

FUSILLO, STRIZZI & ASSOCIATI  
Avv. Alessandro Fusillo  
Viale delle Milizie, 22 – 00192 ROMA  
Tel. 06/3243832 Fax 06/87459135  
alessandro.fusillo@pec.it

**TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA**

**Sez. II Civile – Giudice ...**

**RG ... – UDIENZA DEL 23 giugno 2021**

**RICORSO PER INTERVENTO VOLONTARIO EX ART. 105 C.P.C.**

Dei Signori:

...

tutti rappresentati e difesi, giusta deleghe in parte allegate telematicamente al presente atto e che in parte, in considerazione della mole dei documenti, saranno depositate nel fascicolo sopra indicato, dall'Avv. Alessandro Fusillo (FSLLSN68R03H501Z) presso il cui studio in Roma Viale delle Milizie n. 22 e presso il cui domicilio elettronico pec [alessandro.fusillo@pec.it](mailto:alessandro.fusillo@pec.it) eleggono domicilio;

**-ricorrenti-**

**Contro:**

- Il Governo della Repubblica Italiana in persona del Presidente del Consiglio *pro tempore*, con sede in Roma, Piazza Colonna n. 370 (codice fiscale 80188230587), rappresentato e difeso *ex lege* dall'Avvocatura Generale dello Stato di Roma, con sede in Via dei Portoghesi n. 12, pec [ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it](mailto:ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it)
- Il Ministero della Salute (codice fiscale 80242250589) in persona del Ministro *pro tempore* con sede in Roma, con sede in Roma, Lungotevere Ripa n. 1, rappresentato e difeso *ex lege* dall'Avvocatura Generale dello Stato di Roma, con sede in Via dei Portoghesi n. 12, pec [ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it](mailto:ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it)
- AIFA – Agenzia Italiana del Farmaco in persona del direttore generale *pro tempore*, con sede in Roma, Via del Tritone n. 181, rappresentata e difesa *ex lege* dall'Avvocatura Generale dello Stato di Roma, con sede in Via dei Portoghesi n. 12, pec [ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it](mailto:ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it)

**-resistenti-**

**Nei confronti:** della Signora ... con l'Avv. ...

-ricorrente-

\*.\*.\*.\*

### **INTERVENTO VOLONTARIO EX ART. 105 C.P.C.**

Gli interventori sono tutti operatori sanitari e si trovano, in virtù della loro professione, nella medesima situazione della Signora ..., di soggezione all'obbligo di vaccinazione introdotto con il decreto-legge 1° aprile 2021 n. 44 convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021 n. 76.

Pertanto, gli interventori sono portatori di un interesse identico a quello qui azionato, compatibile con quello fatto valere dalla ricorrente e rivolto nei confronti dei medesimi convenuti.

Riportiamo di seguito il testo del ricorso introduttivo in segno di integrale adesione allo stesso da parte degli interventori che lo fanno proprio in ogni sua parte.

Ad integrazione delle considerazioni di cui al ricorso ex art. 700 c.p.c. si rappresenta quanto segue in punto di *fumus boni iuris e periculum in mora*.

I due requisiti tipici della tutela cautelare emergono con chiarezza dalla narrativa del ricorso introduttivo. Il *fumus boni iuris* si compendia nelle molteplici ragioni di illegalità e illegittimità dell'obbligo di vaccinazione che sopra abbiamo illustrato con dovizia di particolari.

Il pericolo nel ritardo (pregiudizio imminente e irreparabile) è dato dalla concreta possibilità che i ricorrenti debbano subire l'alternativa prevista dalla legge e, in particolare, la scelta tra la vaccinazione, che comporta l'irrimediabile perdita della propria integrità corporale con la possibilità, oltre a questo, che si verificano gravi o fatali reazioni avverse di cui si hanno notizie di stampa sempre più frequenti ed appartenenti ormai al notorio, e la perdita del lavoro e/o dell'iscrizione nel relativo albo professionale che costituisce il presupposto per lo svolgimento dell'attività lavorativa autonoma. Si tratta di un pregiudizio irreparabile. Questo è certo per quanto concerne i danni fisici o comunque la definitiva alterazione corporale indotta dal vaccino. Ma non è meno vero per la perdita lavorativa che incide non solo sulla perdita delle retribuzioni o degli onorari professionali, ma anche sulla propria immagine professionale, alla luce della indebita pressione che viene esercitata sugli operatori sanitari che abbiano optato di non

vaccinarsi, e sulle chance di carriera e di avanzamento professionale, elementi questi insuscettibili di riparazione per equivalente.

La situazione è di tale gravità che non vi è altro mezzo di tutela se non quella cautelare atipica. Infatti, gli interventori e la ricorrente sono esposti alla concreta possibilità di perdere ogni mezzo per procurarsi un reddito e la propria sussistenza, il tutto a tutela di un trattamento farmacologico sperimentale sulla cui efficacia, anche al fine dichiarato di prevenire il contagio da SARS-CoV-2 vi sono numerosi e fondati dubbi. La giustificazione addotta, cioè la pretesa di sacrificare il diritto individuale all'integrità corporale ad un presunto interesse collettivo di salute pubblica è fallace. Il diritto individuale di decidere in autonomia e senza condizionamenti di sorta se partecipare ad una sperimentazione medica è un diritto assoluto che non soffre eccezioni, quale che sia l'interesse opposto. In altri termini: in tema di sperimentazione medica non è possibile svolgere alcun bilanciamento di interessi poiché il diritto dell'individuo di rifiutare la partecipazione alla sperimentazione è assoluto e non prevede eccezioni. Infatti, le norme internazionali citate nel ricorso, dalle quali emerge il diritto assoluto del singolo di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario, non prevedono alcuna possibile eccezione, a differenza delle possibili aperture in tal senso che potrebbero emergere dall'art. 32 cost. La lesione di un diritto fondamentale dell'importanza e della consistenza di quello azionato esige un provvedimento cautelare immediato al fine di ristabilire la legalità.

#### **“PREMESSA E SINTESI**

Con il decreto-legge 44/2021 la Repubblica Italiana ha introdotto a carico degli operatori di interesse sanitario l'obbligo di sottoporsi ai trattamenti sperimentali vaccinali contro il SARS-CoV2. L'obbligo di vaccinazione viola il diritto fondamentale, che ha natura di diritto soggettivo perfetto, al consenso libero e informato per i trattamenti sanitari, diritto che fa parte di quello alla salute di cui all'art. 32 cost. Violato altresì è il diritto fondamentale al lavoro che deriva dal combinato disposto degli artt. 1, 4, 35 e 36 della carta fondamentale. L'obbligo di vaccinazione previsto dal decreto-legge in questione – e dall'eventuale legge di conversione che ne confermasse l'impianto quanto all'obbligo di vaccinazione – è:

- illegale e inapplicabile per contrasto con la prevalente normativa comunitaria:
  - a) Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea,
  - b) Regolamento (CE) n. 507/2006 della Commissione del 29 marzo 2006,
  - c) Regolamento della Comunità Europea del 16 aprile 2014 n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano,
- in contrasto con la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo,
- incostituzionale per violazione degli articoli 10, 11 e 117 Cost. sotto il profilo:
  - a) del contrasto con il diritto internazionale generalmente riconosciuto: Codice di Norimberga, Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, Dichiarazione di Helsinki, Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani approvata dall'UNESCO il 19.10.2005 e
  - b) del contrasto con il diritto internazionale pattizio: Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, ratificato con legge 25 ottobre 1977 n. 881 e Convenzione di Oviedo ratificata con legge 28 marzo 2001 n. 145,
- incostituzionale per violazione degli artt. artt. 1, 3, 4, 32, 35 e 36 cost.,

### **FATTO E DIRITTO**

1. I ricorrenti sono tutti operatori sanitari, appartenenti a diverse categorie professionali tra le trenta elencate dal Ministero della Salute, il tutto come meglio dimostrato dalla documentazione allegata per ciascuno di essi a dimostrazione della qualifica.
2. In data 1° aprile 2021 il governo della Repubblica Italiana adottava il decreto-legge 44/2021 con il quale era introdotto a carico di tutti gli operatori sanitari l'obbligo di sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, vaccinazione individuata come requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati. Il decreto-legge è in corso di conversione da parte del parlamento e, laddove fosse confermato nel suo contenuto essenziale (obbligo di vaccinazione per tutti gli operatori di interesse sanitario individuato quale requisito per lo svolgimento della professione e previsione del

demansionamento o della sospensione in caso di mancata vaccinazione), le considerazioni qui svolte in merito al decreto-legge sono da intendersi estese alla legge di conversione, *mutatis mutandis*.

3. In particolare, i commi 6, 7, 8 e 9 dell'art. 4 del decreto-legge in questione prevedono a titolo di sanzione – o di conseguenza automatica – per coloro che siano stati accertati come inadempienti all'obbligo di sottoporsi alla vaccinazione obbligatoria, *“la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2”*.
4. Il decreto-legge in parola è illegale e l'obbligo di vaccinazione non può essere applicato nell'ordinamento della Repubblica Italiana; i ricorrenti agiscono in sede cautelare per ottenere, in via immediata *inaudita altera parte*, da confermarsi con ordinanza, la sospensione dell'obbligo di vaccinazione.
5. Nel merito, i ricorrenti chiederanno l'accertamento dell'inapplicabilità dell'obbligo di vaccinazione loro imposto per contrasto con la prevalente normativa comunitaria nonché, previa richiesta declaratoria di non manifesta infondatezza delle questioni di incostituzionalità che appresso saranno illustrate, del decreto-legge 44/2021 (e/o della legge di conversione laddove lasci intatto l'obbligo di vaccinazione), l'accertamento dell'illegittimità dell'obbligo in questione.

**A) Necessaria disapplicazione del decreto-legge 44/2021 per contrasto con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea**

6. Secondo la sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea 4.12.2018 C-378/17 *Minister for Justice and Equality*: *“È incompatibile con le esigenze inerenti alla natura stessa del diritto dell'Unione qualsiasi disposizione facente parte dell'ordinamento giuridico nazionale o qualsiasi prassi, legislativa, amministrativa o giudiziaria, la quale porti ad una riduzione della concreta efficacia del diritto dell'Unione per il fatto che sia negato al giudice, competente ad applicare questo diritto, il potere di fare, all'atto stesso*

*di tale applicazione, tutto quanto è necessario per **disapplicare le disposizioni legislative nazionali che eventualmente ostino alla piena efficacia delle norme direttamente applicabili dell'Unione** (v., in tal senso, sentenze del 9 marzo 1978, Simmenthal, 106/77, EU:C:1978:49, punto 22; del 19 giugno 1990, Factortame e a., C-213/89, EU:C:1990:257, punto 20, nonché dell'8 settembre 2010, Winner Wetten, C-409/06, EU:C:2010:503, punto 56).”*

7. Pertanto, il giudice civile e qualsiasi autorità, anche amministrativa, italiana sono tenuti a disapplicare le norme interne incompatibili con il diritto comunitario che prevale sul diritto nazionale.
8. L'obbligo di vaccinazione introdotto dal DL 44/2021 (e dall'eventuale legge di conversione) a carico degli operatori sanitari non è applicabile nel territorio della Repubblica Italiana. Infatti, detto obbligo contrasta con norme di rango superiore alla legislazione ordinaria italiana. Anzitutto con la **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000/C 364/01)** il cui articolo 3 dispone:

*(Diritto all'integrità della persona)*

*1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.*

***2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:***

***- il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, (...)***

9. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea è parte integrante del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) ed è direttamente vincolante senza necessità di provvedimenti interni attuativi come nel caso delle direttive (cfr. Gambaro, *Categorie del diritto privato e linguaggio delle carte dei diritti fondamentali*, Riv. Dir. Civ., 2016, 5, 1225). Pertanto, una disposizione interna che, in contrasto con il principio di libertà di cura, introduca un obbligo concernente un trattamento sanitario – che si tratti

di un vaccino o di qualsiasi altra procedura o terapia medica – è **illegale in base al diritto dell'Unione Europea che prevale sul diritto nazionale.**

10. A differenza che nel caso dell'incostituzionalità, **il diritto comunitario prevede un controllo diffuso di conformità delle norme interne con quelle prevalenti comunitarie e impone al giudice nazionale di disapplicare la normativa illegale interna.**
11. Pertanto, l'adito Tribunale, preso atto dell'incompatibilità tra il DL 44/2021 (e l'eventuale successiva legge di conversione che lasciasse intatto l'obbligo di vaccinazione) e l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, è tenuto a dichiarare l'illegalità della norma italiana e sospendere, pertanto, per i ricorrenti l'obbligo di vaccinazione abusivamente introdotto nel nostro ordinamento. Questa è la semplice ed obbligata conseguenza che occorre trarre dall'evidente contrasto tra la normativa del decreto-legge 44/2021 e quella comunitaria. Non sfuggirà al Giudicante la questione anche di prestigio internazionale connessa con la decisione richiesta. L'Italia è l'unico paese europeo ad avere introdotto un obbligo di vaccinazione a causa di una redazione affrettata della norma, adottata con un decreto-legge che non ha tenuto nel debito conto le implicazioni profonde derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea. **È urgente riportare il nostro paese nell'alveo della legalità europea.**
12. Non è davvero il caso di ricordare che il principio del primato del diritto dell'Unione Europea su quello nazionale è ormai consolidato e pacifico. Oltre ai Trattati istitutivi, analiticamente, elencati ai sensi dell'art. 288 TFUE (Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, come modificato dal Trattato di Lisbona, firmato il 13 dicembre 2007 ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009), costituiscono fonti del diritto dell'Unione Europea: a) i regolamenti (che hanno portata generale e sono obbligatori in tutti i loro elementi e direttamente applicabili in ciascuno degli Stati membri); b) le direttive (che vincolano gli Stati membri cui sono rivolte per quanto riguarda il risultato da raggiungere, salva restando la competenza degli organi nazionali in merito alla forma e ai

- mezzi); c) le decisioni (che sono obbligatorie in tutti i loro elementi per i destinatari da essa designati), (in dottrina D'Agosto-Criscuolo, *Il problema della falcidiabilità dell'IVA nelle procedura da sovraindebitamento*, Il Caso.it, 6.06.2017, pag. 16 ss.).
13. Le norme comunitarie, come la giurisprudenza della Corte di Giustizia del Lussemburgo a partire dalla *leading decision* [C. Giust. CE 9.3.1978 Simmenthal](#), C-106/77 ha sovente affermato, prevalgono sulle norme di diritto interno, sia anteriori sia successive, con esse eventualmente in conflitto. Tale regola viene normalmente indicata come **principio del primato del diritto comunitario** che esige che non soltanto il giudice nazionale, ma anche tutti gli organi dello Stato, comprese le autorità amministrative, siano obbligati ad adottare tutti i provvedimenti necessari per agevolare la piena efficacia del diritto comunitario ([C. Giust. CE 9.9.2003, C-198/2001 Consorzio Industrie Fiammiferi \(CIF\)](#), C. Giust. CE 17.06.1999, C-295/97 *Piaggio*).
14. Identici principi sono stati affermati, facendo riferimento all'art. 11 Cost., anche dalla Consulta, secondo cui l'autorità giurisdizionale nazionale è tenuta ad applicare le norme europee disapplicando quelle nazionali contrastanti, senza necessità di un'apposita pronuncia di illegittimità costituzionale (C. Cost. 7.11.1995, n. 482; C. Cost. 11.7.1989, n. 389).
15. Nell'ambito della giurisprudenza di legittimità, inoltre, a sostegno della piena effettività del diritto europeo e della sua preminenza su quello nazionale, si è chiarito che la questione della compatibilità di una norma di diritto interno con una di diritto comunitario può e deve essere esaminata d'ufficio dal giudice e non presuppone che sia tempestivamente sollevata l'eccezione da una delle parti (Cass. 18915/2004), potendo, pertanto, essere rilevata anche d'ufficio per la prima volta sia in grado di appello (Cass. 18915/2004) sia in sede di legittimità (Cass. 13225/2004; Cass. 13054/2004; Cass. 9242/2004; Cass. 8319/2004; Cass. 5241/2003; Cass. 17564/2002) rientrando nel generale principio *iura novit curia*.



16. Sul punto, oltre alle sentenze già citate, vi è costante giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea e della Corte Costituzionale, di cui facciamo una breve rassegna.
- **CGUE Sent. 01/10/2020, C-603/19 TG:** *Il principio del primato del diritto dell'Unione, nei suoi rapporti con il diritto interno degli Stati membri, rende ipso iure inapplicabile, per il fatto stesso della sua entrata in vigore, qualsiasi disposizione contrastante della legislazione nazionale esistente.*
  - **CGUE, Grande Sez., 25/06/2020, C-24/19 A:** *Se i giudici nazionali avessero il potere di attribuire alle norme nazionali il primato sul diritto dell'Unione, anche solo provvisoriamente, in caso di contrasto con quest'ultimo, ne risulterebbe pregiudicata l'applicazione uniforme del diritto dell'Unione.*
  - **CGUE, Sez. V, 14/05/2020, C-615/18 UY:** *Il principio del primato del diritto dell'Unione, che sancisce la preminenza di tale diritto su quello degli Stati membri, impone a tutte le istituzioni degli Stati membri di dare pieno effetto alle varie norme dell'Unione, dato che il diritto degli Stati membri non può sminuire l'efficacia riconosciuta a tali differenti norme nel territorio di detti Stati.*
  - **Corte cost., 12/05/2017, n. 111:** *La non applicazione delle disposizioni di diritto interno incompatibili con il diritto dell'Unione europea - non equiparabile in alcun modo a ipotesi di abrogazione o di deroga, né a forme di caducazione o di annullamento per invalidità delle stesse - rientra tra gli obblighi del giudice nazionale, vincolato all'osservanza del diritto dell'UE e alla garanzia dei diritti che lo stesso ha generato, con il solo limite del rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale e dei diritti inalienabili della persona.*
  - **CGUE, Sez. VIII, 26/05/2016, C-273/15 ZS Ezernieki:** *In base al principio del primato del diritto dell'Unione, è inammissibile che norme di diritto nazionale, quand'anche di rango costituzionale, possano menomare l'unità e l'efficacia del diritto dell'Unione.*

17. **Il ricorso potrebbe fermarsi qui poiché la sola violazione della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea è già di per sé ragione necessaria e sufficiente a rendere inapplicabile il decreto-legge di cui è causa ed a determinare l’accoglimento del ricorso.** Per tuziorismo e completezza difensiva occorre procedere ulteriormente nell’esame del D.L. 44/2021 che desta notevoli perplessità anche dal punto di vista di altre norme interne ed internazionali tutte prevalenti sulla legislazione ordinaria.

**B) Violazione del Regolamento (CE) n. 507/2006 della Commissione del 29 marzo 2006 – disapplicazione dell’autorizzazione provvisoria alla messa in commercio da parte di AIFA**

18. Le terapie sperimentali in uso in Italia per l’immunizzazione contro il SARS CoV-2 sono attualmente quattro: Pfizer-Biontech (Comirnaty), Vaxzevria (ex Astrazeneca), Moderna e Janssen (Johnson & Johnson). Tutte e quattro le terapie sperimentali sono oggetto di autorizzazioni provvisorie alla messa in commercio da parte di AIFA (**doc. 1-4**), fondate su analoghe decisioni dell’EMA (European Medicines Agency) (**doc. 5-8**) a loro volta trasfuse in delibere della Commissione Europea (**doc. 9**). Le autorizzazioni provvisorie in questione presuppongono tutte l’inoculazione volontaria dei vaccini, fondate su decisioni assunte autonomamente dai singoli pazienti, non essendo previsto l’obbligo di vaccinazione in alcun ordinamento dell’Unione Europea, e del mondo.

Si tratta, infatti, di preparati farmacologici ancora non definitivamente approvati, tuttora in fase di verifica, di cui non si conoscono gli effetti avversi a breve e soprattutto lungo termine e le interazioni con particolari stati, come la gravidanza, l’effetto sui gameti maschili e femminili e l’interferenza con altri farmaci. Il tutto è chiaramente indicato nei relativi foglietti illustrativi (**doc 11-13**). Tutte le autorizzazioni provvisorie hanno una scadenza annuale. Quella di Pfizer addirittura scade prima del termine di cui al decreto-legge 44/2021 fissato al 31.12.2021.

Per comodità di consultazione e chiarezza riportiamo i farmaci ed i relativi riferimenti nella seguente tabella:

<b>Nome prodotto</b>	<b>Comirnaty</b>	<b>Vaxzevria (ex AstraZeneca)</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen (Johnson &amp; Johnson)</b>
<b>Produttore</b>	Pfizer Biontech e altri	Oxford Biomedica e altri	LONZA AG, Rovi Pharma	Janssen Vaccines e altri
<b>Autorizzazione e EMA</b>	24.09.2020	21.09.2020	06.01.2021	11.03.2021
<b>Decisione commissione EU</b>	21.12.2020	29.01.2021	10.11.2020	22.04.2021
<b>Determina AIFA</b>	23.12.2020	30.01.2021	07.01.2021	27.04.2021
<b>Scadenza</b>	21.12.2021	29.01.2022	07.01.2022	22.04.2022

19. Sebbene AIFA abbia avuto cura di riportare nella determina di autorizzazione una serie di fonti del diritto europeo dedicate all'autorizzazione provvisoria alla messa in commercio di farmaci sperimentali, una di queste fonti deve essere sfuggita all'attenzione dell'Agenzia. Si tratta del **Regolamento della Comunità Europea del 29 marzo 2006, n. 507/2006 (Regolamento della Commissione relativo all'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dei medicinali per uso umano che rientrano nel campo d'applicazione del regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio)** dove si all'art. 4 legge:

*“1. Un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata può essere rilasciata quando il comitato ritiene che, malgrado non siano stati forniti dati*

*clinici completi in merito alla sicurezza e all'efficacia del medicinale, siano rispettate tutte le seguenti condizioni:*

*a) il rapporto rischio/beneficio del medicinale, quale definito all'articolo 1, paragrafo 28 bis, della direttiva 2001/83/CE, risulta positivo;*

*b) è probabile che il richiedente possa in seguito fornire dati clinici completi;*

*c) il medicinale risponde ad esigenze mediche insoddisfatte;*

*d) i benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione superano il rischio inerente al fatto che occorranza ancora dati supplementari.*

*Nelle situazioni di emergenza di cui all'articolo 2, paragrafo 2, può essere rilasciata un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata anche in assenza di dati farmaceutici o preclinici completi purché siano rispettate le condizioni di cui alle lettere da a) a d) del presente paragrafo.*

*2. Ai fini del paragrafo 1, lettera c), per esigenze mediche insoddisfatte si intende una patologia per la quale non esiste un metodo soddisfacente di diagnosi, prevenzione o trattamento autorizzato nella Comunità o, anche qualora tale metodo esista, in relazione alla quale il medicinale in questione apporterà un sostanziale vantaggio terapeutico a quanti ne sono affetti.*

20. Le condizioni di cui all'art. 4 del Regolamento (CE) 507/2006 non sussistono, nemmeno ad un esame sommario delle stesse, in particolare in base alle lettere a) e c).

21. Il rapporto rischio/beneficio del medicinale di cui all'articolo 1, paragrafo 28 bis, della direttiva 2001/83/CE – requisito di cui alla lettera a) – esige la sussistenza di una valutazione degli effetti terapeutici positivi del medicinale rispetto ai rischi connesso alla qualità, alla **sicurezza** o all'**efficacia** del medicinale per la salute del paziente o la salute pubblica.

In merito all'aspetto dell'efficacia citiamo, anzitutto, le parole degli stessi produttori dei vaccini per come si possono trarre dai foglietti informativi completi (**doc. 10-13**), scaricati direttamente dal sito dell'EMA.

Comirnaty (Pfizer)

*“Durata della protezione*

*La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla.*

*Limitazioni dell'efficacia del vaccino*

*Come per tutti i vaccini, la vaccinazione con Comirnaty potrebbe non proteggere tutti coloro che lo ricevono. I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino.”*

Vaxzevria (AstraZeneca)

*“Durata della protezione*

*La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota in quanto è ancora in fase di determinazione dagli studi clinici in corso.*

*Limitazioni dell'efficacia del vaccino*

*La protezione inizia da circa 3 settimane dopo la prima dose di Vaxzevria. I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 15 giorni dopo la somministrazione della seconda dose. Come con tutti i vaccini, la vaccinazione con Vaxzevria potrebbe non proteggere tutti i soggetti vaccinati.*

*I dati degli studi clinici attualmente disponibili non consentono una stima dell'efficacia del vaccino in soggetti di età superiore ai 55 anni.”*

Moderna

*“Limitazioni dell'efficacia del vaccino*

*I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 14 giorni dopo aver ricevuto la seconda dose. Come con tutti i vaccini, la vaccinazione con COVID-19 Vaccine Moderna potrebbe non proteggere tutti coloro che ricevono il vaccino.”*

Janssen (Johnson & Johnson)

*“Durata della protezione*

*La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota in quanto è ancora in fase di determinazione dagli studi clinici in corso.*

*Limitazioni dell’efficacia del vaccino*

*La protezione comincia circa 14 giorni dopo la vaccinazione. Come con tutti i vaccini, la vaccinazione con COVID-19 Vaccine Janssen potrebbe non proteggere tutti i soggetti vaccinati.”*

Pertanto, non vi è certezza in merito al tipo di protezione offerta ed al numero dei soggetti, che, in seguito all’inoculazione dei farmaci sperimentali in questione, possano dirsi protetti dal Covid-19. Nulla dicono i bugiardini in merito alla possibilità che i soggetti “vaccinati” possano ancora essere veicolo di contagio. Lo scopo proposto dal DL 44/2021, ossia quello di impedire la diffusione del Covid-19 è, quindi, incerto e ancora in fase di studio. Anzi, a ben vedere l’espressione utilizzata dal decreto-legge (“sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell’infezione da SARS-CoV-2”) si riferisce ad un vaccino che allo stato **non esiste**.

22. Ancor meno confortanti sono i dati concernenti la **sicurezza** dei prodotti in questione. Almeno due dei quattro vaccini autorizzati riportano finanche nei foglietti illustrativi **esiti anche fatali della vaccinazione**. Anzitutto Vaxzevria (ex AstraZeneca), che è stato anche al centro di polemiche e di provvedimenti di sospensione in vari paesi europei, tra i quali l’Italia. Nel bugiardino si legge: *“Una combinazione di trombosi e trombocitopenia, in alcuni casi accompagnata da emorragia, è stata osservata molto raramente in seguito alla vaccinazione con Vaxzevria. Ciò include casi severi che si presentano come trombosi venosa, incluse sedi insolite come trombosi del seno venoso cerebrale, trombosi venosa splancnica, e trombosi arteriosa, in associazione a trombocitopenia. Alcuni casi hanno avuto esito fatale. La maggior parte di questi casi si è verificata nei primi quattordici giorni successivi alla vaccinazione e si è verificata*

*principalmente in donne di età inferiore a 60 anni.” Analoghe avvertenze si leggono nel foglietto illustrativo Janssen: “Una combinazione di trombosi e trombocitopenia, in alcuni casi accompagnata da emorragia, è stata osservata molto raramente in seguito alla vaccinazione con COVID-19 Vaccine Janssen. Ciò include casi severi di trombosi venosa in sedi insolite come trombosi del seno venoso cerebrale e trombosi venosa splancnica, nonché trombosi arteriosa associate a trombocitopenia. È stato riportato esito fatale. Questi casi si sono verificati nelle prime tre settimane successive alla vaccinazione e principalmente in donne di età inferiore a 60 anni.”*

23. Tutti i vaccini sperimentali (anche quelli i cui bugiardini non lo menzionano) hanno riportato un numero notevole di malattie, anche gravi, e di decessi constatati in seguito all'inoculazione. Dal **sito ufficiale europeo di farmacovigilanza Eudravigilance** è agevole trarre i dati concernenti gli eventi avversi seguiti all'inoculazione con le terapie sperimentali di cui trattasi (**doc. 14-17**). I dati che se ne ricavano, e che qui riportiamo in versione aggregata, sono allarmanti, quanto alla sicurezza dei farmaci e sfuggono le ragioni per cui il legislatore possa aver scelto di imporne l'uso obbligatorio mettendo a rischio la vita e l'incolumità degli operatori sanitari.

- (i) **Vaccino Covid Pfizer/BioNtech Tozinameran (nome durante la sperimentazione: BNT162b2; nome commerciale: Comirnaty)**: Aggiornamento dati eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino in Europa al 15 maggio 2021. **179.658 eventi avversi e 5.757 decessi.**

Sono stati segnalati 179.658 eventi avversi, di cui 132.363 nella fascia di età tra 18 e 64 anni.

Di 140.498 casi è stato già registrato il Paese di provenienza della segnalazione.

Gli Stati con più eventi avversi segnalati sono Italia (43.596 casi), Olanda (18.590 casi) e Francia (18.419 casi).

64.652 casi sono stati classificati come “gravi”.

Sono stati segnalati 5.757 decessi successivi alla somministrazione del vaccino Covid Pfizer nei seguenti “Reaction Groups”:

- disturbi del sistema circolatorio e linfatico: 57 decessi
- disturbi cardiaci: 689 decessi
- anomalie congenite, genetiche e a carattere familiare: 4 decessi
- disturbi dell’orecchio e del sistema vestibolare: 3 decessi
- disturbi endocrini: 0 decessi
- disturbi visivi: 13 decessi
- disturbi gastrointestinali: 297 decessi
- disturbi generali e reazioni nel sito di iniezione: 1.824 decessi
- disturbi epatobiliari: 27 decessi
- disturbi immunitari: 29 decessi
- complicanze infettive: 621 decessi
- reazioni a causa di infortuni, avvelenamento o complicazioni procedurali: 76 decessi
- reazioni con indagini in corso: 206 decessi
- disturbi metabolici e nutrizionali: 116 decessi
- disturbi del tessuto muscoloscheletrico e connettivo: 67 decessi
- neoplasie benigne, maligne o non specificate: 13 decessi
- disturbi neurologici: 582 decessi
- disturbi in gravidanza, allattamento e complicanze perinatali: 8 decessi
- difetti del prodotto: 0 decessi
- disturbi psichici: 88 decessi
- disturbi renali e dell’apparato urinario: 88 decessi
- disturbi dell’apparato riproduttivo: 3 decessi
- disturbi polmonari e delle vie respiratorie: 665 decessi
- disturbi dermatologici: 50 decessi
- eventi sociali: 9 decessi



- procedure mediche e chirurgiche: 9 decessi
  - disturbi vascolari: 213 decessi
- (ii) **Vaccino Covid AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19, conosciuto anche con il nome AZD1222, nome commerciale Vaxzevria (nome alternativo Covishield):**

Aggiornamento dati eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino in Europa al 15 maggio 2021. **222.071 eventi avversi e 2.308 decessi.**

Sono stati segnalati 222.071 eventi avversi, di cui 176.838 nella fascia di età tra 18 e 64 anni.

Di 99.445 casi è stato già registrato il Paese di provenienza della segnalazione.

Gli Stati con più eventi avversi segnalati sono Olanda (27.765 casi), Francia (14.417 casi) e Italia (13.353 casi).

123.152 casi sono stati classificati come “gravi”.

Sono stati segnalati 2.308 decessi successivi alla somministrazione del vaccino Covid AstraZeneca nei seguenti “Reaction Groups”:

- disturbi del sistema circolatorio e linfatico: 97 decessi
- disturbi cardiaci: 280 decessi
- anomalie congenite, genetiche e a carattere familiare: 2 decessi
- disturbi dell’orecchio e del sistema vestibolare: 0 decessi
- disturbi endocrini: 2 decessi
- disturbi visivi: 7 decessi
- disturbi gastrointestinali: 105 decessi
- disturbi generali e reazioni nel sito di iniezione: 653 decessi
- disturbi epatobiliari: 19 decessi
- disturbi immunitari: 9 decessi
- complicanze infettive: 153 decessi
- reazioni a causa di infortuni, avvelenamento o complicazioni procedurali: 38 decessi
- reazioni con indagini in corso: 43 decessi

- disturbi metabolici e nutrizionali: 36 decessi
  - disturbi del tessuto muscoloscheletrico e connettivo: 25 decessi
  - neoplasie benigne, maligne o non specificate: 5 decessi
  - disturbi neurologici: 363 decessi
  - disturbi in gravidanza, allattamento e complicanze perinatali: 2 decessi
  - difetti del prodotto: 0 decessi
  - disturbi psichici: 19 decessi
  - disturbi renali e dell'apparato urinario: 20 decessi
  - disturbi dell'apparato riproduttivo: 0 decessi
  - disturbi polmonari e delle vie respiratorie: 248 decessi
  - disturbi dermatologici: 16 decessi
  - eventi sociali: 4 decessi
  - procedure mediche e chirurgiche: 14 decessi
  - disturbi vascolari: 148 decessi
- (iii) **Vaccino Covid Moderna CX-024414 (nome durante la sperimentazione: mRNA-1273)**

Aggiornamento dati eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino in Europa al 15 maggio 2021. **25.849 eventi avversi e 3.150 decessi.**

Sono stati segnalati 25.849 eventi avversi, di cui 15.521 nella fascia di età tra 18 e 64 anni.

Di 15.571 casi è stato già registrato il Paese di provenienza della segnalazione.

Gli Stati con più eventi avversi segnalati sono Olanda (4.991 casi), Spagna (2.132 casi), Francia (2.117 casi) e Italia (2.077 casi).

12.668 casi sono stati classificati come “gravi”.

Sono stati segnalati 3.150 decessi successivi alla somministrazione del vaccino Covid Moderna nei seguenti “Reaction Groups”:

- disturbi del sistema circolatorio e linfatico: 20 decessi

- disturbi cardiaci: 344 decessi
- anomalie congenite, genetiche e a carattere familiare: 2 decessi
- disturbi dell'orecchio e del sistema vestibolare: 0 decessi
- disturbi endocrini: 1 decesso
- disturbi visivi: 4 decessi
- disturbi gastrointestinali: 105 decessi
- disturbi generali e reazioni nel sito di iniezione: 1.373 decessi
- disturbi epatobiliari: 7 decessi
- disturbi immunitari: 4 decessi
- complicanze infettive: 169 decessi
- reazioni a causa di infortuni, avvelenamento o complicazioni procedurali: 59 decessi
- reazioni con indagini in corso: 70 decessi
- disturbi metabolici e nutrizionali: 62 decessi
- disturbi del tessuto muscoloscheletrico e connettivo: 61 decessi
- neoplasie benigne, maligne o non specificate: 11 decessi
- disturbi neurologici: 323 decessi
- disturbi in gravidanza, allattamento e complicanze perinatali: 0 decessi
- difetti del prodotto: 0 decessi
- disturbi psichici: 49 decessi
- disturbi renali e dell'apparato urinario: 37 decessi
- disturbi dell'apparato riproduttivo: 1 decesso
- disturbi polmonari e delle vie respiratorie: 288 decessi
- disturbi dermatologici: 23 decessi
- eventi sociali: 9 decessi
- procedure mediche e chirurgiche: 22 decessi
- disturbi vascolari: 106 decessi

(iv) **Vaccino Covid Johnson&Johnson, noto come vaccino Covid Janssen, nomi durante la sperimentazione Ad26.COV2.S, JNJ-78436735, Ad26COVS1, VAC31518.**

Sono stati segnalati 4.152 eventi avversi, di cui 3.201 nella fascia di età tra 18 e 64 anni.

Di 2.158 casi è stato già registrato il Paese di provenienza della segnalazione.

Gli Stati con più eventi avversi segnalati sono Olanda (1.860 casi), Polonia (142 casi) e Italia (72 casi).

2.032 casi sono stati classificati come “gravi”.

Sono stati segnalati **314 decessi** successivi alla somministrazione del vaccino Covid Johnson&Johnson nei seguenti “Reaction Groups”:

- disturbi del sistema circolatorio e linfatico: 7 decessi
- disturbi cardiaci: 29 decessi
- anomalie congenite, genetiche e a carattere familiare: 0 decessi
- disturbi dell’orecchio e del sistema vestibolare: 0 decessi
- disturbi endocrini: 1 decesso
- disturbi visivi: 2 decessi
- disturbi gastrointestinali: 10 decessi
- disturbi generali e reazioni nel sito di iniezione: 83 decessi
- disturbi epatobiliari: 2 decessi
- disturbi immunitari: 0 decessi
- complicanze infettive: 7 decessi
- reazioni a causa di infortuni, avvelenamento o complicazioni procedurali: 4 decessi
- reazioni con indagini in corso: 18 decessi
- disturbi metabolici e nutrizionali: 9 decessi
- disturbi del tessuto muscoloscheletrico e connettivo: 10 decessi
- neoplasie benigne, maligne o non specificate: 0 decessi
- disturbi neurologici: 45 decessi

- disturbi in gravidanza, allattamento e complicanze perinatali: 0 decessi
  - difetti del prodotto: 0 decessi
  - disturbi psichici: 3 decessi
  - disturbi renali e dell'apparato urinario: 4 decessi
  - disturbi dell'apparato riproduttivo: 0 decessi
  - disturbi polmonari e delle vie respiratorie: 23 decessi
  - disturbi dermatologici: 1 decesso
  - eventi sociali: 2 decessi
  - procedure mediche e chirurgiche: 15 decessi
  - disturbi vascolari: 39 decessi
24. Le terapie sperimentali che la Repubblica Italiana intende forzosamente imporre agli operatori sanitari, e che già molti, loro malgrado, hanno subito, non sono pertanto né efficaci né sicure giacché molte persone sono morte in seguito al vaccino o hanno subito malattie gravi. Il Tribunale, pertanto, dovrà disapplicare, oltre che il DL 44/2021 – e l'eventuale legge di conversione – anche i provvedimenti di AIFA con l'autorizzazione alla messa in commercio dei quattro farmaci sperimentali sopra menzionati per difetto dei requisiti di cui all'art. 4 del Regolamento (CE) 507/2006.
25. Esistono, e sono note da tempo, **valide cure per il Covid-19 che rendono del tutto superfluo il ricorso a vaccini sperimentali** e, soprattutto, rendono illegittima l'autorizzazione all'immissione in commercio di cui al **Regolamento della Comunità Europea del 29 marzo 2006, n. 507/2006** poiché non sussiste la condizione di cui all'art. 4, comma 1, lettera c) ossia un'esigenza medica insoddisfatta.
26. E' ormai noto *lippiis et tonsoribus* che il Covid, una volta abbandonato il deleterio e mortifero protocollo della "tachipirina e vigile attesa" è una malattia certamente da non sottovalutare, ma perfettamente guaribile con terapie che esistono da tempo e che si sono dimostrate efficaci e sicure.

27. Di seguito un breve elenco dei principali farmaci utilizzati nei protocolli che **hanno curato migliaia di pazienti, senza riscontrare alcun decesso e solo una piccola percentuale di ricoveri ospedalieri, peraltro tutti guariti:**

- **Idrossiclorochina** (azione antivirale diretta, immunomodulante e antiinfiammatoria);
- **Azitromicina** (antibiotico con anche una certa azione antivirale);
- **Eparina a basso peso molecolare** (oltre all'azione antiaggregante utile per prevenire e curare la microtromboembolia), l'eparina ha anche proprietà antivirali e antiinfiammatorie.
- **Cortisonici.**
- **Integratori di minerali, vitamine e nutraceutici** (in particolare flavonoidi), con funzioni di sostegno e stimolo del sistema immunitario e anche con proprietà antivirali dirette (soprattutto i flavonoidi come la Quercetina o Esperidina); consigliati sia a livello preventivo che in tutte le fasi dell'eventuale infezione di SARS-Cov-2 (asintomatica, paucisintomatica, sintomatica);

28. Per ciascuna di queste molecole farmacologiche o di micronutrienti e nutraceutici, si espone una breve rassegna di letteratura scientifica (rappresentativa di una ben più vasta esistente), che conferma sia l'idoneità terapeutica dei protocolli utilizzati dai MMG sui pazienti domiciliari, sia l'azione preventiva e adiuvante-curativa delle altre categorie di sostanze naturali.

### **IDROSSICLOROCHINA**

Le **proprietà antivirali dell'idrossiclorochina** erano già state **evidenziate e sperimentate positivamente sul virus della SARS-Cov del 2003:**

- *“La cloroquina esercita effetti antivirali diretti, inibendo le fasi dipendenti dal pH della replicazione di diversi virus, inclusi i membri dei flavivirus, dei retrovirus e dei coronavirus.”*

- “Segnaliamo la cloroquina, un 4-amino-chinolina, come un efficace inibitore della replicazione della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus (SARS-CoV) in vitro”. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15351731/> (doc. 18)
- “(...) la cloroquina ha forti effetti antivirali sull’infezione da SARS-CoV delle cellule dei primati. Questi effetti inibitori si osservano quando le cellule vengono trattate con il farmaco prima o dopo l’esposizione al virus, suggerendo un vantaggio sia profilattico che terapeutico. Oltre alle ben note funzioni della cloroquina, come l’aumento del pH endosomiale, il farmaco sembra interferire con la glicosilazione terminale del recettore cellulare” (del SARS-Cov) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232869/> (doc. 19)
- “I nostri risultati mostrano che un’infezione letale da HCoV-OC43 nei topi C57BL/6 neonati può essere trattata con cloroquina acquisita per via transplacentare o attraverso il latte materno. Il più alto tasso di sopravvivenza (98,6%) dei cuccioli è stato riscontrato quando i topi madri sono stati trattati quotidianamente con una concentrazione di 15 mg di cloroquina per kg di peso corporeo.” <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2715625/> (doc. 20)

Quindi, sulla base delle evidenze scientifiche e sperimentali sopra riportate e considerando la grande somiglianza genetica tra SARS-Cov-1 e SARS-Cov-2 (le proteasi dei due ceppi condividono il 95% di omologia e “Ancora più importante, i loro siti attivi (“forbici” molecolari) sono identici a livello di aminoacidi e differiscono solo marginalmente nella struttura 3D.” <https://valori.it/stato-industria-farmaceutica-alleati-coronavirus/> doc. 21), **esisteva una forte indicazione ad utilizzare l’idrossicloroquina fin dai primi focolai italiani del nuovo virus, sia in profilassi che in terapia:** “L’elevata somiglianza aminoacidica tra le proteine virali SARS-CoV e SARS-CoV-2 supporta il test di molecole terapeutiche progettate per trattare le infezioni da SARS durante l’epidemia del 2003”. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475167/> (doc. 22)”; tantopiù che le Autorità sanitarie hanno sempre affermato che non esistono terapie

efficaci per questa nuova malattia.

**A tal riguardo si sottolinea che la stessa OMS a marzo 2020 aveva inserito la Cloroquina e l'idrossicloroquina in un elenco di “quattro terapie più promettenti”, individuate tra dozzine di altre sostanze e che erano valutate poter salvare la vita di pazienti gravemente malati, ma che avrebbero potuto anche essere somministrati in via profilattica per proteggere gli operatori sanitari e altri ad alto rischio infezione.**

<https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/RD-Blueprint-expert-group-on-CQ-call-Mar-13-2020.pdf> (doc. 70)

Tenendo presente quanto premesso, si espongono di seguito alcuni studi pubblicati del 2020 attestanti l'efficacia e l'utilità di Idrossicloroquina e altri farmaci nel contenere e curare l'infezione di SARS-Cov2:

- *“I nostri risultati rivelano che remdesivir e cloroquina sono altamente efficaci nel controllo dell'infezione 2019-nCoV in vitro. Poiché questi composti sono stati utilizzati in pazienti umani con un track record di sicurezza e si sono dimostrati efficaci contro vari disturbi, suggeriamo che dovrebbero essere valutati in pazienti umani affetti dalla nuova malattia del coronavirus.”*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054408/> (doc. 23)

- *“La cloroquina fosfato, un vecchio farmaco per il trattamento della malaria, ha dimostrato di avere un'efficacia apparente e una sicurezza accettabile contro la polmonite associata a COVID-19”.*

Il farmaco è stato testato in 10 ospedali, *“in studi clinici multicentrici condotti in Cina. Finora, i risultati di più di 100 pazienti hanno dimostrato che la cloroquina fosfato è superiore al trattamento di controllo per inibire l'esacerbazione della polmonite, migliorare i risultati dell'imaging polmonare, promuovere una conversione negativa del virus e accorciare la malattia. Si raccomanda di includere il farmaco nella prossima versione delle Linee guida per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della polmonite causata da COVID-19* emesse dalla Commissione



sanitaria nazionale della Repubblica popolare cinese per il trattamento dell'infezione da COVID-19 in grandi dimensioni.”

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/14/1/14\\_2020.01047/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/14/1/14_2020.01047/_article) (doc. 24)

- “In uno studio osservazionale retrospettivo, sono stati analizzati 3.451 pazienti non selezionati ricoverati in 33 centri clinici in Italia, dal 19 febbraio 2020 al 23 maggio 2020, con infezione SARS-CoV-2 confermata in laboratorio. (...) I tassi di mortalità (per 1.000 persone al giorno) per i pazienti che ricevevano o meno HCQ erano rispettivamente di 8,9 e 15,7. Dopo l'aggiustamento per i punteggi di propensione, abbiamo riscontrato un rischio di morte inferiore del 30% nei pazienti trattati con HCQ.”

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446618/> (doc. 25)

- Poiché la cloroquina è stata ampiamente prescritta per l'uso come antimalarico, la sua sicurezza non è in dubbio. Diversi studi in vitro e recenti studi clinici ne hanno dimostrato l'efficacia di cloroquina in pazienti con COVID-19 a diversi livelli di gravità. In un recente rapporto, la cloroquina è stata citata come potenziale rimedio per alleviare l'esacerbazione della polmonite e mitigare la risposta infiammatoria e quindi migliorare l'esito della malattia.

[https://www.infezmed.it/media/journal/Vol\\_28\\_2\\_2020\\_9.pdf](https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_28_2_2020_9.pdf) (doc. 26)

## **AZITROMICINA**

Un altro farmaco risultato molto utile per attenuare e curare il Covid-19:

- L'antibiotico Azitromicina (ATM) svolge anche proprietà antivirali e in associazione con Idrossicloroquina (CLQ-OH) la loro azione si potenzia sinergicamente.

Questo studio mostra una somiglianza molecolare inaspettata tra ATM e una molecola della parete cellulare (GM1) che favorisce l'adesione del virus per l'ingresso nella cellula. A causa di questo mimetismo, ATM si lega alla porzione della proteina spike SARS-CoV-2 che interagisce col recettore cellulare; in pratica ATM neutralizza blocca il virus bloccandone l'ingresso nelle cellule. Viceversa, “È

*stato dimostrato che le molecole di CLQ-OH saturano i siti di attacco del virus sui gangliosidi in prossimità del recettore primario del coronavirus, l'enzima di conversione dell'angiotensina-2 (ACE-2)''.*

*“Presi insieme, questi dati mostrano che l'ATM è diretto contro il virus, mentre il CLQ-OH è diretto contro i cofattori di attaccamento cellulare. Concludiamo che entrambi i farmaci agiscono come inibitori competitivi dell'attaccamento di SARS-CoV-2 alla membrana della cellula ospite. Ciò è coerente con un meccanismo antivirale sinergico a livello della membrana plasmatica, dove è probabile che l'intervento terapeutico sia più efficiente. Questo meccanismo molecolare può spiegare gli effetti benefici della terapia di combinazione CLQ-OH/ATM nei pazienti con COVID-19.”* che i due farmaci agiscono in sinergia per prevenire l'adesione tra il virus e la membrana plasmatica delle cellule ospiti.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219429/> (doc. 27)

- *“Lo scopo di questo studio era descrivere i risultati dei pazienti con malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) in ambito ambulatoriale dopo un trattamento precoce con zinco, idrossiclorochina a basso dosaggio e azitromicina (tripla terapia). Sono stati inclusi un totale di 141 pazienti COVID-19 con infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) da sindrome respiratoria acuta grave confermata in laboratorio nell'anno 2020. Dei 141 pazienti trattati, 4 (2,8%) sono stati ospedalizzati, un numero significativamente inferiore ( $P < 0,001$ ) rispetto a 58 (15,4%) di 377 pazienti non trattati [odds ratio (OR) = 0,16, intervallo di confidenza al 95% (CI) 0,06 – 0,5]. Un paziente (0,7%) nel gruppo di trattamento è deceduto rispetto a 13 pazienti (3,4%) nel gruppo non trattato (OR = 0,2, IC 95% 0,03-1,5;  $P = 0,12$ ). Non sono stati osservati effetti collaterali cardiaci.*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304258> (doc. 28)

- Pazienti francesi confermati positivi per COVID-19 sono stati inclusi in un unico protocollo per ricevere 600 mg di idrossiclorochina quotidiana e la loro carica virale

in tamponi nasofaringei è stato testato tutti i giorni in un ambiente ospedaliero. A seconda della loro presentazione clinica, al trattamento è stata aggiunta azitromicina.

*“Conclusione: Nonostante la sua piccola dimensione del campione, la nostra indagine mostra che il trattamento con idrossiclorochina è significativamente associato alla riduzione/scomparsa della carica virale nei pazienti COVID-19 e il suo effetto è rafforzato dall’azitromicina.”*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102549/> (doc. 29)

### **EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE**

L’Eparina a basso peso molecolare è un altro farmaco invocato per essere inserito nei protocolli di cura domiciliare di Covid-19 ed è stato valorizzato da dichiarazioni di alcuni autorevoli specialisti, tra questi il Prof. Salvatore Spagnolo, cardiocirurgo di fama internazionale; è stato forse il primo ricercatore a pubblicare uno studio in cui si evidenziava che Covid-19, tra le altre complicazioni, determina anche problemi di coagulazione e la formazione diffusa di trombi, fenomeno che può portare a rapida desaturazione di ossigeno e al decesso del paziente:

- *“Il COVID-19 sembra determinare principalmente la formazione di trombi. (...) Queste immagini radiologiche e la presenza di un D-dimero positivo suggeriscono che le complicanze polmonari possono essere correlate a un’embolia polmonare diffusa. (...) Recenti studi autoptici eseguiti su 50 pazienti deceduti per covid19, presso l’Ospedale di Brescia (Italia), hanno rilevato notevole distensione (fino a 20 volte) del polmone vasi e la presenza di trombi al loro interno.”*

Sulla base di queste evidenze cliniche il Prof. Spagnolo ha propugnato l’uso di anticoagulanti e specificamente Enoxaparina nella gestione domiciliare di Covid-19: *“Potrebbe essere utile, nei pazienti con tampone positivo, la somministrazione di farmaci anticoagulanti per 20 giorni. Sarebbe necessario un grande uno studio, ma attualmente, in Italia, non è tecnicamente possibile. In attesa di questi studi, in pazienti con COVID-19 positivo tampone, in assenza di controindicazioni,*

*l'assunzione di enoxaparina 4.000U penso sia utile. Questo farmaco evita la formazione di trombi e può prevenire l'insorgenza di molte gravi complicazioni."*

<http://www.archimagazine.com/coronavirus-abstract-spagnolo-2.pdf> (**doc. 30**)

Altri ricercatori sono giunti a conclusioni analoghe:

- *"Ma la mortalità a 28 giorni dei consumatori di eparina era inferiore a quella dei non utilizzatori nei pazienti con punteggio SIC  $\geq 4$  (40,0% vs 64,2%,  $P = 0,029$ ), o D-dimero  $> 6$  volte del limite superiore della norma (32,8% vs 52,4%,  $P = 0,017$ ). Sebbene una dose profilattica possa essere adeguata nella maggior parte dei pazienti, sarebbe importante considerare una dose più alta negli individui con un indice di massa corporea elevato. Conclusioni La terapia anticoagulante principalmente con eparina a basso peso molecolare sembra essere associata a una prognosi migliore nei pazienti COVID - 19 gravi che soddisfano i criteri SIC o con D-dimero marcatamente elevato."* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220112/> (**doc. 31**)

- Oltre al più noto effetto antitrombotico, è documentato che l'Eparina a basso peso molecolare (EPBM) possiede anche due utilissime proprietà nel trattamento di Covid-19:

*azione antiinfiammatoria e attività antivirale: "Una delle proprietà non anticoagulanti più note dell'eparina, la sua funzione antinfiammatoria, può essere rilevante anche in questo contesto. (...) Un altro concetto interessante è il ruolo antivirale dell'eparina, che è stato studiato in modelli sperimentali. (...) In uno studio italiano, l'uso di eparina a una concentrazione di 100  $\mu\text{g}/\text{mL}$  ha dimezzato l'infezione in cellule Vero sperimentali iniettate con espettorato da un paziente con polmonite da ceppo CoV associata a SARS. (...) il dominio di legame del recettore della proteina SARS - CoV - 2 Spike S1 interagisce con l'eparina."*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jth.14821> (**doc. 32**)

## **CORTISONICI**

Secondo il protocollo sperimentato clinicamente da centinaia di medici italiani che hanno curato soprattutto a domicilio i pazienti Covid-19 <https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/> (doc. 33), i corticosteroidi tra cui Betametasone e Desametasone sono da somministrare nella fase sintomatologica della malattia ma senza ipossia (2A), senza attendere che il paziente presenti desaturazione di ossigeno (Fase 2B), con lo scopo di prevenire e contenere l'accerbarsi della fase infiammatoria e la temuta tempesta citochinica.

Oltre a questo giustificato obiettivo, la prassi di utilizzare non tardivamente questi corticosteroidi (le linee guida ministeriali ne rinviavano l'uso alla Fase 2B, quando il paziente è già in desaturazione di ossigeno e necessita di supplementazione) trova conferma in alcuni studi che hanno evidenziato e dimostrato un'attività anche antivirale di Betametasone e Desametasone; infatti, studi di modellistica bioinformatica hanno permesso di accertare che queste due molecole si legano alla "Maggior Proteasi" di SARS-Cov-2 (3CLPro indispensabile alla replicazione del virus) con intensità più forte che alcune molecole antivirali note, inattivandola efficacemente:

- *“3CLpro è anche chiamata la proteasi principale (Mpro) poiché esegue il numero massimo di scissioni proteolitiche (11 siti) all'interno della poliproteina (...) Poiché Mpro svolge un ruolo vitale nel processamento delle poliproteine e nella maturazione del virus, è considerato un importante bersaglio farmacologico. (...) Questo studio fornisce una conferma per l'esecuzione dell'attività anti-COVID-19 del desametasone. Il nostro studio sottolinea anche l'uso di un altro importante corticosteroide (betametasone) come potenziale agente terapeutico per il trattamento con COVID 19”.*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7596904/> (doc. 34)

**Ecco le prove, testimoniate da moltissimi medici, che questi farmaci utilizzati tempestivamente in sinergia fra loro ai primi sintomi del malato, tramite efficaci**

**protocolli terapeutici collaudati *sul campo* per la gestione domiciliare dei pazienti Covid, permettono l’abbattimento della morbilità e soprattutto dei ricoveri ospedalieri e della mortalità:**

Si tratta sia di MMG che di alcuni clinici ospedalieri che pure si sono dedicati a visitare e curare a casa i pazienti, i quali in più occasioni (video e interviste scritte) hanno dichiarato di non aver registrato alcun decesso tra i propri pazienti curati con le linee guida pubblicate e che i pochi ricoveri resisi necessari (meno del 5%) si sono risolti tutti con la guarigione!

Come ad esempio il dott. LUIGI CAVANNA, primario di Oncologia, oggi conosciuto come il padre del “**metodo Piacenza**” (cfr. Il Giornale: “Coronavirus, il metodo che evita la strage: Nessun paziente è morto”;

<https://www.ilgiornale.it/news/cronache/coronavirus-metodo-che-evita-strage-nessun-paziente-morto-1861189.html>) e onorato nella primavera dello scorso anno dalla copertina del Times come Medico-Eroe che ha salvato centinaia di pazienti curandoli uno per uno a domicilio, [https://www.corriere.it/buone-notizie/20\\_maggio\\_19/luigi-cavanna-medico-famiglia-ha-salvato-pazienti-casa-casa-ef797b68-990a-11ea-8e5b-51a0b6bd4de9.shtml](https://www.corriere.it/buone-notizie/20_maggio_19/luigi-cavanna-medico-famiglia-ha-salvato-pazienti-casa-casa-ef797b68-990a-11ea-8e5b-51a0b6bd4de9.shtml),

### **Minerali, vitamine e nutraceutici, per prevenzione e cure adjuvanti di Covid-19**

Da ultimo è riconosciuta a livello scientifico l’azione preventiva e adjuvante-terapeutica della buona alimentazione in quanto tale e della supplementazione di minerali, vitamine e nutraceutici; categorie di sostanze naturali ben note nella letteratura scientifica per le loro proprietà immunostimolanti, antivirali e antinfiammatorie; utili quindi per prevenire e adjuvare la cura delle malattie infettive, polmonite, sepsi e quindi utili per prevenire l’infezione di SARS-Cov-2, la malattia Covid-19 e contenerne alcune complicazioni:

- *“una cattiva alimentazione può compromettere la funzione immunitaria e aumentare il rischio di infezione. Vari micronutrienti sono essenziali per l’immunocompetenza, in particolare le vitamine A, C, D, E, B2, B6 e B12, l’acido*

*folico, il ferro, il selenio e lo zinco. Le carenze di micronutrienti sono un problema di salute pubblica globale riconosciuto, e il cattivo stato nutrizionale predispone a determinate infezioni. La funzione immunitaria può essere migliorata ripristinando i micronutrienti carenti ai livelli raccomandati, aumentando così la resistenza alle infezioni e supportando una guarigione più rapida in caso di infezione. La dieta da sola può essere insufficiente ed è necessaria un'integrazione di micronutrienti (...) Questa revisione esamina (...) le prove disponibili riguardanti gli effetti della supplementazione di micronutrienti sulla funzione immunitaria e sull'infezione. ”*  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336639/> .

- Raccomandazioni Per il Trattamento Nutrizionale di Pazienti Affetti da Covid-19 e Ricoverati nei Reparti di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva (level III-II care), a cura di SINUC (Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo) e SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva)  
<http://www.sinuc.it/public/files/sinuc-siaarti%20-%20raccomandazioni%20per%20il%20trattamento%20nutrizionale%20di%20pazienti%20affetti%20da%20covid-19.pdf>

Entrando sommariamente nel dettaglio, si evidenzia in particolare il minerale Zinco e tra le vitamine le altrettanto note ed efficaci C e D (che però non sono le uniche utili per rafforzare il sistema immunitario); così come la quercetina tra i nutraceutici o la proteina del latte materno lattoferrina (disponibile anche come integratore): *“La lattoferrina (Lf) è una glicoproteina naturale, non tossica, disponibile per via orale come integratore alimentare e ha stabilito l'efficacia antivirale in vitro contro un'ampia gamma di virus, incluso SARS-CoV, un coronavirus strettamente correlato a SARS-CoV-2 . Inoltre, Lf possiede effetti immunomodulatori e antinfiammatori unici che possono essere particolarmente rilevanti per la fisiopatologia dei casi gravi di COVID-19.”*  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738305/> (**doc. 35**)

A conferma dell'importante ruolo di supporto che queste sostanze biologiche possono apportare alla fisiologia del sistema immunitario, tale da poter contribuire alla prevenzione e contenimento delle complicazioni delle malattie virali (incluso Covid-19), nonché accelerare la guarigione, si citano di seguito alcune note di letteratura scientifica rappresentative di una vastissima bibliografia di pubblicazioni di natura farmacologica, sperimentale e clinica:

### **ZINCO**

È noto ed indiscusso il ruolo positivo dello zinco per l'efficienza del sistema immunitario: Zinc and COVID-19: Basis of Current Clinical Trials. Ottobre 2020

- *“I dati raccolti da studi su modelli animali seminali hanno aggiunto una notevole conoscenza sui ruoli principali di Zn nel sistema immunitario. (...) La carenza di Zn influisce sulla sopravvivenza delle cellule immunitarie e influisce negativamente su importanti funzioni come la fagocitosi, l'uccisione delle cellule bersaglio e la produzione di citochine.”*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7580816/> (doc. 36)

- Si sottolinea in particolare la sua **azione inibente dello zinco sulla trascrittasi inversa**, l'enzima che trascrive il codice genetico di alcuni virus a filamento di RNA (come il SARS-COV-2), in DNA integrabile nel genoma dell'ospite.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330870/> (doc. 37),

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271834/> (doc. 38),

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304258?via%3Dihub> (doc. 39)

### **VITAMINA D**

Anche gli effetti benefici sia a livello preventivo sia curativo della vitamina D sono noti e studiati in letteratura. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/1/219/htm> (doc. 40),

<https://www.unipd.it/sites/unipd.it/files/20210119kkk.pdf> (doc. 41),



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603576/> (doc. 42), <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3377/htm> (doc. 43)

### **VITAMINA C**

Uguualmente, anche la vitamina C contribuisce alla difesa immunitaria supportando varie funzioni cellulari sia del sistema immunitario innato che di quello adattativo. La vitamina C si accumula nelle cellule fagocitiche, come i neutrofili, e può aumentare la chemiotassi, la fagocitosi, la generazione di specie reattive dell'ossigeno e, infine, l'uccisione microbica.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5707683/> (doc. 44),

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762433/> (doc. 45),

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7693980/> (doc. 46),

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7814237/> (doc. 47),

[https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/40107/9781138337992\\_oachapter7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/40107/9781138337992_oachapter7.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (doc. 48)

### **QUERCETINA** (e altri flavonoidi)

È stato possibile dimostrare, inoltre, che anche la quercetina interagisce con 3CLpro (è la principale proteasi di SARS-Cov-2) utilizzando tecniche biofisiche e si lega al sito attivo nelle simulazioni molecolari. La quercetina, con proprietà farmacocinetiche e ADMET ben note, può essere considerata un buon candidato per ulteriore ottimizzazione e sviluppo, o riposizionata per il trattamento terapeutico COVID-19.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0141813020339970?via%3Dihub> (doc. 99), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087220/> (doc. 100),

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318306/> (doc. 101)

29. Sulle tematiche esposte nel capitolo 28 si indicano quali sommari informativi i Dottori Franco Trinca, Andrea Stramezzi e Maria Grazia Dondini al fine di riferire al Giudice sull'esistenza e l'efficacia di cure per il Covid-19 e sull'esperienza clinica

maturata in proposito. I sommari informativi indicati hanno un'ampia esperienza di cura di pazienti Covid-19 con protocolli di cura basati sui farmaci sopra descritti e caratterizzati da percentuali di guarigione elevatissimi.

**C) Violazione del Regolamento della Comunità Europea del 16 aprile 2014 n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e conseguente inapplicabilità del DL 44/2021**

30. Abbiamo sopra ampiamente illustrato e dimostrato che i “vaccini” di cui si è imposta forzatamente l'inoculazione agli operatori sanitari sono delle terapie sperimentali. In forza degli artt. 28, 29 e 76 del Regolamento citato in epigrafe la conduzione di una **sperimentazione clinica** è consentita esclusivamente se sono soddisfatte una serie di **condizioni** tra le quali:

- **piena informazione scritta dei soggetti che partecipano alla sperimentazione,**
- **inesistenza di ogni e qualsiasi condizionamento, anche di natura finanziaria, per indurre i soggetti a partecipare alla sperimentazione,**
- **possibilità di ritirarsi dalla sperimentazione in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna giustificazione,**
- colloquio con un membro del gruppo di sperimentazione adeguatamente qualificato a norma del diritto dello Stato membro interessato,
- **esistenza e informativa sul sistema di risarcimento del danno messo a disposizione sotto forma di contratti di assicurazione.**

31. L'esame, anche solo sommario, del DL 44/2021 dimostra come nessuna delle condizioni previste dal Regolamento sia stata soddisfatta dal provvedimento sull'obbligo di vaccinazione, con la conseguenza che le norme che prevedono detto obbligo dovranno, anche per tale ragione, essere disapplicate dal Tribunale adito con la conseguente sospensione in via cautelare dell'obbligo di vaccinazione degli operatori sanitari. In particolare, la partecipazione alla sperimentazione da parte degli operatori sanitari non avviene su base volontaria, ma forzata e sotto il ricatto della possibile perdita del lavoro

o dell'abilitazione professionale. Vi è, quindi, un pesantissimo condizionamento finanziario imposto agli operatori sanitari e tale da rendere la loro obbligata partecipazione alla sperimentazione in questione una palese violazione del Regolamento.

**D) Violazione della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo**

32. Al dichiarato scopo di condurre la presente controversia, ove necessario, dinanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo si illustrano anche le seguenti violazioni della CEDU immediatamente riconoscibili nel decreto-legge 44/2021.

33. Abbiamo visto sopra in base ai dati Eudravigilance i rischi per la vita e per la salute connessi con la somministrazione dei “vaccini” contro il SARS-CoV-2. È perfettamente normale ed accettabile che un farmaco possa avere effetti collaterali anche gravissimi e che in alcuni casi si possa verificare la morte del paziente. Ciò però, può essere ritenuto accettabile fintanto che la somministrazione del farmaco sia il frutto di una scelta volontaria e consapevole che ciascuno potrà fare sulla base delle proprie convinzioni e, soprattutto, sulla base della propria condizione di salute ed esposizione al rischio, da valutare caso per caso tra il medico di fiducia ed il paziente. Laddove, invece, il vaccino sia il frutto di un obbligo, questo significa infliggere potenzialmente – non importa se si tratti di un evento raro – la morte a taluni degli operatori sanitari costretti a vaccinarsi non per loro scelta, ma in forza dell'obbligo di legge. Non varrà obiettare che resta pur sempre la possibilità di “scegliere” di non sottoporsi al vaccino, poiché la conseguenza di una decisione siffatta comporta la morte civile professionale e l'impossibilità di procurarsi i mezzi di sussistenza giacché l'obbligo di vaccinazione prevede una sanzione afflittiva consistente nel divieto di lavorare (per tutti gli iscritti in albi professionali) o la sospensione dal rapporto di lavoro senza retribuzione. Il termine del 31.12.2021 apposto nel decreto-legge non dà alcuna garanzia di essere definitivo in considerazione della sua fissazione del tutto arbitraria e cervellotica, addirittura dopo la scadenza dell'autorizzazione provvisoria alla messa in commercio per il vaccino Pfizer.

34. In altri termini, la “scelta” proposta agli operatori sanitari è quella tra il vaccino, con il conseguente rischio anche esteso alla morte o a malattie gravi, e la perdita del lavoro. Non sfuggono ovviamente gli aspetti estorsivi di una simile legge. Il decreto-legge 44/2021 contrasta, pertanto, con **l’art. 2 CEDU che tutela il diritto alla vita e proibisce la privazione intenzionale della vita di chiunque**. Si obietta che il diritto alla vita sarebbe anche quello della generalità delle persone ipoteticamente protette dalla vaccinazione obbligatoria degli operatori sanitari ai quali, quindi, sarebbe richiesto un sacrificio individuale nell’interesse della collettività. Il ragionamento è evidentemente fallace. Il rischio di cui si tratta è quello del possibile contagio di un paziente sano da parte di un operatore sanitario positivo ed asintomatico che si trovi in tale condizione a sua insaputa, cioè di un rischio che appartiene all’irrelevanza statistica o, secondo alcune opinioni, all’impossibilità in considerazione del fatto che i soggetti senza sintomi non possono essere contagiosi per gli altri (**doc. 52, 53**), in disparte ogni considerazione sulla mancanza di affidabilità dei tamponi (**doc. 54**). Infatti, gli operatori effettivamente ammalati con sintomi e coloro che siano risultati positivi ai test PCR vengono immediatamente isolati con la conseguente assenza di rischi per i pazienti. Nel corso della pandemia sono state apprestate una serie di misure precauzionali idonee a scongiurare il rischio che un paziente sano possa essere contagiato da un operatore sanitario positivo a sua insaputa ma asintomatico consistenti in vari dispositivi di protezione individuale, previsione di test periodici, isolamento in appositi reparti dei malati Covid, sicché il rischio per la collettività che dovrebbe richiedere un sacrificio individuale da parte degli operatori sanitari è minimo o nullo, tant’è che non esistono studi scientifici obiettivi circa l’effettiva consistenza del pericolo in questione. Senza considerare questo aspetto, il principio del sacrificio del bene individuale in favore della salute pubblica e, in particolare, l’obbligo di sottoporsi, come nel caso di specie, ad una sperimentazione medica a beneficio della collettività è stato respinto in quanto contrario al sentimento di umanità ed ai fondamentali diritti dell’Uomo sin dai processi celebrati a

Norimberga dopo la caduta del nazionalsocialismo contro i medici tedeschi che si difendevano proprio mediante l'utilizzazione della medesima linea argomentativa. Che, è il caso di rilevare, non valse a salvarli dalla forca. In altri termini, la richiesta del sacrificio individuale obbligatorio è sempre illegittima anche se potenzialmente utile per la salvezza della collettività, poiché i diritti dell'individuo negli stati di diritto sono un dato irriducibile e insuperabile. Non ignoriamo talune prese di posizione contrarie della nostra Consulta che, tuttavia, pongono una simile giurisprudenza al di fuori dell'elaborazione dottrinale e giuridica che caratterizza le democrazie occidentali, portatrici dei valori consacrati in carte internazionali come la CEDU.

35. Violato è altresì l'art. 5 CEDU che garantisce il diritto alla libertà da intendersi esteso non solo al divieto di incarcerare ingiustamente i cittadini degli Stati firmatari, ma anche **alla libertà personale intesa in senso ampio come libertà di autodeterminazione e di libera scelta**, con particolare riferimento agli atti di disposizione del proprio corpo.
36. Infine, vi è una evidente violazione dell'art. 14 CEDU poiché l'obbligo introdotto a carico dei soli operatori sanitari costituisce una discriminazione odiosa di una categoria sottoposta ad un obbligo che non sussiste, giustamente, per gli altri cittadini.
37. Né varrà obiettare che la Corte di Giustizia dei Diritti dell'Uomo ha recentemente (sentenza 8 aprile 2021 Vavrička) respinto una questione concernente la violazione della CEDU proposta in relazione ad una legge sull'obbligo vaccinale della Repubblica Ceca. In disparte, infatti, che in quell'occasione era stata proposta la questione di violazione dei diritti stabiliti dalla CEDU solo sotto il profilo del divieto di ingerenza nella vita privata di cui all'art. 8, occorre osservare che nel caso in esame la Corte di Strasburgo ha rigettato il ricorso osservando che si trattava nella specie di vaccini sperimentati e consolidati da una lunga applicazione medica, che questi non determinano conseguenze negative in termini di salute se non effetti indesiderati lievi e tollerabili, che la legge prevede comunque un indennizzo e che, soprattutto, la sanzione per l'inottemperanza all'obbligo di vaccinazione è una modesta sanzione amministrativa applicabile una volta

sola. Siamo, pertanto, ben lontani dalle disposizioni del DL 44/2021 che impongono agli operatori sanitari di sottoporsi obbligatoriamente ad un trattamento medico sperimentale pena la perdita della possibilità di lavorare (salvo il caso del demansionamento dove possibile) sino al 31 dicembre 2021 e senza alcuna garanzia che detto obbligo non sia soggetto a proroghe in considerazione della natura totalmente arbitraria della data indicata.

#### **E) Incostituzionalità del decreto-legge 44/2021**

38. L'obbligo vaccinale imposto con il decreto in questione viola altresì gravemente la Costituzione. Vi è un contrasto insanabile tra l'obbligo di vaccinazione e gli artt. 1, 3, 4, 10, 11, 32, 35, 36 e 117 cost. come esporremo appresso con qualche maggior dettaglio.

##### **(i) Contrasto con le norme di diritto internazionale generalmente riconosciute (art. 10 cost.)**

39. Anzitutto la violazione concerne le norme del diritto internazionale generalmente riconosciute, “costituzionalizzate” attraverso il richiamo di cui all’art. 10 cost.

##### **a) Il Codice di Norimberga**

40. Del diritto internazionale generalmente riconosciuto fa parte, anzitutto, il cosiddetto “Codice di Norimberga” elaborato all’esito dei processi ai medici nazionalsocialisti. Il Codice di Norimberga contiene una serie di principi in materia di sperimentazione medica affinché non possano ripetersi gli atti gravemente lesivi della deontologia medica avvenuti dopo la presa del potere in Germania da parte di Hitler. In seguito al programma di eutanasia delle persone ritenute indegne di vivere, nei campi di concentramento nazionalsocialisti non solo si ebbe lo sterminio di massa di ebrei, omosessuali, rom, dissidenti politici ed altre categorie reputate dalla dottrina di Hitler foriere di un attacco di tipo sanitario alla purezza della razza ariana – dottrina che all’epoca faceva parte della scienza ufficialmente riconosciuta tant’è che fu seguita anche dal nostro paese con le infami e famigerate leggi razziali – ma i campi di sterminio furono utilizzati anche per lo svolgimento di esperimenti scientifici medici obbligatori effettuati sui reclusi. Quando

ciò emerse nei processi contro i dottori nazionalsocialisti (v. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors*, riedizione 2017; Vivien Spitz, *Doctors From Hell: The Horrific Account of Nazi Experiments on Humans*, I ed. 2005) la conseguenza fu l'elaborazione, appunto, del "Codice di Norimberga" che disciplina la sperimentazione medica. Il primo principio del codice è il seguente: *"The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. [Il consenso volontario della persona umana è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona coinvolta deva avere la capacità legale di esprimere il proprio consenso; deve essere posta in posizione di esercitare liberamente la sua scelta, senza l'intervento di qualsiasi elemento di forza, frode, inganno, costrizione, eccesso o altre forme di vincolo o coercizione; e deve avere le conoscenze e la comprensione sufficienti degli elementi della questione al fine di consentirle una decisione fondata sulla comprensione e la saggezza.]"*

Il principio in questione, non a caso elaborato dai giudici americani dei c.d. "Doctors' Trials" di Norimberga, fa parte del diritto statunitense almeno sin dalla sentenza della Corte d'Appello di New York *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 105 N.E. 92, 93 N.Y. (1914) in cui il Giudice Benjamin Cardozo espresse la seguente massima: *"Ogni essere umano adulto e sano di mente ha il diritto di decidere cosa possa essere fatto con il suo corpo; e un medico che effettua un'operazione senza il consenso del paziente commette un'aggressione che lo obbliga al risarcimento dei danni."* Dal diritto statunitense questi principi sono entrati a far parte stabilmente del diritto internazionale generalmente riconosciuto e, in particolare, della branca del diritto internazionale che si occupa dei diritti fondamentali o inviolabili di tutti gli esseri umani.

41. Pertanto, dal codice di Norimberga emerge un divieto assoluto allo svolgimento di sperimentazione medica senza il consenso dei soggetti coinvolti. Non a caso i contratti stipulati con le case farmaceutiche produttrici dei vaccini sperimentali di cui è causa prevedono la sottoscrizione, da parte dei soggetti che scelgano l'inoculazione, di un consenso informato dal quale emerge la piena volontarietà del trattamento (**doc. 55, 56**). Il che è perfettamente logico: non ci sarebbe altro modo per somministrare i trattamenti in questione, tutti in fase di sperimentazione, senza il consenso dei soggetti coinvolti, che peraltro sono moltissimi, in base alle loro personali scelte, senza la necessità di costringere alcuno.

**b) La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo**

42. La Dichiarazione Universale, adottata dall'assemblea plenaria dell'ONU il 10 dicembre 1948 contiene principi chiarissimi in materia di libertà personale, incompatibili con l'obbligo di vaccinazione introdotto dal DL 44/2021. Anche detta dichiarazione fa parte del diritto internazionale generalmente riconosciuto del consesso delle nazioni civili, di cui anche l'Italia dovrebbe aspirare a far parte. Passiamo rapidamente in rassegna le norme della Dichiarazione con un breve commento alla loro violazione derivante dal DL 44/2021.

*“Articolo 3. Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.”*

Abbiamo visto che i vaccini comportano un rischio di morte; detto rischio, per quanto scarso da un punto di vista statistico – il che deve essere ancora stabilito al termine della sperimentazione –, fa sì che l'introduzione di un obbligo di vaccinazione costituisca un potenziale attentato alla vita di coloro che vi sono soggetti.

*“Articolo 5. Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti.”*

Il divieto di lavorare, imposto come sanzione agli operatori sanitari che non vogliono vaccinarsi è una punizione inumana e degradante.



*“Articolo 7. Tutti sono eguali dinanzi alla legge e hanno diritto, senza alcuna discriminazione, ad una eguale tutela da parte della legge. Tutti hanno diritto ad una eguale tutela contro ogni discriminazione che violi la presente Dichiarazione come contro qualsiasi incitamento a tale discriminazione.”*

L’obbligo imposto alla sola categoria degli operatori sanitari costituisce una evidente discriminazione.

*“Articolo 12. Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesione del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni”*

L’obbligo di vaccinazione costituisce un evidente interferenza nella inviolabilità della vita privata di ciascuno degli operatori sanitari.

*“Articolo 23. 1. Ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell’impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro ed alla protezione contro la disoccupazione.”*

Il divieto di lavorare imposto agli operatori sanitari non vaccinati confligge in modo evidente con il diritto al lavoro.

*“Articolo 26 1. Ogni individuo ha diritto all’istruzione.”*

Di contro, l’obbligo di vaccinazione imposto ai tirocinanti in materie sanitarie costituisce negazione del diritto all’istruzione perché tale diritto viene fatto dipendere dall’accettazione forzata di un trattamento sanitario obbligatorio.

**c) Dichiarazione di Helsinki**

43. Altrettanto chiari sono i principi che emergono dalla Dichiarazione di Helsinki sviluppata dall’Associazione Medica Mondiale allo scopo di fissare in un documento internazionale universalmente riconosciuto i principi ispiratori della sperimentazione medica. Anche detta dichiarazione, nella misura in cui riassume principi universalmente validi in materia di deontologia medica, fa parte a pieno titolo del diritto internazionale generalmente riconosciuto.

Le regole ivi stabilite sono talmente chiare da non richiedere commenti o illustrazioni. Ne riportiamo i passaggi fondamentali:

*3. La Dichiarazione di Ginevra dell'Associazione Medica Mondiale vincola il medico con queste parole: "La salute del mio paziente sarà la mia preoccupazione principale", e il Codice internazionale di Etica Medica dichiara che "Il medico dovrà agire solo nell'interesse del paziente quando fornisce una cura medica". (...)*

*8. Sebbene lo scopo primario della ricerca medica sia quello di generare nuove conoscenze, queste non possono prevaricare sui diritti e gli interessi dei singoli soggetti coinvolti nella ricerca.*

*9. È dovere dei medici coinvolti nella ricerca medica proteggere la vita, la salute, la dignità, l'integrità, il diritto all'autodeterminazione, la privacy e la riservatezza delle informazioni personali dei soggetti umani coinvolti nella ricerca. La responsabilità per la protezione dei soggetti coinvolti nella ricerca deve sempre ricadere sul medico o sugli altri operatori sanitari e mai su di loro, anche se hanno dato il consenso. (...)*

*15. Deve essere garantito un adeguato risarcimento e trattamento per i soggetti che risultano danneggiati a causa della partecipazione ad una ricerca. (...)*

*25. La partecipazione degli individui capaci di fornire il loro consenso informato come soggetti coinvolti nella ricerca medica, deve essere volontaria. Anche se può essere appropriato consultare i familiari o i responsabili della comunità, nessun individuo capace di fornire il proprio consenso può essere inserito in uno studio clinico a meno della sua libera volontà a partecipare.*

*26. Nella ricerca medica che coinvolge soggetti umani capaci di fornire il loro consenso informato, ciascun soggetto che potenzialmente potrebbe entrare nella sperimentazione dovrebbe essere adeguatamente informato su scopi, metodi, provenienza dei fondi, e qualsiasi possibile conflitto di interessi, affiliazioni*

*istituzionali dei ricercatori coinvolti, benefici attesi e potenziali rischi dello studio, disagi che potrebbe comportare, disposizioni post-studio e qualsiasi altro aspetto rilevante dello studio stesso.*

*I soggetti potenzialmente coinvolti dovrebbero essere informati sul diritto che hanno di rifiutare la partecipazione allo stesso o di ritirare il consenso informato in qualsiasi momento senza ritorsioni.”*

d) **Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani approvata dall’UNESCO il 19.10.2005**

44. Stessi principi emergono dalla Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani dove si legge:

*“Articolo 6. Consenso*

*1. Ogni intervento medico preventivo, diagnostico o terapeutico deve essere realizzato con il previo libero e informato consenso della persona interessata, basato su un’adeguata informazione. Il consenso, dove appropriato, deve essere espresso e può essere ritirato dalla persona interessata in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, senza conseguenti svantaggi o pregiudizi.*

*2. La ricerca scientifica deve essere realizzata con il consenso previo, libero, espresso e informato della persona coinvolta. L’informazione deve essere adeguata, fornita in modo comprensibile e deve includere le modalità per il ritiro del consenso. Il consenso può essere ritirato dalla persona interessata in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione, senza che ciò comporti svantaggi o pregiudizi, Eccezioni a questo principio possono essere fatte solo con nel rispetto degli standard etici e giuridici adottati dagli Stati di riferimento, conformemente ai principi e alle norme stabilite nella presente Dichiarazione, in particolare l’art. 27, e al diritto internazionale dei diritti umani.”*

45. Pertanto, la Dichiarazione UNESCO va anche al di là della Dichiarazione di Helsinki estendendo il principio del consenso libero e informato anche a qualsiasi trattamento

medico, non solo a quelli sperimentali, in linea, come vedremo, con il diritto internazionale pattizio.

**(ii) Contrasto con le norme pattizie del diritto internazionale (artt. 10, 11 e 117 cost.)**

46. L'obbligo di vaccinazione contrasta altresì con varie norme del diritto internazionale pattizio. Questo ha valore pari alla costituzione, anzitutto attraverso il richiamo della norma generale internazionale strumentale "*pacta sunt servanda*" richiamata dall'art. 10 cost. in quanto elemento del diritto internazionale generalmente riconosciuto (cfr. per i limiti di applicazione e recezione della regola Corte cost., 12 luglio 2002, n. 336 e Corte cost., 6 giugno 1989, n. 322). In secondo luogo, vi è l'obbligo per la Repubblica Italiana di conformarsi al diritto internazionale pattizio deriva dall'art. 11 cost. ("*l'Italia consente alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le Nazioni*") ed infine l'obbligo di rispetto del diritto internazionale pattizio è direttamente ed espressamente enunciato dall'art. 117, primo comma della carta fondamentale che recita: "*La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.*"

**a) Il Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici (legge 25 ottobre 1977 n. 881)**

47. L'art. 7 del Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici concluso a New York il 16 dicembre 1966 ed entrato in vigore il 23 marzo 1976 dispone:

7. *Nessuno può essere sottoposto alla tortura né a punizioni o trattamenti crudeli, disumani o degradanti. In particolare, nessuno può essere sottoposto, senza il suo libero consenso, ad un esperimento medico o scientifico.*

Il Patto in questione pone un divieto assoluto, senza alcuna possibile eccezione, tant'è che l'art. 5 del Patto chiarisce: "*Nessuna disposizione del presente Patto può essere interpretata nel senso di implicare un diritto di qualsiasi Stato, gruppo o individuo di intraprendere attività o di compiere atti miranti a sopprimere uno dei diritti o delle*

*libertà riconosciuti nel presente Patto ovvero a limitarlo in misura maggiore di quanto è previsto dal Patto stesso.”*

48. La natura riconosciutamente sperimentale dei vaccini contro il SARS Cov-2 richiede dunque che tutti i soggetti che partecipino alla sperimentazione medica in questione lo facciano liberamente e senza alcuna costrizione o condizionamento. Pertanto, l'introduzione di un obbligo *ex lege* di sottoporsi alle terapie farmacologiche in questione si risolve in una manifesta violazione dei principi del Patto.

**b) La Convenzione di Oviedo (legge 28 marzo 2001 n. 145)**

49. La Convenzione di Oviedo contiene principi generali in materia di consenso ai trattamenti medici. È noto che la Repubblica Italiana, sebbene siano passati oltre 20 anni dalla legge di ratifica e sebbene la Convenzione sia stata attuata nel nostro ordinamento con la legge 219/2017, non ha ancora provveduto a depositare lo strumento di ratifica. Il che, al di là della doverosa censura di questa imperdonabile negligenza, non cambia il vincolo derivante dalla Convenzione che, se non riconducibile al diritto internazionale pattizio, lo sarà a quello generalmente riconosciuto.

50. La Convenzione di Oviedo stabilisce alcuni principi fondamentali ai quali deve conformarsi il nostro ordinamento. Anzitutto quello della prevalenza dell'interesse e del bene dell'individuo su quello della scienza e della società (art. 2), utili a smentire impostazioni collettiviste che sovente si leggono nella nostra giurisprudenza in materia di bioetica e trattamenti sanitari. Si tratta di un passaggio fondamentale che occorre mettere in evidenza: il bene comune, la salute pubblica, l'interesse della collettività o simili formulazioni che servono a dare una parvenza di obiettività a quelle che sono semplici scelte politiche in materia di sanità non può mai prevalere sull'interesse dell'individuo poiché esiste anche in materia sanitaria una sfera di intangibilità della persona.

51. Ed il principio della prevalenza dell'individuo trova la sua chiara espressione nell'art. 5 della Convenzione che fissa la **regola generale** secondo cui:

**“Un intervento nell’ambito della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il suo consenso libero e informato.**

**Detta persona riceve preventivamente un’informazione adeguata sia quanto al fine e alla natura dell’intervento sia quanto alle sue conseguenze ed ai suoi rischi.**

**L persona interessata può in ogni momento ritirare liberamente il suo consenso.”**

52. Ancora una volta, quindi, vediamo stabilito in modo chiaro ed inequivocabile, al livello delle fonti internazionali, il principio secondo cui in materia di medicina e di trattamenti sanitari ha prevalenza, sempre e comunque, la decisione del paziente che non può essere costretto a subire trattamenti sanitari. La “regola generale” della Convenzione di Oviedo ha trovato numerose conferme in giurisprudenza: Cass. civ. Sez. III, 10/12/2019, n. 32124 (Foro It., 2020, 1, 1, 150), Cass. civ. Sez. III, 15/04/2019, n. 10423, Cass. civ. Sez. III, 04/02/2016, n. 2177, Tribunale Roma, 17/10/2007 (Corriere del Merito, 2007, 12, 1432). Gli unici casi in cui i medici possano prescindere dal consenso sono quelli in cui il paziente si trovi in imminente pericolo di vita e non possa esprimere alcun consenso (Cass. civ. Sez. III Sent., 23/02/2007, n. 4211, Danno e Resp., 2008, 1, 27 nota di Guerra).
53. Si veda ancora C. pen., Sez. IV, 11.7.2001, n. 1572, secondo cui «...l’attività medica richiede per la sua validità e concreta liceità, in principio, la manifestazione del consenso del paziente, il quale costituisce un presupposto di liceità del trattamento medico-chirurgico. Il consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutte profili della libertà personale proclamata dall’art. 13 Cost. Ne discende che non è attribuibile al medico un generale “diritto di curare”, a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell’ammalato che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe ad libitum intervenire, con il solo limite della propria coscienza ...»

54. Ancora, vale la pena citare la sentenza C. civ., Sez. I, 16.10.2007, n. 21748 (relativa al caso Englaro), sia quando richiama i contenuti della Convenzione di Oviedo sulla biomedicina e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (in particolare l'art. 3), sia quando richiama numerosi precedenti giurisprudenziali di Corti straniere o internazionali (dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, al Bundesgerichtshof tedesco, alla Corte Suprema USA, alla House of Lords inglese), proprio per sottolineare che siamo di fronte ad un principio sul quale si registra un significativo (e difficilmente reversibile) processo di convergenza e di circolazione tra le culture giuridiche e i circuiti di decisione politico-normativa. (cfr. Casonato, Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Corte di Cassazione, in Quad. Cost., 2008, 3, 548 ss., Meli, *Dignità della persona e diritto all'autodeterminazione: l'incidenza del diritto sovranazionale sul diritto privato*, Le Nuove Leggi Civili Commentate, n. 1, 1° gennaio 2019).

55. In sostanza, la ricostruzione del valore "salute" che, nella definizione costituzionale è configurato contemporaneamente come diritto individuale e come interesse della collettività, muove da una condizione di prevalenza e priorità del dato individuale (Modugno, *I «nuovi» diritti nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, 42 ss.), nell'ambito della quale trova sottolineatura il principio fondamentale del consenso, dell'autodeterminazione come pretesa di astensione nei confronti degli apparati pubblici e nella relazione medico-paziente (Chieffi, *Ricerca scientifica e tutela della persona*, Napoli, 1993, 139 ss.).

**(iii) Violazione dei principi costituzionali in materia di diritto al lavoro (artt. 1, 4, 35 e 36 cost.) – interferenza con il diritto alla salute di cui all'art. 32 cost.**

56. Sebbene molte delle norme costituzionali in materia di lavoro siano state individuate come disposizioni prive di una reale portata precettiva e da considerare con un valore più che altro programmatico, è chiaro che il portato della disciplina costituzionale concernente il diritto al lavoro comporti, almeno, un dovere di astensione del legislatore che, pur se incapace di promuovere il diritto a trovare e mantenere un'occupazione

lavorativa, dovrebbe almeno evitare di ostacolare coloro che detta occupazione abbiano e vogliano mantenere.

57. Pertanto, la statuizione di cui all' art. 4, c. 1, Cost. è stata declinata sia come pretesa (positiva) nei confronti dello Stato di vedere attuata una politica tesa alla promozione di occasioni di lavoro, sia come pretesa (negativa) che i poteri pubblici si astengano dall'interferire nella libertà di ciascun cittadino circa le modalità di scelta, di esercizio, di svolgimento dell'attività lavorativa (cfr. C. Cost. n. 45/1965 secondo cui il diritto «si estrinseca nella scelta e nel modo di esercizio dell'attività lavorativa»).

58. Nel caso degli operatori sanitari il divieto di lavorare imposto ad alcuni di essi, cioè quelli che non abbiano voluto vaccinarsi, incide altresì sul diritto alla salute riconosciuto a ciascun cittadino ed inteso come diritto ad avere le cure mediche da parte del professionista di sua scelta. Di contro, il divieto di lavorare imposto agli operatori sanitari che non intendano partecipare alla sperimentazione medica dei vaccini contro il SARS-CoV2 impedisce la libera scelta del proprio medico curante da parte dei loro pazienti e potrebbe altresì avere effetti irreversibili sulla salute di questi ultimi. La prestazione medica, infatti, non è fungibile e dipende in somma misura dall'*intuitus personae* e dal rapporto fiduciario che si instaura tra il medico (o le altre figure sanitarie come psicologi, biologi, fisioterapisti, dietisti, farmacisti ecc.) e il paziente che ricorra a questi professionisti.

59. Pertanto, il diniego del diritto di lavorare per le categorie interessate dal decreto-legge 44/2021 si converte nell'ingiustificato ostacolo imposto ai loro pazienti a ricevere le cure dai professionisti di loro fiducia.

**(iv) Violazione dell'art. 19 cost.**

60. Gli estensori del decreto-legge 44/2021 non hanno ritenuto di porsi la questione concernente possibili scrupoli morali degli operatori sanitari connessi con l'utilizzazione di cellule di feti umani abortiti sia per testare i vaccini sia per produrre gli stessi. Così facendo essi hanno imposto un obbligo vaccinale che contrasta con le convinzioni morali



di molte persone e, in particolare, dei ricorrenti che, in quanto di religione cristiana, rifiutano l'aborto come peccato e violazione del principio di inviolabilità e rispetto della vita umana stabilito dalla fede in Cristo.

61. Il documento che sul punto è fondamentale nello stabilire i principi che devono essere seguiti dai cattolici è l'enciclica *Evangelium Vitae* di Papa Giovanni Paolo II. I principi ivi stabiliti sono chiari e non possono essere revocati in dubbio, nemmeno da alcune aperture recentemente e deplorabilmente manifestatesi in seno alla stessa chiesa cattolica che durante la pandemia ha purtroppo abbandonato principi secolari giungendo a farsi interdire dalla Repubblica Italiana la celebrazione delle cerimonie religiose. Non così i ricorrenti che intendono riaffermare con forza i principi religiosi gravemente vulnerati dalla legislazione italiana.

62. Si legge nella *Evangelium Vitae*: *“La disciplina canonica della Chiesa, fin dai primi secoli, ha colpito con sanzioni penali coloro che si macchiavano della colpa dell’aborto e tale prassi, con pene più o meno gravi, è stata confermata nei vari periodi storici. Il Codice di Diritto Canonico del 1917 comminava per l’aborto la pena della scomunica. Anche la rinnovata legislazione canonica si pone in questa linea quando sancisce che «chi procura l’aborto ottenendo l’effetto incorre nella scomunica latae sententiae», cioè automatica. La scomunica colpisce tutti coloro che commettono questo delitto conoscendo la pena, inclusi anche quei complici senza la cui opera esso non sarebbe stato realizzato: con tale reiterata sanzione, la Chiesa addita questo delitto come uno dei più gravi e pericolosi, spingendo così chi lo commette a ritrovare sollecitamente la strada della conversione. Nella Chiesa, infatti, la pena della scomunica è finalizzata a rendere pienamente consapevoli della gravità di un certo peccato e a favorire quindi un’adeguata conversione e penitenza.*

*Di fronte a una simile unanimità nella tradizione dottrinale e disciplinare della Chiesa, Paolo VI ha potuto dichiarare che tale insegnamento non è mutato ed è immutabile. Pertanto, con l’autorità che Cristo ha conferito a Pietro e ai suoi Successori, in*

*comunione con i Vescovi — che a varie riprese hanno condannato l'aborto e che nella consultazione precedentemente citata, pur dispersi per il mondo, hanno unanimemente consentito circa questa dottrina — dichiaro che l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave, in quanto uccisione deliberata di un essere umano innocente. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale. Nessuna circostanza, nessuna finalità, nessuna legge al mondo potrà mai rendere lecito un atto che è intrinsecamente illecito, perché contrario alla Legge di Dio, scritta nel cuore di ogni uomo, riconoscibile dalla ragione stessa, e proclamata dalla Chiesa.*

*La valutazione morale dell'aborto è da applicare anche alle recenti forme di intervento sugli embrioni umani che, pur mirando a scopi in sé legittimi, ne comportano inevitabilmente l'uccisione. È il caso della sperimentazione sugli embrioni, in crescente espansione nel campo della ricerca biomedica e legalmente ammessa in alcuni Stati. Se «si devono ritenere leciti gli interventi sull'embrione umano a patto che rispettino la vita e l'integrità dell'embrione, non comportino per lui rischi sproporzionati, ma siano finalizzati alla sua guarigione, al miglioramento delle sue condizioni di salute o alla sua sopravvivenza individuale», si deve invece affermare che l'uso degli embrioni o dei feti umani come oggetto di sperimentazione costituisce un delitto nei riguardi della loro dignità di esseri umani, che hanno diritto al medesimo rispetto dovuto al bambino già nato e ad ogni persona.*

*La stessa condanna morale riguarda anche il procedimento che sfrutta gli embrioni e i feti umani ancora vivi — talvolta «prodotti» appositamente per questo scopo mediante la fecondazione in vitro — sia come «materiale biologico» da utilizzare sia come fornitori di organi o di tessuti da trapiantare per la cura di alcune malattie. In realtà, l'uccisione di creature umane innocenti, seppure a vantaggio di altre, costituisce un atto assolutamente inaccettabile.”*

63. A fronte di tale chiarissimo enunciato della dottrina cattolica – e cristiana in senso lato, giacché tutte le religioni che si richiamano alla figura di Cristo non ammettono l’aborto – appare evidente l’illegittimità costituzionale del DL 44/2021 nella parte in cui non prevede la possibilità per gli operatori sanitari di opporre un’obiezione di coscienza all’accettazione della vaccinazione forzata di cui è causa.

**(v) Violazione dell’art. 32 cost.**

64. Da ultimo, la norma manifestamente e platealmente violata dal decreto-legge 44 è l’art. 32 cost. che contiene la disciplina del c.d. diritto alla salute che si declina in una pretesa del cittadino a ricevere le cure, che ha consistenza di diritto soggettivo, ed un mero interesse della collettività alla c.d. salute pubblica. Abbiamo visto come i principi collettivistici di cui l’art. 32 è, almeno in parte, espressione, cozzano con le regole ben diverse stabilite da una serie di convenzioni internazionali e principi di diritto internazionale che sopra abbiamo ampiamente richiamato, dai quali risulta, invece, il principio dell’intangibilità e insindacabilità della decisione individuale in materia di medicina e trattamenti sanitari. Nel conflitto tra le norme internazionali e il diritto interno, come abbiamo visto, è quest’ultimo che deve cedere e non è possibile l’applicazione di norme nazionali che si trovino in conflitto con quelle internazionali, anche se le norme interne possano essere in qualche modo salvate dal punto di vista costituzionale, ma senza tenere in conto i parametri di cui agli artt. 10, 11 e 117 cost.

65. Pertanto, le ormai non più recenti sentenze della Consulta che hanno salvato gli obblighi vaccinali introdotti nel nostro paese dovranno essere riviste e riconsiderate alla luce dei principi ben diversi che emergono dal diritto internazionale e, soprattutto, dal diritto dell’Unione Europea. Peraltro è bene sottolineare che le sentenze che hanno avallato alcuni obblighi vaccinali (C. Cost., 22.6.1990, n. 307) la Corte ha sempre sottolineato che l’obbligo era accettabile solo laddove il trattamento era diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri. Pertanto, *«un trattamento sanitario può essere imposto solo nella*

*previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili. Con riferimento, invece, all'ipotesi di ulteriore danno alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio - ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica - il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività non è da solo sufficiente a giustificare la misura sanitaria. Tale rilievo esige che in nome di esso, e quindi della solidarietà verso gli altri, ciascuno possa essere obbligato, restando così legittimamente limitata la sua autodeterminazione, a un dato trattamento sanitario, anche se questo importi un rischio specifico, ma non postula il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri.»* Nel caso in esame, oltretutto, trattandosi di vaccini sperimentali, sulla cui pericolosità ci siamo dilungati sopra, non vi è alcuna possibilità di fare riferimento alla giurisprudenza in questione che valorizza, appunto, per sostenere l'ammissibilità dell'obbligo, la ragionevole previsione che il trattamento sanitario imposto non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che conseguenze temporanee e di scarsa entità, normali in ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili. La morte, ne siamo certi, non rientra tra dette conseguenze.

66. L'evoluzione della riflessione costituzionale è testimoniata da un'altra ben più recente sentenza, in cui le pur ridotte aperture ad un trattamento sanitario obbligatorio che emergevano dalla sentenza n. 307/1990, vengono definitivamente chiuse in considerazione della prevalenza dei diritti dell'individuo. Citiamo a tale proposito, alcuni passaggi di Corte cost., Sent. 23/12/2008, n. 438: *«Al riguardo, occorre rilevare che il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali*

*stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».*

*Numerose norme internazionali, del resto, prevedono la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti medici.*

*In particolare, l'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176, premesso che gli Stati «riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione», dispone che «tutti i gruppi della società in particolare i genitori ed i minori ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore».*

*L'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145 (seppure ancora non risulta depositato lo strumento di ratifica), prevede che «un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato»; l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, sancisce, poi, che «ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica» e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato, tra gli altri, «il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge».*

*La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico si evince, altresì, da diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: ad esempio, dall'art. 3 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati), dall'art. 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nonché dall'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio*

sanitario nazionale), il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto da una legge.

La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione.

Discende da ciò che **il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale.**»

67. Ancor più nette le osservazioni che troviamo in Cons. Stato Sez. III, Sent., (ud. 17-07-2014) 02-09-2014, n. 4460:

«La Suprema Corte di Cassazione, (Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21478), ha affermato il fondamentale principio che il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente **rifiutare la terapia** e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.

Ciò è conforme al **principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé; vieta ogni strumentalizzazione della medesima per alcun fine eteronomo ed assorbente; concepisce l'intervento solidaristico e sociale in funzione della persona e del suo sviluppo e non viceversa, e guarda al limite del "rispetto della persona umana" in riferimento al singolo individuo, in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio**

di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive.

*Ed è altresì coerente, ha soggiunto la Cassazione, con la nuova dimensione che ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza.*

*Deve escludersi, ha stabilito ancora la Suprema Corte, che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita.*

*Benché sia stato talora prospettato un obbligo per l'individuo di attivarsi a vantaggio della propria salute o un divieto di rifiutare trattamenti o di omettere comportamenti ritenuti vantaggiosi o addirittura necessari per il mantenimento o il ristabilimento di essa, **la Suprema Corte ha ritenuto che la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva.** (...)*

*Dall'antico paternalismo medico, che vedeva informazione e consenso del paziente rimessi integralmente all'apprezzamento del medico, unico sostanzialmente a sapere e decidere cosa fosse "bene", in termini curativi, per il paziente, anche la nostra giurisprudenza, dopo un lungo e travagliato percorso, è pervenuta così all'affermazione del moderno principio dell'alleanza terapeutica, snodo decisivo sul piano culturale prima ancor che giuridico, poiché riporta il singolo paziente, la sua volontà, il suo consenso informato e, quindi, il singolo paziente quale soggetto e non oggetto di cura al centro del percorso sanitario, nel quale medico e paziente concorrono nella scelta della strategia terapeutica più rispondente alla visione della vita e della salute propria della persona che si sottopone alla cura.*

*La "cura" non è più quindi più un principio autoritativo, un'entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall'alto o dall'esterno, che ciò avvenga ad opera*

*del medico, dotato di un elevato e inaccessibile sapere specialistico, o della struttura sanitaria nel suo complesso, che accoglie e “ingloba” nei suoi impenetrabili ingranaggi l’ignaro e anonimo paziente, ma si declina e si struttura, secondo un fondamentale principium individuationis che è espressione del **valore personalistico tutelato dalla Costituzione**, in base ai bisogni, alle richieste, alle aspettative, alla concezione stessa che della vita ha il paziente.*

*La decisione terapeutica ha nel consenso informato e nell’autodeterminazione del paziente il suo principio e la sua fine, poiché è il paziente, il singolo paziente, e non un astratto concetto di cura, di bene, di “beneficialità”, il valore primo ed ultimo che l’intervento medico deve salvaguardare.*

*Nessuna visione della malattia e della salute, nessuna concezione della sofferenza e, correlativamente, della cura, per quanto moralmente elevata o scientificamente accettata, può essere contrapposta o, addirittura, sovrapposta e comunque legittimamente opposta dallo Stato o dall’amministrazione sanitaria o da qualsivoglia altro soggetto pubblico o privato, in **un ordinamento che ha nel principio personalistico il suo fondamento**, alla cognizione che della propria sofferenza e, correlativamente, della propria cura ha il singolo malato.»*

**F) Manifesta illogicità e irrazionalità della disciplina di cui al DL 44/2021**

68. L’obbligo di vaccinazione imposto agli operatori sanitari è illogico e inapplicabile. Oggetto dell’inoculazione forzosa una “vaccinazione gratuita per la prevenzione dell’infezione da SARS-CoV-2”. Detta vaccinazione, allo stato attuale della scienza medica, non esiste. Gli unici preparati in commercio sono trattamenti farmacologici sperimentali di cui gli stessi produttori hanno affermato l’inefficacia ai fini della prevenzione dell’infezione, o quantomeno l’incertezza assoluta pendente la fase di sperimentazione.
69. Ancor più assurdo è il passaggio del decreto-legge in cui la sottoposizione al trattamento sperimentale in parola viene definito “condizione essenziale” per l’esercizio delle



professioni sanitarie. In altri termini, la sottoposizione ad un vaccino, che allo stato non esiste, sarebbe il requisito imprescindibile per lo svolgimento di attività lavorative e professionali cruciali ai fini dell'adempimento da parte della Repubblica Italiana dell'obbligo di fornire cure ai sensi dell'art. 32 cost. Con la conseguenza che, in caso di rifiuto degli operatori sanitari lo Stato si troverebbe nella bizzarra condizione di non poter più adempiere alle obbligazioni concernenti la salute nei confronti dei cittadini.

#### **G) Interesse ad agire e legittimazione ad agire**

70. I ricorrenti subiscono tutti l'obbligo di vaccinazione istituito con il decreto-legge 44/2021. La condizione di vaccinati con il preparato farmacologico sperimentale per l'immunizzazione dal SARS-CoV-2 costituisce, infatti, obbligo per tutti gli operatori sanitari e condizione essenziale per l'esercizio delle relative professioni. In quanto tale l'obbligo di cui è causa incide in senso limitativo su due diritti fondamentali dei ricorrenti, quello alla salute, connesso al principio di libera disponibilità del proprio corpo ex art. 5 c.c., e quello allo svolgimento di un lavoro ai sensi del combinato disposto degli artt. 1, 4, 35 e 36 cost. Pertanto, la situazione soggettiva fatta valere nel presente giudizio ha natura e consistenza di diritto soggettivo perfetto e l'affermata lesione del diritto soggettivo del ricorrente ne costituisce la legittimazione ad agire. La *legitimatio ad causam*, consiste nella titolarità allegata del potere di promuovere un giudizio in ordine al rapporto sostanziale dedotto in causa, mediante la deduzione di fatti in astratto idonei a fondare il diritto azionato, secondo la prospettazione dell'attore (Trib. Cassino 7.8.2019; Trib. Genova 7.2.2017), prescindendo dall'effettiva titolarità del rapporto dedotto in causa. La legittimazione ad agire si basa dunque sul rapporto fra situazione legittimante, cioè la situazione in base alla quale si determina il soggetto che deve compiere un atto e situazione legittimata, cioè la situazione giuridica oggettiva che spetta al suddetto soggetto (Fazzalari, *Sostituzione processuale (diritto processuale civile)*, in ED, XLIII, Milano, 1990, 159, 306).

71. Le considerazioni che precedono fanno ritenere sussistente anche il requisito dell'interesse ad agire (*Rechtsschutzbedürfnis*).

L'interesse ad agire è una condizione dell'azione consistente nell'esigenza di ottenere un risultato utile, giuridicamente apprezzabile e non conseguibile senza l'intervento del giudice (Cass. 2057/2019; Cass. 6749/2012; Cass. 8464/2011; Cass. 28405/2008; Cass. 8200/2003; Cass. 2721/2002; Trib. Viterbo 31.7.2019; Trib. Modena 9.2.2018; Trib. Aosta 25.6.2016; Trib. Milano 22.6.2016; Cons. St. 1.3.2017, n. 934). La sussistenza, o meno, poi, della *legitimatio ad causam* va verificata alla stregua della prospettazione dei fatti fornita dalle parti, indipendentemente dalla loro effettiva titolarità, dal lato attivo e passivo, del rapporto giuridico controverso (Trib. Taranto 2.8.2016; Trib. Lecce 28.7.2016; Trib. Lecce 22.7.2016; Trib. Lecce 29.4.2016).

Sicché, mentre la legittimazione ad agire attiene al diritto di azione, che spetta a chiunque faccia valere in giudizio un diritto assumendo di esserne titolare e la sua carenza può essere eccepita in ogni stato e grado del giudizio e può essere rilevata d'ufficio dal giudice, altra cosa è la titolarità della posizione soggettiva vantata in giudizio, la cui relativa questione attiene al merito della causa (Trib. Bari 29.11.2017).

In base ai principi generali in materia di condizioni dell'azione, desumibili dall'art. 24, co. 1, Cost. e dall'art. 100, l'interesse processuale presuppone, nella prospettazione della parte istante, una lesione concreta ed attuale dell'interesse sostanziale dedotto in giudizio e l'idoneità del provvedimento richiesto al giudice a tutelare e soddisfare il medesimo interesse sostanziale. L'interesse deve avere le caratteristiche della concretezza e dell'attualità e deve consistere in una utilità pratica che il ricorrente può ottenere con il provvedimento chiesto al giudice (Cass. 6918/2013; Cass. 13906/2002). Nel caso in esame la lesione dei diritti soggettivi alla libera disponibilità del proprio corpo ed al lavoro appare evidentemente come ragione necessaria e sufficiente per determinare l'interesse ad agire. L'accoglimento della domanda – di sospensione in sede cautelare e di definitiva eliminazione nel merito – dell'obbligo di vaccinazione è in grado, in astratto,

di ripristinare i diritti soggettivi che si assumono lesi. Si tratta, quindi, di una lesione riconducibile al diritto alla salute di cui all'art. 32 cost. che ha natura di diritto soggettivo perfetto (Cons. Stato Sez. III, Sent., 2 settembre 2014, n. 4460) poiché il diritto alla salute non è suscettibile di affievolimento per effetto della discrezionalità meramente tecnica attribuita in materia alla p.a. (Cass., Sez. Un., 6.9.2013, n. 20577, in Foro amm., C.d.S., 2013, 12, 3324).

#### **H) Legittimazione passiva**

72. La materia delle vaccinazioni spetta, secondo autorevole giurisprudenza (v. Corte Cost. sent. 18 gennaio 2018 n. 5) alla competenza dello Stato che ha il potere esclusivo di regolazione degli obblighi vaccinali (Corte cost., Sent., 06/06/2019, n. 137). Pertanto, le controversie in materia di vaccini, come si evince anche dalla legge 25 febbraio 1992 n. 210, si svolgono sempre nei confronti dello Stato.
73. Nel caso in esame, quindi, dove vengono in rilievo l'imposizione dell'obbligo vaccinale e l'autorizzazione alla messa in commercio dei trattamenti sperimentali per l'immunizzazione contro il SARS-CoV-2, le controparti sono il governo della Repubblica Italiana in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, quale organo di vertice dell'organizzazione pubblicistica della salute e AIFA in quanto agenzia autonoma incaricata di provvedere alla valutazione dei farmaci ed all'autorizzazione alla loro messa in commercio. Non possono individuarsi altri possibili convenuti. Non le ASL (o APS, ATS, AUSL secondo le varie denominazioni regionali) giacché le stesse, dipendenti dalle varie Regioni, hanno nell'ambito dell'imposizione dell'obbligo vaccinale, una funzione meramente esecutiva, al pari degli ordini professionali o dei datori di lavoro, cui spetta solo il compito di accertare chi sia vaccinato e chi no per adottare in via automatica e senza margini discrezionalità la sanzione afflittiva prevista dal decreto-legge per i renitenti all'obbligo di vaccinazione forzata. Gli unici possibili legittimati passivi sono dunque gli odierni convenuti, salva la

facoltà del Tribunale di ordinare, ove ritenuto, l'integrazione del contraddittorio con altri soggetti eventualmente ritenuti litisconsorti necessari.”

### **PQM**

Gli interventori, come in epigrafe rappresentati, difesi e domiciliati

### **INTERVENGONO**

nel presente giudizio aderendo ex art. 105 c.p.c. alle domande della ricorrente ... che fanno proprie e propongono a loro volta all'Ill.mo Tribunale in epigrafe chiedendo accogliersi le seguenti

### **CONCLUSIONI**

Voglia il Tribunale adito, *contrariis rejectis*:

- I. sospendere disporre in via cautelare la sospensione dell'obbligo vaccinale per tutti gli interventori in forza degli argomenti di cui in narrativa;
- II. ove ritenuto necessario, rimettere alla Corte di Giustizia dell'Unione Europea la seguente questione interpretativa: se l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea osti ad una disciplina nazionale quale quella di cui all'art. 4 del decreto-legge n. 44 del 1° aprile 2021 con cui viene imposto agli operatori sanitari l'obbligo di vaccinazione pena la perdita, sia pure temporanea, del lavoro e della possibilità di esercitare la loro professione;
- III. ritenuta ai sensi dell'art. 23 della legge n. 87 dell'11 marzo 1953 la non manifesta infondatezza delle questioni di legittimità costituzionale esposte in narrativa, rimettere gli atti alla Corte Costituzionale;
- IV. nel giudizio di merito i ricorrenti chiederanno al Tribunale di accertare e dichiarare che essi non sono tenuti all'obbligatoria vaccinazione contro il SARS-CoV-2 e che l'obbligo in questione è illegittimo e inapplicabile in conseguenza del contrasto tra il decreto-legge 44/2021 (e l'eventuale legge di conversione) e le norme dell'Unione Europea sopra illustrate.

Con vittoria delle spese e degli onorari di lite.

FUSILLO, STRIZZI & ASSOCIATI  
Avv. Alessandro Fusillo  
Viale delle Milizie, 22 – 00192 ROMA  
Tel. 06/3243832 Fax 06/87459135  
alessandro.fusillo@pec.it

Si fa riferimento ai documenti allegati dalla ricorrente.

Si dichiara che il valore della presente controversia è indeterminabile.

Roma, li 22 giugno 2021

Avv. Alessandro Fusillo