riferirsi ai suddetti parametri (art.li 1, 3 comma II, 4, 32 e 36 Cost.), è altrettanto vero che **la valutazione di proporzionalità della sospensione dall'attività lavorativa rispetto all'obiettivo prestabilito, alla luce del significato vitale** - per la libertà e la dignità della persona umana e per una Repubblica che si proclama democratica anche sul piano sostanziale (dandosi il compito di *“rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”*) - **che assume il lavoro nella nostra Costituzione, avrebbe dovuto condurre la Corte a tutt'altra decisione.**

Sul punto, **il ragionamento della Consulta è invece sconcertante**: la sospensione dall'attività lavorativa dipende dalla scelta di non “vaccinarsi” del lavoratore (e dalla conseguente responsabilità che quest'ultimo si assume disobbedendo all'imposizione di legge) ed è **una misura “calibrata”**, in termini di sacrificio dei diritti dell'operatore sanitario, **sia per la durata “predeterminata” e modificabile** in base all'andamento della situazione sanitaria (ma la modificabilità fa a pugni con la determinatezza: se una durata è modificabile non può essere determinata, cioè fissata con esattezza), **sia per l'intensità, poiché le conseguenze avrebbero potuto essere peggiori** (risoluzione del rapporto di lavoro anziché sospensione senza conseguenze disciplinari). Come dire: la legge mi vieta di transitare con la macchina in un'area pedonale, però posso scegliere se adempiere o sottrarmi al divieto, transitando ugualmente sulla stessa area. Se per questo la legge mi condanna a dieci anni di reclusione, la sanzione è giustificata dal mio comportamento disubbidiente. **Anche in questo caso la durata del sacrificio del mio diritto alla libertà personale è “predeterminata” (dieci anni) e le conseguenze potrebbero essere peggiori** (ad esempio l'ergastolo, invece dei dieci anni di reclusione). **Ergo, dieci anni di reclusione per la violazione di un divieto di transito sono proporzionati allo scopo del divieto.** Questa è il concetto di *“proporzionalità”*, questa è la logica che ha ispirato lo scempio argomentativo della Consulta: **si può privare un essere umano della sua dignità, riducendolo in uno stato di bisogno** (ben pochi possono permettersi di non lavorare per un anno o per un tempo addirittura maggiore, magari perdendo, nel caso di un libero professionista, tutti i pazienti che costituiscono l'avviamento della sua attività professionale) **ed escludendolo dalla partecipazione attiva alla vita democratica del Paese, per un atto di cui la legge stessa esclude la rilevanza penale, civile e disciplinare.** Prescindendo, oltretutto, dal preminente valore che il lavoro (e il relativo diritto-dovere) assume nel nostro ordinamento costituzionale. Nel nostro ordinamento, **non in quello delle altre nazioni menzionate dalla Corte**, le cui decisioni si conformano (ammesso e non concesso che si conformino) ai rispettivi ordinamenti costituzionali, i quali non pongono il lavoro a fondamento sociologico dello Stato.

*

Il giudizio di costituzionalità dell'obbligo “vaccinale”, con riferimento al parametro dell'art. 32 Cost., si conclude con alcune affermazioni della Consulta circa la supposta inutilità di misure di *“mitigazione”* e di *“precauzione”* accompagnanti l'imposizione di legge. Affermazioni che si sviluppano in totale coerenza con il mondo fantastico (ma antitetico al mondo reale) della Corte

costituzionale. Trattandosi di questioni secondarie, o addirittura marginali, rispetto a tutte quelle che abbiamo già trattato, ritengo superfluo soffermarmi sulle stesse.

Sulla base delle motivazioni esaminate, **la Corte dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale** dell'art. 4, commi 1 e 2, D.L. 44/2021, **con riferimento all'art. 32 Cost.**, *“nella parte in cui prevede, da un lato, l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento dello stesso, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie”*.

Resta quindi impregiudicata, come si è detto all'inizio del presente lavoro, la stessa questione di costituzionalità con riferimento a tutti i parametri differenti dall'art. 32 Cost.

5) La “possibilità di scegliere” e il “libero” consenso obtorto collo

Le altre questioni di legittimità costituzionale, con riferimento agli art.li 3 e 21 Cost., investivano l'art. 1 della L. n.219 del 2017, “nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione della sottoscrizione del consenso informato nelle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori”, e l'art. 4 del D.L. n.44 del 2021, come convertito, “nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria”.

In poche righe, **la Corte risolve le questioni** (dopo aver premesso alcune ovvie considerazioni sul fondamento giuridico del consenso, sulla necessità che esso debba “essere libero e consapevole” e sul fatto che “nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”, così come dispone l'art. 1 della L. 219/2017) **affermando:**

- che **“la natura obbligatoria del vaccino in esame non esclude la necessità di raccogliere il consenso informato, che viene meno solo nei casi espressamente previsti dalla legge, come disposto dal comma 1 dell'art. 1 della citata legge n.219 del 2017”;**
- che **“l'obbligatorietà del vaccino lascia comunque al singolo la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi all'obbligo, assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge”;**
- che, **ove invece il singolo adempia all'obbligo, “il consenso, pur a fronte dell'obbligo, è rivolto, proprio nel rispetto dell'intangibilità della persona, ad autorizzare la materiale inoculazione del vaccino”.**

Per tali motivi, la Consulta dichiara non fondate le premesse questioni.

Sulla prima affermazione, ovviamente, **si concorda**, poiché l'art. 4 del D.L. 44/2021 (per nostra fortuna) **non prevede “espressamente” che l'atto “vaccinale” possa effettuarsi senza il consenso, liberamente espresso, della persona interessata.**

La seconda affermazione, così di primo acchito, **richiama alla mente il giuramento di fedeltà al fascismo, introdotto con il R.D. n.1227 del 28 agosto 1931**, il quale prevedeva che i professori di ruolo e i professori incaricati nei Regi istituti d'istruzione superiore **pronunciassero “volontariamente” un giuramento di adesione al regime**, sottoscrivendo il relativo verbale di giuramento. **Chi si fosse rifiutato di giurare sarebbe stato dispensato dal servizio**, senza diritto alla liquidazione né alla pensione (https://www.treccani.it/enciclopedia/il-giuramento-del-1931_%28Enciclopedia-della-Matematica%29/).

L'obbligatorietà del giuramento lasciava dunque al singolo docente *“la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi all'obbligo, assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge”*. Solo una quindicina su oltre 1.200 furono i docenti universitari

che scelsero di non prestare giuramento di fedeltà al fascismo, venendo così dispensati dal servizio ed emarginati.

I docenti avevano allora la *“possibilità di scegliere”* se pronunciare o meno il suddetto giuramento così come, in vigore dell’obbligo di cui all’art. 4 D.L. 44/2021, gli operatori sanitari avevano la *“possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi”* all’imposizione “vaccinale”. In entrambi i casi **non vi era alcuna possibilità di scelta per coloro (quasi tutti) che non potevano permettersi di non lavorare.**

Non v’è alcuna libertà di scelta in un atto necessitato da un’inammissibile quanto vergognoso ricatto (*“se non giuri, non lavori”*; *“se non ti vaccini, non lavori”* e perdi pure i tuoi pazienti, se sei un libero professionista). Con l’aggravante che, nel caso dell’art. 4 D.L. 44/2021, i sanitari, per poter lavorare, erano costretti a subire un trattamento sanitario invasivo a cui non si sarebbero mai sottoposti in assenza di ricatto. I docenti, invece, nel caso del giuramento di fedeltà, se la sarebbero tranquillamente cavata giurando con riserva mentale.

Ciò che evidentemente è sfuggito alla Corte è che la *“**possibilità di scegliere**”* (**cioè la libertà di scelta**), **non è compatibile con qualsiasi pressione psicologica esterna** (come il ricatto della sospensione dall’attività lavorativa) **che condizioni la scelta, rendendola necessitata**. Tra chi è disposto a farsi “vaccinare” e chi non lo è (a qualsiasi costo), esiste **una terza categoria a cui appartengono tutti coloro che non vorrebbero farsi “vaccinare”, ma che non possono permetterselo per ragioni economiche** (non essendo essi in grado di restare parecchi mesi senza lavorare, rischiando altresì di perdere l’avviamento professionale nel caso dei liberi professionisti). **A costoro** (e sono quasi tutti gli appartenenti alla terza categoria) la *“possibilità di scegliere”* - e, quindi, la libertà di scelta - è **preclusa dal ricatto lavorativo**.

Il consenso da loro espresso per sottoporsi all’inoculo del profarmaco non è quindi “libero”, non essendovi libertà in un atto che si è costretti a sottoscrivere per poter esercitare un diritto inviolabile qual è il lavoro. Con la conseguente **nullità del medesimo consenso** (un consenso non libero è nullo, come se non fosse mai stato espresso) e **con l’art. 4 D.L. 44/2021 che si pone in chiara tensione con gli art.li 2, 3, 4, 13, 21, 32 e 36 Cost. nella parte in cui, prevedendo la sospensione dall’attività lavorativa per gli operatori sanitari renitenti alla “vaccinazione”, non solo li costringe, per poter esercitare il diritto inviolabile al lavoro, ad assoggettarsi fisicamente a un trattamento sanitario non voluto e non rispettoso della persona umana, ma anche a sottoscrivere una dichiarazione di consenso ideologicamente falsa, in quanto non espressa liberamente.** Una dichiarazione, oltretutto, **destinata a valere come documento probatorio, contrario agli interessi del sottoscrittore**, in un futuro giudizio penale e/o civile per gli eventuali danni da reazione o effetti avversi al “vaccino”.

Purtroppo, però, la questione di costituzionalità non è stata posta in questi termini, ma solo con riferimento all’art. 3 (sotto il profilo della ragionevolezza) e **all’art.21** (*“diritto alla libera manifestazione del pensiero, che ricomprende il diritto a esprimere il proprio dissenso”*) **della Costituzione.**

La qual cosa ha agevolato il compito della Consulta, che sulla questione di costituzionalità sottoposta (così come a lei sottoposta) **non avrebbe potuto decidere diversamente**: da un lato l’art. 1 della L. n.219 del 2017 prevede espressamente l’esclusione della sottoscrizione del consenso informato nelle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, dall’altro lato, è proprio la dedotta incostituzionalità dell’art. 4 del D.L. n.44 del 2021 *“nella parte in cui non esclude l’onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria”* ad imporre alla Corte di affermare (giustamente) che **al singolo, nonostante l’obbligo, non è precluso il dissenso** (*n.d.r.*: sempre che se lo possa permettere economicamente) e che, **per il rispetto dovuto all’intangibilità della persona** (*n.d.r.*: *ex art. 32, comma II, ultima frase, Cost.*), **il**

consenso è necessario per autorizzare la materiale inoculazione del profarmaco anche nel caso di un trattamento sanitario obbligatorio che non possa disporsi coattivamente (come invece è possibile nelle ipotesi previste dagli art.li 33, 34 e 35 della L. 833/1978, cioè nei confronti di persone affette da malattia mentale e, quindi, non in grado di assentire o dissentire al trattamento). **Ovvero nel caso in cui l'imposizione normativa che non sia ottemperabile coattivamente** - come abbiamo detto alla fine del primo paragrafo di questo scritto - **può solo modulare la risposta dell'ordinamento al dissenso comunque opposto dal paziente, spostando il problema dall'obbligo alla sanzione comminabile in caso di inottemperanza all'obbligo stesso. Cioè all'individuazione di una sanzione che sia compatibile con gli altri valori e diritti di rilevanza costituzionale e proporzionata al tipo di illecito derivante dall'inadempimento. Con sicura esclusione, per tutte le ragioni esposte nel presente lavoro, della sospensione dall'attività lavorativa.**

6) Considerazioni conclusive

Per tutto quanto si è detto, la sentenza in commento è riuscita ad assolvere all'arduo compito di scrivere una delle peggiori pagine della giurisprudenza costituzionale italiana. Per arrivare a tanto è facile supporre che i giudici della Consulta, o quanto meno quelli di nomina politica, **si siano lasciati influenzare da forti pressioni esterne**, non solo governative, **tese aprioristicamente a difendere l'operato dell'esecutivo** e che la loro decisione sia stata pertanto condizionata da precomprensione della realtà fattuale. Ciò dimostra, ancora una volta, che **il sistema di nomina dei componenti della Corte costituzionale** (espressi per un terzo dal Parlamento, per un terzo dal Presidente della Repubblica e per il rimanente terzo dalle magistrature superiori ordinarie e amministrative), **sul quale inevitabilmente si riflette il gravissimo deficit democratico del sistema politico** (ormai ridotto a mero e fedele esecutore della cosiddetta "Agenda 2030"), **non sia più in grado**, ammesso che lo fosse in passato, **di garantire un'effettiva indipendenza della stessa Corte**. Si tratta di un problema molto grave, che espone la nostra Carta costituzionale e il modello di democrazia sociale da essa accolto alla feroce e sempre più evidente aggressione del sistema di potere sovranazionale e plutocratico che ormai orienta e controlla le politiche nazionali e che persegue obiettivi del tutto antitetici a quelli prefissati dalla nostra Costituzione.

(*) Avvocato, in pensione di anzianità dal 1 ottobre 2019. E' stato legale fiduciario di primarie compagnie di assicurazione e della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia (dall'anno 2002), maturando una profonda esperienza in materia di responsabilità civile. Studioso di diritto costituzionale e dei trattati europei. Negli anni '90 ha pubblicato articoli in materia di responsabilità civile e danni alla persona sulla rivista "Giurisprudenza di merito" della Giuffrè Ed. Dal 2013 ha scritto numerosi articoli e tenuto conferenze sull'incompatibilità tra la Costituzione repubblicana del 1948 ed i trattati europei. Nel 2015 ha organizzato un corso di aggiornamento valido per la formazione professionale continua degli avvocati accreditato dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Pavia ed ha svolto la relazione conclusiva dal titolo "L'illegittimità costituzionale delle cessioni di sovranità".

