

Orizzonte48 – 2021

SUGGERIMENTI "PANSALUTISTICHE: TRA NEGAZIONE DELLA COSTITUZIONE E SUE INTERPRETAZIONI PATAFISICHE. CATTIVI PRESAGI

Pubblichiamo questo importante post di Francesco Maimone, prima parte di un approfondimento che appare importante e necessario in questo peculiare momento storico.

"... se gli uomini dei Paesi occidentali non vogliono trovarsi un giorno in una di quelle mostruose società descritte nei romanzi avveniristici, ... società d'insetti specializzati, gerarchizzati e indifferenti, bisogna che procedano ad un vasto rinnovamento della loro concezione e della loro pratica della democrazia"

[L. BASSO, citando P. Mendès France]

1. L'"emergenza" Covid-19 ha innescato la prevedibile propaganda *pro* vaccini più di quanto non sia avvenuto per l'adozione del "Decreto Lorenzin" (D.L. 7 giugno 2017 n. 73, convertito in L. 31 luglio 2017, n. 119). E poiché ci è stato detto che "*Lascienza non è democratica*" (**qui, p.6**), gli esperti di turno si stanno cimentando nel perfezionamento della loro comunicazione da consegnare di volta in volta alla grancassa mediatica, esternando viepiù con precisione anche i metodi che secondo loro andrebbero utilizzati contro i riottosi "*negazionisti no-vax*" che osassero soltanto pensare di rifiutare l'iniezione. A tale riguardo, taluno ha voluto farci sapere, con piglio arcigno e senza pregiudizi, che "... **Quelli che lavorano contro i vaccini, quelli dovranno essere zittiti, non bisognerà nemmeno dargli il diritto di parola, da nessuna parte...davvero questa volta non scherziamo più**"; qualcun altro, in stile altrettanto pacato e liberale, ha invece affermato: "... **lo penso che lo Stato prima o poi dovrà prendere per il collo alcune persone per farle vaccinare**".

2. Ora, poiché non consta che l'art. 21 Cost. sia stato formalmente abrogato, si tenterà in questa sede di svolgere alcune analisi ragionate sul tema. La volontà dell'intervento trae origine dalla estrema confusione terminologica e concettuale (sotto il profilo giuridico-costituzionale) riscontrata in molti "pseudo addetti ai lavori" nonché anche dalle inquietanti dichiarazioni sopra riportate (figlie, ad essere benevoli, di altrettanta confusione mentale e di dimenticanza storica).

2.1. Per non "appesantire" eccessivamente il discorso, si è preferito suddividere l'intervento in due parti, sperando di fare cosa gradita al lettore: la prima, in una visione *de iure condito*, sarà dedicata al concetto di **trattamenti sanitari obbligatori** (TSO) ed all'articolato sistema di garanzie costituzionali che ne dovrebbero condizionare l'introduzione, prendendo introduttivamente le mosse dalla definizione del concetto di "**salute**" nell'attuale Ordinamento. Nella seconda parte, proprio alla luce di dette precisazioni concettuali, ci si soffermerà su una breve analisi controfattuale rivolta all'azione istituzionale come dispiegatasi nei mesi passati, per poi – in prospettiva futura e *de iure condendo* – cercare di capire quali potrebbero essere gli spazi di intervento del legislatore qualora optasse per la scelta di un trattamento sanitario imposto. Il tutto alla luce dei dati ufficiali sull'epidemia che sono

disposizione a quasi un anno della dichiarazione di emergenza, delle acquisizioni scientifiche (per nienti unanimi né pacifiche) e delle elaborazioni dottrinali e giurisprudenziali.

3. Orbene, se il concetto di “salute dell’uomo” è intuibile in modo diffuso e secondo una comune esperienza, altrettanto non può dirsi allorché si tenti di darne una precisa definizione.

Prevale tuttavia, soprattutto oggi, una definizione asetticamente naturalistica di salute alla quale sembra fare da identico contraltare il suo opposto, ovvero il concetto di malattia. E così la persona in salute sarebbe quella i cui parametri biologici possono definirsi “normali” rispetto ad un prototipo ideale di tipo statistico. Ciò è da imputare al fatto che “... *nel corso del processo di civilizzazione si è andato affermando una **nozione scientifico-razionale di salute come bene a sé stante, sicché alla classe medica viene oggi riconosciuto il diritto di definire autonomamente l’oggetto della propria attività** nonché le procedure e gli standard di applicazione...*” [così C. D’ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, in *Enc. dir.*, Milano 2001, 1012].

3.1. Per questa ragione la dottrina appena citata ci avverte come la predetta definizione di salute risulti del tutto insoddisfacente **SUB SPECIE IURIS**, poiché il termine andrebbe definito non solo in senso negativo come assenza di malattia, bensì “... *nel senso positivo di **benessere biologico e psichico dell’uomo...***” [C. MENGONI, *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell’uomo*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, Milano, 1982, 1128].

D’altronde, proprio secondo **l’Atto di costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità**, la salute corrisponde ad “**Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità**” [“... *il diritto in questione ha ad oggetto non solo la salute fisica, **ma anche quella mentale**. Nella Costituzione, infatti, **la persona umana viene sicuramente intesa come qualcosa di assolutamente unico e non separabile, composto di corpo e mente...***” così M. LUCIANI, *Salute. I) Diritto alla salute - Diritto costituzionale*, in *Enc. giur.*, Roma, 1991, 5; in giurisprudenza, cfr. Corte Cost., sent. n. 27/1975; Corte Cost. n. 161/1985 e Cass. Civ., Sez. Un., n. 5172/1979].

3.2. Dal **punto di vista giuridico** il concetto di “salute” si arricchisce in tal modo di ulteriori connotati riguardanti rapporti relazionali e sociali che travalicano la mera dimensione medica dell’integrità fisica, “... **coinvolgendo** (piuttosto) **anche capacità logiche, affettive e relazionali** ...” [C. D’ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, *cit.*, 1013; si veda in tal senso anche ROMBOLI, *Delle persone fisiche. Art. 5*, in *Comm. Scialoja e Branca*, Bologna-Roma, 1988, 235 ss.], sussistendo una evidente interconnessione tra il più ampio bene “salute” ed altri interessi non meno importanti della persona. Tale precisazione, pertanto, non può autorizzare affermazioni che finiscano per dissolvere gli altri interessi e valori della persona che ineriscono alla salute nell’asciutta tutela dell’integrità fisica, trovando infatti quel coacervo di interessi - stante la loro sostanziale autonomia giuridica - dovuta ed adeguata protezione, non di rado essendo gli stessi coincidenti con altrettanti diritti fondamentali.

3.3 La dottrina pressoché unanime accorda perciò alla salute "... **un ambito operativo più ampio** (rispetto alla mera integrità fisica). *L'integrità fisica è considerata valore statico ... da proteggere e da salvaguardare; un prototipo caratterizzato dall'assenza di fisiche menomazioni, suscettibile solamente di conservazione. **La salute, invece, appare valore dinamico**: ha contenuto relativo, variabile in funzione della concreta condizione del singolo soggetto, ma **anche del grado di sviluppo della società** è quindi in continua trasformazione e può costituire oggetto di una tutela non solo protettiva, ma anche promozionale ed accrescitiva...*" [C. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, cit., 1016].

3.4. **Che integrità fisica e salute non siano concetti coincidenti, ma in alcuni casi addirittura confliggenti**, emerge proprio dall'evoluzione sociale, la quale che ha portato in evidenza una pluralità di interessi riguardanti la persona umana.

In molti casi, spesso tipizzati anche legislativamente, gli interessi messi in discussione **riguardano più in generale la realizzazione della personalità e non propriamente la tutela dell'integrità fisica che, anzi, può subire addirittura un pregiudizio**. Si pensi ai trattamenti sanitari (volontari) inerenti la donazione di organi fra persone viventi, alla liceità dell'intervento chirurgico diretto alla demolizione del sesso originario al fine di adeguare i caratteri somatici al "sesso psichico", o agli interventi di chirurgia estetica, ai quali è estranea la salvaguardia dell'integrità fisica a costo di significative menomazioni, rilavando piuttosto l'ottimizzazione delle capacità relazionali e la rimozione del "conflitto psicologico" fra il soggetto ed il proprio corpo.

In sostanza, "... **l'alterazione dell'integrità fisica si giustifica non solo per finalità terapeutiche, ma anche quando per il suo tramite possono trovare realizzazione istanze psicologiche e morali, afferenti alla sfera superiore dell'uomo...**" [così ancora C. D'ARRIGO, *Integrità fisica*, in *Enc. dir.*, Milano, 2000, 724 ss.]

3.5. Gli interessi giuridicamente rilevanti sottesi alle fattispecie sopra elencate dovrebbero quindi convincere sulla "... *inesattezza della prospettiva che rimanda ad un unico ed indistinto diritto all'integrità fisica. Si assiste, piuttosto, alla "frantumazione" giuridica del concetto....Ciò che dapprima...appariva un valore unico e compatto...rivela ad un più attento esame una pluralità di sfaccettature che ne denuncia l'irriducibilità ad unum ...* **Infatti, L'INTEGRITÀ FISICA È TUTELATA NELLA SUA GLOBALITÀ** e quindi con riferimento alla sfera **spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva** e ad ogni ambito e **MODO IN CUI IL SOGGETTO SVOLGE LA SUA PERSONALITÀ, E CIOÈ A TUTTE LE ATTIVITÀ REALIZZATRICI DELLA PERSONA UMANA...**" [C. D'ARRIGO, *Integrità fisica*, cit., 723 ss.].

La salute, come diritto sociale fondamentale, si presenta come un corollario dell'art. 3, comma II, Cost. [si veda B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, I, 1983, 23] e "... *l'espressione "diritto alla salute" deve considerarsi formula sintetica con la quale si esprime* **LA GARANZIA DI SITUAZIONI SOGGETTIVE ASSAI DIFFERENZIATE TRA LORO...**" [così M. LUCIANI, *Salute.*, cit.].

C. Mortati, negli anni '60, aveva già posto in rilievo il legame tra l'art. 32 Cost. e gli altri principi fondamentali, legame all'interno del quale è inscritta il sommo compito dello Stato repubblicano volto alla "... **protezione e sviluppo della personalità dei singoli, non solo nel senso negativo della sua preservazione da ogni attentato da parte di altri, ma in quello positivo dell'esigenza di predisporre le condizioni favorevoli al suo pieno svolgimento...**" [C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. inf. mal. prof.*, 1961, I, 1 ora in, *Problemi di diritto pubblico nell'attuale esperienza costituzionale repubblicana*, III, Milano, 1972, 435].

3.6. L'art. 32 Cost. è di certo posto a garanzia dell'esigenza generalissima di ogni individuo di tutelare la propria integrità fisica, **ma non esaurisce la tutela di tutti gli altri interessi legati alla sfera vitale/corporale dell'uomo** che trovano copertura in altri principi fondamentali, per esempio nella clausola generale di cui all'art. 2 Cost. (tutela generale della personalità e dei diritti inviolabili dell'uomo), dell'art. 3, comma I (tutela dell'uguaglianza e della dignità) e dell'art. 13 (tutela della libertà personale).

Se ne ricava che la salute concorre necessariamente con altri e non meno importanti valori/interessi connessi alla sfera della vita personale. **Ed essi potrebbero risultare anche "... incompatibil(i) con una tutela assoluta della salute.** (ragione per cui) **ALLA SALUTE NON PUÒ ASSEGNARSI UNA POSIZIONE DI POZIORITÀ ASSOLUTA...** quindi **se le scelte suscettibili di porre a repentaglio la salute individuale rispondono a valori costituzionali garantiti, la soluzione dovrà essere ricercata con giudizio di BILANCIAMENTO STORICO E CIRCOSTANZIATO. VANNO INVECE RIFIUTATE LE SUGGERZIONI "PANSALUTISTICHE" per le quali si finisce con l'anteporre la tutela della salute a qualsiasi altro valore che in concreto risulti (anche solo parzialmente) incompatibile...** [così C. D'ARRIGO, *Salute, cit.*, 1018].

4. Con riguardo specifico, invece, ai trattamenti sanitari, è opportuno soffermarsi ancora su alcune definizioni e classificazioni teorico-concettuali. Secondo la dottrina maggioritaria, per "**trattamento**" (sanitario) deve innanzi tutto intendersi in modo onnicomprensivo **ogni genere di attività dal carattere diagnostico e terapeutico volta a prevenire e curare le malattie** [così, per tutti, F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione*, in *Diritto e Società*, 1982, 303; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, 30-31].

4.1. Nell'ambito dei trattamenti sanitari così intesi viene operata la *summa divisio* in base alla loro **volontarietà** (che costituisce **la regola**, come si evince dall'art. 33, comma I, L. n. 833/1978 ove è previsto che "*Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari*"; in tal senso F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari*, cit., 308; in giurisprudenza, *ex plurimis*, Cass. Civ. 15 gennaio 1997 n. 364] o **obbligatorietà** (che costituisce **l'eccezione**, ai sensi del citato art. 33, comma II, secondo cui "*Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione...*").

4.2. Nella prima categoria rientrano – come accennato - le complesse problematiche dell'aborto, della sterilizzazione, dell'inseminazione artificiale, del prelievo e trapianto di organi e del mutamento del sesso. La seconda categoria invece ricade tutta nell'alveo del citato art. 32 Cost. ed è regolamentata in via generale dalle Leggi nn. 180 e 833 del 1978, oltre che da altre disposizioni di settore [sull'argomento, si veda L. MEZZETTI, A. ZAMA, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in *Digesto delle disc. pubbl.*, Torino 1999, 336 ss.].

4.3. E' poi distinta dalla dottrina una terza categoria, ovvero quella dei **trattamenti sanitari "coattivi"**, caratterizzata da limiti aggiuntivi rispetto a quelli previsti per i trattamenti obbligatori. Ed infatti, mentre questi ultimi "... riguardano i casi in cui è sancito soltanto il vincolo di effettuare il trattamento, [invece i trattamenti coattivi] concernono le evenienze in cui questo è imposto anche contro la volontà del paziente. I primi sono disciplinati dall'art. 32, 2° co. Cost....; i secondi, che incidono direttamente sulla libertà personale, sono sottoposti alle garanzie dell'art. 13 Cost.: il che significa...riserva di legge assoluta, **intervento motivato dell'autorità giudiziaria** (c.d. riserva di giurisdizione), conseguente **esclusione della competenza regionale ed inammissibilità di ordinanze di necessità...**" [così M. PORTIGLIATTI BARBOS, *Trattamenti sanitari obbligatori*, *Digesto delle disc. penal.*, Torino, 1999, 339].

4.4. Secondo la dottrina maggioritaria, pertanto, l'art. 13 Cost. contiene norme "... applicabili a tutte le forme di limitazione della libertà personale in senso stretto (cioè a tutte le "misure coercitive")... **sicché l'art. 32 non potrebbe mai considerarsi norma speciale da applicare a preferenza di quella generale ex art. 13...**" [così M. LUCIANI, *Salute.*, cit., 10; in giurisprudenza, ex plurimis, Corte Cost. n. 54/1986 e n. 471/1990]. Viene così "... a configurarsi un profilo di tutela della salute individuale qualificabile [oltre che diritto sociale, o libertà positiva, anche] in termini di **libertà negativa...**" [così C. D'ARRIGO, *Salute*, cit., 1028].

4.5. Due sono in sintesi le modalità attraverso le quali è possibile imporre ad una persona un trattamento sanitario: I) **prevedendo sanzioni** nei confronti di chi non ottemperi all'obbligo (può trattarsi di sanzioni *dirette*, aventi di solito natura pecuniaria, oppure *indirette*, per le quali l'adempimento dell'obbligo è posto come condizione per l'esercizio di diritti e facoltà); II) **prevedendo l'uso della forza**, che ha come scopo di sottoporre la persona al trattamento sanitario.

I **trattamenti sanitari "obbligatori"**, in ogni caso, **NON coincidono in senso stretto con quelli "coattivi"** [cfr. Corte Cost. sent. n. 132/1992], quest'ultimi differenziandosi dai primi dal punto di vista qualitativo, "... anche se le sanzioni imposte a chi si rifiuta di sottoporsi a un trattamento sanitario obbligatorio possono essere talora così incisive da comportare la sostanziale vanificazione della possibilità di scelta..." potendosi risolvere in una forma sostanziale di coercizione [così M. LUCIANI, *Salute.*, cit., 11. Se ne parlerà nella II^a Parte].

5. Detto ciò, e con riferimento alle pregnanti condizioni che devono essere rispettate perché possa predicarsi la legittimità di un TSO come le vaccinazioni e per comprendere appieno il capoverso dell'art. 32 Cost., è necessario coordinare

quest'ultimo con il I comma, ove è previsto che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...”*. Un coordinamento che, nella interpretazione *mainstream*, pare non godere della dovuta attenzione e che sta **determinando cortocircuiti palesemente anacronostici quanto ad una presunta ed indiscriminata prevalenza della dimensione collettiva della salute su quella individuale.**

5.1. La grande attenzione per la dimensione individuale del diritto alla salute contenuto in varie pronunce della giurisprudenza e nelle elaborazioni dottrinali è giustificata, al contrario, dall'esigenza di adeguare tale diritto al nuovo contesto introdotto dalla Costituzione repubblicana, superandone la lettura in chiave rigorosamente pubblicistica. La dottrina ha il merito di aver tratteggiato in modo esauriente lo sviluppo storico della concezione del diritto alla salute e che di seguito viene riportato in modo estremamente succinto.

5.1.2. La prima idea - tipica del periodo liberale – è stata *“... declinata in termini pubblicistici come sanità pubblica (vigilanza igienica e sicurezza pubblica), strumentale agli interessi dello Stato. A questa visione facevano da corollario l'attribuzione delle competenze in materia sanitaria al Ministero degli interni in un ottica di controllo dell'ordine pubblico e l'equivalenza tra salute/assenza di malattia, intesa quest'ultima come processo morboso patologico in atto...”* [così S. ROSSI, *Salute mentale e dignità della persona: profili di un dialogo costituzionale*, Secondo seminario annuale del “Gruppo di Pisa” *Lo studio delle fonti del diritto e dei diritti fondamentali in alcune ricerche dottorali*, Università di Roma Tre, 20 settembre 2013, 7].

5.1.3. E' seguita una declinazione del diritto alla salute, appannaggio del periodo fascista, riassunta nell'adozione dell'art. 5 Cod. Civ., e basata su una *“... concezione della persona strumentale e subordinata agli interessi superiori dello Stato, cui è dovuto il sacrificio delle istanze soggettive di libertà; si tratta di una concezione che vede la persona umana essenzialmente come valore funzionalizzato, da tutelare e perciò da mantenere 'integra' non per sé, ma in funzione della potenza dello Stato: una linea ideologica che vede nell'uomo il guerriero e il produttore e nella donna la produttrice della specie...”* [così B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società*, 1983, I, 45].

5.1.4. Il mutamento significativo di paradigma, però, è avvenuto proprio con l'entrata in vigore della Costituzione del '48, la quale ha collocato al centro dell'Ordinamento la persona umana come soggetto relazionale, con le sue plurime necessità materiali e spirituali, condizionate da circostanze storiche e socio-economiche e che il nuovo Stato si è assunto il compito irrinunciabile di proteggere e sviluppare (art. 3, comma II, Cost.). In un tale rinnovato contesto, quindi, **non era (e non è) più possibile considerare il diritto alla salute come un interesse rilevante per la sola sfera pubblica o, peggio, meramente soggetto a quest'ultima.**

Su tale constatazione, d'altronde, si è espressa la Consulta la quale ha espressamente definito il diritto alla salute "... non solo come interesse della collettività, ma anche **E SOPRATTUTTO** come diritto fondamentale dell'individuo (che) si configura come un diritto **primario e assoluto** [così Corte Cost. sent. n. 88/1979; sent. n. 356/1991]. E la giustificazione interpretativa di un tale assunto, tra le altre, non può prescindere certamente da quella letterale: "... **La lettera del primo comma dell'art. 32 Cost. ... non a caso FA PRECEDERE IL FONDAMENTALE DIRITTO DELLA PERSONA UMANA alla salute all'interesse della collettività alla medesima...**" [così Corte Cost. sent. n. 184/1986].

5.2. Quanto detto serve a dimostrare che qualunque ragionamento in materia di TSO non può oggi fare a meno, alla base, di considerare che **non esiste alcun rapporto di subordinazione gerarchica del "lato interno" (individuale) rispetto a quello "esterno" (interesse della collettività) del diritto alla salute.**

Il diritto fondamentale dell'individuo alla salute come tratteggiato nei precedenti paragrafi ed il corrispondente interesse della collettività (come due lati di una stessa medaglia) godono quantomeno di **pari dignità costituzionale**, se non addirittura con rapporto di prevalenza del primo sul secondo [si segnala che nella giurisprudenza di legittimità è acquisito non solo il principio secondo cui il diritto individuale alla salute, protetto dall'art. 32 Cost., è efficace sia nell'ambito dei rapporti privati sia in quelli tra il singolo e i poteri pubblici, ma anche quello per cui la protezione di **tale diritto non recede nemmeno innanzi all'azione pubblica, anche quando questa in materia sanitaria sia diretta a realizzare l'interesse della collettività**, cfr. Cass. Civ., Sez. Un. sent. n. 796/1973; Cass. civ., Sez. Un., sent. n. 5172/1979].

5.3. E' pertanto controvertibile l'opinione di chi sostiene che l'art. 32 Cost. contenga "... **due principi. PRIMA sancisce quello di protezione della salute di tutti; POI prevede la libertà di scelta e di rifiuto della terapia...**", tanto più se tale presunta priorità da accordare all'interesse collettivo venga anche abbinata ad una generica *doverosità* in capo ai singoli di sottoporsi al trattamento vaccinale (un non meglio specificato "**dovere di vaccinarsi**"). Sebbene non sia possibile per ragioni di spazio esaminare in questa sede il tema generale dei doveri costituzionali, l'occasione è tuttavia propizia per svolgere alcuni chiarimenti in proposito.

5.3.1. Nell'ambito del diritto alla salute, ed in particolare dei TSO, infatti, **non sembra pertinente invocare il principio costituzionale di solidarietà sociale per giustificare l'imposizione generalizzata di doveri individuali**; non si ignora il fatto che lo stesso C. Mortati abbia sostenuto esistere una "... *correlazione, desumibile dall'art. 2 Cost., fra "diritti inviolabili" e "doveri inderogabili..."* " (a diritti corrispondono anche doveri). L'illustre Maestro, però, ha voluto anche precisare "... **come debba evitarsi di conferire alla medesima carattere di assolutezza, ESTENDENDO LA CATEGORIA DELLA DOVEROSITÀ OLTRE OGNI LIMITE. Se così non si facesse verrebbero ad introdursi remore tali al godimento dei diritti da svuotarli di quell'autonomia da cui traggono la loro caratteristica...**" [C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, I, Padova, 1969, 175; la stessa cautela

l'Autore ha espresso, in particolare, in relazione al dovere di fedeltà ex art. 54 Cost. "come fonte diretta di limitazioni alle situazioni di vantaggio dei cittadini", in *Istituzioni, cit.*, II, 887].

Ben si comprende, allora, come l'espansione del principio solidaristico sia vista con estrema cautela dalla dottrina nettamente maggioritaria consapevole che, **se venisse operata una indiscriminata estensione dei doveri costituzionali, si correrebbe il rischio di legittimare una sospensione dei diritti** [si veda, per tutti, G. M. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, 1967, 360 ss.].

5.3.2. La dottrina citata, più specificamente, criticando la proposta interpretativa di chi ritiene che il catalogo dei doveri sia aperto esattamente quanto quello dei diritti, ha sostenuto che tale tesi metterebbe a repentaglio il confine tra clausola di doverosità e clausola di libertà, senza approdare "... ad una sorta di funzionalizzazione immanente dei diritti, perché con questo ci si limiterebbe ad aprire **uno spazio "conformativo" al legislatore, risolvendo la doverosità in una apertura tendenzialmente illimitata al potere discrezionale del detentore momentaneo della maggioranza.**

Da un'attribuzione di competenza si passerebbe insensibilmente ad una **frustrazione dello spazio di garanzia che la Costituzione, invece, dovrebbe rappresentare, e da un fondamento di legittimità collegato al modo d'essere dell'obbligo politico, ci si ridurrebbe a mera legalità. La clausola di doverosità renderebbe operanti a vuoto (leerlaufende) i diritti che la Costituzione, enunciandoli, vorrebbe, invece, garantire...** [G. LOMBARDI, *Doveri pubblici (diritto costituzionale)*, in *Enc. dir.*, Milano, 2002, 360].

5.3.3. L'opzione per la limitata ampiezza della formula contenuta nell'art. 2 Cost. ("adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale") conseguirebbe perciò da una istanza garantistica che, **mentre ammette l'estensione tendenzialmente illimitata del catalogo dei diritti (aggiungiamo: purché siano funzionali al "pieno sviluppo della persona umana"), reclama invece assoluta certezza per ciò che concerne la prestazione di doverosità "... determinabile soltanto in relazione alla puntuale individuazione di specifici e tassativi doveri ... La conseguenza è dunque che i doveri riconosciuti nella Costituzione sono quelli di cui agli art. 4, 30, 48, 52, 54 e 53..."** [G. LOMBARDI, *Contributo, cit.*, 362].

In definitiva, **I DOVERI COSTITUZIONALI, per un principio di certezza giuridica, COSTITUISCONO UN "NUMERO CHIUSO" e la formula di cui all'art. 2 Cost. va interpretata come meramente riassuntiva di quelli già sanciti nel testo costituzionale** [in tal senso, fra i tanti, M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, 781; R. D'ALESSIO, *Art. 2*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 1990, 12-13; F. PIZZOLATO-C. BUZZACCHI, *Doveri costituzionali*, in *Dig.disc. pubbl.*, Torino, 2008, 319 ss.; G. TARLI BARBIERI, *Doveri inderogabili*, in S. CASSESE (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 2006, 2068 ss.].

5.3.4. La stessa Corte Costituzionale, allorché ha utilizzato il principio di solidarietà in materia di vaccinazioni obbligatorie, **lo ha fatto per riconoscere un equo**

ristoro al soggetto che ne risultasse danneggiato; in sostanza, la solidarietà interviene nella fase “patologica” del rapporto. Per la Consulta “... **il dovere inderogabile di solidarietà produce nella materia in parola un effetto giuridico consistente nel riconoscimento a favore del danneggiato da vaccino del diritto all'equo ristoro del danno patito** (diritto poi riconosciuto anche per le vaccinazioni raccomandate), **ma di per sé non è in grado di legittimare la previsione legislativa di un trattamento sanitario obbligatorio**...” [così A. A. NEGRONI, *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, n. 2/2020, 53].

5.3.5. Ci sia consentito, in ogni caso, di aggiungere solo due notazioni.

Per un verso, in una democrazia sociale come quella italiana nella quale la “**Repubblica**” (intesa qui, in senso stretto, come Parlamento e Governo, Stato-apparato) **ha dimostrato per prima di venir meno ai propri “doveri” inderogabili nei confronti del Popolo, ogni appello a doveri di solidarietà appare francamente ipocrita**; quanti, per ottusità ideologica, hanno mostrato per primi di sottrarsi ai propri doveri costituzionali inderogabili non possiedono oggi alcuna autorità morale sull'argomento.

In secondo luogo, **in una condizione per cui già i diritti nella loro dimensione sociale** (libertà positive) **hanno subito una duratura ed inaccettabile compressione, indulgere a tesi aperturiste sul novero dei “doveri costituzionali” in materia di salute equivale a correre il rischio di scardinare anche i diritti fondamentali di prima generazione** (libertà negative).

6. Chiarito che il problema dei TSO è da discutere e risolvere con riferimento esclusivo all'articolo 32 Cost., è possibile comprendere gli approdi ormai granitici della giurisprudenza costituzionale la quale, agli esordi degli anni '90, ha delineato una serie di principi-guida ai quali **il legislatore deve ispirarsi per realizzare una equilibrata e severa ponderazione tra i due interessi in gioco**, senza che l'uno sia sacrificabile per il soddisfacimento dell'altro. Ciò – si noti - in base alla considerazione che “... **Nessuno può essere semplicemente chiamato a sacrificare la propria salute a quella degli altri, fossero pure tutti gli altri** ...” [così Corte Cost., sent. n. 118/1996]. Rinviano al prosieguo sul tema, per niente secondario, della natura della riserva di legge in materia, bisogna ora specificare quali sono le condizioni che consentono l'adozione dei TSO.

6.1. Innanzi tutto, un trattamento obbligatorio, ai sensi dell'art. 32 Cost., può considerarsi legittimo solo se diretto a proteggere **l'interesse della collettività alla salute** [ex plurimis, Corte Cost. sent. n. 307/1990; sent. n. 258/1994; sent. n. 18/1996; sent. n. 27/1998] **e non può perseguire finalità diverse da quelle sanitarie** (p. es., scopi di giustizia o di sicurezza pubblica) [si veda per tutti, P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna 1984, 386]. In breve, il TSO potrà essere introdotto **solo se indispensabile per evitare una oggettiva situazione di pericolo per la salute della comunità dei consociati**.

6.1.2 Sul punto, e partendo dal presupposto che il TSO determina il sacrificio o comunque la compressione di un diritto fondamentale della persona garantito dagli

artt. 2, 13 e 32 Cost., è stato fatto notare come **le caratteristiche oggettive del pericolo alla collettività dovranno essere valutate in maniera particolarmente stringente** [cfr. A. A. NEGRONI, *Articolo 32 della Costituzione*, cit., 35]. Pertanto, mutuando concetti utilizzati dalla dottrina penalistica per descrivere un *pericolo* in grado di incidere sulla pubblica incolumità (a tutela della quale, si badi, sono non a caso previsti i delitti di epidemia dolosa e colposa, disciplinati rispettivamente dagli artt. 438 e 452 Cod. Pen.), è stato affermato che debba trattarsi di un pericolo “... caratterizzato dalla dimensione di **potenzialità lesiva generalizzata e particolarmente intensa, tale da mettere a repentaglio TUTTI I MEMBRI DELLA COLLETTIVITÀ, o meglio un NUMERO INDETERMINATO DI ESSI...**” [così A. A. NEGRONI, *Articolo 32 della Costituzione*, cit., 37, al quale si rinvia per i riferimenti bibliografici]. Più in dettaglio, nel “pericolo per l’incolumità pubblica”:

“...assume significato e valore concreto non tanto la rilevanza giuridica dell’offesa all’individuo come tale, quanto quella **della comunità societaria intesa come sicurezza ed incolumità delle persone NELLA FISICA ESISTENZA DELLA COLLETTIVITÀ**...sono proprio quelle offese...che al di là di qualsivoglia considerazione relativa ai singoli beni colpiti o minacciati si propagano o possono propagarsi **ad un numero indeterminato di individui** ...

Quest’orientamento, del resto, è espresso dalla Relazione ministeriale sul progetto definitivo del codice penale nella quale appunto si afferma che la nozione di incolumità pubblica è assunto nel suo preciso significato etimologico, e cioè come un bene che riguarda la vita e l’integrità delle persone, onde sono in considerazione nell’apposito titolo **solo i fatti che possono esporre a pericolo un numero indeterminato di persone...**” [così G. SAMMARCO, *Incolumità pubblica (reati contro la)*, in *Enc. dir.*, Milano, 1971, 32].

6.2. In via concorrente, **inoltre**, il trattamento sanitario può essere imposto **solo se diretto anche al miglioramento della salute individuale**. Il TSO non è volto, in via esclusiva, a preservare la salute collettiva.

Proprio dal comma II dell’art. 32 si ricava, anzi, che il rilievo costituzionale alla salute è idoneo a comprimere l’autodeterminazione del singolo, ma non a permettere conseguenze dannose per la salute individuale, “... salvo che per quelle **sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili...**” [così Corte Cost. sent. n. 118/1996].

Oltre a non essere ammissibili “... **sacrifici della salute (del singolo) a vantaggio di quella collettiva...**”, se ne ricava l’ulteriore corollario per cui “... sono da ritenere **incompatibili col sistema costituzionale trattamenti obbligatori volti esclusivamente ad imporre ai singoli un “miglioramento” delle loro condizioni di benessere psico-fisico**, secondo una visione paternalistica e funzionalistica della tutela del bene-salute non accolta nella Costituzione italiana...” [così D. MORANA, *Diritto alla salute e vaccinazioni obbligatorie*, in *Diritto e Salute – Rivista di sanità e responsabilità medica*, Roma, n. 5/2017, 52].

7. Aggiuntivi limiti e garanzie formali e sostanziali in materia di TSO sono, come anticipato, sanciti ancora dall’art. 32 Cost., il cui comma secondo avverte come non si

possa essere obbligati ad un TSO “*se non per disposizione di legge*” e che quest’ultima “*non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”.

7.1. Il TSO deve allora essere introdotto con legge (c.d. riserva di legge), ritenuta **riserva di legge statale**, e ciò anche dopo la riforma del titolo V della Costituzione [in giurisprudenza, tra le tante, si veda Corte Cost. n. 5/2018]. Seppure sia controverso in dottrina se tale riserva di legge sia da intendersi come **assoluta o relativa**, sussistono sufficienti elementi per ritenere che la stessa debba interpretarsi in senso assoluto.

In primo luogo, infatti, la *ratio* della riserva di legge “... *adempie una funzione...garantista: serve, cioè, alla tutela dei diritti fondamentali dei cittadini contro il potere esecutivo (specialmente contro il potere esecutivo). [Essa adempie altresì] una funzione democratica: serve, cioè, a ricondurre la disciplina di certi oggetti sotto il dominio degli organi rappresentativi, che sono espressione della sovranità popolare...*” [così R. GUASTINI, *Legge (riserva di)*, in *Dig. disc. pubbl.*, Torino, 1994, 166-167; nello stesso senso L. CARLASSARE, *Legge (riserva di)*, in *Enc. giur. ital.*, XVIII, Roma, 1990, 1 ss.].

Ne consegue che “... *solo l’Assemblea rappresentativa può intervenire sui diritti (fondamentali) del cittadino*” [così L. CARLASSARE, *Fonti del diritto (diritto costituzionale)*, in *Enc. dir.*, Milano, 2008, 561].

7.1.2. Vi sarebbero anche ragioni di carattere testuale che militerebbero a sostegno di detto assunto: “... *Tavolta (la Cost.) usa formule del tipo : “nei soli casi e modi previsti dalla legge” (art. 13, 2° co., Cost.), “in casi [...] indicati tassativamente dalla legge” (art. 13, 3° co., Cost.), “nei soli casi e modi stabiliti dalla legge” (art. 14, 2° co., Cost.), “se non in forza di una legge” (art. 25, 2° co., Cost.), “se non per disposizione di legge” (art. 32, 2° co., Cost.)... e simili...(in tali casi) si ritiene generalmente che la riserva di legge abbia carattere “assoluto”...*” [R. GUASTINI, *Legge (riserva di)*, *cit.*, 169, il quale sottolinea tuttavia come la distinzione tra riserva assoluta e relativa è applicata dalla Corte Cost. in modo incostante “... *nel senso che la Corte mostra la tendenza inquietante a degradare a riserve relative anche certe riserve che in precedenza erano considerate assolute...*”].

7.1.3. Non è mancato chi, inoltre, da un punto di vista sistematico, ha fatto notare che “... *se si ammette...che la previsione di trattamenti sanitari obbligatori sottragga alla disciplina generale sull’imposizione delle prestazioni personali di cui all’art. 23 (garantite dalla sola riserva relativa di legge) quelle particolari prestazioni che limitano la libertà di salute, accordando ad esse una maggiore garanzia, risulta allora ragionevole dedurne che tale rafforzato intento garantistico trovi espressione, nell’art. 32, anche in una riserva di legge che abbia il carattere dell’assolutezza...*” [così D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale: lezioni*, Torino, 2015, 48]. Dal carattere assoluto della riserva dovrebbe conseguire che **solo una legge formale** potrebbe disciplinare i TSO, **dovendosi parimenti escludere qualsiasi equiparazione tra “legge” e “decreto legge”** (e, più in generale, con atti aventi forza di legge), dal momento che tale nozione non riguarda la distribuzione delle competenze normative, ma riguarda esclusivamente la gerarchia delle fonti [R. GUASTINI, *Legge (riserva di)*, *cit.*, anche se di tale avviso non sembra essere stata Corte Cost. sent. n. 5/2018 e sent. n. 258/1994]. Nell’attuale clima emergenzialista, **l’opzione potrebbe configurarsi quindi pressoché scontata.**

7.2. La riserva di legge in questione, comunque, oltre a poter introdurre solo un TSO “determinato”, risulta aggravata dal limite di chiusura (c.d. “riserva di legge rafforzata) del “rispetto della persona umana”.

In detta clausola devono annoverarsi, secondo l’evoluzione storica, limiti attinenti agli aspetti relativi al rapporto tra medico e paziente, come l’obbligo di riservatezza sulla salute di quest’ultimo, nonché quello di informazione inteso come valorizzazione del principio di autodeterminazione che ha trovato espresso riconoscimento nell’art. 5 della Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina (Oviedo 1997), nell’art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell’UE (Nizza, 2000), ma che ancor prima è fondato sugli artt. 2, 13 e 32 Cost. secondo quanto confermato dalla Corte Cost. con sent. n. 438/2008 [conf. Corte Cost. sent. n. 253/2009]. Ciò comporta che, se in caso di TSO possa prescindersi dal “consenso” (in quanto l’intervento sanitario è, per antonomasia, limitativo della libertà), tuttavia debba comunque continuare a parlarsi di diritto all’informazione (come autonomo diritto soggettivo): “... Detto altrimenti, è necessario tenere distinta la libertà di scegliere a quali prestazioni sanitarie sottoporsi dal diritto ad essere informato sulle medesime: l’obbligatorietà del trattamento va a limitare soltanto la prima, ma lascia del tutto integro il secondo...” [D. MORANA, *Diritto alla salute*, cit., 59].

7.2.1. Per completezza, oltre che per organicità riassuntiva, bisogna infine segnalare l’opinione di chi, correttamente, ritiene che la clausola del rispetto della persona umana riassume in generale i diritti di libertà riconosciuti dalla Cost. ed ha lo scopo di impedire che il legislatore possa violarli.

Difatti “... la “dignità”, di cui all’art. 3 Cost. ... si concretizza e si specifica in tutta la serie di situazioni soggettive che la nostra Costituzione chiama “diritti inviolabili dell’uomo... come singolo” (art. 2) e, quindi, tra di essi, anche storicamente antonomastica e preminente, la libertà di coscienza o religiosa (art. 19), di cui la libertà di manifestazione del pensiero (art. 21) è la versione laica. Il rispetto della persona umana si sostanzia dunque (anche) nel rispetto delle opinioni, delle credenze, dei convincimenti dei singoli, che, più di ogni altro valore ... rappresentano il patrimonio più geloso ed autentico del singolo e il contenuto della sua dignità...” [così F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari “non obbligatori” e Costituzione*, cit., 314;]. Rientra pertanto nel “... contenuto minimo del rispetto della persona (anche) L’INSIEME DELLE CONVINZIONI ETICHE, RELIGIOSE, CULTURALI E FILOSOFICHE CHE ORIENTANO IL SINGOLO...”, restando esclusi i meri convincimenti personali non fondati su dati scientifici [così, richiamando Corte Cost. sent. n. 134/1988, P. FALZEA, *Forum: Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, (risposte di) in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2017, 47]. Perciò anche solo l’auspicio di voler tacitare ragionati dissensi o di imporre “impedimenti meccanici” costituisce attualmente la vera e più grave manifestazione di negazionismo (costituzionale).

8 Bisogna aggiungere, infine, che l’interesse della collettività che può legittimare un TSO non deve essere evitabile con misure alternative, “... in quanto in caso contrario lo Stato sarà tenuto a porre in essere le misure, diverse dai trattamenti sanitari obbligatori, in grado di evitare il pericolo per la salute collettiva senza il sacrificio della libertà dei cittadini ...” [A. A. NEGRONI, *Articolo 32 della Costituzione*, cit., 812].

Tale assunto, ad avviso di chi scrive, può evincersi anche dalla menzionata sent. n. 438/2008 allorché la Corte, delineando le caratteristiche che deve possedere l’informazione in materia di cure mediche, ha parlato di “... diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui (l’individuo) può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative...”. Un trattamento sanitario che venisse imposto in vista della tutela di un interesse collettivo, in

quanto limitativo di un diritto fondamentale, dovrebbe quindi essere utilizzato solo come *extrema ratio*.

Pubblicato da [Quarantotto](#) alle [13:33](#)



7 commenti:

Luca Cellai 10 gennaio 2021 alle ore 19:36

Bellissimo post (chiarificatore) che però chiude con quello che secondo me avrebbe dovuto essere l'incipit (*extrema ratio*).

Come si possa pensare di infliggere un TSO in presenza di una malattia con meno dello 0,4% di letalità per me è un mistero.

Nella mia famiglia si sono ammalati (con certezza) mio figlio, mia sorella e mia madre. Sono tutti guariti.

Nel caso di mia madre (91 anni) il medico premeva insistentemente per il ricovero (nella sua mente visto come una specie di TSO) ma la legge del contrappasso ha voluto invece che alla fine fosse ricoverato lui.

Consultati i fratelli, siamo stati tutti d'accordo sul fatto che ricoverare la mamma, isolata in un reparto ospedaliero, circondata da personale in tuta NBC, senza nessuna possibilità di visita, sarebbe stato (questo sì) una inammissibile violazione della sua persona.

Nella nostra famiglia anche la morte, che è un evento naturale, impone il rispetto della persona.

Ho deciso quindi di isolarmi con lei per un mese e di assisterla (lasciando moglie e figli ed esponendomi volontariamente al contagio).

Questa sì che per me è stata una decisione presa come *extrema ratio*!

Di quei lunghi giorni lei non ricorda nulla (ora che sta bene ha anche ripreso d usare la sua macchina da cucire Necchi del 1950) ed io, a parte una breve febbriattola, sono per fortuna rimasto asintomatico.

Chiudo queste brevi considerazioni dichiarando pubblicamente che, con la stessa determinazione con cui ho agito verso mia madre, sarei disposto ad oppormi, anche con la violenza dettata da quella che considero legittima difesa, a qualunque TSO legiferato in connessione con una qualunque malattia con un tasso di letalità ridicolo come lo 0,4%.

Rispondi

▣ Risposte

francesco maimone 11 gennaio 2021 alle ore 10:01

Ciao Luca,

Ragioni di trattazione sistematica impedivano che io esordissi parlando del problema delle cure alternative (TSO come *extrema ratio*). Non a caso anche tu stesso hai sottolineato il fatto che una malattia con un tasso di mortalità così basso (ammesso che in tutte le persone il decesso sia stato causato dal virus) non può costituire motivo per imporre un trattamento. Questo significa che non c'è alcun pericolo per l'incolumità pubblica, ovvero che non esiste quell'interesse collettivo rettammente inteso (e di cui parla l'art. 32 Cost.) in grado giustificare la compressione del diritto alla salute individuale. In merito, ti rimando quindi alla seconda parte.

In sostanza, l'esposizione parte dai presupposti costituzionali e poi, in una sorta di *climax* discendente e per ordine di importanza, analizza tutti gli altri profili che sarebbero ostativi all'adozione di un TSO.

Piuttosto, caro Luca, ci ostiniamo a parlare ancora di diritto e di legalità costituzionale (finché ce lo permetteranno), forse in modo che qualcuno potrebbe ritenere anacronistico e persino masochistico. Lo scenario in cui siamo immersi, infatti, corrisponde più ad una scena delle Baccanti di Euripide, ovvero di follia generalizzata, in cui sembra che la ragione non possa più albergare. Tutto il fastidioso chiacchiericcio di sottofondo, poi, è costruito ad arte proprio per non far capire nulla. Tuttavia continuiamo a ritenere che il rispetto della Costituzione, la sua corretta interpretazione e soprattutto la sua attuazione continuino a rappresentare la via maestra. Anche questa, a nostro modo, è un atto di resistenza

Fabio 14 gennaio 2021 alle ore 12:19

Francesco, nel ringraziarLa per la chiarificatrice disamina, Le chiedo se, ad altro livello, si possa parlare di TSO "immotivato" anche l'imposizione dell'utilizzo delle mascherine di qualsivoglia natura, sul luogo di lavoro (inteso fuori da un contesto ospedaliero), ad esempio un normale ufficio di impiegati. Anche in questo caso, vista la penuria di prove a favore dell'efficacia e il contemporaneo sorgere di ricerche che indicano una nocività nell'uso prolungato, sembra un misura "sproporzionata" rispetto alla natura della minaccia e non rispettosa della salute individuale. Ne conviene?

Grazie
Fabio

Rispondi

mrsme 10 gennaio 2021 alle ore 19:49

Grazie per questo post, attendo il seguito.

Rispondi

gilberto gismondi 10 gennaio 2021 alle ore 23:43

Sono lieto per questo post. Temo alla luce dei reiterati Dpcm dell'ultimo anno che la riserva di legge, indicata per la materia dalla Costituzione, da come ho appreso, sia considerata dalla maggioranza parlamentare un sofisma da liquidare spicciativamente, a dimostrazione che la lotta politica sia caduta ad uno stato pregiudiziale.

Rispondi

▣ Risposte

francesco maimone 11 gennaio 2021 alle ore 13:23

È ovvio. Già l'adozione del decreto-legge Lorenzin era passata liscia, pur difettando palesemente qualunque necessità ed urgenza. Figuriamoci ora in pieno clima emergenzialista. Quindi DL convertito a tamburo battente. Meglio se a colpi di fiducia e per "il bene comune"

Rispondi

poggiopoggiolini 14 gennaio 2021 alle ore 10:11

Carissimo Francesco,

- a.) parrebbe che tu abbia omissis il punto 5.1.1 .. vabbè ce ne faremo ragione
- b.) mi verrebbe anche qualche declinazione - oltre le sublimi significanti valenze giuridico-costituzionaliste copiosamente espresse - sulle valenze politiche, economiche, sociali, mentali .. delle "SUGGERZIONI PANSALUTISTICHE"
- c.) nel NON-STATO suggestionato la GENTE MUORE di COVID e di FAME

PUNTO

Rispondi

Per lasciare un commento, fai clic sul pulsante di seguito per accedere con Google.

ACCEDI CON GOOGLE

IL BILANCIAMENTO TRA DIRITTO ALLA SALUTE E GLI ALTRI DIRITTI COSTITUZIONALI: TRA SCELTE POLITICHE E CONCENTRAZIONE DI MERCATO

Seconda parte dello studio di Francesco Maimone, che tira le somme sulle condizioni e le salvaguardie che dovrebbero essere rispettate nel concepire e imporre obblighi terapeutici.

“Ermes, messaggero di Zeus, ti ha invitato a rinunciare all'autonomia, per ricercare la saggezza del retto consiglio”

[ESCHILO, *Prometeo incatenato*]

9. Quanto spiegato nella parte precedente di questo lavoro appare a nostro avviso più che sufficiente, in via di prima approssimazione, per smentire che le autorità preposte a fronteggiare l'epidemia in Italia abbiano in primo luogo tenuto conto della complessità ed importanza di **tutti gli interessi** che gravitano intorno alla persona. Dette autorità hanno palesato, viceversa, di essere state risucchiate esattamente in quella *“suggerimento pansalutistica”* ed asettica, di stampo squisitamente medico, in nome della quale ogni altro interesse e correlativo diritto costituzionale fondamentale sono stati e continuano semplicemente ad essere compressi.

9.1 Autorevole dottrina, al riguardo, anche recentemente ha dato un appropriato inquadramento al problema, parlando di **“MALINTESO PRIMATO DELLA SALUTE”**: *“... Nel dibattito pubblico di questi ultimi mesi, anche in quello che ha specificamente coinvolto i giuristi, si è dato per scontato che il diritto alla salute si sia visto riconosciuto un primato su tutti gli altri diritti costituzionali...Penso, invece, che occorra una maggiore prudenza...LA COSTITUZIONE, RIFIUTATA UNA GERARCHIA GENERALE DEI VALORI COSTITUZIONALI* (della quale non esistono le tracce e della quale nessuno ha mai dato prova), definisce semmai ... solo plurime gerarchie settoriali nei singoli “campi di attività” disciplinati dalla Costituzione...Evocando il lessico di un noto saggio schmittiano del 1960 la stessa Corte costituzionale ha affermato che **“Tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre “sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro”** (sentenza n. 264 del 2012). **Se così non fosse, si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette...sent. 85 del 2013...**” [così M. LUCIANI, *Avvisi ai naviganti del Mar pandemico*, in *Questione Giustizia*, n. 2/2020, 7; gli stessi concetti sono stati ribaditi da Corte Cost. sent. n. 58/2008].

9.2 Sotto tale angolo visuale, l'oblio ha colpito il significato stesso di quella “salute” che **avrebbe dovuta essere garantita a tutti (“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”)**, a meno di non voler realmente sostenere che la gravi e perduranti limitazioni, tra le tante, alla libertà personale, alle relazioni sociali ed al lavoro (con conseguente e concreto **rischio di desertificazione del tessuto economico**,

aumento esponenziale del tasso di disoccupazione e disperazione esistenziale diffusa), abbiano giovato o goveranno al **benessere psico-fisico** degli italiani.

Il giudizio sulla gestione sanitaria fino ad oggi non può che risultare ancora più impietoso se analizzato in particolar modo sotto il profilo di quel **“bilanciamento storico e circostanziato”** di cui si è detto e che, nelle vicende in parola, **È STATO DEL TUTTO OBLITERATO COME MOMENTO DI RIGOROSA VALUTAZIONE GIUSPOLTICA**. Sono infatti venuti a mancare gli “ingredienti” che avrebbero dovuto sovrintendere al bilanciamento medesimo, ovvero **“... la coerenza, la logicità, la completezza, la corrispondenza tra il mezzo e il fine, la fondazione su dati di fatto veridici...”** [M. LUCIANI, *Avvisi ai naviganti del Mar pandemico*, cit., 8].

9.3 Ciò ha dato la stura – sotto la spinta di una crescente frenesia istituzionale e collettiva - a misure oggettivamente irrazionali, e tra loro spesso contraddittorie, **sia nella forma che nella sostanza; cioè, anzitutto**, se si considera – soprattutto da un punto di vista diacronico – **la condizione in cui la classe politica italiana ha ridotto il SSN dopo decenni di politiche liberiste votate al taglio sistematico della spesa sanitaria pubblica, l'adozione delle quali ha costituito senza dubbio alcuno la principale negazione della tutela del diritto alla salute** (è bene ricordare che diritto alla salute e caratteristiche organizzative del sistema sanitario sono ovviamente connessi, si veda per tutti C. CASONATO, *I Sistemi sanitari: note di comparazione*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti*, Torino, 2012, 10] e che, almeno dal 2012, sono divenute vieppiù incrementali e nefaste (per un'analisi esaustiva, si rimanda al pregevole **contributo di Sofia**).

9.3.1 A tacer d'altro, il riferimento più prossimo ed eclatante è per esempio al **D.L. n. 95/2012** recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito nella **L. 7 agosto 2012, n. 135** (c.d. *spending review*), provvedimento – beninteso - votato anche con il beneplacito di quei partiti politici all'interno dei quali militano esponenti che oggi vorrebbero imporre il bavaglio. L'art. 15, comma XIII, della legge di conversione, al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi, alla lettera c) **ha imposto alle regioni la “riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, AD UN LIVELLO NON SUPERIORE A 3,7 POSTI LETTO PER MILLE ABITANTI, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici” (cioè eliminare ospedali). Se a ciò si aggiunge il blocco del turnover anche dei dipendenti del SSN perpetrato ormai da vent'anni (qui un condensato della triste storia), tanto da imporre il richiamo in servizio di personale sanitario in pensione**, è evidente come la macchina sanitaria fosse condannata al collasso.

9.4 Tale ultimo profilo storico-fattuale (che potrebbe essere esteso indifferentemente ad ogni altro settore dello Stato-apparato italiano, selvaggiamente defanziato in nome del **paradigma Europeista della “scarsità delle risorse”**) rappresenta perciò l'occasione per ripetere un punto di primaria importanza anche in ambito teorico: ovvero che **nessuna composizione “ragionevole” di conflitti tra diritti costituzionali di pari rango può essere seriamente operato a posteriori con la tecnica del bilanciamento qualora la Repubblica rinunci a monte - come suo dovere costituzionale- alla massima tutela e realizzazione in egual modo di tutti quegli stessi diritti** che poi si vorrebbero utopisticamente ponderare. In questi casi, ad affermarsi – come è accaduto - può essere solo la violenza del **fatto-emergenza** di volta in volta considerato, ancor meglio se drammatizzato da campagne mediatiche infarcite di **“fate presto”**.

9.4.1 Ad ulteriore chiarimento, e per concludere in merito, si deve dunque ribadire che solo la piena e fisiologica realizzazione del dettato costituzionale secondo le intenzioni dei Costituenti e con gli strumenti dagli stessi approntati (qui, p. 3, qui, p. 2, qui, e qui, punti 7.2., 7.3 e 14) è in grado, se non certo di eliminare, quantomeno di attenuare in modo considerevole l'insorgenza di potenziali conflitti tra diritti fondamentali, conflitti che, in caso contrario, sono destinati ad emergere in tutta la loro drammaticità allorché siano stati creati gravissimi e consolidati "scompensi" realizzativi ed asimmetrie nelle scelte di tutela delle situazioni giuridiche fondamentali (per intenderci: se non è più possibile curare dignitosamente tutti i cittadini, allora è giocoforza, con l'avallo posticcio di una pleora di "esperti", rinchiuderli in casa ed impedire loro semplicemente di vivere, lasciando che tutto il resto vada in malora). In tali evenienze, la "tecnica del bilanciamento", per quanto sofisticate possano essere le sue elaborazioni, costituendo uno strumento non (in origine) costituzionalmente ortodosso, succedaneo e recessivo, può solo intervenire per sancire il sacrificio o la compressione di un diritto rispetto agli altri o, nella più favorevole delle ipotesi, per offrire una pari ridotta tutela a tutti i diritti da bilanciare.

10. Posto quanto sopra, e prima di tentare – sulla scorta dei dati a disposizione – una "verifica" sulle possibilità a disposizione del legislatore per introdurre un eventuale TSO vaccinale, è necessario riassumere quali siano i margini di discrezionalità nella materia che ci occupa. La questione riguarda, nello specifico, il quadro dei rapporti tra decisione normativa e scienza ed il correlativo potere di sindacato costituzionale da parte della Consulta sui corrispondenti atti normativi.

10.1 E' stato affermato, in proposito, come non vi sia "... dubbio che nella scelta degli interventi per tutelare l'interesse della collettività alla salute ci sia spazio per la discrezionalità del legislatore" anche se "la dottrina e la giurisprudenza costituzionale hanno oramai da tempo messo in luce che la discrezionalità in questione può dispiegarsi soltanto entro margini ben definiti..." [così D. MORANA, *Diritto alla salute*, cit., 54]. Tali margini, come è intuibile, derivano dal fatto che "... La discrezionalità del legislatore in materia di salute non può prescindere dal confronto con la discrezionalità tecnica di carattere medico, il cui apporto è indispensabile per attribuire un contenuto proprio e specifico all'ambito terapeutico che viene in gioco..." [così B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Padova 2007, 211].

La tutela della salute – individuale e collettiva – si dibatte e trova definizione mediante l'esercizio della DISCREZIONALITÀ POLITICA da una parte e quella TECNICO-SCIENTIFICA (medica, farmaceutica ed epidemiologica) dall'altra.

10.2 I principi in materia sono ormai noti e consolidati, sebbene molto fluidi: in campo medico, il Parlamento è limitato dai risultati tecnico-scientifici, che fungono da "vincolo" nella scelta legislativa. L'assunto si ricava innanzi tutto dalla sent. n. 185/1998 (c.d. caso Di Bella) nella quale la Corte ha ritagliato al dato tecnico-scientifico un ruolo di prevalenza in ordine alle valutazioni sugli effetti terapeutici di un trattamento sanitario: "questa Corte non è chiamata a pronunciarsi, in alcun modo, circa gli effetti e l'efficacia terapeutica di detto trattamento... Non è chiamata, né potrebbe esserlo, a sostituire il proprio giudizio alle valutazioni che...devono essere assunte nelle competenti sedi, consapevole com'è dell'essenziale rilievo che, in questa materia, hanno gli organi tecnico-scientifici..."

10.2.1 Con la sent. n. 282/2002 la Corte Cost. ha poi fissato compiutamente l'ambito di rilevanza della discrezionalità tecnica, affermando che "... non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni...un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura

discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi - di norma nazionali o sovranazionali - a ciò deputati...".

Ciò non significa, tuttavia, che al legislatore sia lasciato un ruolo del tutto marginale o subalterno, tutt'altro. E' sul piano della politica, infatti, che vanno (*melius*, dovrebbero essere) "... compiute tutte quelle operazioni di ponderazione e di scelta che sono indispensabili... La decisione politica seleziona i mezzi di tutela della salute attraverso un bilanciamento proporzionato che tenga conto dei molteplici parametri in gioco (quali, ad esempio, la gravità e la diffusione delle patologie, i costi diretti ed indiretti dei farmaci e delle terapie, l'efficacia terapeutica, le modalità di somministrazione, l'appropriatezza)..." [B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità.*, cit.].

10.2.2 Insomma, come già approfondito teoricamente in altra sede, mentre "... la discrezionalità c.d. tecnica non comporta ponderazione di interessi o valutazione di opportunità, bensì momento conoscitivo...costitu(endo) manifestazione di giudizio", appartiene alla sfera della politica invece "... l'operare distinzioni e selezioni, il determinare priorità e bilanciamenti nel complesso delle relazioni sociali nel quale l'interesse si manifesta...".

La discrezionalità politica rappresenta infatti "... espressione di volontà...comporta ricognizione, apprezzamento e valutazione di dati di fatto, secondo operazioni che debbono essere verificabili e logicamente e congruamente motivate...è caratterizzata dalla opinabilità, soprattutto in presenza di una pluralità di valutazioni alternative (quando esistenti)... in ogni processo decisionale relativo all'organizzazione degli strumenti di tutela della salute è comunque esercitata...la funzione di selezione di corposi interessi di comunità scientifiche ed industriali, di gruppi e categorie professionali..." [B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità.*, cit.]. In maniera prosastica: se la scienza sa (quando è in grado) dirci "come" si fa qualcosa, senza fissare scopi, spetta però alla politica (come "tecnica regia") valutare "se" e "perché" quel qualcosa può o deve essere fatto.

10.2.3 Ciò comporta, sul versante processuale, che la discrezionalità del legislatore in campo medico-scientifico sia soggetta di solito ad un c.d. sindacato esterno, ovvero il sindacato della Corte è diretto a verificare la ragionevolezza o meno delle misure adottate nel tutelare la salute. Ora, in disparte i rilievi critici espressi sulla "ragionevolezza" (come tecnica decisionale e categoria estremamente incerta) sia in questa sede che altrove (qui, p. 6.1), essa in ogni caso riassume alcuni principi che il potere legislativo deve rispettare nell'esercizio della propria funzione, a maggior ragione se in contesti di emergenza [si veda, nello specifico, M. BONI, *Le politiche pubbliche dell'emergenza tra bilanciamento e "ragionevole" compressione dei diritti: brevi riflessioni a margine della sentenza della Corte Costituzionale sul caso Ilva (N. 85/2013)*, in *Federalismi.it*, n. 3/2014].

10.2.4 Tra detti principi, oltre a quello storico di uguaglianza (di solito formale), i più importanti sono sicuramente quello di "PROPORZIONALITÀ ED ADEGUATEZZA" che deve sussistere tra "mezzi prescelti dal legislatore nella sua insindacabile discrezionalità rispetto alle esigenze obiettive da soddisfare o alle finalità che intende perseguire, tenuto conto delle circostanze e delle limitazioni concretamente sussistenti" [così Corte Cost. sent. n. 1130/1988] e quello di corretto e coerente "BILANCIAMENTO DI INTERESSI" tra diritti costituzionali" (cfr. sent. n. 108/1994) [per un'analisi approfondita sull'argomento ed sul modo in cui i "fatti" di natura tecnico-scientifica entrano nel giudizio costituzionale, si rinvia a S. PENASA, *La ragionevolezza scientifica delle leggi nella*

giurisprudenza costituzionale, in *Quaderni costituzionali*, Bologna, n. 4/2009, 817 ss., nonché a G. RAGONE, *Scienza e diritto nell'argomentazione della corte costituzionale*, in *Gruppo di Pisa* (rivista), n. 3/2015, 1 ss.].

10.2.5 Deve annoverarsi poi, nel controllo di “ragionevolezza scientifica”, anche lo specifico principio di “PRECAUZIONE” cui la discrezionalità del legislatore deve attenersi in situazioni caratterizzate dalle incertezze intrinseche della scienza:

“... Una volta riconosciuto che **il carattere di opinabilità e relatività è un dato che caratterizza le definizioni sul piano scientifico in via generale**, quando le controversie scientifiche intervengano e incidano in ambiti in cui viene in gioco la tutela di beni giuridici rilevanti ed in particolar modo della salute, **si impone al legislatore il principio di precauzione che richiede l'adozione di misure di cautela corrispondenti all'ipotesi di rischio per la salute (o per altri beni) e commisurate alla gravità del rischio medesimo. Il principio di precauzione orienta l'apprezzamento eminentemente politico del rischio...** imponendo al legislatore di attrarre alla sua competenza la definizione di oggetti che, di per sé, sono direttamente toccati dalla discrezionalità tecnica ...e non possono essere totalmente sottratti alle valutazioni degli organi tecnici; ciò...**impone, al legislatore di sostituire la decisione politica** (ispirata al canone politico della precauzione) **a quella esclusivamente fondata su evidenze tecniche (giudizio)...**” [così B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità.*, cit.; si veda anche S. GRASSI - A. GRAGNANI, *Il principio di precauzione nella giurisprudenza costituzionale*, in *Biotecnologie e tutela del valore ambientale*, a cura di L. CHIEFFI, Torino, 2003, 149 ss.].

11. Delimitato il campo di competenza riservato in materia alla scienza ed al legislatore, bisogna a questo punto capire quale sia, *rebus sic stantibus ed al di là dei toni emergenzialisti*, lo scenario offerto alla discrezionalità delle forze politiche in vista dell'adozione di un TSO anti-Covid. Ciò comporta, come ben si comprende, l'esigenza di vagliare l'esistenza o meno dei severi presupposti di cui all'art. 32 Cost., comma II, come in precedenza analizzati. Ed allora il primo interrogativo da porsi è **se veramente vi sia un pericolo per l'incolumità pubblica** (interesse collettivo) tale da giustificare la compressione o il sacrificio del diritto individuale dei singoli alla salute. La domanda, se rapportata alle notizie fornite dalla unanime **grancassa mediatica** ed alla confusione che regna sovrana in ambito politico, potrà sembrare quantomeno irraguardosa.

11.1 Ciò nonostante, sotto l'aspetto giuridico, essa va formulata ed affrontata, ribadendosi che il pericolo per la collettività deve avere una potenzialità lesiva generalizzata in grado di mettere a repentaglio la sua stessa esistenza fisica [il concetto di “epidemia”, sotto l'aspetto oggettivo, viene parimenti interpretata “... come pericolo di pregiudizio alla salute di un indeterminato numero di persone...il pregiudizio deve possedere...il carattere della ulteriore espansibilità verso un indeterminato numero di persone...”, S. ARDIZZONE, in *Dig. Disc. Pen., Epidemia* (voce), Torino, 1990, 251]. Rispetto all'ipotesi di un obbligo di vaccinazione generalizzato, quindi, dovrà considerarsi un ragionevole rapporto di proporzionalità tra TSO e potenzialità lesiva della malattia avuto riguardo ad alcuni parametri quali, per esempio, l'indice di diffusione della stessa e, soprattutto, quello di mortalità. Si segnala, peraltro, che **sino al primo maggio 2009 la stessa OMS, nel definire il concetto di “pandemia”, aveva mostrato di tenere in massima considerazione proprio il tasso di mortalità: “Una pandemia influenzale si verifica quando compare un nuovo virus influenzale contro il quale la popolazione umana non ha immunità, provocando epidemie in tutto il mondo con NUMERO ENORME DI MORTI E MALATTIE”.** Dal mese di settembre 2009, però, l'OMS ha inspiegabilmente modificato detta definizione, eliminando l'inciso “con numero enorme di morti e malattie”.

11.2 In ogni caso, **secondo uno studio recente pubblicato dall'OMS** ed aggiornato al mese di settembre 2020 (nell'ambito del quale sono stati analizzati 61 studi (74 stime) e 8 stime nazionali preliminari sull'*Infection fatality rate* (Ifir) di Covid-19), **le stime del tasso di mortalità per infezioni da Covid variano dallo 0,00% all'1,63%**.

Pur non essendo il tasso di mortalità costante, potendo variare da una località all'altra, gli studi condotti su località con tassi di mortalità superiori alla media globale **mostrano come lo stesso sia basso (0,09%), di gran lunga inferiore rispetto alle stime fatte prima e durante la pandemia**. Tra le persone di età inferiore a 70 anni, il tasso di mortalità per infezione da Covid-19 varia da 0,00% a 0,31%, con un tasso medio dello 0,05%. La categoria a più alto rischio di complicazioni e morte include **gli anziani e soggetti con una o più patologie**. **Rispetto all'ebola (con un tasso di mortalità del 50%), al vaiolo (che ha causato il decesso di circa il 30% della popolazione), alla tubercolosi (malattia grave in grado di uccidere dal 20% al 70% dei contagiati) o alla difterite (che ha un tasso di mortalità stimato tra il 5% ed il 10%), o ancora alla pandemia influenzale del 1918 (con un tasso di mortalità del 2,5%), il virus COVID-19 si pone in fondo alla scala di mortalità per malattie infettive**.

11.3 In Italia, secondo i **dati aggiornati al 31 dicembre 2020**, le persone che risulterebbero complessivamente decedute a causa del *virus* sono circa 75.000 che, rapportati all'intera popolazione, rappresenta lo 0,13%. Sempre i **dati ufficiali che si hanno a disposizione** in Italia aggiornati al 16 dicembre 2020 confermano inoltre le osservazioni contenute nel citato studio dell'OMS. L'epidemia varia in modo considerevole fra le classi di età della popolazione: sono pochi i bambini e gli adolescenti che si contagiano e nessuno corre rischi di esito letale. Lo stesso vale sostanzialmente per la classe di età da 20 a 50 anni (dei pazienti deceduti di età inferiore a 40 anni e di cui si avevano informazioni cliniche, la maggior parte presentava gravi patologie preesistenti). **I soggetti a più alto rischio di complicazioni e morte risultano ancora in larghissima maggioranza gli anziani (l'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni) tutti portatori di una o più patologie pregresse (malattie cardiache, polmonari o renali, ipertensione e diabete)**.

11.3.1 Non si intende in alcun modo sottovalutare o banalizzare il dramma delle morti, ma solo far notare che i giovani e gli adulti in salute corrono rischi molto limitati di ammalarsi e di morire. Di conseguenza, un quadro come quello descritto non può far parlare di *"pericolo per l'incolumità pubblica"* tale da imporre un TSO, ovvero non può sostenersi esistere pericolo di un pregiudizio alla salute per un **indeterminato ed indistinto numero di persone** in grado di mettere a repentaglio la stessa esistenza fisica della comunità. Per gli stessi motivi, ed ancor prima, i dati sopra evidenziati non possono razionalmente giustificare la paralisi sociale ed economica ormai permanente di un intero Paese. Non è un caso che qualcuno si sia correttamente chiesto: "... **Chi decide delle nostre libertà personali al fine di proteggerci è a conoscenza del quadro disegnato dall'analisi dei dati istituzionali, così discordante dal racconto ufficiale dell'epidemia? ... sussistono davvero i gravi motivi di sanità pubblica cui si riferisce l'art. 32 della nostra Carta Costituzionale in caso di limitazioni generalizzate alle libertà personali? Le conseguenze drammatiche sulle condizioni economiche e di salute della popolazione sono proporzionate ai motivi di sanità pubblica esistenti?...**" [così M. L. BIANCO, *COVID-19. Perché la sociologia può essere utile anche di fronte a un'epidemia: storia di una scoperta*, in *Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali*, aprile 2020, 8].

L'inesistenza di un chiaro *"interesse collettivo"* come voluto dall'art. 32 Cost. costituisce il principale motivo ostativo (di per sé sufficiente) all'introduzione di un trattamento sanitario imposto con compressione di quella autodeterminazione che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale. **Un atto normativo che prevedesse, allo stato, un obbligo vaccinale potrebbe quindi rivelarsi irragionevole per mancanza dei**

requisiti di proporzionalità ed adeguatezza e per incoerenza nel bilanciamento degli interessi confliggenti.

11.4 Sempre sullo stesso profilo, ai fini di un TSO non varrebbe appellarsi nemmeno alla c.d. “**immunità di gregge**”, concetto spesso richiamato per sostenere un trattamento imposto, proprio come avvenuto per l’adozione del D.L. n. 73/2017 (si veda [qui](#) la *Relazione illustrativa*).

E’ il caso di rilevare subito, peraltro, come nel mese di giugno 2020 l’OMS abbia pubblicato [una pagina informativa sul Covid-19](#) nella quale viene riportata una definizione di “immunità di gregge” che ha rappresentato per lungo tempo lo *standard* per le malattie infettive: “*protezione indiretta da una malattia infettiva che si verifica quando una popolazione è immune attraverso la vaccinazione o l’immunità sviluppata **attraverso precedenti infezioni***”. Rappresenta infatti una **acquisizione scientifica** quella secondo cui l’immunità di gregge possa essere raggiunta anche attraverso l’infezione naturale. **Ad ottobre 2020, tuttavia, l’OMS - per motivi non scientifici, ma “eticì” - ha mutato la sua definizione di immunità di gregge attribuendone alla stessa una nuova: “... un concetto utilizzato per la vaccinazione, in cui una popolazione può essere protetta da un certo virus se viene raggiunta una soglia di vaccinazione”,** aggiungendo che “*l’immunità di gregge si ottiene proteggendo le persone da un virus, **non esponendole ad esso***” (in sostanza, pare di intendere che all’immunità di gregge d’ora in avanti debba pervenirsi esclusivamente attraverso i vaccini).

11.4.1 A parte questa ulteriore “nota di colore”, e pur ammesso che soggetti non vaccinati possano considerarsi malati e rappresentare un pericolo per la salute (si pensi ai **positivi** c.d. **asintomatici**, ovvero la **stragrande maggioranza** dei casi di Covid-19), nel caso che ci occupa – come si diceva – non potrebbe fondarsi il TSO sulla *herd immunity*, dal momento che il pericolo da omissione di vaccinazione non coinciderebbe propriamente con il pericolo per la salute della collettività nel suo complesso.

Il pericolo, semmai, e come si ricava dai dati sopra indicati, continuerebbe a riguardare solo determinate categorie di soggetti che versano in specifiche condizioni (per lo più, si è notato, anziani con patologie e, in genere, soggetti fragili). In breve, sarebbe comunque assente “... **QUEL CARATTERE SOVRA-INDIVIDUALE CHE DEVE INVECE CARATTERIZZARE UN PERICOLO PER LA SALUTE CHE POSSA CONSIDERARSI DOTATO DI UNA REALE DIMENSIONE COLLETTIVA**; se il pericolo per la salute riguarda esclusivamente degli individui affetti da una determinata patologia, tale pericolo non solo rimane ipso facto circoscritto a tali individui, ma rappresenta anche un pericolo privo di potenzialità lesiva generalizzata...” [così A. A. NEGRONI, *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, n. 2/2020, 50]. **In questo caso verrebbero in rilievo, piuttosto, problemi di organizzazione della sanità pubblica strettamente intesa**, la quale sarebbe obbligata ad erogare le necessarie prestazioni per determinate categorie di persone **più deboli ed a rischio**, con adozione di misure opportune in grado di ridurre il più possibile pericoli per la loro salute.

12 Si è detto altresì che un TSO può essere introdotto solo per motivi di tutela della salute sia individuale che collettiva. Tale fondamentale presupposto, però, ad oggi si scontra con le opinioni riguardanti la sicurezza del vaccino approntato dalle case farmaceutiche, un **vaccino sostanzialmente sperimentale** che costituisce una deviazione significativa rispetto ai vaccini classici e di cui per ciò stesso **non si conosce** la reale efficacia immunizzante preventiva né **gli eventuali rischi per la salute a breve e soprattutto a lungo termine** (in proposito, si vedano [qui](#) i “non chiarimenti” forniti dall’AIFA).

Nel caso di optasse per un TSO, pertanto, si porrebbero evidenti problemi di ragionevolezza anche sotto il profilo del “*principio di precauzione*” che il legislatore non potrebbe eludere troppo a cuor leggero.

Sul punto ci sentiamo di concordare con quella parte di dottrina dimostratasi più sensibile ed avveduta per la quale: “... *Troppo scontato... è il rilievo per cui ... la scienza (procede) – come suol dirsi – per successive falsificazioni di se stessa. Insuperabile sembra, comunque, essere al riguardo l’obiezione, pesante come un macigno sulle nostre coscienze, secondo cui non possiamo (anzi, non abbiamo il diritto di) dar vita ad effetti irreversibili, letali, fosse pure per un solo essere umano, in conseguenza di scelte ad oggi (apparentemente) avvalorate dalla scienza (o, diciamo pure, dalla maggioranza degli scienziati), che però potrebbero dalla scienza stessa essere, anche tra non molto, smentite...*” [così A. RUGGERI, *Il testamento biologico e la cornice costituzionale (prime notazioni)*, Testo rielaborato ed unificato di due interventi agli incontri di studio su *Il rifiuto dei trattamenti sanitari*, Messina 3 aprile 2009, e *Testamento biologico e rispetto della persona umana: profili etici, medici e giuridici*, Lipari 6 aprile 2009, 4]. Mutuando con opportune modifiche una domanda posta dall’Autore appena citato: è più grave il rischio di non vaccinare a dispetto delle presunte “verità” scientifiche che oggi possediamo ovvero quello che si ha sacrificando la vita stessa in nome di quelle “verità” che potrebbero un domani rivelarsi non più tali?

12.1 Al fine, inoltre, di poter considerare ragionevole una legge adottiva del TSO sotto il profilo del corretto bilanciamento tra la tutela della salute del singolo e la concorrente tutela della salute collettiva, il legislatore non potrebbe esimersi dal prevedere accertamenti preventivi volti alla verifica della sussistenza di eventuali controindicazioni alla vaccinazione.

In particolare - e secondo il monito rivolto al legislatore da **Corte Cost. n. 258/1994** che, a quanto pare, sembra sia rimasto inascoltato già in sede di conversione del D.L. n. 119/2017 -, “... *si renderebbe necessario porre in essere una complessa e articolata normativa di carattere tecnico...che, alla luce delle conoscenze scientifiche acquisite, individuasse con la maggiore precisione possibile le complicità potenzialmente derivabili dalla vaccinazione, e determinasse se e quali strumenti diagnostici idonei a prevederne la concreta verificabilità ...*”.

Una normativa siffatta – pur con tutte le precisazioni formulate dalla Consulta in ordine all’estensione degli accertamenti – **inciderebbe inevitabilmente sull’informazione da fornire al soggetto da sottoporre a trattamento**. Il personale sanitario sarebbe obbligato (ed il cittadino avrebbe diritto di richiedere) dette indagini mediche preventive in quanto “... *ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute ...*” [così M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in L. Lenti-E. Palermo Fabris-P. Zatti (a cura di), *I diritti in medicina*, Trattato di Biodiritto, diretto da S. Rodotà-P. Zatti, 205].

13 Si è infine precisato nella I Parte del presente contributo che, di regola, un TSO dovrebbe rappresentare misura di *extrema ratio*, **da evitare allorché sia possibile intervenire con terapie alternative**, aspetto che in verità sembra attualmente sin troppo trascurato. E’ stato dimostrato che interventi operati tempestivamente con terapia farmacologica e soprattutto **plasmatica** (in alternativa, **ozonoterapia**) si sono rivelati efficaci nel trattamento dei pazienti. E’ incomprensibile (o forse lo è fin troppo) per quale ragione ad oggi le Autorità competenti (sia a livello nazionale che Europeo), nonostante il *pressing* trasversale di molti scienziati, non abbiano ancora formalmente autorizzato le terapie in parola.

13.1 Nel caso in cui un TSO fosse comunque adottato, **i medici chiamati a somministrare il vaccino sarebbero parimenti chiamati in causa in sede di informazione da rendere circa l'esistenza di tali rimedi.** Dottrina e giurisprudenza, infatti, sono concordi nel ritenere che, affinché l'informazione raggiunga quel minimo di completezza (al contempo rendendo esente da responsabilità penale e civile il personale sanitario), la stessa debba essere estesa anche: "... - *alla diagnosi ed alla descrizione della malattia; - alla terapia farmacologica praticabile e ad eventuali terapie alternative* (sulla scia di quanto espressamente statuito da Corte Cost. n. 438/2008); - *alla prognosi nell'ipotesi che si esegua o non si esegua la terapia suggerita; - ai vantaggi ed agli svantaggi correlati al trattamento; - ai rischi ed alle possibili complicanze insiti nel trattamento prospettato...*" [così G. CASCIARO – P. SANTESE, *Il consenso informato*, Milano, 2012, 75]. In tali evenienze sorgerebbe un serio problema inerente al possibile rifiuto del soggetto di essere sottoposto a vaccinazione, rifiuto che - ad avviso di scrive - non potrebbe *de plano* archiviarsi come ingiustificato.

14. A questo punto del discorso, e sul piano del metodo, ci sia consentito di svolgere alcune considerazioni conclusive che, anche nella materia in parola, dovrebbero essere tenute in degna considerazione sia da parte del legislatore che, eventualmente, della Corte Costituzionale. **Ma in un Paese in cui le sacre regole dell'ordoliberalismo e del vincolo esterno hanno scalzato ogni traccia di democrazia sociale e dove, a causa di quella antica incomprendione dell'Europa, il diritto alla salute (ma in realtà ogni altro diritto fondamentale) è "finanziariamente condizionato" (qui, p.5), nutriamo forti dubbi che ciò possa accadere.**

14.1 In questa ennesima emergenza, che ha sempre più le sembianze della hegeliana "notte in cui tutte le vacche sono nere" in cui la scissione dalla realtà si mostra davvero delirante, ci viene chiesto di avere fiducia nella scienza e di difenderla. Tuttavia, chiedere di riporre fiducia nella scienza prescindendo del tutto dal contesto storico-sociale nella quale essa è prodotta, significa non cogliere l'estrema complessità del problema. Si è già approfondito l'argomento in **apposita sede** e non si vuole certo riproporne in questa l'intero ragionamento che lo supporta, bensì ribadire soltanto che la **SCIENZA È UNA CATEGORIA STORICA** e che, come tale, sconta tutto il condizionamento dei rapporti di produzione e di forza storicamente costituiti, nonché gli scopi delle forze sociali egemoni di volta in volta considerate. **Perciò, in un contesto socio-economico globalizzato e capitalistico-finanziarizzato che "si esprime ... nella subordinazione di ogni aspetto della vita sociale a vantaggio del profitto"** [sono parole di A. BARBERA, *Commento all'art. 2*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di G. Branca, *Principi fondamentali (art. 1- 12)*, Bologna, 1975, 112] **chiedere di difendere questa scienza, più che un atto di fiducia, equivale a pretendere l'adorazione di un feticcio.**

15 Un'**indagine conoscitiva relativa ai vaccini per uso umano licenziata dall'AGCM nel maggio del 2016** può fornire, al riguardo, una vaga idea su alcune peculiarità che connotano il mercato dei vaccini.

Come rilevato dalla dottrina, dall'indagine si ricava per esempio che "... **sono lontani i tempi in cui i vaccini erano l'anello debole della catena farmaceutica, al punto da non consentire la profittabilità delle imprese**", dal momento che **"quello vaccinale risulta essere ora il segmento con la redditività più alta dell'intera industria farmaceutica, e dalle dimensioni in forte crescita..."** [così G. PITRUZZELLA – L. ARNAUDO, *Vaccini, mercati farmaceutici e concorrenza, in una prospettiva (anche) di diritti umani*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, Milano, 1/2017, 4 ss.; si vedano i §§ 59 ss. dell'Indagine]. Ed ancora, dal punto di vista della mitica "concorrenza", **"...risulta persistente un oligopolio su scala mondiale, con i primi quattro operatori – GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dohme, Sanofi Pasteur e Pfizer – che detengono complessivamente l'80% del mercato complessivo in valore..."** [G. PITRUZZELLA – L. ARNAUDO, *Vaccini, mercati farmaceutici e*

concorrenza, cit.; si vedano i §§ 61 ss. dell'Indagine], caratteristica che frutta alle imprese ampi margini di profitto per la possibilità di stabilire unilateralmente i prezzi. Non solo.

16 Dato lo stretto collegamento tra decisioni di politica vaccinale adottate a livello sopranazionale (si veda [qui](#) il documento redatto dall'OMS nel 2014) e politiche sanitarie locali basate (come in Italia) sui Piani nazionali di prevenzione (PNPV), in una condizione di offerta sostanzialmente accentrata, **l'AGCM ha preso altresì in considerazione il problema delle modalità con le quali viene decisa l'inclusione dei vaccini nei programmi di sanità pubblica, sottolineando** "... **per gli organi competenti l'opportunità... di adottare PROCESSI DECISIONALI TRASPARENTI, basati su EVIDENZE SCIENTIFICHE VERIFICABILI...**" [G. PITRUZZELLA – L. ARNAUDO, *Vaccini, mercati farmaceutici e concorrenza, cit.*].

17 Ora, sul versante dei "**processi decisionali**" pubblici, risulta purtroppo acclarato che le multinazionali, in ragione della loro potenza economica, siano in grado di condizionarli.

E' sufficiente consultare **i vari procedimenti intentati negli anni dalla SEC statunitense** nei confronti delle principali case farmaceutiche per violazione del **Foreign Corrupt Practices Act** del 1977, il quale qualifica come illegali i pagamenti a funzionari stranieri al fine di procacciarsi affari. Paradigmatica è la **controversia** che nel 2012 ha riguardato la società Pfizer e che ha visto coinvolta, tra molti Paesi, anche l'Italia. Da [qui](#) si può accedere all'atto con il quale la SEC ha intentato il relativo procedimento e nel quale sono riportati fatti per niente edificanti (cfr; in particolare, pagg. 10-11). Pfizer ha pagato 45 milioni di dollari per definire la controversia.

18. Sul versante delle "**evidenze scientifiche**", la realtà non può ritenersi più confortante, come si ricava già da quanto appena riportato. Ma, tra i tanti, si pensi altresì allo scandalo che ha coinvolto un *ex* membro sempre della casa farmaceutica Pfizer, il dott. Scott Reuben, che nel 2010 è stato messo sotto accusa per aver falsificato studi di ricerca pubblicati su riviste mediche ([qui](#), [qui](#) e [qui](#)) o, ancora alla vicenda che ha visto implicata la casa farmaceutica Merck, accusata di aver falsificato i dati sull'efficacia di un vaccino contro la parotite, come debitamente documentato in un **False Claims Act del 2010**.

Tutto ciò non può stupire.

In un comparto merceologico contrassegnato **dal progressivo disimpegno pubblico nel finanziamento all'attività di ricerca scientifica** (per l'Italia, si veda [qui p. 7](#)) e **caratterizzato da un mercato oligopolistico transnazionale che si avvia ad essere via via sempre più concentrato** (si tratta di colossi imprenditoriali quotati in Borsa), **è necessario essere dotati davvero di una straordinaria dose di immaginazione per ritenere che i fatti sopra riferiti siano stati posti in essere per "la tutela della salute" e nell'interesse collettivo**. Lo stesso concetto di medicina basata sulla "**evidenza scientifica**" (così come l'intero processo di pubblicazione di articoli *peer-review*) meriterebbe una seria ed urgente rivisitazione (*in primis* per il bene e la credibilità della stessa *Scienza*) e ben più approfondite riflessioni che qui non sono tuttavia possibili.

Comunque, in un clima nel quale, insieme e più del Covid, domina incontrastato il "**batterio pop del folle laboratorio liberista**", è questa *Lascienza* di cui dovremmo fidarci?

Publicato da [Quarantotto](#) alle [17:14](#)



13 commenti:

mrsme 15 gennaio 2021 alle ore 20:25

Grazie Francesco per questi due post.

Ci arrivano moltissime segnalazioni da sanitari disperati che subiscono minacce più o meno velate (demansionamento, sospensione, licenziamento) per sottoporsi alla vaccinazione che non sanno che fare,

considerato che sindacati e associazioni di categoria non ci trovano "nulla di scandaloso" all'imposizione di un obbligo vaccinale (senza considerare "l'autorevole" opinione di Ichino...), gli amministratori di sostegno ci riferiscono di costanti pressioni per far vaccinare i loro assistiti nelle RSA, le facoltà di medicina ammettono al tirocinio solo gli studenti vaccinati... di fatto l'obbligo c'è già, e per un vaccino di cui si sa praticamente niente...

Recentemente, in quanto "inadempiente", sono stata convocata alla ASL per il "colloquio informativo" previsto dalla 119, e quando alla mia domanda "mi dica dottore" mi sono sentita rispondere "cosa vuole che le dica signora, seduto a questa scrivania, in questa struttura, con questo camice... le posso solo dire che i vaccini sono sicuri ed efficaci" ho ringraziato il Cielo, che io e il dottore ci siamo intesi al volo: ad oggi questo è il massimo che si possa ottenere, a livello di libera scelta.

Rispondi

▣ Risposte

Fiore 12 febbraio 2021 alle ore 09:05

Conosco una ragazza che lavora come infermiera in un ospedale di Roma, nonostnte abbia avuto il covid, l'hanno obbligata a farsi il vaccino altrimenti a casa!! Alla faccia della nostra Costituzione.

Rispondi

Luca Cellai 18 gennaio 2021 alle ore 17:43

"I soggetti a più alto rischio di complicazioni e morte risultano ancora in larghissima maggioranza gli anziani (l'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni) tutti portatori di una o più patologie pregresse (malattie cardiache, polmonari o renali, ipertensione e diabete)."

In base alla mia esperienza personale credo che ciò NON sia dovuto al solo covid ma principalmente al modo in cui questa volta sono stati trattati gli anziani.

Ogni anno le persone anziane colpite da una forte influenza venivano ricoverate in caso di gravi complicazioni polmonari, ma mai sono state trattate come stavolta col covid.

In precedenza l'anziano ricoverato poteva essere visitato dai parenti ed aiutato da questi ultimi ad alimentarsi, a bere, a fare dei passi e andare al bagno.

Sono infatti queste le basi minime biologiche per la sopravvivenza di un anziano (ampiamente note a tutti i geriatri).

Col covid invece nulla di tutto ciò.

Nella fase più grave della malattia mia madre era quasi sempre assopita, trascurava di bere e non si voleva alimentare.

Sono stato io a tamprarla H24 con latte zuccherato, tè, un pezzettino di fetta biscottata con la marmellata, un cucchiaino di brodo, un pezzettino di patata, un bocconcino di lesso, un sorso di integratore.

Sono stato sempre io ad accompagnarla in bagno, a farla alzare per muovere qualche passo e lavarsi.

SAPEVO infatti con certezza che in un ospedale pubblico il personale per accudire come si deve un anziano già manca in tempi normali.

L'unico approccio possibile nella attuale sanità pubblica (i numeri questo dicono!) è quello zootecnico.

Si isola il capo ammalato in un reparto covid (come facevano i pastori sull'isola di Mortorio in Costa Smeralda), gli si lascia acqua ed un pò di foraggio e si torna a distanza di tempo per controllare se per caso è sopravvissuto.

Sono esagerato? Non credo.

Conosco medici ed infermieri e questo mi avevano detto quando coi fratelli valutammo il ricovero di mamma: "io mia madre non ce la porterei".

Altro che accompagnarli in bagno, l'anziano se 'scoccia' per andare da solo va sedato...

Esiste quindi un nesso causale preciso tra elevata mortalità tra gli anziani isolati nei reparti covid ed i tagli alla sanità pubblica.

Un paio di conoscenti, i cui genitori se ne sono andati soli come cani, l'hanno capito troppo tardi.

Rispondi

Davide Verga 19 gennaio 2021 alle ore 11:12

Casualmente sparita la pagina AIFA con i "non chiarimenti"

Rispondi

Alberto Monaco 9 febbraio 2021 alle ore 20:46

Presidente, come sta? Che ne è stato di questo nobile blog? Il presente ha superato ogni peggiore ipotesi? Pensa che non vale più la pena?

Rispondi

▣ Risposte

Iddu Autru 28 luglio 2021 alle ore 00:56

Credo che faccia bene a tenerlo fissato qui, e lo dico col senno di poi, visto che siamo quasi in Agosto.

Rispondi

Luca Cellai 11 febbraio 2021 alle ore 12:24

Si parla molto in questi giorni di piano vaccinale come punto essenziale del costituendo governo Draghi.

Mi domando se, alla luce dei nefasti risultati della vaccinazione di massa in Israele, non si configuri una 'mala gestio' nel caso si procedesse impertentiti su questa strada.

<https://www.unz.com/gatzmon/israels-third-lockdown-a-spectacle-of-failure/>

Tra l'altro in UK hanno pure visto che muoiono circa 200 ultraottantenni ogni centomila vaccinati.

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n363>

Rispondi

Luca Cellai 17 febbraio 2021 alle ore 12:05

OT - Indicare nel programma di governo la cessione di sovranità 'nelle aree di debolezza' non è un attentato alla costituzione?

Se sì, sostenere un tale governo, non è tecnicamente eversione?

Rispondi

Wasp 20 maggio 2021 alle ore 20:43

Quel mi è parso uno stravolgimento è il metter sullo stesso piano un diritto individuale della persona che è il diritto umano alla salute ma in definitiva è il diritto umano alla vita e l "interesse" collettivo alla salute. I Padri costituenti conoscevano bene il totalitarismo e la manipolazione dittatoriale e violazione dei diritti umani per supposti beni collettivi. È per questo che scrissero "interesse" collettivo e non diritto collettivo. Perché mai un diritto umano ed esistenziale come il diritto alla salute della persona potrà essere di pari valore e subordinato all'interesse collettivo e statale.

Rispondi

Maria 7 luglio 2021 alle ore 15:34

Ho letto di un ricorso al Tar presentato da alcuni sanitari, e non credo sarà l'unico, sarà sollevata la questione di legittimità costituzionale?

Rispondi

gilberto gismondi 26 luglio 2021 alle ore 22:24

Non è stato il caso a dettare la pubblicazione dei due post di Francesco Maimone ma una ponderata previsione infatti il 22 luglio abbiamo avuto il green pass dal governo Draghi.

Rispondi

a.masotti 17 settembre 2021 alle ore 21:58

Sono convinto che le pubbliche amministrazioni sbagliano nella valutazione degli effetti negativi della vaccinazione ad ogni costo ignorando le cure .

Allo scopo di dare peso contabile alla mia ipotesi propongo che le autorità che detengono i dati regionali li rendano disponibili per una analisi indipendente :

-i record conservati sulle dimissioni ospedaliere (record SDO) resi anonimi ma non scollegati e con conservazione di tutti i dati di DRG (Diagnosis Related Groups)

-i record delle ricette dematerializzate rese anonime ma non scollegate fra loro

-i record delle ricette elettroniche rese anonime ma non scollegate fra loro

quanto sopra dal 2019 fino ad oggi .

Per rese anonime ma non scollegate fra loro si intende : al posto del codice fiscale del paziente viene posto un numero generato a caso ma uguale su tutti i record del paziente in questione (la legge sulla privacy prevede tale procedura) . Il rilevamento proposto va fatto raffrontando l'anno precedente al vaccino con i mesi successivi al vaccino per i vaccinati ed un analogo periodo per i non vaccinati.

Obiettivo della ricerca è trovare la pesantezza della correlazione fra vaccino e insorgenza di patologie secondarie nei vaccinati , per fasce di età, rispetto ai non vaccinati.

Ho infatti evidenza ed informazioni che molti vaccinati entro 6 mesi dal vaccino , soprattutto nelle età 50+ :

- iniziano ad avere patologie aggiuntive alle preesistenti
- patologie secondarie hanno recrudescenza con necessità terapeutica
- patologie intermittenti divengono croniche

I medici di base sono intervenuti prescrivendo le opportune cure che si sono trasformate in ricette dematerializzate o elettroniche .

Valutare su milioni di storie cliniche consente di togliere ogni dubbio: qui la medicina non c'entra , c'entra la statistica e la matematica : se le prescrizioni medie pro-capite emesse post vaccino superano sensibilmente quelle di pari situazione nei non vaccinati

Non sono possibili risposte negative per ragioni di privacy nè di disponibilità dei dati . I dati sono in DBMS (normalmente) Oracle ed i tracciati record sono stati pubblicati: si può duplicare il database , fare una procedura in PL/SQL di poche righe per rendere anonimi i dati , consegnando poi la copia del DB a chi la chiede (es.: comitato di parlamentari) .

Il tempo tecnico per fare la cosa è qualche ora, pertanto non possono essere opposti neanche ostacoli economici .

Rispondi

Luca Cellai 16 maggio 2022 alle ore 09:54

Dopo un anno di vaccinazione di massa la percentuale di tamponi positivi si è stabilizzata da molti mesi intorno al 15%.

Siccome si ritorna negativi dopo circa due settimane ciò implica che ogni $(100/15) \times 2 = 13,3$ settimane ci si è infettati tutti (e si ricomincia da capo).

Implica che ci si infetta in media $(52 \text{ settimane} / 13,3 = 3,9)$ più di tre volte l'anno.

"PER SEMPRE"

Non è quindi per caso che, tra eventi avversi negati, mancate cure ed infezioni ripetute, l'eccesso di mortalità rispetto al periodo 2015-2019 si sta assestando a 60K l'anno (come nel 2021) mentre il bilancio nati/morti nell'anno è negativo di oltre 300K anime.

E per molti la vaccinazione di massa e l'apartheid sono stati un successo da replicare alla prima occasione...

Rispondi

Per lasciare un commento, fai clic sul pulsante di seguito per accedere con Google.

