

CT 31898/2022 – Avv.ti De Giovanni – Fiduccia - De Bonis



AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO

CORTE DI APPELLO DI ROMA

SEZIONE I CIVILE

r.g. 4477/2023 -udienza del 25 gennaio 2024

Comparsa di risposta

per la **PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI** (C. F. 80188230587) - in persona del Presidente del Consiglio *pro-tempore* - rappresentata e difesa *ex lege* dall'Avvocatura Generale dello Stato di Roma (C. F. 80224030587, per il ricevimento di atti FAX: 069514000 e PEC: ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it) presso i cui uffici di Roma, via dei Portoghesi n. 12, è domiciliata;

nel giudizio di appello proposto da

ed altri, tutti rappresentati e difesi dall'Avv. dall'Avv. Alessandro Fusillo (c.f. FSLLSN68R03H501Z) presso il cui studio in Roma, Viale delle Milizie n. e presso la cui pec alessandro.fusillo@pec.it sono elettivamente domiciliati

avverso l'ordinanza ex art. 702 bis c.p.c. del Tribunale di Roma- Sez. II civile n.

16375/2023 pubblicata il 19 luglio 2023 – r.g. 10702/2022

PREMESSA

1. Con il ricorso ex art. 702 bis c.p.c., introduttivo del giudizio e con i successivi atti di intervento adesivo autonomo gli odierni appellanti, unitamente ad altri poi rinuncianti nel corso del giudizio di primo grado, adivano il Tribunale di Roma dolendosi della presunta



lesione dei propri diritti fondamentali costituzionalmente garantiti, in conseguenza di alcune misure di carattere normativo adottate al fine di contrastare la pandemia legata alla diffusione degli agenti virali appartenenti al ceppo SARS-COV-2, più comunemente noto come “Covid-19”.

2. Precisamente, le controparti premettendo di essere tutti lavoratori, dipendenti ed autonomi, in parte del settore scuola e università, in parte di altri settori pubblici e privati, taluni anche di età pari o superiore ai cinquanta anni chiedevano l'accertamento e la tutela risarcitoria di tre diritti fondamentali asseritamente lesi: - il diritto di eguaglianza sotto il profilo del diritto a non essere discriminati, - il diritto alla libertà personale sotto il profilo del diritto all'autodeterminazione sanitaria e, - il diritto al lavoro.

3. Questi diritti sarebbero stati lesi da una serie di atti normativi causando un danno non patrimoniale risarcibile, causalmente connesso sotto il profilo eziologico con l'attività legislativa dello Stato italiano.

4. A sostegno della domanda gli originari attori e successivi intervenienti, previa sommaria ricostruzione delle norme che hanno previsto gli obblighi di esibizione del certificato verde Covid-19 e in alcuni casi anche della vaccinazione contro la malattia in questione, si soffermavano soprattutto sul fatto che lo Stato li avrebbe obbligati a sottoporsi a “vaccini sperimentali”, ledendo i loro sotto l'aspetto costituzionale, internazionale ed eurounitario e chiedendo anche di sollevare questione di costituzionalità delle norme incriminate oppure di disporre rinvio pregiudiziale ex art. 267 TFUE alla Corte di Giustizia

5. Secondo parte avversa gli interventi dello Stato sarebbero avvenuti in un panorama scientifico incapace di fornire sufficienti prove della reale efficacia delle vaccinazioni anti SARS-COV-2 attualmente disponibili sul mercato, tanto ai fini della prevenzione delle forme gravi di infezione quanto, soprattutto, ai fini dell'impedimento o, almeno, della riduzione della circolazione del virus. A supporto di questa tesi si deduceva *in primis* che i vaccini anzidetti sarebbero stati autorizzati all'esito di una procedura sommaria e sulla base di un numero ridotto di dati ed esperimenti.



6. A ciò si aggiunge che il Governo e il Parlamento italiano, nell'assumere le loro determinazioni, avrebbero del tutto trascurato i casi rilevati di reazioni avverse conseguenti alla vaccinazione, così come i risultati di studi compiuti da istituti di ricerca internazionale.

7. Stante il quadro che si è venuto qui brevemente tratteggiando, ritenevano le controparti di poter ravvisare un vero e proprio "illecito" del legislatore. Un simile rilievo consentirebbe pertanto all'adito Giudice ordinario di sindacare direttamente la conformità a Costituzione delle misure denunciate, provvedendo alla loro disapplicazione se non totale caducazione, onde assicurare la pronta e immediata tutela ai diritti fondamentali asseritamente lesi. Ciò anche sulla scorta di una serie di previsioni del diritto sovranazionale e internazionale, poste a difesa dei medesimi diritti costituzionali invocati.

8. Veniva altresì formulata domanda risarcitoria, ai sensi degli artt. 2043 e 2059 cod. civ., limitata alla richiesta di risarcimento del danno non patrimoniale dei diritti fondamentali della persona.

9. Segnatamente gli originari attori e successivi intervenienti rassegnavano le seguenti conclusioni: “

1. Accertare e dichiarare che i ricorrenti sono titolari dei diritti fondamentali alla non discriminazione, alla libertà personale con particolare riferimento al diritto all'autodeterminazione sanitaria con la conseguente illegittimità ed illiceità dell'imposizione di qualsiasi trattamento medico farmacologico o medico-diagnostico, ed al lavoro inteso come diritto a guadagnarsi da vivere con un'attività lavorativa o professionale di propria scelta;

2. Accertare e dichiarare che con le norme di cui ai decreti-legge 44/2021 e 52/2021, meglio illustrate in narrativa, la Repubblica Italiana ha violato i diritti in questione dei ricorrenti;

3. Condannare per l'effetto la Repubblica Italiana a risarcire ai ricorrenti il danno morale subito in conseguenza della violazione dei loro diritti fondamentali e per l'effetto a pagare a ciascuno di essi una somma una tantum determinata dal Tribunale in considerazione di quanto esposto in narrativa e da liquidarsi in via equitativa con salvezza della richiesta in separati giudizi del danno patrimoniale e del danno biologico subito da ciascuno degli attori;

4. Ritenuta la non manifesta infondatezza delle questioni di costituzionalità illustrate nel testo del ricorso rimettere gli atti alla Corte Costituzionale ai sensi dell'art. 23 della legge n. 87/1953;

5. Disporre rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia dell'Unione Europea sottoponendo alla Corte



i seguenti quesiti:

a) Se le disposizioni di cui agli art. 3, 15 e 16 della CDFUE ostino a disposizioni legislative nazionali, come le norme di cui ai decreti-legge 44/2021 e 52/2021, che facciano obbligo a tutti o taluni cittadini a sottoporsi a determinati trattamenti sanitari farmacologici o diagnostico-sanitari sotto pena, in difetto, della perdita del diritto a svolgere la propria attività lavorativa;

b) Se, in particolare, le indicate norme della CDFUE trovino diretta applicazione nel diritto degli stati membri allorché questi legiferino in materia di sanità pubblica;

c) Se le disposizioni del regolamento UE 953/2021 ostino a disposizioni legislative nazionali, come le norme di cui ai decreti-legge 44/2021 e 52/2021, che facciano obbligo a tutti o taluni cittadini a sottoporsi a determinati trattamenti sanitari farmacologici o diagnostico-sanitari sotto pena, in difetto, della perdita del diritto a svolgere la propria attività lavorativa;”.

10. Si costituiva l'intestata Amministrazione eccependo preliminarmente l'inammissibilità delle domande spiegate e deducendone comunque l'infondatezza sotto ogni profilo.

11. Con l'ordinanza in epigrafe il Tribunale adito, dichiarata l'estinzione del giudizio nei confronti dei rinuncianti, ha rigettato le domande proposte dalle restanti parti ricorrenti e intervenute condannandole alle spese di lite.

Secondo gli appellanti l'ordinanza impugnata sarebbe errata poiché il Tribunale avrebbe fondato la propria motivazione sul rinvio alle sentenze nn. 14 e 15 del 2023 della Corte Costituzionale che riguarderebbero questioni solo in parte sovrapponibili omettendo di pronunciarsi su specifiche questioni oggetto delle domande e perché si porrebbe in violazione con l'art. 3 della Convenzione di Oviedo che, sottoscritta dalla UE, costituirebbe parte del diritto eurounitario vincolante per gli Stati membri, nonché con il Regolamento 953/2021 che vietava la discriminazione di chi avesse scelto di non vaccinarsi. L'ordinanza, inoltre, non si pronuncerebbe su altre violazioni del diritto eurounitario e internazionale denunciate in primo grado.

Con l'atto di gravame si ripropongono, quindi e in sostanza, le medesime questioni poste in primo grado, salvo alcune deduzioni non specificamente articolate in precedenza delle quali si eccepisce preliminarmente la novità non accettandosi in contraddittorio.

Tutto ciò premesso, con il presente atto si costituisce in giudizio la Presidenza del Consiglio dei



Ministri, *ut supra* rappresentata e difesa, rilevando l'Inammissibilità e la infondatezza della domanda, l'Inammissibilità delle deduzioni nuove nonché l'Inammissibilità della nuova produzione documentale in appello alla luce delle seguenti considerazioni

MOTIVI

1. IL QUADRO NORMATIVO

12. Si osservava nella comparsa di primo grado il mutamento del quadro normativo rispetto all'introduzione del giudizio (il ricorso risale al febbraio 2022) essendo medio tempore cessato lo stato di emergenza e cambiata la disciplina normativa relativa alla certificazione verde ed all'obbligo vaccinale.

13. Per ciò che concerne, anzitutto, l'obbligo di esibizione della "certificazione verde" (c.d. "*green pass*") al fine di accedere ai luoghi pubblici o aperti al pubblico, nonché per lo svolgimento di attività implicanti un contatto prolungato e ravvicinato con altre persone, detto obbligo era venuto meno a far data dal **1° maggio 2022**.

14. La definizione delle diverse tipologie di "certificazione verde" cui pocanzi si è fatto riferimento, ivi compresa la certificazione rilasciata a seguito del completamento del ciclo vaccinale, che al momento dell'introduzione del giudizio constava di tre dosi, vale a dire il c.d. "*green pass rafforzato*", era contenuta nell'art. 9 del D.l. 22 aprile 2021, n. 52, conv. con mod. dalla L. 17 giugno 2021, n. 87. I successivi articoli da 9-*bis* a 9-*novies* del medesimo decreto-legge, a più riprese modificati e aggiornati alla luce dell'evoluzione della pandemia, anche per effetto dei decreti-legge cui si fa riferimento nell'avverso atto di citazione, hanno così individuato la certificazione volta a volta richiesta per lo svolgimento delle diverse tipologie di attività e di luoghi interessati.

15. Le disposizioni in discorso prevedevano, nella loro formulazione originaria, un'efficacia limitata alla data del **31 marzo 2022**. Si trattava dunque di un vero e proprio *dies ad quem* a data fissa, peraltro svincolato dalla persistenza o meno dello stato di emergenza, in ogni caso terminato in coincidenza della medesima data.

16. Con il successivo D.l. 24 marzo 2022, n. 24, conv. con mod. dalla L. n. 52 del 2022, è stato sancito il tendenziale e generalizzato superamento della necessità di esibire il c.d. "*green pass rafforzato*", rilasciato a seguito della somministrazione della terza dose di vaccino ovvero a seguito dell'intervenuta guarigione, a fronte di due dosi già somministrate. Detta certificazione è stata sostituita, con riferimento a pressoché tutte le attività e tutti i luoghi



per i quali era precedentemente richiesta, dal c.d. “*green pass base*”, emesso, oltre che nei casi anzidetti, pure in conseguenza dell’esito negativo di un test, antigenico o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti.

17. In questo senso disponevano, in particolare, gli artt. 6 e 7 del citato decreto-legge.

18. In particolare, l’art. 6 aveva previsto:

i) la proroga, **sino al 30 aprile 2022**, della vigenza dell’art. 9-*bis* del D.l. n. 52 del 2021, rispetto ad alcune delle attività ivi contemplate, il quale richiede tuttavia il “*green pass base*”;

ii) la proroga, **sino al 30 aprile 2022**, dell’efficacia degli artt. 9-*ter.1* e 9-*ter.2* del D.l. n. 52 del 2021, relativi all’accesso ai luoghi di erogazione dei servizi scolastico, educativo e formativo, nonché agli istituti di formazione superiore e alle Università degli studi, i quali, a loro volta, impongono unicamente il possesso del “*green pass base*”;

iii) la modifica dell’art. 9-*quater* del D.l. n. 52 del 2021, in forza della quale l’accesso ai mezzi di trasporto pubblico a medio-lunga percorrenza (navi, aerei e treni) nonché ai mezzi del trasporto pubblico locale è subordinata, **sino al 30 aprile 2022**, al possesso del “*green pass base*”, non rendendosi più necessaria l’esibizione di un “*green pass rafforzato*”;

iv) la proroga, **sino al 30 aprile 2022**, dell’efficacia delle disposizioni contenute negli artt. 9-*quinquies* e ss. del citato D.l. n. 52 del 2021, che tuttavia già prevedevano, prima dell’intervento normativo in esame, la necessità di esibire il solo “*green pass base*”.

19. Pertanto, con lo spirare della più volte indicata data limite del **30 aprile 2022**, tutti gli obblighi di esibizione del c.d. “*green pass*”, tanto di quello “base” quanto di quello “rafforzato”, erano venuti meno e non erano stati rinnovati o prorogati da disposizioni successive.

20. Rispetto al quadro così tratteggiato, non poteva assumere alcuna rilevanza il fatto che, con l’art. 8, comma 4-*bis*, del d.P.C.M. 17 giugno 2021, introdotto dall’art. 1, comma 1, lett. b), del d.P.C.M. 2 marzo 2022, sia stata fissata una durata della validità del “*green pass*” rilasciato a seguito del completamento del ciclo vaccinale, che attualmente consta delle due dosi (o una dose) originarie e della c.d. “dose *booster*”, pari a cinquecento-quaranta giorni, prorogabili di ulteriori cinquecento-quaranta.

21. L’effetto di una simile disposizione tecnica sarebbe stato, a detta delle controparti, quello di procrastinare, in via di fatto e in maniera surrettizia, lo “stato di emergenza” e le “discriminazioni” imposte ai soggetti che, per non aver completato il ciclo vaccinale, fossero privi della certificazione anzidetta.



22. Onde confutare un simile argomento, questa Difesa aveva anzitutto precisato l'esatto contenuto dell'evocato art. 8, comma 4-*bis*, del d.P.C.M. 17 giugno 2021, il quale recita:

«In caso di somministrazione della dose di richiamo, successivo al ciclo vaccinale primario, la certificazione verde COVID-19 ha una validità tecnica, collegata alla scadenza del sigillo elettronico qualificato, al massimo di cinquecentoquaranta giorni. Prima di detta scadenza, senza necessità di ulteriori dosi di richiamo, la PN-DGC emette una nuova certificazione verde COVID-19 con validità tecnica di ulteriori cinquecentoquaranta giorni, dandone comunicazione all'intestatario».

23. Risultava dunque oltremodo evidente come la disposizione normativa secondaria in discorso avesse una valenza meramente "**tecnica**", essendo volta a fissare il periodo di tempo per il quale il certificato elettronico continuerà ad avere efficacia e, quindi, potrà essere letto e rilevato dai dispositivi a ciò abilitati. Tutto ciò non implicava però l'imposizione, sul piano giuridico sostanziale, di un obbligo di esibire la medesima certificazione al fine di poter accedere a un determinato luogo o di poter svolgere una data attività.

24. L'eventuale pregiudizio derivante da una ipotetica, e già allora non prospettabile, reintroduzione di un certo obbligo di esibizione del "*green pass*", si sarebbe dovuta tuttavia ricollegarsi alle previsioni volte, per l'appunto, a introdurre un simile obbligo. Si trattava, dunque, di una evenienza soltanto ipotetica, come tale assolutamente inidonea a integrare quel pregiudizio, oltre che imminente, irreparabile cui sopra si è fatto riferimento.

25. Un discorso ulteriore veniva fatto per il vero e proprio "**obbligo di vaccinazione**", introdotto, con l'art. 1 del D.l. n. 1 del 2022, conv. con mod. dalla L. n. 18 del 2022, per tutte le persone di età superiore a cinquant'anni.

26. Tale obbligo, a sua volta, era già al momento della (tempestiva) costituzione in giudizio di questa Difesa venuto meno per l'esaurirsi dell'efficacia, temporalmente limitata, della disposizione normativa che lo aveva introdotto, la quale stabiliva un termine finale coincidente con la data del **15 giugno 2022**. Del resto, anche questa misura normativa, al pari di quelle concernenti l'obbligo di utilizzo del "*green pass*", base o rafforzato, non era stata confermata né prorogata nella sua efficacia da disposizione successive alla scadenza del prefato termine.

27. Pur volendo prescindere da questo dirimente aspetto, va comunque rimarcato che già *ab origine* la domanda volta a ottenere la declaratoria della nullità della previsione normativa in discorso si appalesava inammissibile, paventando una lesione e un pregiudizio



meramente ipotetici e, soprattutto, condizionati.

28. La disposizione in commento aveva difatti introdotto un nuovo art. 4-*quater* nel testo del D.l. n. 44 del 2021, conv. con mod. dalla L. n. 76 del 2021, il quale recitava:

«1. Dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e fino al 15 giugno 2022, al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, l'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, di cui all'articolo 3-ter, si applica ai cittadini italiani e di altri Stati membri dell'Unione europea residenti nel territorio dello Stato, nonché ai cittadini stranieri di cui agli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dagli articoli 4, 4-bis e 4-ter.

2. L'obbligo di cui al comma 1 non sussiste in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale dell'assistito o dal medico vaccinatore, nel rispetto delle circolari del Ministero della salute in materia di esenzione dalla vaccinazione anti SARSCoV-2; in tali casi la vaccinazione può essere omessa o differita. L'infezione da SARS-CoV-2 determina il differimento della vaccinazione fino alla prima data utile prevista sulla base delle circolari del Ministero della salute.

3. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche a coloro che compiono il cinquantesimo anno di età in data successiva a quella di entrata in vigore della presente disposizione, fermo il termine del 15 giugno 2022, di cui al comma 1».

29. L'inadempimento dell'obbligo in discorso veniva quindi sottoposto dall'art. 4-*sexies* del medesimo D.l. n. 44 del 2021, a sua volta introdotto dal D.l. n. 1 del 2022, alla sanzione amministrativa pecuniaria di seguito indicata:

*«In caso di inosservanza dell'obbligo vaccinale **di cui agli articoli 4-ter.1, 4-ter.2 e 4-quater**, si applica la sanzione amministrativa pecuniaria di euro cento in uno dei seguenti casi:*

- a) soggetti che alla data del 1° febbraio 2022 non abbiano iniziato il ciclo vaccinale primario;*
- b) soggetti che a decorrere dal 1° febbraio 2022 non abbiano effettuato la dose di completamento del ciclo vaccinale primario nel rispetto delle indicazioni e nei termini previsti con circolare del Ministero della salute;*
- c) soggetti che a decorrere dal 1° febbraio 2022 non abbiano effettuato la dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario entro i termini di validità delle certificazioni verdi COVID-19 previsti dall'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87».*



L'inammissibilità delle domande sotto tale primo profilo è questione rimasta assorbita dalla pronuncia di rigetto nel merito che, pertanto, in questa sede si ripropone.

2. SULLA INAMMISSIBILITÀ DELL'AVVERSO ATTO DI CITAZIONE, IN QUANTO FONDATO SULLA DIRETTA IMPUGNAZIONE DI DISPOSIZIONI NORMATIVE PRIMARIE PER PRESUNTA ILLEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE DELLE STESSE, AI SENSI DELL'ART. 23 DELLA L. 11 MARZO 1953, N. 87, E DELL'ART. 7, COMMA 1, ULTIMO PERIODO, COD. PROC. AMM.

30. L'ordinanza impugnata si è pronunciata nel senso del rigetto delle domande, talché per completezza si ripropone in questa sede la questione della inammissibilità delle stesse sotto l'ulteriore profilo denunciato in primo grado, rimasta assorbita.

Invero, le domande introdotte erano (e sono) inammissibili, essendo sostanzialmente volte a far dichiarare, in via diretta, l'illegittimità costituzionale di disposizioni normative primarie, quali quelle che hanno introdotto e regolato gli obblighi di esibizione della "certificazione verde" e di vaccinazione.

41. Ciò contrasta, evidentemente, con il sistema di giustizia costituzionale vigente nel nostro ordinamento, così come delineato dalla L. cost. n. 1 del 1948 e dall'art. 23 della L. n. 87 del 1953.

42. Le controparti provano a superare questi evidenti rilievi calando le proprie pretese nell'ambito di una presunta domanda risarcitoria, che però è solo "apparente". A questa conclusione si addiuvano tenendo presente che alcuno specifico e puntuale pregiudizio, a carico di soggetti precisamente individuati, emerge.

43. Nessun "danno-conseguenza" è descritto e rappresentato - e tantomeno provato -, non essendo stato provato e invero neppure allegato alcun pregiudizio alla salute e alla sfera dinamico-relazionale dei soggetti coinvolti.

44. Ad ogni modo, nella denegata ipotesi in cui l'avversa domanda risarcitoria dovesse reputarsi reale, è agevole osservare che essa non potrebbe comunque giustificare la diretta caducazione di disposizioni di rango legislativo.

45. Le conclusioni raggiunte non vengono in alcun modo infirmate dalla giurisprudenza, richiamata dalle controparti a sostegno della ritenuta esistenza di un "illecito costituzionale" suscettibile di essere immediatamente dedotto in sede giurisdizionale, senza ricorrere alle



specifiche forme del sindacato di legittimità costituzionale delle leggi.

46. Il discorso vale, anzitutto, per l'ord. 12 ottobre 2021, n. 36373, delle **Sezioni unite della Suprema Corte di Cassazione**.

47. La pronuncia pocanzi richiamata ha, in effetti, riconosciuto la spettanza alla giurisdizione ordinaria della domanda con la quale si chiede il risarcimento del pregiudizio derivante dall'introduzione, ovvero dalla mancata eliminazione, di una determinata disciplina legislativa. Tuttavia, anche volendo prescindere dai consistenti dubbi che tale precedente solleva, esso non appare validamente utilizzabile a sostegno della tesi avversaria, per due concorrenti e insuperabili ordini di ragioni:

i) la pronuncia risulta circoscritta al solo profilo concernente la potestas iudicandi del Giudice ordinario, essendo stata pronunciata nell'ambito di un regolamento di giurisdizione sollevato ai sensi degli artt. 41 e 369 cod. proc. civ.;

ii) ad ogni modo, la domanda in quella sede scrutinata non era volta a chiedere la declaratoria di illegittimità costituzionale delle disposizioni normative primarie censurate, o comunque la loro caducazione o disapplicazione, **bensì unicamente il risarcimento del pregiudizio patrimoniale derivante dall'introduzione e dal mantenimento in vigore della medesima disciplina legislativa.**

48. Detto altrimenti, **la ritenuta illegittimità delle previsioni legislative contestate rappresentava il presupposto e non l'oggetto del giudizio in quella sede promosso.** Ciò è quanto si ricava dai seguenti passaggi della pronuncia in commento:

«Il bene della vita unicamente dedotto in giudizio attiene al danno derivato dalla "predisposizione" e "presentazione" del d.d.l. di bilancio poi approvato, il cui contenuto si dice illegittimo, e dal "mancato adoperarsi" delle autorità convenute per la successiva rimozione o modifica; non anche invece all'accertamento del regime fiscale in sé considerato, che non è minimamente in discussione.

...

Rispetto alla pretesa risarcitoria, che costituisce (come detto) il vero e unico oggetto del giudizio instaurato dai ricorrenti dinanzi al tribunale di Messina, non è fondatamente richiamabile il concetto di difetto assoluto di giurisdizione ...».

49. Al contrario, occorre ribadirlo, la domanda risarcitoria che qui occupa rappresenta una



mera “**occasione**”, per non dire un vero e proprio “**pretesto**”, per privare di efficacia le disposizioni, recate dai decreti-legge censurati, in materia di contrasto alla pandemia da SARS-COV-2.

50. La decisione di legittimità in esame, lungi dall'enunciare un consolidato principio di diritto, si pone in una linea di discontinuità con numerose altre pronunce della Suprema Corte, quali, a titolo esemplificativo:

i) **Cass. civ., Sez. un., sent. 17 aprile 2009, n. 9147**, recentemente confermata da **Cass. civ., Sez. III, ord. 22 novembre 2019, n. 3050**, secondo cui l'attività legislativa si configura sempre e comunque come attività lecita, secondo le categorie civilistiche, potendo dar luogo a un diritto al ristoro del pregiudizio subito soltanto in presenza dell'inadempimento di un obbligo discendente dall'ordinamento dell'Unione europea, con ciò sottraendosi a qualsiasi forma di sindacato giurisdizionale che non sia quello accentrato in capo alla Corte costituzionale;

ii) **Cass. civ., Sez. un., sent. 8 gennaio 1993, n. 124**, ove si afferma che «... *l'iniziativa delle legge ha natura di atto politico, essendo manifestazione tipica della funzione politica e di governo, sicché il comportamento che l'autorità governativa abbia nella specie adottato al riguardo, è inidoneo a provocare la lesione di situazioni giuridiche soggettive (sia di diritto soggettivo che di interesse legittimo), ed è pertanto sottratto ad ogni sindacato giurisdizionale*»;

iii) **Cass. civ., Sez. lav., ord. 24 dicembre 2019, n. 34465**, ove può leggersi: «... *essendo la funzione legislativa espressione di un potere politico, incoercibile e sottratto al sindacato giurisdizionale, rispetto ad esso non possono configurarsi situazioni giuridiche soggettive dei singoli protette dall'ordinamento*».

51. Quanto alla giurisprudenza della **Corte europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali** (Corte di Strasburgo), le controparti tentano di sostenere che la Corte stessa avrebbe affermato che la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) imporrebbe agli Stati contraenti di consentire ai loro cittadini di adire in via diretta gli Organi giurisdizionali nazionali al fine di far valere l'incostituzionalità, e in particolare la contrarietà ai diritti fondamentali garantiti anche dalla Convenzione, di proprie leggi o atti aventi forza di legge.

52. In realtà esaminando le sentt. “**Tănase c. Romania**”, “**Michaud c. Francia**” e “**Sejdić e Finci c. Bosnia-Erzegovina**”, di cui la prima e la terza pronunciate dalla **Grande Camera**



della Corte, si evidenzia che le stesse non enunciano affatto l'indicato principio.

53. La prima di esse si limita piuttosto a riconoscere l'infondatezza della sollevata eccezione di mancato esaurimento delle vie di ricorso interne, non essendo stato assicurato alle parti private un ricorso effettivo avverso gli atti lesivi dei loro diritti fondamentali. Ciò è quanto emerge chiaramente dalla lettura della **sentenza “Tănase”**:

«Elle rappelle la conclusion de la chambre – non contestée par le Gouvernement – selon laquelle la possibilité de porter plainte auprès du médiateur, qui pouvait à son tour contester la loi devant la Cour constitutionnelle, ne représentait pas un recours effectif dès lors que le requérant ne pouvait saisir directement la juridiction constitutionnelle. La Grande Chambre ne voit aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la chambre. De même, la voie de droit que préconise actuellement le Gouvernement n'était pas directement accessible au requérant puisque celui-ci n'a pu s'adresser à la Cour constitutionnelle sans intermédiaire mais a dû compter sur l'exercice, par M. Filat, de son pouvoir discrétionnaire de former un recours. Partant, cette voie de droit n'était pas un recours effectif au sens de l'article 35 § 1 de la Convention¹» (v. il punto 122 della motivazione).

54. Per ciò che concerne invece la sentenza resa nel caso **“Sejdić e Finci c. Bosnia-Erzegovina”**, si afferma un principio di diritto addirittura contrario a quello sostenuto dalle controparti:

«La Cour rappelle que l'article 13 de la Convention ne va pas jusqu'à exiger un recours par lequel on puisse dénoncer devant une autorité nationale les lois d'un Etat comme contraires en tant que telles à la Convention (voir A. et autres c. Royaume-Uni [GC], n° 3455/05, § 135, 19 février 2009). Dès lors que la présente espèce concerne le contenu de dispositions constitutionnelles et non une mesure individuelle d'application, ce grief est manifestement mal fondé, au sens de l'article 35 § 3 de la Convention, et il doit donc être rejeté, en application de l'article 35 § 4²» (v. il punto

¹ «La Corte ricorda la conclusione della sezione - non contestata dal governo - secondo cui la possibilità di presentare denuncia al mediatore, che a sua volta poteva contestare la legge dinanzi alla Corte costituzionale, non costituiva un ricorso effettivo in quanto il ricorrente non poteva adire direttamente il giudice costituzionale. La Grande Camera non vede alcun motivo di discostarsi dall'apprezzamento della sezione. Allo stesso modo, la via di ricorso che preconizza attualmente il Governo non era direttamente accessibile al ricorrente in quanto quest'ultimo non ha potuto rivolgersi alla Corte costituzionale senza intermediario, ma ha dovuto contare sull'esercizio, da parte del Sig. Filat, del suo potere discrezionale di proporre un ricorso. Pertanto, tale ricorso non era un ricorso effettivo ai sensi dell'articolo 35, par. 1, della Convenzione» (traduzione non ufficiale).

² **«La Corte ricorda che l'articolo 13 della Convenzione non si spinge fino ad esigere un ricorso mediante il quale si possano denunciare dinanzi ad un'autorità nazionale le leggi di uno Stato in quanto tali contrarie alla Convenzione (cfr. A. e altri c. Regno Unito [GC], n. 3455/05, § 135, 19 febbraio 2009). Poiché la presente fattispecie riguarda il contenuto di disposizioni costituzionali e non una misura individuale di applicazione, tale censura è manifestamente infondata, ai sensi dell'articolo 35 §3 della Convenzione, e deve pertanto essere respinta, in applicazione dell'articolo 35 §4»** (traduzione non ufficiale).



60 della motivazione).

55. In conclusione, deve decisamente riaffermarsi il principio di diritto che preclude, all'interno dell'ordinamento nazionale, di censurare in via diretta la legittimità costituzionale di leggi e atti aventi forza di legge.

Si aggiunga ora che l'inammissibilità delle domande è resa ulteriormente evidente in esito ai numerosi interventi della Corte Costituzionale, con le note sentenze nn. 14 e 15 del 2023 e le successive, che ha affrontato sotto svariati profili le questioni di costituzionalità dell'obbligo vaccinale, superando i rilievi sulle quali le appellanti insistono ancora in questa sede per quanto più diffusamente si va ad illustrare nel successivo paragrafo.

3. SULLA LEGITTIMITÀ DELLE MISURE VOLTE A RENDERE OBBLIGATORIO, OVVERO A RACCOMANDARE, IL RICORSO ALLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2, ANCHE ALLA LUCE DEGLI ARTT. 32, I E II COMMA, 3, II COMMA, E 2 COST.

56. Questa Difesa ha dedotto nella comparsa e nella memoria conclusiva di primo grado sulla questione sulla quale maggiormente si appuntano le contestazioni mosse dalle controparti: la presunta illegittimità, per contrarietà a preminenti valori costituzionali, oltre che a obblighi di fonte internazionale, delle misure volte a incentivare le vaccinazioni anti SARS-COV-2, in alcuni casi attraverso l'introduzione di un vero e proprio "obbligo", giuridicamente sanzionato.

La manifesta infondatezza delle questioni poste veniva illustrata alla luce dei principi costituzionali sino ad allora formati in materia di trattamenti sanitari obbligatori (con particolare riguardo alla sentenza C.Cost. n. 5 del 2018), nonché a quelli affermati dalla giurisprudenza amministrativa con specifico riferimento agli obblighi imposti dalla pandemia da Covid-19.

57. In particolare, si prendeva le mosse dall'art. 32, I comma, Cost., il quale considera la salute non soltanto un "diritto fondamentale dell'individuo", ma anche un "interesse della collettività". Tale interesse, visto il rango primario che il medesimo assume nel complessivo disegno costituzionale, ben può giustificare restrizioni e limitazioni di altri diritti costituzionalmente garantiti, purché le stesse siano conformi al principio generale di ragionevolezza dettato dall'art. 3, II comma, Cost. e siano proporzionate allo scopo in concreto perseguito.

58. Si richiamava, inoltre, la possibilità, come *extrema ratio*, ove gli strumenti alternativi e di



persuasione non riescano a sortire effetto, di introdurre veri e propri “obblighi” di sottoporsi a determinati trattamenti sanitari, sulla base di puntuali disposizioni di legge o di atti aventi forza di legge, come prevede testualmente il II comma del succitato art. 32 Cost..

59. Si precisava come il quadro rappresentato non potesse ritenersi in alcun modo messo in discussione neppure dal c.d. “**principio di precauzione**”, cui le argomentazioni delle controparti si richiamavano.

60. Si illustrava come l’esistenza di possibili reazioni avverse alla vaccinazione, peraltro rilevabili in percentuali infime, non potesse giustificare una “**opzione zero**”, vale a dire l’astensione dalla vaccinazione e dalla sua promozione e incentivazione presso i cittadini. Una simile opzione, infatti, lungi dal determinare un semplice “congelamento” della situazione esistente, come accade nelle ipotesi di applicazione dell’evocato principio in materia ambientale, sarebbe stata foriera di conseguenze negative, legate alla diffusione incontrollata del virus in questione e al conseguente incremento dei casi di infezione “grave” o comunque “severa”, con conseguente occupazione dei posti-letto in ospedale e nelle terapie intensive.

61. In altri termini, l’ipotizzata “opzione zero”, legata all’assunzione di un atteggiamento neutrale, ad opera dello Stato, rispetto alla tematica delle vaccinazioni anti SARS-COV-2, non sarebbe stata in realtà tale. Essa si sarebbe tradotta, piuttosto, nella scelta di favorire la diffusione del virus e delle forme gravi della correlata malattia rispetto alla vaccinazione di massa.

62. Si precisava come sarebbe stata palesemente irragionevole una decisione di tal fatta, visto il pressoché trascurabile numero di reazioni avverse alla vaccinazione in rapporto alle conseguenze negative derivanti dalla diffusione incontrollata della pandemia. La conoscenza dell’entità e della severità delle evocate conseguenze, già nel sapere comune, venivano in ogni caso suffragate dai dati puntuali riportati nella relazione illustrativa del D.l. n. 1 del 2022 prodotta (all. n. 1 produzione primo grado).

62. Ebbene, richiamato tutto quanto già allora dedotto nella comparsa di costituzione e risposta con riferimento ai principi costituzionali sino ad allora affermati, la manifesta infondatezza delle questioni poste è ora definitivamente consacrata nelle decisioni della Corte Costituzionale nelle more intervenute.

Contrariamente a quanto sostenuto dagli appellanti, le questioni sollevate sono già



state oggetto di un'attenta disamina da parte della Corte costituzionale, e trovano risposta proprio nelle citate sentenze nn. 14 e 15 del 9.02.2023, che hanno ritenuto infondate tutte le questioni sollevate nei confronti dell'obbligo vaccinale.

Correttamente ed esaustivamente, pertanto, l'ordinanza impugnata vi ha fatto richiamo in senso decisivo del rigetto di ogni avversa domanda.

63. In primo luogo, è fondamentale richiamare la decisiva prospettiva di indagine da cui ha mosso la Corte Costituzionale, siccome determinante anche della manifesta infondatezza delle questioni (comprese di quelle relative alla compatibilità con le disposizioni di diritto eurounitario e internazionale sui cui meglio si illustrerà *infra*) che nuovamente gli appellanti sottopongono qui all'esame.

Invero, anche nella specie, si “*deve necessariamente muovere dalla considerazione della peculiarità delle condizioni epidemiologiche esistenti al momento dell'introduzione dell'obbligo vaccinale e, in particolare, della gravità e della imprevedibilità del decorso della pandemia*” (Corte Cost., sentenza n. 14 del 2023 richiamata sul punto dalla sentenza n. 185 del 2023).

“*Peculiarità* – ha sottolineato la Corte nella sentenza n. 15 del 2023 – *risultante anche e soprattutto dalle indicazioni formulate dai competenti organismi internazionali*” (così al par. 10.3.1 della sentenza n. 15 del 2023 nell'espresso richiamo agli interventi dell'OMS, sin dalla dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale; dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite; della Commissione Europea e del Consiglio d'Europa).

64. Tanto premesso, con la sentenza n. 14 del 2023 la Corte ha ritenuto che l'obbligo vaccinale per il personale sanitario non costituisca una misura irragionevole né sproporzionata se l'obiettivo è quello di prevenire la diffusione del virus e di salvaguardare la funzionalità del sistema sanitario.

In continuità con la propria giurisprudenza in materia di trattamenti sanitari obbligatori, la Corte ha ribadito innanzitutto che l'art. 32 Cost. affida al legislatore il compito di bilanciare, alla luce del principio di solidarietà, il diritto dell'individuo all'autodeterminazione rispetto alla propria salute con il coesistente diritto alla salute degli altri e quindi con l'interesse della collettività.

La Corte ha evidenziato la centralità del principio solidaristico, che rappresenta la base della



convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente. Di fronte al deflagrare di un'emergenza sanitaria dai tratti del tutto peculiari, le misure di obbligo o incentivazione alla vaccinazione hanno realizzato l'interesse della collettività (come richiesto dall'art. 32 della Costituzione), e ciò sia per il contributo offerto alla riduzione dei contagi (particolarmente con le prime varianti del virus), sia per l'efficacia rispetto all'obiettivo di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la comunità, sia infine per l'utilità rispetto al complessivo pericolo di congestione delle strutture ospedaliere e dei reparti intensivi e per proteggere quanti entrano in contatto con gli operatori sanitari.

Secondo la Corte, di fronte alla situazione epidemiologica in atto, il legislatore ha tenuto conto dei **dati forniti dalle autorità scientifico-sanitarie, nazionali e sovranazionali, istituzionalmente preposte al settore, quanto a efficacia e sicurezza dei vaccini**; e, sulla base di questi dati scientificamente attendibili, ha operato una scelta che non appare inidonea allo scopo, né irragionevole o sproporzionata.

La Consulta ha infatti precisato che: *“deve ritenersi che **le autorità scientifiche attestino concordemente la sicurezza dei vaccini per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 oggetto di CMA e la loro efficacia nella riduzione della circolazione del virus** (come emerge dalla diminuzione del numero dei contagi, nonché del numero di casi ricoverati, in area medica e in terapia intensiva, e dall'entità dei decessi associati al SARS-CoV-2 relativi al periodo che parte dall'inizio della campagna di vaccinazione di massa risalente a marzo-aprile 2021). Ed è su questi **dati scientifici - forniti dalle autorità di settore e che non possono perciò essere sostituiti con dati provenienti da fonti diverse, ancorché riferibili a "esperti" del settore - che si è basata la scelta politica del legislatore; legislatore che altrimenti, anziché alle autorità istituzionali, avrebbe dovuto affidarsi a "esperti" non è dato vedere con quali criteri scelti. Appare evidente, dunque, in coerenza con il dato medico-scientifico che attesta la piena efficacia del vaccino e l'idoneità dell'obbligo vaccinale rispetto allo scopo di ridurre la circolazione del virus, la non irragionevolezza del ricorso ad esso, «[a] fronte di "un virus respiratorio altamente contagioso, diffuso in modo ubiquo nel mondo, e che può venire contratto da chiunque" (sentenza n. 127 del 2022)» (sentenza n. 171 del 2022), caratterizzato da rapidità e imprevedibilità del contagio.”***

La Corte ha dunque **escluso che la norma impositiva possa considerarsi**



discriminatoria o lesiva dei diritti fondamentali, e che le conseguenze derivanti dall'inosservanza di tale obbligo (sospensione della prestazione lavorativa e della retribuzione) possano ritenersi sproporzionate.

Come emerge dall'analisi comparata, del resto, misure simili sono state adottate anche in altri Paesi europei. Nella sua pronuncia, in particolare, la Corte ha chiarito – sempre in linea con la propria giurisprudenza - **che il rischio remoto, non eliminabile, che si possano verificare eventi avversi anche gravi sulla salute del singolo, non rende di per sé costituzionalmente illegittima la previsione di un trattamento sanitario obbligatorio, ma costituisce semmai titolo all'indennizzo.**

La Corte ha, altresì, dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1 della legge n. 219 del 2017, nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione della sottoscrizione del consenso informato nelle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4 del decreto-legge n. 44 del 2021, come convertito, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria.

Secondo la Corte ***“L'obbligatorietà del vaccino lascia comunque al singolo la possibilità di scegliere se adempiere o sottrarsi all'obbligo, assumendosi responsabilmente, in questo secondo caso, le conseguenze previste dalla legge. Qualora, invece, il singolo adempia all'obbligo vaccinale, il consenso, pur a fronte dell'obbligo, è rivolto, proprio nel rispetto dell'intangibilità della persona, ad autorizzare la materiale inoculazione del vaccino”.***

65. Alla luce dei principi qui per brevità richiamati solo per estratto della diffusa motivazione della sentenza n. 14 del 2023, è pertanto agevole superare tra l'altro ogni contestazione riproposta dagli appellanti in ordine alla mandata prova sulla efficacia e sicurezza dei vaccini.

Gli appellanti, infatti, nel terzo motivo pretendono muovere sotto tale profilo: i) dalla mancata contestazione della relazione AIFA sui dati relativi agli effetti avversi; ii) dalla mancanza di fede privilegiata dei dati scientifici posti a base delle scelte normative sindacate; iii) dal ruolo politico di AIFA, dell'Istituto Superiore della Sanità e del CTS che, in tesi, non potevano quindi che sostenere le scelte del governo.

Sulla base di tali rilievi gli appellanti sono qui a depositare nuova documentazione scientifica



e riproporre, gradatamente, istanza di nomina di CTU.

Eccepita preliminarmente l'inammissibilità della nuova produzione documentale nel grado di appello, oltre che dell'istanza di una non meglio precisata CTU meramente esplorativa, gli assunti sono all'evidenza infondati.

In disparte l'inammissibilità e comunque inconferenza delle considerazioni (*rectius*: illazioni) all'evidenza non giuridiche, e sinanco offensive, circa il possibile condizionamento delle Autorità scientifiche istituzionalmente preposte alle scelte di politica di governo, si limitano le repliche agli assunti di carattere propriamente giuridico questi sono all'evidenza infondati.

Invero, non vi era (né vi è) alcun onere, né alcuna necessità, di contestazione da parte di questa Difesa dei dati forniti da AIFA sugli effetti avversi. Di contro, già in primo grado si è puntualmente specificato come questi andassero letti nel complessivo contesto all'esame che deve tenere conto dell'incidenza su di una vaccinazione di massa e degli effetti positivi che, di contro, i dati istituzionali (compresi quelli della stessa AIFA) hanno comprovato sul contenimento della diffusione del virus e sulle ingravescenze della malattia, ciò altresì nella evidente considerazione, pur fatta propria dalla Corte Costituzionale, che non esiste una vaccinazione (così come la sottoposizione a qualsiasi farmaco) a rischio zero.

Inoltre, mal posta e giuridicamente errata è la questione (sempre oggetto del terzo motivo di gravame) della ritenuta mancanza di fede privilegiata dei dati scientifici posti a base dei provvedimenti normativi adottati. E' al riguardo sufficiente considerare che si tratta di dati ufficiali, vagliati dai massimi organi scientifici istituzionali (quali l'ISS e il CTS) o provenienti dall'AIFA o dall'EMA, quali autorità di regolazione di diritto interno e organismo unionale competenti in materia. Correttamente, pertanto, la Corte Costituzionale ha conferito rilievo a tale istituzionale (e infungibile) provenienza dei dati tecnico scientifici raccolti e utilizzati nella verifica della legittimità delle consequenziali scelte di politica legislativa.

66. La sentenza n. 15/2023, poi, per quanto qui di interesse ha deciso che quanto previsto dalle norme censurate - secondo cui al lavoratore che avesse scelto di non sottoporsi alla vaccinazione non erano dovuti, nel periodo di sospensione, la retribuzione né altro compenso o emolumento - ha giustificato anche la non erogazione al dipendente sospeso di un assegno alimentare in misura non superiore alla metà dello stipendio.



Ed, infatti, “*la mancata sottoposizione a vaccinazione ha determinato la sopravvenuta e temporanea impossibilità per il dipendente di svolgere le proprie mansioni, e la sospensione del medesimo lavoratore ha rappresentato per il datore di lavoro l’adempimento di un obbligo nominato di sicurezza, inserito nel sinallagma contrattuale.*”

L’effetto stabilito dalle norme censurate, secondo cui al lavoratore che decida di non sottoporsi alla vaccinazione non sono dovuti, nel periodo di sospensione, «*la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati*», **giustifica, pertanto, anche la non erogazione al lavoratore sospeso di un assegno alimentare** (in misura non superiore alla metà dello stipendio, come, ad esempio, previsto per gli impiegati civili dello Stato dall’art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957, e in altri casi dalla contrattazione collettiva), **considerando che il lavoratore decide di non vaccinarsi per una libera scelta, in ogni momento rivedibile.**

14.3.– *In sostanza, poiché nel periodo di sospensione del dipendente non vaccinato, pur essendo formalmente in essere il rapporto, è carente medio tempore la sussistenza del sinallagma funzionale del contratto, la negazione altresì del diritto all’erogazione di un assegno alimentare in favore del lavoratore inadempiente all’obbligo vaccinale, che i rimettenti riconducono all’applicazione delle norme censurate, si giustifica quale conseguenza del principio generale di corrispettività, essendo il diritto alla retribuzione, come ad ogni altro compenso o emolumento, comunque collegato alla prestazione lavorativa, eccetto i casi in cui, mancando la prestazione lavorativa in conseguenza di un illegittimo rifiuto del datore di lavoro, l’obbligazione retributiva sia comunque da quest’ultimo dovuta”.*

67. Inoltre, carattere decisivo nella verifica di ragionevolezza e proporzionalità delle misure, è all’evidenza costituito dalla **limitazione temporale** dell’obbligo vaccinale ovvero dell’esibizione del green pass, evidente prova dell’effettivo bilanciamento operato dal legislatore al fine di ridurre al minimo il sacrificio per lavoratori che hanno deciso di non adempiere agli obblighi in questione.

In altre parole, il diritto del lavoratore al lavoro e alla libera espressione delle proprie scelte non viene negato ma semplicemente compresso per un determinato periodo di tempo. Il provvedimento di sospensione, ove adottato, non ha funzione sanzionatoria e non pregiudica in alcun modo il rapporto di lavoro.

Anche nella **sentenza n. 185 del 2023** la Corte Costituzionale ha ribadito come la misura



dell'obbligo vaccinale **non fosse sproporzionata** sottolineando **“la portata della conseguenza dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale - rappresentata dalla sospensione del rapporto lavorativo, peraltro priva di conseguenze di tipo disciplinare - e la natura transitoria dell'imposizione dell'obbligo vaccinale, correlata alla sua rigorosa modulazione in stretta connessione con l'andamento della situazione pandemica in corso”**, ed evidenziando in sintesi come depongano nel senso della non fondatezza dei dubbi di legittimità costituzionale **“la generica transitorietà della disciplina nonché la previsione di elementi di flessibilizzazione e monitoraggi che consentivano l'adeguamento delle misure all'evoluzione della situazione di fatto che tali misure erano destinate a fronteggiare”** (in termini e testualmente sen.t n. 185/2023, par. 7).

68. Ebbene, le motivazioni rese dalla Corte costituzionale certamente valgono in senso decisivo anche nel presente giudizio, considerato che la normativa censurata dagli appellanti comporta per lo più un minor sacrificio, non essendo per la gran parte di loro imposto un obbligo vaccinale, bensì quello di esibizione del c.d. green pass, ottenibile anche con l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare, oppure a seguito dell'avvenuta guarigione.

L'ordinanza impugnata è pertanto correttamente ed esaurientemente motivata nel richiamo ai principi da ultimo affermati dalla Corte Costituzionale nelle sentenze del 2023.

69. Come illustrato in primo grado, l'infondatezza delle questioni poste da parte avversa discende altresì dalle condivisibili decisioni della giurisprudenza amministrativa, dinanzi alla quale sono stati impugnati molti dei provvedimenti nel corso del tempo adottati in attuazione delle misure introdotte a livello legislativo.

70. Giova anche qui ricordare come sia stato così sottolineato che la libertà del singolo individuo di non sottoporsi a un determinato trattamento sanitario è limitata dal dovere di non danneggiare gli altri, proteggendo così la comunità (cfr. **Tar Lazio, sez. I quater, ordinanza 17 gennaio 2022, n.269; idem sez. III bis, ordinanza 13 gennaio 2022, n. 131**).

71. Riguardo al significato che, rispetto alle vicende qui scrutinate, può assumere il “principio di precauzione”, restano insuperabili e insuperate le notazioni espresse da **Cons. di St., sez. III, ord. 21 aprile 2017, n. 1662**:

«... con riguardo al principio di precauzione, su cui gli appellanti insistono (ritendo dimostrata la probabilità che la vaccinazione sia dannosa per la salute umana), esso opera nei casi in cui l'osservazione scientifica ha rilevato



(o ipotizzato sulla base di analogie con altre leggi scientifiche) una successione costante di accadimenti e ne ha formulato una descrizione provvisoria, ma non si dispone di prove per confermare l'ipotesi o per escluderla.

A tal punto operano due principi di logica formale: la fallacia ad ignorantiam ed il principio del terzo escluso. La prima regola impone di non considerare vera una tesi solo sulla base del fatto che non esistano prove contrarie. Il secondo, una volta riconosciuto che in un dato ambito si diano solo due alternative (tertium non datur), consente di ritenere vera la prima ove si dimostri la falsità della seconda. Ebbene, poiché tra due o più accadimenti o vi è una relazione di regolarità causale o non vi è, in difetto di evidenze sulla quale delle due sia esatta o, almeno, preferibile, entrambe le ipotesi debbono essere considerate contemporaneamente come vere. In altre parole, nel periodo di incertezza scientifica, non essendovi prove a conferma o confutazione, la successione causale deve essere considerata logicamente come non esclusa, ossia possibile. A questo punto, l'unica regola inferenziale accettabile è quella per cui se non avviene il primo evento non può avvenire il secondo come sua conseguenza. Tale regola, ove applicata al comportamento umano in riferimento ad un possibile esito dannoso, impone la precauzione.

Ma tale ragionamento non funziona quando può essere a parità di condizioni (principio del rasoio di Occam) ribaltato: nel caso in esame infatti esso condurrebbe allo stesso modo a ritenere che la vaccinazione sia suggerita dalla probabilità di contrarre malattie. Anzi, in questa prospettiva, la tutela della salute pubblica, in particolare della comunità in età prescolare, assume un valore dirimente, che prevale sulle prerogative sottese alla responsabilità genitoriale».

72. Il Consiglio di Stato ha a più riprese avuto modo di pronunciarsi sulla legittimità delle misure volte a contrastare l'emergenza pandemica in atto e, in particolare, delle misure volte a promuovere e/o a rendere obbligatoria la vaccinazione, in particolare:

i) **Cons. di St., Sez. III, ord. 4 febbraio 2022, n. 583:**

«L'obbligo vaccinale per il personale sanitario 'è giustificato non solo dal principio di solidarietà verso i soggetti più fragili, cardine del sistema costituzionale (art. 2 Cost.), ma immanente e consustanziale alla stessa relazione di cura e di fiducia che si instaura tra paziente e personale sanitario, relazione che postula, come detto, la sicurezza delle cure, impedendo che, paradossalmente, chi deve curare e assistere divenga egli stesso veicolo di contagio e fonte di malattia. **Il diritto all'autodeterminazione di quanti abbiano deciso di non vaccinarsi è da ritenersi recessivo rispetto alla tutela di beni supremi quale è la salute pubblica,** specie in considerazione del fatto che il provvedimento di sospensione, ove adottato, non ha funzione sanzionatoria e non



pregiudica in alcun modo il rapporto di lavoro (nella specie, il Consiglio di Stato ha sottolineato che non si ravvisano ragioni per rimeditare i principi espressi nella sentenza n. 7045/2021 e ciò in quanto le misure contestate relative all'obbligo vaccinale per il personale sanitario si inseriscono nel quadro di una strategia generale di contrasto alla pandemia e non risultano essere sproporzionate né discriminatorie, né lesive dei diritti fondamentali dei destinatari)”) nonché **CdS 7045/2021** (“In fase emergenziale, di fronte al bisogno pressante, drammatico, indifferibile di tutelare la salute pubblica contro il dilagare del contagio, il principio di precauzione, che trova applicazione anche in ambito sanitario, opera in modo inverso rispetto all'ordinario e, per così dire, controintuitivo, perché richiede al decisore pubblico di consentire o, addirittura, imporre l'utilizzo di terapie che, pur sulla base di dati non completi (come è nella procedura di autorizzazione condizionata, che però ha seguito - va ribadito - tutte le quattro fasi della sperimentazione richieste dalla procedura di autorizzazione), assicurino più benefici che rischi, in quanto il potenziale rischio di un evento avverso per un singolo individuo, con l'utilizzo di quel farmaco, è di gran lunga inferiore del reale nocimento per una intera società, senza l'utilizzo di quel farmaco. La vaccinazione obbligatoria selettiva introdotta dall'art. 4 d.l. n. 44 del 2021 per il personale medico e, più in generale, di interesse sanitario risponde ad una chiara finalità di tutela non solo - e anzitutto - di questo personale sui luoghi di lavoro e, dunque, a beneficio della persona, secondo il già richiamato principio personalista, ma a tutela degli stessi pazienti e degli utenti della sanità, pubblica e privata, secondo il pure richiamato principio di solidarietà, che anima anch'esso la Costituzione, e più in particolare delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili (per l'esistenza di pregresse morbidità, anche gravi, come i tumori o le cardiopatie, o per l'avanzato stato di età), che sono bisognosi di cura ed assistenza, spesso urgenti, e proprio per questo sono di frequente o di continuo a contatto con il personale sanitario o sociosanitario nei luoghi di cura e assistenza. La ratio di questa specifica previsione si rinviene non solo nelle premesse del d.l. n. 44 del 2021, laddove si evidenzia «la straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni per garantire in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette al contenimento dell'epidemia e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica, con riferimento soprattutto alle categorie più fragili, anche alla luce dei dati e delle conoscenze medico -scientifiche acquisite per fronteggiare l'epidemia da COVID-19 e degli impegni assunti, anche in sede internazionale, in termini di profilassi e di copertura vaccinale», ma nello stesso testo normativo dell'art. 4, quando nel comma 4 richiama espressamente il «fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza» o precisa ancora, nel comma 6, che «l'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina 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». **Nel bilanciamento tra i due valori, quello dell'autodeterminazione individuale e quello della tutela della salute pubblica, compiuto dal legislatore con la previsione dell'obbligo vaccinale nei confronti del solo personale sanitario, non vi è dunque legittimo spazio né diritto di cittadinanza in questa fase di emergenza contro il virus Sars-CoV 2 per la c.d. esitazione vaccinale**').*

Peraltro, in quest'ultima sentenza si citano i soggetti in *“avanzato stato di età”* tra quelli *“più fragili”* e *“più vulnerabili”*, cosa che indirettamente conferma la correttezza della scelta del Legislatore di prevedere l'obbligo vaccinale per i soggetti ultracinquantenni, da considerare, appunto, soggetti più fragili e vulnerabili;

ii) **Cons. di St., Sez. VI, ord. 21 gennaio 2022, n. 416:**

*«In tema di vaccinazioni anti Covid 19, va riconfermata la legittimità di un intervento normativo dello Stato volto alla previsione di un obbligo vaccinale per determinate categorie di soggetti, tanto più in ambito scolastico, settore in cui, all'esigenza di protezione della salute pubblica - di per sé già determinante - deve aggiungersi la necessità di garantire la continuità della didattica in presenza che costituisce strumento di sviluppo della persona umana da improntarsi a criteri di efficienza, solidarietà ed eguaglianza non sempre sufficientemente protetti dalla modalità a distanza. Le misure contestate si inseriscono nel quadro di una strategia generale di contrasto alla pandemia e non risultano essere sproporzionate né discriminatorie, né lesive dei diritti fondamentali dei destinatari, atteso che **il diritto all'autodeterminazione di quanti abbiano deciso di non vaccinarsi è da ritenersi recessivo rispetto alla tutela di beni supremi quali sono la salute pubblica e il diritto allo studio in condizioni di uguaglianza. Ciò tanto più in considerazione del fatto che il diritto alla salute del singolo è garantito dalle previsioni legislative che consentono l'esenzione ovvero il differimento dell'obbligo vaccinale in presenza di situazioni cliniche incompatibili**»;*

iii) **Cons. di St., Sez. III, sentenza n. 1381/2022 depositata in data 28/02/2022:**

«In disparte quanto già osservato sul tema della sicurezza dei vaccini, dette censure si svolgono su una linea di ragionamento che manca di considerare la peculiare posizione dei sanitari e, quindi, la specifica ratio dell'obbligo vaccinale loro imposto, la quale a sua volta rende ragione del punto di equilibrio che il legislatore ha individuato nel bilanciamento tra la libertà di autodeterminazione del singolo e le esigenze di interesse pubblico e tra queste, in primis, quelle concernenti la “tenuta” dei presidi ospedalieri e la garanzia, per chi



necessita di cura ed assistenza, di poterle ricevere in condizioni di massima sicurezza e di minor rischio di contagio possibile (v. par. 31.2 -31.9 della sentenza n. 7045/2021). Il monitoraggio costante sui profili di sicurezza dei quattro vaccini contro il Sars-CoV-2 oggi disponibili e sul favorevole rapporto costi/benefici che si determina per effetto della loro somministrazione, interpella la competenza del sistema di farmacovigilanza cui è preposta l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), la quale raccoglie e valuta tutte le segnalazioni di eventi avversi. Come già esposto nella pronuncia n. 7045/2021 (paragrafi 28-29) ed ulteriormente confermato dalle rilevazioni precedentemente richiamate, le risultanze statistiche evidenziano un bilanciamento rischi/benefici assolutamente accettabile e la rispondenza dei danni conseguenti alla somministrazione del vaccino per il SARS-CoV-2 ad un criterio di piena normalità statistica. E' stata anche dimostrata l'erroneità dell'argomento secondo cui, in assenza di una certezza assoluta offerta dalla scienza circa la sicurezza dei vaccini anche nel lungo periodo, il legislatore dovrebbe lasciare sempre e comunque l'individuo libero di scegliere se accettare o meno il trattamento sanitario e, dunque, di ammalarsi e contagiare gli altri (paragrafo 30). L'indirizzo già espresso dalla Sezione merita conferma anche nella esegesi che esso fornisce (par. 32.4 – 32.7) delle indicazioni fornite dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018 e negli argomenti che portano a fugare i dubbi sulla proporzionalità delle conseguenze sanzionatorie configurate nel comma 6 dell'art. 44, in caso di ingiustificata sottrazione all'obbligo, sull'esercizio della professione e sulla percezione del compenso. Nello stesso contesto si inquadrano le ampie considerazioni sul tema della compatibilità del dispositivo normativo nazionale con il diritto dell'Unione e con quello convenzionale, così come declinato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo (par. 36-38), oltre che con il formante costituzionale ed il principio lavoristico ivi contenuto (par. 48). 6.7. Gli assai confusi rilievi di cui ai punti 13.7, 14,1 e 14.2 (pag. 16 atto di appello) toccano nuovamente il concetto di "proporzionalità" dell'obbligo vaccinale in relazione all'art. 52 CDFUE e all'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo. Come già chiarito nella pronuncia n. 7045/2021, "non vi è ragione alcuna né gli appellanti hanno addotto, con la genericità delle loro deduzioni, validi e documentati argomenti confutativi per ritenere che il sacrificio imposto ad essi, con la vaccinazione obbligatoria, sia eccessivo, sproporzionato, nella doverosa valutazione scientifica del rapporto tra rischi e benefici e, comunque, che questo rischio, per quanto sconti, come si è più volte precisato, un margine di c.d. ignoto irriducibile (insito, nel resto, nell'utilizzo di un qualsivoglia farmaco), non rientri nella media, tollerabile, degli eventi avversi già registrati per le vaccinazioni obbligatorie in uso da anni". Si è altresì chiarito che l'introduzione dell'obbligo vaccinale di cui all'art.4 del D.L. 44/2021 non determina neppure alcuna



discriminazione o violazione del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost., posto che il principio di uguaglianza non vieta in assoluto trattamenti differenziati, ma solo i trattamenti che determinano discriminazioni irragionevoli (essendo il principio di ragionevolezza un naturale corollario del principio di uguaglianza); e che i diritti vanno concepiti in una relazione reciproca di integrazione e doveroso bilanciamento che può giustificare una motivata e parziale compressione dell'uno a favore dell'altro (paragrafi 42 e 43). Proprio perché è noto che gli operatori sanitari e socio-sanitari, sia pubblici che privati, hanno un rischio più elevato di essere esposti all'infezione da COVID-19 e di trasmetterla a pazienti suscettibili e vulnerabili in contesti sanitari e sociali, non può dirsi che l'art. 4 del D.L. n. 44/2021 crei discriminazioni immotivate o irragionevoli: al contrario, esso dispone un trattamento dettato dalla tutela dell'incolumità individuale (intesa come categoria di soggetti maggiormente esposti al rischio) in funzione di quella collettiva (e della garanzia all'utenza di adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza). Come anche di recente ribadito da questa Sezione (v. decr. Pres. n. 583/2022) “nel bilanciamento tra detti interessi, tutti costituzionalmente rilevanti e legati a diritti fondamentali, deve ritenersi assolutamente prevalente la tutela della salute pubblica e, in particolare, degli utenti della sanità pubblica e privata e ciò sotto un profilo di solidarietà sociale nei confronti “delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili (per l'esistenza di pregresse morbidità, anche gravi, come i tumori o le cardiopatie, o per l'avanzato stato di età), che sono bisognosi di cura ed assistenza, spesso urgenti, e proprio per questo sono di frequente o di continuo a contatto con il personale sanitario o socio-sanitario nei luoghi di cura e assistenza”; mentre l'obbligo vaccinale per il personale sanitario “è giustificato non solo dal principio di solidarietà verso i soggetti più fragili, cardine del sistema costituzionale (art. 2 Cost.), ma immanente e consustanziale alla stessa relazione di cura e di fiducia che si instaura tra paziente e personale sanitario, relazione che postula, come detto, la sicurezza delle cure, impedendo che, paradossalmente, chi deve curare e assistere divenga egli stesso veicolo di contagio e fonte di malattia”. 6.8 Al punto 16.1 viene dedotto un vizio di eccesso di potere atipico, per avere l'amministrazione condizionato l'esenzione dall'obbligo alla produzione di certificati redatti esclusivamente dal medico di medicina generale o dal medico vaccinatore. La determinazione contestata risponde, tuttavia, al disposto del DL 44/2021 il quale, a sua volta, introduce una regola del tutto razionale, che vuole rimessa all'autorità medica a ciò abilitata (anche per la relazione di consuetudine e conoscenza che lega il paziente al relativo medico curante) e, comunque, munita di specifica competenza, la valutazione delle condizioni di esenzione dall'obbligo...».



4. SULL'ASSENZA DI RILEVANTI RISCHI PER LA SALUTE LEGATI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI SARS-COV-2 E SULLA UTILITÀ DELLE VACCINAZIONI NEL CONTRASTO ALLA PANDEMIA

74. Fermo tutto quanto opposto in ordine alla riproposizione in questa sede della questione della sicurezza ed efficacia dei vaccini e in ordine alla inammissibilità e infondatezza dei motivi di gravame articolati sul punto, si ribadiscono per completezza le deduzioni sul punto spiegate in primo grado che, peraltro, costituiscono solo parte e solo una sintesi dei dati tecnico-scientifici offerti all'esame della Corte Costituzionale nel giudizio di legittimità conclusosi con la sentenza n. 14 del 2023 sopra citata.

75. Si ribadisce, quindi e in primo luogo, come sia del tutto scorretto sostenere che i vaccini in discorso sarebbero stati somministrati mentre erano ancora in una fase sperimentale e che non vi sarebbero stati, e non vi sarebbero tuttora, sufficienti dati sulle eventuali reazioni da questi innescate. Sostenere ciò significa ignorare, o fingere di ignorare, alcuni fondamentali aspetti tecnici, legati alla normativa euro-unitaria e nazionale in materia di autorizzazione alla messa in commercio dei vaccini.

76. I vaccini attualmente autorizzati sull'intero territorio dell'Unione Europea sono quattro: Comirnaty, Covid-19 Vaccine Moderna, Vaxzevria e Covid-19 Vaccine Janssen.

77. Ciascuno di questi vaccini è stato autorizzato attraverso una procedura centralizzata, facente capo alla Commissione europea, previo parere positivo del Comitato per i Medicinali per uso umano dell'Agenzia europea del farmaco (EMA). Si precisa che, per ciascuno di essi la Commissione europea ha portato a compimento una puntuale valutazione, i cui esiti, trasposti nelle rispettive decisioni, possono essere agevolmente consultati sul sito dell'Unione Europea.³

³ Decisione CE Comirnaty:

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/dec_150522_it.pdf

Decisione CE Covid-19 Vaccine Moderna:

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210106150575/dec_150575_it.pdf

Decisione CE Vaxzevria:

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210129150842/dec_150842_it.pdf

Decisione CE Covid-19 Vaccine Janssen:

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210311151284/dec_151284_it.pdf



78. I vaccini in questione sono stati autorizzati ricorrendo alla c.d. “**Conditional Marketing Authorization**”, la cui base legale può rinvenirsi all’articolo 14, par. 7, del Reg. 2004/727/Ce, oltre che nel Reg. 2006/507/Ce.

79. La procedura condizionata è una peculiare procedura alla quale può ricorrersi nelle ipotesi in cui, onde tutelare la salute pubblica, il beneficio che si ricava dalla immediata disponibilità di farmaci supera i rischi che derivano dalla mancanza di dati completi.

80. Quella appena esposta è l’unica differenza che corre tra una autorizzazione condizionata ed una autorizzazione standard, giustificata dalla necessità di rispondere ad una emergenza sanitaria, dato che ogni nuova autorizzazione, sia standard che condizionata, ha una validità limitata nel tempo. In entrambi i casi, al termine del periodo di validità, pari a cinque anni per la standard e a un anno per la condizionata, l’EMA provvede a esaminare nuovamente il medicinale in questione e, nel caso in cui ne ravvisi la necessità, dispone l’aggiornamento del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

81. La situazione di emergenza ha giustificato l’impiego di questa particolare, e accelerata, procedura. Nessuna deroga vi è tuttavia stata rispetto alle forme ordinarie di immissione in mercato dei vaccini e degli altri medicinali, né tantomeno sono stati omessi controlli e verifiche di sicurezza.

82. La particolare rapidità nella sperimentazione e nell’approvazione dei vaccini in discorso si spiega alla luce di diverse circostanze favorevoli, quali la possibilità di fare riferimento a ricerche che già erano state condotte in passato in merito alla tecnologia a RNA messaggero (mRNA), così come la presenza di una letteratura scientifica sui coronavirus umani ricollegati al SARS-CoV-2 (si pensi ai coronavirus che hanno provocato la SARS e la MERS).

83. Inoltre, si sono evitati ritardi di carattere burocratico e organizzativo, conducendo le differenti fasi di valutazione e di studio in ordine alla produzione del vaccino in maniera parallela al processo di autorizzazione e di valutazione dei risultati ottenuti di volta in volta, attraverso il sistema della c.d. “*rolling review*”, senza attendere, ai fini dell’avvio dell’indicata procedura, il completamento di tutti gli studi.



Si precisa, peraltro e a definitivo superamento di ogni contestazione sul carattere non sperimentale dei richiamati vaccini, che **la loro autorizzazione è attualmente in regime di autorizzazione ordinaria e non più condizionata.**

84. In merito alla sicurezza dei vaccini di cui si discute, si rimanda a quanto riportato nei rispettivi Riassunti delle caratteristiche del prodotto consultabili sul sito ufficiale dell'AIFA (<https://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19>).

85. La piena sicurezza dei vaccini in discorso e la assoluta regolarità della procedura seguita dalle competenti istituzioni dell'Unione europea hanno del resto trovato piena conferma in una copiosa letteratura scientifica, all'interno della quale non è dato ravvisare contributi di segno contrario provenienti da studiosi o riviste specializzate autorevoli⁴.

⁴ Tra le più rilevanti pubblicazioni scientifiche:

- Amit S, Regev-Yochay G, Afek A, Kreiss Y, Leshem E. Early rate reductions of SARS-CoV-2 infection and COVID-19 in BNT162b2 vaccine recipients. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):875-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00448-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00448-7). Epub 2021 Feb 18. PMID: 33610193; PMCID: PMC7906709;
- Benenson S, Oster Y, Cohen MJ, Nir-Paz R. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine Effectiveness among Health Care Workers. *N Engl J Med* 2021; March 23, 2021;
- Bouton TC, Lodi S, Turcinovic J, Weber SE, Quinn E, Korn C, Steiner J, Schechter-Perkins EM, Duffy E, Ragan EJ, Taylor BP, Schaeffer B, Miller N, Davidoff R, Hanage WP, Connor J, Pierre C, Jacobson KR. COVID-19 vaccine impact on rates of SARS-CoV-2 cases and post vaccination strain sequences among healthcare workers at an urban academic medical center: a prospective cohort study. *medRxiv* [Preprint]. 2021 Mar 31:2021.03.30.21254655. <https://doi.org/10.1101/2021.03.30.21254655>. PMID: 33821283; PMCID: PMC8020984. *medRxiv*;
- Chodick G, Tene L, Patalon T, Gazit S, Tov AB, Cohen D, Muhsen K. The effectiveness of the first dose of BNT162b2 vaccine in reducing SARS-CoV-2 infection 13-24 days after immunization: real-world evidence. *medRxiv* 2021.01.27.21250612; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250612>;
- Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, Hernán MA, Lipsitch M, Reis B, Balicer RD. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med*. 2021 Feb 24;NEJMoa2101765. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101765>. Epub ahead of print. PMID: 33626250; PMCID: PMC7944975. *Pubmed*;
- Daniel W, Nivet M, Warner J, Podolsky DK. Early Evidence of the Effect of SARS-CoV-2 Vaccine at One Medical Center. *N Engl J Med* 2021; March 23, 2021 <https://doi.org/10.1056/NEJMc2101951> *pubmed*;
- Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguti B, Charlett A, Wellington E, Stowe J, Gillson N, Atti A, Islam J, Karagiannis I, Munro K, Khawam J, The SIREN Study Group, Chand MA, Brown C, Ramsay ME, Bernal JL, Hopkins S. Effectiveness of BNT162b2 mRNA Vaccine Against Infection and COVID-19 Vaccine Coverage in Healthcare Workers in England, Multicentre Prospective Cohort Study (the SIREN Study). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3790399> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3790399> SSRN;
- Hyams, Catherine and Marlow, Robin and Maseko, Zandile and King, Jade and Ward, Lana and Fox, Kazminder and Heath, Robyn and Turner, Anabella and Friedrich, Zsolt and Morrison, Leigh and Ruffino, Gabriella and Antico, Rupert and Adegbite, David and Szasz-Benczur, Zsuzsa and Garcia Gonzalez, Maria and Oliver, Jennifer and Danon, Leon and Finn, Adam, Assessing the Effectiveness of BNT162b2 and ChAdOx1nCoV-19 COVID-19 Vaccination in Prevention of Hospitalisations in Elderly and Frail Adults: A Single Centre Test Negative Case-Control Study. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3796835> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3796835> SSRN;
- Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Stowe J, Robertson C, Tessier E, Simmons R, Cottrell S, Roberts R, O'Doherty M, Brown K, Cameron C, Stockton D, McMenamin J, Ramsay M. Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease,



86. Alla luce di tutto quanto esposto non sembra potersi negare, e in effetti l'assunto non viene neppure contestato dalle controparti, che i casi di reazione avversa alla vaccinazione

hospitalisations and mortality in older adults in England. medRxiv 2021.03.01.21252652; <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>;

- Lumley SF, Rodger G, Constantinides B, Sanderson N, Chau KK, Street TL, O'Donnell D, Howarth A, Hatch SB, Marsden BD, Cox S, James T, Warren F, Peck LJ, Ritter TG, de Toledo Z, Laura Warren, David Axten, Richard J Cornall, E Yvonne Jones, David I Stuart, Gavin Scream, Daniel Ebner, Sarah Hoosdally, Meera Chand, Oxford University Hospitals Staff Testing Group, Derrick W Crook, Anne-Marie O'Donnell, Christopher P Conlon, Koen B Pouwels, A Sarah Walker, Tim EA Peto, Susan Hopkins, Timothy M Walker, Nicole E Stoesser, Philippa C Matthews, Katie Jeffery, David W Eyre. An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. medRxiv 2021.03.09.21253218; <https://doi.org/10.1101/2021.03.09.21253218>;
- Moustsen-Helms IR, Emborg HD, Nielsen J, Nielsen KF, Krause TG, Mølbak K, Lauenborg Møller K, Berthelsen ASN, Valentiner-Branth P. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers – a Danish cohort study. medRxiv 2021.03.08.21252200; <https://doi.org/10.1101/2021.03.08.21252200>;
- Colin Pawlowski, Patrick Lenehan, Arjun Puranik, Vineet Agarwal, AJ Venkatakrishnan, Michiel J.M. Niesen, John C. O'Horo, Abinash Virk, Melanie D. Swift, Andrew D. Badley, John Halamka, Venky Soundararajan. FDA-authorized COVID-19 vaccines are effective per real-world evidence synthesized across a multi-state health system. medRxiv 2021.02.15.21251623; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.15.21251623>;
- Shrotri M, Krutikov M, Palmer T, Giddings R, Azmi B, Subbarao S, Fuller C, Irwin-Singer A, Davies D, Tut G, Lopez Bernal J, Moss P, Hayward A, Copas A, Shallcross L. Vaccine effectiveness of the first dose of ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 against SARS-CoV-2 infection in residents of Long-Term Care Facilities (VIVALDI study) medRxiv 2021.03.26.21254391; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.03.26.21254391>;
- Tande AJ, Pollock BD, Shah ND, Farrugia G, Virk A, Swift M, Breeher L, Binnicker M, Berbari EF. Impact of the COVID-19 Vaccine on Asymptomatic Infection Among Patients Undergoing Pre-Procedural COVID-19 Molecular Screening. Clin Infect Dis. 2021 Mar 10:ciab229. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab229>. Epub ahead of print. PMID: 33704435. Pubmed;
- Thompson MG, Burgess JL, Naleway AL, Tyner HL, Yoon SK, Meece J, Olsho LEW, Caban-Martinez AJ, Fowlkes A, Lutrick K, Kuntz JL, Dunnigan K, Odean MJ, Hegmann KT, Stefanski E, Edwards LJ, Schaefer-Solle N, Grant L, Ellingson K, Groom HC, Zunie T, Thiese MS, Ivacic L, Wesley MG, Lamberte JM, Sun X, Smith ME, Phillips AL, Groover KD, Yoo YM, Gerald J, Brown RT, Herring MK, Joseph G, Beitel S, Morrill TC, Mak J, Rivers P, Harris KM, Hunt DR, Arvay ML, Kutty P, Fry AM, Gaglani M. Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers - Eight U.S. Locations, December 2020-March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 Apr 2;70(13):495-500. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3>. PMID: 33793460. Pubmed;
- Vasileiou, Eleftheria and Simpson, Colin R. and Robertson, Chris and Shi, Ting and Kerr, Steven and Agrawal, Utkarsh and Akbari, Ashley and Bedston, Stuart and Beggs, Jillian and Bradley, Declan and Chuter, Antony and de Lusignan, Simon and Docherty, Annemarie and Ford, David and Hobbs, Richard and Joy, Mark and Katikireddi, Srinivasa Vittal and Marple, James and McCowan, Colin and McGagh, Dylan and McMenamin, Jim and Moore, Emily and Murray, Josephine-L.K and Pan, Jiafeng and Ritchie, Lewis and Shah, Syed Ahmar and Stock, Sarah and Torabi, Fatemeh and Tsang, Ruby S. M. and Wood, Rachael and Woolhouse, Mark and Sheikh, Aziz, Effectiveness of First Dose of COVID-19 Vaccines Against Hospital Admissions in Scotland: National Prospective Cohort Study of 5.4 Million People. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3789264> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3789264> SSRN;
- Michael Weekes, Nick K Jones, Lucy Rivett, et al. Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection. Authorea. February 24, 2021. <https://doi.org/10.22541/au.161420511.12987747/v1>;
- Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. N Engl J Med 2021;384:403-416;
- Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med 2020;383:2603-2615.

Aggiungasi che, viene svolta costantemente un'attenta attività di farmacovigilanza ad opera dell'AIFA avvalendosi del contributo del Comitato Scientifico per la Sorveglianza post-marketing dei vaccini COVID19 al fine di garantire un pedissequo controllo dello stato dell'arte fornendo report con cadenza mensile (<https://www.aifa.gov.it/farmacovigilanza-vaccini-covid-19>).



siano del tutto residuali e corrispondenti a un'infima percentuale dei soggetti vaccinati, specie alla luce dell'enorme numero di dosi vaccinali sino ad ora inoculate, nell'ordine di decine se non centinaia di milioni sul solo territorio nazionale.

87. A conferma di quanto appena detto, si sono già offerti i dati e rilievi scientifici esposti nella relazione illustrativa del D.l. n. 1 del 2022, riprodotta nella comparsa di primo grado cui ci si riporta, nonché le ulteriori precisazioni contenute nella memoria conclusiva cui del pari ci si riporta.

88. Per quanto concerne le considerazioni sull'efficacia della campagna vaccinale, evidenze poste a conferma della validità ed efficacia dei vaccini emergevano chiaramente anche dal **bollettino sull'andamento dell'epidemia prodotto dall'ISS e pubblicato in data 11 marzo 2022⁵**, di cui alcuni passi venivano riportati nella comparsa di risposta cui pertanto ci si riporta.

E' stato altresì evidenziato che i vaccini in commercio contro il COVID-19 sono pienamente efficaci anche contro le varianti del virus.

I vaccini, dunque, restano indispensabili per ridurre il rischio di malattia grave e morte, per cui è stato fondamentale aumentare le coperture vaccinali il più rapidamente possibile sia con il completamento del ciclo primario, sia con le dosi di richiamo per chi ha completato il ciclo primario.

Si ribadisce, al riguardo, che dall'inizio della campagna vaccinale i vaccini COVID-19 continuano a svolgere un ruolo essenziale nell'evitare casi gravi di malattia, ospedalizzazione e morte; nei paesi ad alta copertura vaccinale i ricoveri e i decessi sono considerevolmente ridotti, posto che le persone completamente vaccinate hanno un rischio significativamente inferiore di sviluppare una forma di malattia grave o di avere la necessità di ricovero in ospedale, rispetto alle persone non vaccinate o vaccinate da molto tempo.

Pertanto, raggiungere i più alti tassi di vaccinazione continua ad essere la strategia chiave per ridurre il rischio di trasmissione di COVID-19 e picchi significativi nei contagi, oltre che per ridurre la probabilità che emergano nuove varianti.

⁵ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_16-febbraio-2022.pdf



Le conclusioni sinora raggiunte sono state valorizzate dalla **Corte Costituzionale nelle sentenze del 2023** e già si ponevano in linea con la sentenza **Cons. di St., Sez. III, sent. 20 ottobre 2021, n. 7045**:

«... in fase emergenziale, di fronte al bisogno pressante, drammatico, indifferibile di tutelare la salute pubblica contro il dilagare del contagio, il principio di precauzione, che trova applicazione anche in ambito sanitario, opera in modo inverso rispetto all'ordinario e, per così dire, controintuitivo, perché richiede al decisore pubblico di consentire o, addirittura, imporre l'utilizzo di terapie che, pur sulla base di dati non completi (come è nella procedura di autorizzazione condizionata, che però ha seguito - va ribadito - tutte le quattro fasi della sperimentazione richieste dalla procedura di autorizzazione), assicurino più benefici che rischi, in quanto il potenziale rischio di un evento avverso per un singolo individuo, con l'utilizzo di quel farmaco, è di gran lunga inferiore del reale nocimento per una intera società, senza l'utilizzo di quel farmaco».

5. SEGUE: UTILITÀ E SICUREZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA C.D. “DOSE BOOSTER” DEI VACCINI ANTI SARS-COV-2, ALLA LUCE DEI PIÙ RECENTI DATI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI

89. Ad ulteriore conforto delle tesi sostenute, sono stati svolti ulteriori rilievi nella comparsa e nella memoria conclusiva forniti relativi aggiornamenti delle evidenze e dei dati già offerti.

90. Si è evidenziato che il 21 ottobre 2021 erano stati pubblicati da Pfizer-BioNTech, produttrice del vaccino “Cominarty”, i primi risultati di uno studio sulla sicurezza ed efficacia della terza dose del vaccino in discorso. Lo studio ha preso in considerazione un periodo temporale in cui la “variante Delta” costituiva il ceppo prevalente.

91. Lo studio, condotto su un campione di 10.000 soggetti, ha evidenziato un'efficacia del vaccino nella prevenzione della malattia, in caso di completamento del ciclo rappresentato dalla somministrazione delle tre dosi, pari al 95,6%. In particolare, la dose di richiamo ha dimostrato la propria capacità di ripristinare un livello di anticorpi neutralizzanti sovrapponibile a quello raggiunto dopo la seconda dose.

92. I partecipanti allo studio sono stati, in gergo tecnico, “randomizzati” con un rapporto di 1.1. In altri termini, essi sono stati suddivisi in due gruppi di pari numero: ai componenti di un gruppo è stata somministrata la terza dose di vaccino, con lo stesso dosaggio delle precedenti somministrazioni, mentre ai componenti dell'altro gruppo è stato



iniettato un placebo. L'indicatore per misurare l'efficacia della vaccinazione è stato individuato nella comparsa della malattia da Covid-19 a partire dal settimo giorno successivo a quello di somministrazione della terza dose, con un "follow-up", vale a dire con un periodo di osservazione, mediano di 2,5 mesi.

93. All'esito dello studio così condotto, sono stati rilevati 5 casi di malattia all'interno del gruppo di soggetti che avevano ricevuto la dose di vaccino, contro ben 109 casi tra coloro i quali avevano invece ricevuto il placebo.

94. E' bene sottolineare che l'efficacia della terza dose è risultata del tutto indipendente da età, sesso, razza, etnia o condizioni comorbilità. Inoltre, il numero e l'entità degli eventi avversi è risultato pienamente coerente con i precedenti dati di sicurezza rilevati dagli studi clinici, senza che emergessero valori particolarmente consistenti o superiori a quelli registrati per altri vaccini analoghi⁶.

95. Ulteriori indicazioni possono ricavarsi da uno studio americano condotto su 780.225 veterani. Quest'ultimo ha evidenziato chiaramente come la maggiore riduzione dell'efficacia vaccinale, legata alla diffusione della "variante Delta", si sia registrata rispetto a quei soggetti che si erano sottoposti alla vaccinazione monodose, con una percentuale del 13,1% di sviluppo della malattia, senza sottoporsi alla dose di richiamo.⁷

96. Un altro studio, pubblicato nell'ottobre del 2021 dalla prestigiosa e rinomata rivista scientifica "The Lancet" e condotto in Israele, ha dimostrato che la terza dose di vaccino a mRNA "Comirnaty" assicura una protezione dal rischio di contrarre forme severe della malattia da Covid-19 assai superiore a quella garantita dalla somministrazione delle due dosi, una volta trascorsi almeno cinque mesi dalla somministrazione della seconda dose. In questo studio è stata considerata una coorte di 728.321 individui che hanno ricevuto una terza dose di vaccino tra il 30 luglio 2020 e il 23 settembre 2021, a distanza di almeno cinque mesi dalla seconda dose, nonché un "gruppo di controllo" formato da individui, con caratteristiche sociodemografiche e cliniche simili, che invece non avevano ricevuto la terza dose. Assumendo come indicatori il numero dei ricoveri in ospedale legato al contagio da Covid-19, nonché il numero di casi di malattia severa e il numero di morti, è stato stimato che

⁶ Barda N, Dagan N, Cohen C, et al. Effectiveness of a third dose of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine for preventing severe outcomes in Israel: an observational study. Lancet. 2021; 398 (10316): 2093-2100.

⁷ Cohn BA et al. SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021. Science. 2022; 375 (6578): 331-336



l'efficacia del vaccino, valutata ad almeno sette giorni di distanza dalla somministrazione della terza dose, risultava **pari al 93% con riferimento ai ricoveri in ospedale** (231 eventi per due dosi a fronte di 29 eventi per tre dosi; 95% CI 88-97), al **92% rispetto allo sviluppo di forme gravi della malattia** (157 contro 17 eventi; 95% CI 82-97) e all'**81% relativa alle morti da contagio** (44 contro 7 eventi; 95% CI 59-97).⁸

97. L'efficacia della “dose booster”, in relazione ai ricoveri e alle morti, è stata poi recentemente confermata da ulteriori studi, in una misura superiore alla soglia del 90%.⁹

98. Sono stati poi citati i Rapporti sulla sorveglianza dei vaccini anti Covid-19, redatto dall'AIFA¹⁰.

99. A tutto quanto esposto si è accompagnata poi (e tuttora si accompagna) una costante attività di farmacovigilanza, sempre ad opera dell'AIFA, con il contributo del “Comitato Scientifico per la Sorveglianza post-marketing dei vaccini COVID19”, al fine di garantire un puntuale controllo sull'andamento e sugli effetti della campagna vaccinale, attraverso la pubblicazione di *report* mensili¹¹.

100. Rilevante è stato (ed è) anche il bollettino sull'andamento dell'epidemia da Covid-19 messo a punto dall'Istituto superiore di sanità (ISS). Si richiamava, in particolare, in primo grado il bollettino pubblicato in data 16 marzo 2022¹² con cui, avuto riguardo all'impatto della vaccinazione nel prevenire nuove infezioni, ricoveri e decessi, l'Istituto ha evidenziato che:

*«L'efficacia del vaccino (riduzione percentuale del rischio nei vaccinati rispetto ai non vaccinati) nel periodo di prevalenza Omicron (a partire dal 3 gennaio 2022) nel: **prevenire la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2** è: pari al 52% entro 90 giorni dal completamento del ciclo vaccinale, 43% tra i 91 e 120 giorni, e 48% oltre 120 giorni dal completamento del ciclo vaccinale; pari al **72% nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster; prevenire casi di malattia severa** è: pari a 73% nei vaccinati con ciclo completo da meno di 90 giorni, 76% nei vaccinati con ciclo completo da 91 e 120 giorni, e 76% nei vaccinati che hanno completato il ciclo vaccinale da oltre 120 giorni; pari al*

8 Meng H et al. Booster vaccination strategy: Necessity, immunization objectives, immunization strategy, and safety. J Med Virol. 2022;10.1002/jmv.27590.

9 Henning Gruell, Kanika Vanshylla, Pinkus Tober-Lau, David Hillus, Philipp Schommers, Clara Lehmann, Florian Kurth, Leif E. Sander & Florian Klein, mRNA booster immunization elicits potent neutralizing serum activity against the SARS-CoV-2 Omicron variant, Nature Medicine 28, 477-480 (2022), <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01676-0>

¹⁰ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_9.pdf.

¹¹ <https://www.aifa.gov.it/farmacovigilanza-vaccini-covid-19>.

¹² https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_16-marzo-2022.pdf



92% nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster».

101. Già nel precedente Bollettino, datato 18 febbraio 2022, poteva leggersi che:

«... il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, relativo alla popolazione di età \geq 12 anni, nel periodo 31/12/2021-30/01/2022 per i non vaccinati (380 ricoveri per 100.000 ab.) risulta circa cinque volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da \leq 120 giorni (84 ricoveri per 100.000 ab.) e circa nove volte più alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (41 ricoveri per 100.000 ab.). Il tasso di ricoveri in terapia intensiva standardizzato per età, relativo alla popolazione di età \geq 12 anni, nel periodo 31/12/2021-30/01/2022 per i non vaccinati (35 ricoveri in terapia intensiva per 100.000 ab.) risulta circa otto volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da \leq 120 giorni (4 ricoveri in terapia intensiva per 100.000 ab.) e circa venti volte più alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (2 ricoveri in terapia intensiva per 100.000 ab.). Il tasso di mortalità standardizzato per età, relativo alla popolazione di età \geq 12 anni, nel periodo 24/12/2021-23/01/2022, per i non vaccinati (107 decessi per 100.000 ab.) risulta circa sette volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da \leq 120 giorni (15 decessi per 100.000 ab.) e circa diciannove volte più alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (6 decessi per 100.000 ab.)».

102. I dati e le evidenze scientifiche già allegati in primo grado e qui ricordati evidenziano la ragione per la quale la somministrazione della c.d. “dose booster”, nell’intera popolazione adulta, risultava raccomandata da tutte le più autorevoli e attendibili Autorità sanitarie nazionali e internazionali del mondo. Si vedano, a conferma di quanto detto, le raccomandazioni recentemente divulgate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹³, dal *Center for Disease Prevention and Control di Atlanta (CDC)* negli Stati Uniti

¹³ Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) Recommendations (sezione Persons who have previously had SARS-CoV-2 infection):

Pfizer: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1;

Moderna: <https://www.who.int/publications/i/item/interim-recommendations-for-use-of-the-moderna-mrna-1273-vaccine-against-covid-19>;

AstraZeneca: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-AZD1222-2021.1;

J&J: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Ad26.COVID2.S-2021.1>



d'America¹⁴, nonché dello *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)*.¹⁵

103. Si richiamano ancora i dati esposti in primo grado emergenti dal rapporto dell'ISS intitolato “*Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*”¹⁶. In esso, vengono descritte le caratteristiche e la storia clinica di 130.468 pazienti deceduti e risultati positivi al virus SARS-CoV-2, in Italia, dall'inizio della sorveglianza sino al 5 ottobre 2021. È interessante evidenziare che, come può leggersi nel citato *report*, «... dal 01/02/2021 al 05/10/2021 sono 38.096 i decessi SARS-COV-2 positivi. Tra questi 1.440 sono i decessi SARS-COV-2 positivi in vaccinati con ‘ciclo vaccinale completo’ (3,7% di tutti i decessi SARS-COV-2 positivi nel periodo in esame) [...] Rispetto ai deceduti ‘non vaccinati-nessuna dose’ quelli con ‘ciclo vaccinale completo’ avevano un’età media notevolmente superiore (85,5 vs 78,3). Il numero medio di patologie osservate è significativamente più alto nel gruppo di vaccinati con ‘ciclo vaccinale completo’ (5,0 vs 3,9 patologie pre-esistenti) ed in particolare la presenza di cardiopatie (cardiopatía ischemica, fibrillazione atriale e scompenso cardiaco), di demenza e di cancro si è dimostrato più alto in questo campione; il contrario accade per l’obesità. Inoltre, nella popolazione di ‘vaccinati a ciclo completo’ il decesso avviene più frequentemente come conseguenza di complicanze extrarespiratorie (danno miocardico acuto) e meno frequentemente per insufficienza respiratoria. [...] I risultati qui presentati indicano chiaramente che le persone decedute dopo il completamento del ciclo vaccinale hanno un elevato livello di complessità clinica, significativamente superiore rispetto alle persone che non hanno potuto beneficiare dell’effetto del vaccino a causa di un contagio precoce o perché non hanno neanche iniziato il ciclo vaccinale. È possibile ipotizzare che i pazienti molto anziani e con numerose patologie possono avere una ridotta risposta immunitaria e pertanto essere suscettibili all’infezione da SARS-CoV-2 e alle sue complicanze pur essendo stati vaccinati. Queste persone molto fragili e con una ridotta risposta immunitaria, sono quelle che possono maggiormente beneficiare di una ampia copertura vaccinale dell’intera popolazione in quanto ciò ridurrebbe ulteriormente il rischio di infezione».

¹⁴ Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Approved or Authorized in the United States: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html#CoV-19-vaccination>; Science Brief: SARS-CoV-2 Infection-induced and Vaccine-induced Immunity: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/vaccine-induced-immunity.html>; Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>

¹⁵ Partial COVID-19 vaccination, vaccination following SARS-CoV-2 infection and heterologous vaccination schedule: summary of evidence. 22 July 2021. ECDC: Stockholm; 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/partial-covid-19-vaccination-summary> (sezione *Previously infected individuals*); The use of antibody tests for SARS-COV-2 in the context of Digital Green Certificates: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/use-antibody-tests-sars-cov-2-context-digital-green-certificates>.

¹⁶ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>



104. I dati in questione sono stati poi confermati dall'aggiornamento del medesimo *report*, pubblicato, sempre ad opera dell'ISS, il 10 gennaio 2022, ove può leggersi ciò che:

*«... dal 01/02/2021 al 10/01/2022 sono 46.572 i decessi SARS-CoV-2 positivi. Tra questi sono 39.292 i decessi SARS-COV-2 positivi 'non vaccinati' (84,4% di tutti i decessi SARS-CoV-2 positivi avvenuti nel periodo dal 01/02/2021 al 10/01/2022), 1.935 i decessi SARS-CoV-2 positivi in 'ciclo incompleto di vaccinazione' (4,2%) e 5.345 i decessi SARS-CoV-2 positivi in vaccinati con 'ciclo completo di vaccinazione' (11,5%)».*¹⁷ Tale dato deve essere letto congiuntamente all'analisi delle cartelle cliniche dei soggetti deceduti, da cui si evince che *«rispetto ai deceduti 'non vaccinati', sia quelli con 'ciclo incompleto di vaccinazione' che i decessi con 'ciclo completo di vaccinazione' avevano un'età media notevolmente superiore (rispettivamente 82,6 e 84,7 vs 78,6). Anche il numero medio di patologie osservate è significativamente più alto nei gruppi di vaccinati con 'ciclo incompleto di vaccinazione' e 'ciclo completo di vaccinazione' rispetto ai 'non vaccinati' (rispettivamente 5,0 e 4,9 vs 3,9 patologie preesistenti)».*

105. Le considerazioni sin qui svolte e le evidenze passate in rassegna, prevalentemente riferite alla “variante Delta”, predominante o comunque ampiamente presente nel periodo in cui gli studi citati sono stati condotti, risultano valide anche con riferimento alle varianti succedutesi.

106. Si fa riferimento, in particolare, alla c.d. “variante Omicron” (tecnicamente definitiva come “variante B.1.1.529), designata dall'OMS, a far data dal 26 novembre 2021, come “*Variant of Concern*” (VOC). Tale variante è stata isolata per la prima volta in campioni raccolti l'11 novembre in Botswana e il 14 novembre in Sud Africa; alla data del 22 dicembre 2021, essa era già stata isolata in centodieci Paesi, Italia compresa. La qualificazione come VOC sta a indicare che la variante presenta caratteristiche tali da poter avere un rilevante impatto sul comportamento sin qui osservato del virus SARS-COV-2, specialmente in termini di capacità e di rapidità di diffusione. E' stato in particolare osservato un “tempo di raddoppio” del numero di casi legati a questa variante di appena due o tre giorni, ben inferiore a quello registrato per la “variante Delta” e per il “ceppo di Wuhan”.

107. L'illustrata capacità di trasmissione ha portato la variante in discorso a divenire, nel giro di pochissimo tempo, il ceppo largamente predominante, in Italia e nel Mondo.

108. In un comunicato pubblicato il 20 gennaio 2022¹⁸, l'Agenzia Europea per i medicinali (EMA) ha però evidenziato che *«... sebbene Omicron appaia più contagiosa di altre*

¹⁷ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_10_gennaio_2022.pdf

¹⁸ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1621464/2022.01.20_com-EMA_vaccini_anti-COVID-19_efficaci_contro_Omicron_IT.pdf



varianti, studi condotti in Sudafrica, nel Regno Unito e in alcuni paesi dell'UE mostrano che l'infezione da Omicron comporta un minore rischio di ricovero in ospedale. Sulla base di tali studi, si stima che al momento il rischio sia compreso tra un terzo e la metà di quello connesso con la variante Delta. I risultati di studi pubblicati di recente mostrano che l'efficacia dei vaccini contro la malattia sintomatica è inferiore per Omicron rispetto ad altre varianti e tende a diminuire nel tempo. Di conseguenza, è probabile che un numero maggiore di persone vaccinate sviluppi una malattia nonostante la vaccinazione (breakthrough disease) a casa di questa variante. Tuttavia, questi studi dimostrano anche **che la vaccinazione continua a fornire un elevato livello di protezione contro la malattia grave e il ricovero in ospedale associati a Omicron.** Le ultime evidenze, che includono dati di efficacia dal mondo reale, suggeriscono inoltre che le persone che hanno ricevuto una dose di richiamo dispongono di una protezione migliore rispetto a coloro che hanno ricevuto solo il ciclo primario. Dati provenienti dal Sudafrica indicano che le persone che hanno ricevuto due dosi di un vaccino anti-COVID-19 sono protette fino al 70% dal rischio di ricovero in ospedale; dati simili provenienti dal Regno Unito mostrano che, sebbene la protezione diminuisca alcuni mesi dopo la vaccinazione, la dose di richiamo riporta al 90% il livello di protezione contro il ricovero ospedaliero. [...] ***L'EMA sottolinea che la vaccinazione continua ad essere un elemento essenziale dell'approccio alla lotta contro la pandemia in corso. In linea con le raccomandazioni delle autorità nazionali, è necessario adoperarsi per promuovere la piena vaccinazione dei soggetti che al momento sono non vaccinati o che sono parzialmente vaccinati e accelerare la somministrazione delle dosi di richiamo***".

109. Anche qui si ricorda che per un ulteriore approfondimento in ordine alla classificazione delle varianti del SARS-CoV-2 attualmente circolanti, si rinvia, anzitutto, alla circolare 28 gennaio 2022 del Ministero della salute, che, aggiornando le precedenti circolari sul contrasto all'epidemia, reca una "*Stima della prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) e di altre varianti di SARS-CoV-2 in Italia*"¹⁹.

110. Il dato è stato poi ulteriormente aggiornato dalla nuova circolare pubblicata il 29 aprile 2022 dallo stesso Ministero.

111. Stando a quanto descritto nell'aggiornamento settimanale dell'OMS pubblicato il 25 gennaio 2022²⁰, la "variante Omicron" presenta una maggiore capacità di eludere la risposta

¹⁹ Circolare 28 gennaio 2022 del Ministero della Salute, consultabile al seguente link: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=85493&parte=1%20&serie=null>

²⁰ World Health Organization, COVID-19 Weekly Epidemiological Update, http://20220125_Weekly_Epi_Update_76.pdf



immunitaria rispetto alle varianti precedenti, causando reinfezioni anche in coloro che hanno avuto una precedente infezione o che sono stati vaccinati. Il *report* cita, tra gli altri, uno studio condotto nel Regno Unito, il quale ha rilevato che, rispetto alla “variante Delta”, il rischio di reinfezione per effetto del contagio legato alla “variante Omicron” è di ben 5,4 volte superiore²¹.

112. All'interno del quadro epidemiologico così descritto, e a fronte delle riportate evidenze scientifiche, il *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* statunitense, come si è già avuto modo di spiegare precedentemente, aveva raccomandato la somministrazione della c.d. “dose *booster*” dei vaccini anti-Covid-19 all'intera popolazione eleggibile. Ciò poiché, anche a fronte dell'imporsi della “variante Omicron” come ceppo virale predominante, l'efficacia della vaccinazione, rispetto al rischio di contagio, subisce un forte calo nel corso del tempo, passando dal 63%, nei soggetti che abbiano completato il ciclo vaccinale nei novanta giorni precedenti, al 39,5%, nei soggetti che abbiano completato il ciclo vaccinale da oltre 120 giorni, per poi risalire al 67% dopo la somministrazione della dose aggiuntiva “*booster*”.

113. Lo scenario così rappresentato resta vero anche in caso di precedente infezione da SARS-CoV-2, sintomatica o asintomatica. Questo perché, come confermato da recenti studi, la combinazione di vaccinazione e infezione, indipendentemente dall'ordine, fornisce un elevato grado di protezione immunitaria, ben superiore a quello derivante dalla semplice infezione²².

114. Uno studio italiano condotto dall'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, recentemente pubblicato sulla rivista Plos-One, nel quale sono stati esaminati 1.493 individui prima dell'inizio della campagna vaccinale e 2.029 soggetti sottoposti all'intero ciclo vaccinale, comprensivo della “dose di richiamo”, ha rilevato che la probabilità di infezione, in caso di combinazione tra infezione e vaccinazione, è significativamente inferiore rispetto a chi abbia avuto soltanto un precedente contagio, ma non abbia ricevuto alcun vaccino (1,47% contro 3%).

²¹ <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7044e1.htm>

²² Bates TA, McBride SK, Leier HC, et al. Vaccination before or after SARS-CoV-2 infection leads to robust humoral response and antibodies that effectively neutralize variants. *Sci Immunol*. 2022 Jan 25:eabn8014. https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abn8014?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed; Schmidt, F., Weisblum, Y., Rutkowska, M. et al. High genetic barrier to SARS-CoV-2 polyclonal neutralizing antibody escape. *Nature* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-04005-0>



115. Era quindi emerso con evidenza che la durata media dell'infezione nelle persone che si erano sottoposte all'intero ciclo vaccinale, e quindi anche alla "dose *booster*", determinata sulla base delle risultanze dei tamponi molecolari, maggiormente attendibili, è significativamente inferiore alla durata media dell'infezione, sia che si tratti di una infezione primaria sia che si tratti di una reinfezione, nelle persone non vaccinate. A ciò va aggiunto che la stragrande maggioranza degli individui vaccinati, in caso di contagio, hanno contratto la malattia in forma asintomatica o, al più, paucisintomatica²³.

116. Tutto quanto detto risulta viepiù vero in relazione alla diffusione della variante Omicron, maggiormente trasmissibile e, soprattutto, maggiormente capace di aggirare la risposta immunizzante dell'organismo di un individuo già infettato o che si sia visto somministrare le prime due dosi di vaccino. Pertanto, come sottolineato anche da uno studio indipendente ²⁴, la "dose *booster*", rispetto alla "variante Omicron", diviene essenziale per assicurare l'efficacia della campagna vaccinale, tanto a livello individuale quanto a livello collettivo.

117. Ulteriori evidenze scientifiche hanno mostrato che, con la somministrazione della "dose *booster*", il livello di anticorpi aumenta di ben 37 volte rispetto ai livelli pre-iniezione²⁵. A ciò va aggiunto che studi condotti sulle "cellule T", le altre linee di difesa dal virus oltre agli anticorpi, indicano che la capacità da parte di queste cellule di riconoscere ed eliminare quelle infette e, dunque, di evitare sul nascere una malattia severa, rimane particolarmente elevata anche con la variante Omicron.²⁶ Infine, secondo uno studio svolto dall'*Imperial College of London*, la protezione assicurata dalla "dose *booster*" contro le forme gravi della malattia da contagio con la "variante Omicron" si attesta tra l'80% e l'85%²⁷, vale a dire su

²³ Ronchini C, Gandini S, Pasqualato S, Mazzarella L, Facciotti F, Mapelli M; IEO Covid Team, Frige' G, Passerini R, Pase L, Capizzi S, Mastrilli F, Orecchia R, Natoli G, Pelicci PG. Lower probability and shorter duration of infections after COVID-19 vaccine correlate with anti-SARS-CoV-2 circulating IgGs. *PLoS One*. 2022 Jan 31;17(1):e0263014.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263014>

²⁴ Omer SB, Malani PN. Booster Vaccination to Prevent COVID-19 in the Era of Omicron: An Effective Part of a Layered Public Health Approach. *JAMA*. Published online January 21, 2022. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788487>

²⁵ [Neutralization and Stability of SARS-CoV-2 Omicron Variant - BioRxiv; Plasma neutralization properties of the SARS-CoV-2 Omicron variant](#)

²⁶ [Omicron-specific cytotoxic T-cell responses are boosted following a third dose of mRNA COVID-19 vaccine in anti-CD20-treated multiple sclerosis patients - MedRxiv;](#)

[Preliminary experimental data on T cell cross-reactivity to Omicron - University of Cape Town](#)

²⁷ [Report 48 - The value of vaccine booster doses to mitigate the global impact of the Omicron SARS-CoV-2 variant - Imperial College of London](#)



livelli che, seppure inferiori rispetto a quelli registrati per la “variante Delta”, risultano comunque assai elevati.

118. In ultimo, deve confutarsi un argomento, talvolta sostenuto dai detrattori dei vaccini in esame, che si fonda sul confronto tra il valore assoluto dei contagiati e dei morti con ciclo vaccinale completato e il valore assoluto dei contagiati e dei morti ai quali non era stato somministrato il vaccino. L’applicazione di una corretta metodologia scientifica consente di comprendere che un simile fenomeno è legato anche al c.d. “*effetto paradosso*”: al crescere esponenziale del numero dei soggetti vaccinati, il numero assoluto di infezioni, ricoveri e decessi può essere simile per questi ultimi rispetto alla popolazione non vaccinata, dal momento che il numero di questi ultimi si riduce proporzionalmente.

119. Alla luce di tutto quanto si è venuto esponendo, non si vede allora come possa considerarsi illegittima la condotta allora tenuta dallo Stato per incentivare, anche attraverso l’introduzione e l’imposizione del c.d. “*green pass rafforzato*”, la sempre maggiore diffusione della vaccinazione all’interno della popolazione nazionale, anche attraverso la somministrazione della c.d. “*dose booster*”.

120. D’altro canto, deve ribadirsi che l’esclusione della controparte, per il periodo di vigenza del predetto “*green pass rafforzato*”, dalla possibilità di accedere ad alcuni luoghi pubblici o aperti al pubblico è stata il risultato di una sua scelta deliberata, in alcun modo giustificata dai dati che si sono pocanzi passati in rassegna. Scelta che, peraltro, non viene spiegata alla luce di peculiari condizioni personali o di dati ed evidenze di segno contrario rispetto a quelli dedotti.

121. Alla luce di quanto esposto appare evidente la gradualità dell’approccio seguito dal Governo e dal Legislatore, che, rifuggendo da una prospettiva massimalista, hanno modellato le misure e gli interventi messi in campo sul “**rischio soggettivo**”, legato all’età, e sul “**rischio oggettivo**”, legato al luogo frequentato e al tipo di attività svolta, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

122. Lo schema così delineato non appare, pertanto, in alcun modo inficiato dal rilievo delle controparti secondo cui la vaccinazione non eviterebbe *tout court* il rischio di contagio.

123. Pur essendo ciò senza dubbio vero, e riconosciuto nella relazione illustrativa al D.l. n. 1 del 2022 di cui si è dato ampiamente conto anche nelle difese di primo grado, deve tuttavia replicarsi che:



i) la vaccinazione, specie se accompagnata dall'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, quale soprattutto la mascherina, e dall'osservanza della distanza di sicurezza, ha ridotto comunque considerevolmente il rischio di contrarre l'infezione, come attestato dalla stessa relazione illustrativa e dai dati tecnico-scientifici ivi richiamati;

ii) in ogni caso, a risultare notevolmente ridotta, per i soggetti vaccinati, è stata la possibilità di contrarre la malattia conseguente all'infezione in "forma severa", con conseguente riduzione anche della "pressione" esercitata sugli ospedali e le strutture sanitarie in genere.

124. I due rilievi pocanzi svolti bastano di per sé a giustificare tanto l'obbligo vaccinale, per le fasce più fragili della popolazione, quanto il generalizzato obbligo di esibizione della "certificazione verde", nella versione base ovvero in quella "rinforzata", allora prescritta per accedere a determinati luoghi o per partecipare a determinate attività.

124. A conferma della evidenziata proporzionalità degli interventi e delle misure in commento, valgono due ulteriori considerazioni:

i) era previsto che l'obbligo vaccinale o, in alternativa, l'obbligo di esibire la certificazione verde, nella versione base o rinforzata, dovesse venire meno in presenza di situazioni personali di salute tale da determinare l'esonero dalla vaccinazione.

Ciò a conferma del pieno rispetto assicurato dall'ordinamento nazionale al diritto individuale alla salute, in alcun modo sacrificato rispetto all'interesse collettivo a ridurre la propagazione del virus;

ii) nelle ipotesi, eccezionali e residuali, di reazioni avverse è stato poi previsto un indennizzo a carico dello Stato.

125. Nel senso da ultimo indicato depono, a chiare lettere, l'art. 20, comma 1, del D.l. 27 gennaio 2022, n. 4, conv. con mod. dalla L. n. 25 del 2022:

«1. All'articolo 1 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-bis. L'indennizzo di cui al comma 1 spetta, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge, anche a coloro che abbiano riportato lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica, a causa della vaccinazione anti Sars-CoV2 raccomandata dall'autorità sanitaria italiana. Al relativo onere, valutato in 50 milioni di euro per l'anno 2022 e in 100 milioni di euro annui a



decorrere dall'anno 2023, si provvede ai sensi dell'articolo 32. Le risorse sono stanziare in apposito fondo nel bilancio del Ministero della salute che provvede ai pagamenti di propria competenza, nonché al trasferimento alle regioni e alle province autonome delle risorse nel limite del fabbisogno derivante dagli indennizzi da corrispondersi da parte di queste, come comunicati annualmente dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome entro il 31 gennaio. Con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabilite le modalità di monitoraggio annuale delle richieste di accesso agli indennizzi e dei relativi esiti, nonché, sulla base delle richiamate comunicazioni della Conferenza delle regioni e delle province autonome, l'entità e le modalità di trasferimento del finanziamento spettante alle regioni».

126. Il “patto di solidarietà” cui la Corte Costituzionale, già con la **n. 118 del 2020** richiamata in primo grado faceva riferimento, è stato pertanto certamente e pienamente rispettato nel caso di specie.

6. SULLA PROPORZIONALITÀ DELLE MISURE ADOTTATE

127. La piena adeguatezza e proporzionalità delle misure di contrasto alla pandemia, della cui legittimità le controparti si dolgono, chiedendo di essere risarcite dei danni che queste avrebbero loro provocato, è stata compiutamente vagliata dalla Corte Costituzionale nelle richiamate sentenze con riferimento alla più incisiva misura dell'obbligo vaccinale.

Era stato già evidenziato in primo grado - prima della definitiva conferma della Corte Costituzionale anche sulla proporzionalità delle misure adottate - che i decreti-legge in questione, al pari di quelli che li hanno preceduti, si sono mossi, in relazione alle vaccinazioni, lungo la linea continua che va, come visto, dalla **persuasione**, alla **raccomandazione**, sino ad arrivare all'imposizione di un vero e proprio **obbligo giuridico**. Lungo questa linea continua, le soluzioni e le misure praticamente adottate sono state differenziate perseguendo, quale scopo principale, la protezione della popolazione dalle forme severe di infezione, onde evitare altresì il sovraccarico delle strutture ospedaliere e, soprattutto, delle terapie intensive.

128. In particolare, per ciò che concerne l'“obbligo vaccinale” introdotto per i soggetti che abbiano compiuto cinquanta anni, esso è stato giustificato a fronte del rischio assai più elevato che le persone appartenenti a questa fascia di età corrono in caso di infezione da Covid-19. Tale rischio emerge pianamente dalla stessa relazione illustrativa al D.l. n. 1 del 2022, cui già in precedenza si è fatto riferimento:



«La necessità di assicurare la massima copertura vaccinale alla popolazione con particolare riguardo ai soggetti con età eguale o superiore a cinquanta anni si basa su evidenze scientifiche nazionali e internazionali accumulate sia nel corso della pandemia che nell'ultimo mese, periodo di crescente circolazione della variante Omicron del virus SARS-CoV-2. Tutti i dati a disposizione hanno infatti mostrato una frequenza maggiore (incidenza) di infezioni gravi ed esiti peggiori in soggetti di questa fascia di età. Il documento dell'Istituto superiore di sanità « Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia – Aggiornamento del 5 ottobre 2021 » (Epicentro. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#1>), che ha analizzato le caratteristiche di un campione dei decessi in Italia (n= 130.468), mostrava che solo 1,2 percento dei soggetti aveva meno di cinquanta anni ... considerando tutto il periodo pandemico, i soggetti da cinquanta anni in su sono quelli più colpiti in termini di letalità anche per la presenza di patologie concomitanti.

...

Inoltre, come mostrato nella tabella 6 del rapporto dell'Istituto superiore di sanità, l'incidenza di ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi è molto elevata rispetto alla popolazione più giovane e soprattutto nei soggetti non vaccinati. Infatti la vaccinazione si è dimostrata efficace nel ridurre il tasso di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e decesso. Di conseguenza, alla luce dei dati esposti, per la protezione dei soggetti di età superiore a cinquanta anni la vaccinazione e i relativi richiami effettuati secondo le raccomandazioni del Ministero della salute rimangono l'intervento più efficace per ridurre la malattia grave e il conseguente ricorso all'assistenza sanitaria. L'importanza di raggiungere coperture vaccinali elevatissime è sostenuta dai dati iniziali provenienti da alcuni Paesi dove la trasmissione della variante Omicron non è stata arrestata da una popolazione vaccinata con due dosi e dove il rischio di ospedalizzazione dovuto alla variante Omicron, sebbene ridotto, può causare un ulteriore sovraccarico dei servizi assistenziali» (v. le pagg. 3 e 5 dell'all. n. 1).

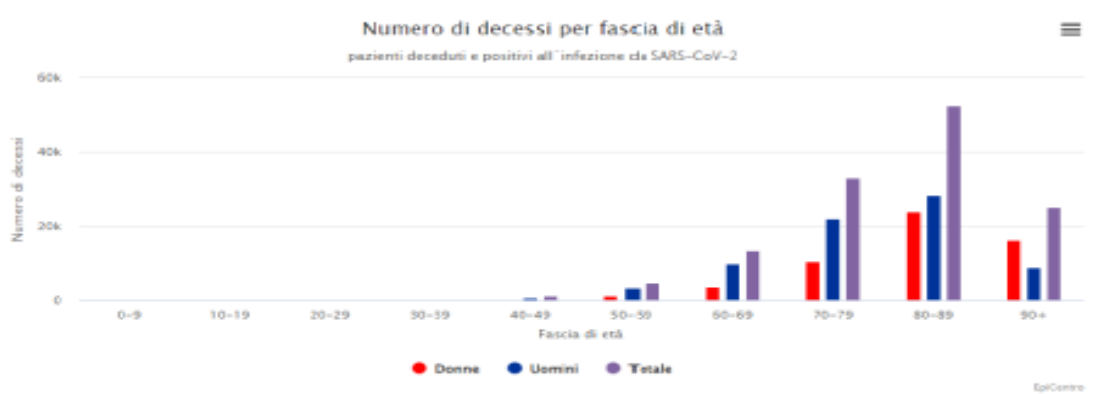
Lo scenario così tratteggiato risulta ulteriormente suffragato dalle seguenti tabelle:

«



cento dei soggetti aveva meno di cinquanta | di decessi sia prevalentemente distribuito
anni. In figura 1 si osserva come il numero | dai cinquanta anni in su.

Figura 1: Numero di decessi positivi a HPV per fasce di età relativo al campione in studio – ISS (n. 130.468).



Anche la sorveglianza integrata nazionale (Istituto superiore di sanità, «Epidemiologia COVID-19. Aggiornamento nazionale 28 dicembre 2021», aggiornamento del 4 gennaio 2022; Istituto superiore di sanità, 2021, 28/12/2021, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorve->

glianza-integrata-COVID-19_28-dicembre-2021.pdf), come si può vedere nella tabella 1, mostra che, considerando tutto il periodo pandemico, i soggetti da cinquanta anni in su sono quelli più colpiti in termini di letalità anche per la presenza di patologie concomitanti.

Tabella 1: Distribuzione dei casi (n=5.730.040) e dei decessi (n=136.099) per covid-19 diagnosticati in Italia per fascia di età e sesso da inizio epidemia (fonte sorveglianza integrata nazionale – ISS aggiornamento al 28 dicembre 2021).

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	% Letalità	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	% Letalità	N. casi	% del totale casi	N. deceduti	% del totale deceduti	% Letalità
0-9	204.117	7,2	7	<0,1	<0,01	188.192	5,4	7	<0,1	<0,01	392.309	6,8	14	<0,1	<0,01
10-19	329.657	16,7	10	<0,1	<0,01	355.897	10,5	11	<0,1	<0,01	625.654	11,1	21	<0,1	<0,01
20-29	363.937	13,0	49	0,1	<0,1	348.362	11,9	31	<0,1	<0,1	712.303	12,4	80	<0,1	<0,1
30-39	355.086	12,8	195	0,3	0,1	376.903	12,9	114	0,2	<0,1	731.993	12,8	309	0,2	<0,1
40-49	436.737	16,6	895	1,2	0,2	463.625	16,6	209	0,7	0,1	900.391	16,1	1.291	0,9	0,1
50-59	459.046	16,4	3.684	4,7	0,8	477.159	16,3	1.433	2,4	0,3	936.210	16,3	5.017	3,7	0,5
60-69	302.926	10,8	10.185	13,3	3,4	287.646	9,8	3.970	6,7	1,4	590.975	10,3	14.155	10,4	2,1
70-79	212.456	7,8	23.066	30,0	10,9	207.963	7,1	11.176	18,8	5,4	420.379	7,3	34.242	26,2	8,3
80-89	123.618	4,3	29.685	38,6	24,3	173.957	5,9	25.099	22,2	16,4	294.782	5,1	54.604	40,1	16,5
90+	24.509	0,9	9.207	12,0	37,5	74.441	2,5	17.957	28,9	23,1	98.970	1,7	20.374	19,4	20,0
Età non nota	49	<0,01	2	<0,01	4,1	53	<0,01	0	0	0	102	<0,01	2	<0,01	2,0
Totale	2.897.173	49,0	76.775	56,4	2,7%	2.822.848	51,0	59.324	43,6	2,8%	5.730.040	-	136.099	-	2,4%

» (v. pag. 4 dell'all. n. 1).

129. Per ciò che concerne invece i soggetti di età inferiore a cinquant'anni, il combinato disposto degli artt. 9 e ss. del D.l. n. 52 del 2021, così come modificato dai successivi D.l. n. 221 del 2021 e D.l. n. 1 del 2022, il primo attuato e implementato anche dal d.P.C.M. 21 gennaio 2022, aveva delineato, come si è visto, un triplice ordine di luoghi e attività, a seconda del carattere più o meno essenziale delle esigenze e dei bisogni che questi soddisfano e della

maggior o minor occasione di contagio (si veda il prospetto riepilogativo di cui all' **all. n. 2** già prodotto in primo grado).

A decisivo conforto della legittimità delle misure restrittive via via adottate dal legislatore e qui denunciate, deve in sintesi ribadirsi che - come anticipato in premessa - sono state queste caratterizzate da quella “*genetica transitorietà*” e dalla “*previsione di elementi di flessibilizzazione e monitoraggi che consentivano l'adeguamento delle misure all'evoluzione della situazione di fatto che tali misure erano destinate a fronteggiare*” (in termini e testualmente Corte Costituzionale **sent. n. 185/2023** cit.)

7. SULLA INFONDATEZZA DELLA DEDOTTA VIOLAZIONE DELLE FONTI SOVRANAZIONALI E INTERNAZIONALI

130. Gli odierni appellanti insistono - *sub specie* di errore di giudizio ed omissione di pronuncia dell'ordinanza impugnata - sulla violazione delle fonti sovranazionali e internazionali a pretesa tutela dei diritti fondamentali che assumono lesi.

Preliminarmente eccepita la novità di deduzioni di fatto e di diritto nuove, perché mai dibattute in primo grado, la decisione impugnata è anche sotto tale profilo immune da vizi posto che la normativa contestata da parte avversa non si pone affatto in contrasto con i parametri normativi di natura internazionale e costituzionale invocati.

131. Al riguardo, deve ribadirsi, in primo luogo, che correttamente il primo Giudice ha escluso la presente controversia dall'ambito di applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Difatti, l'art. 6 del T.F.U.E. dispone che: “*1. L'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 7 dicembre 2000, adattata il 12 dicembre 2007 a Strasburgo, che ha lo stesso valore giuridico dei trattati. **Le disposizioni della Carta non estendono in alcun modo le competenze dell'Unione definite nei trattati.** I diritti, le libertà e i principi della Carta sono interpretati in conformità delle **disposizioni generali del titolo VII della Carta** che disciplinano la sua interpretazione e applicazione e tenendo in debito conto le spiegazioni cui si fa riferimento nella Carta, che indicano le fonti di tali disposizioni*” (enfasi aggiunte).

Dunque, le disposizioni della Carta - ivi incluso l'art. 3 richiamato da controparte - non estendono le competenze dell'Unione europea definite nei Trattati (cd. principio delle



competenze di attribuzione); tant'è che l'art. 51 contenuto nel titolo VII della Carta medesima chiarisce che “1. *Le disposizioni della presente Carta si applicano alle istituzioni e agli organi dell'Unione nel rispetto del principio di sussidiarietà **come pure agli Stati membri esclusivamente nell'attuazione del diritto dell'Unione**. Pertanto, i suddetti soggetti rispettano i diritti, osservano i principi e ne promuovono l'applicazione secondo le rispettive competenze.*

2. La presente Carta non introduce competenze nuove o compiti nuovi per la Comunità e per l'Unione, né modifica le competenze e i compiti definiti dai Trattati?
(enfasi aggiunte).

Con riferimento al contrasto - denunciato dai ricorrenti - del Green pass con l'art. 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea (CDUEF), norma che riconosce il diritto alla tutela dell'integrità della persona, si osserva, inoltre, che la c.d. Carta di Nizza può trovare applicazione solo relativamente a materie di competenza dell'Unione europea e non come una Carta dei diritti con efficacia generale per qualsiasi tipo di rapporti.

Sia la giurisprudenza della Corte di Giustizia UE e sia quella della Corte costituzionale, pur a seguito dell'entrata in vigore delle modifiche all'art. 6 del Trattato UE, concordano nell'escludere rilevanza ai principi generali, anche se riconosciuti nella Carta, al di fuori dell'ambito UE.

Secondo la costante giurisprudenza della CGUE, i diritti fondamentali garantiti nell'ordinamento giuridico dell'Unione si applicano in tutte le situazioni disciplinate dal diritto dell'Unione, ma non al di fuori di esse; ove una situazione giuridica non rientri nella sfera d'applicazione del diritto dell'Unione, ma abbia rilievo esclusivamente interno, la Corte UE non è competente e le disposizioni della Carta eventualmente richiamate non possono giustificare, di per sé, tale competenza (cfr. CGUE sentenza 26 febbraio 2013, causa C-617/10; sentenza 6 ottobre 2016, causa C — 218/15; ordinanza 26 ottobre 2017, causa C — 333/17). La Corte costituzionale ha ripetutamente affermato, a partire dalla sentenza n. 80 del 2011, sino alla sentenza n. 194 del 2018, che “*A norma del suo art. 51 (nonché dell'art. 6, paragrafo 1, primo alinea, del Trattato sull'Unione europea e della Dichiarazione n. 1 allegata al Trattato di Lisbona) e di una consolidata giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione europea, le disposizioni della Carta sono applicabili agli Stati membri solo quando questi agiscono nell'ambito di applicazione del diritto dell'Unione*” (cfr. sentenza n. 63/2016; sentenza n. 111/2017).

Anche la Corte di Cassazione si è sempre allineata alle posizioni delle due Corti, affermando ripetutamente l'irrilevanza della Carta dei diritti fondamentali nelle materie non



regolate dal diritto UE, al fine di respingere sia istanze di rinvio pregiudiziale, per evidente irrilevanza del richiamo rispetto alla controversia, sia richieste di disapplicazione di norma interne, per presunta contrarietà a diritti e principi riconosciuti nella Carta (cfr. Cass. civ., sez. 5, n. 23272/2018; sez. Lavoro, n. 2286/2018).

132. Non rientrando la materia degli obblighi vaccinali tra quelle di competenza dell'Unione, va escluso che l'art. 3 CDFUE sia una norma che possa da sola legittimare la disapplicazione di una normativa interna che imponga un obbligo di vaccinazione.

Nella materia oggetto della presente controversia, l'Unione europea non ha - in base ai Trattati - né una competenza esclusiva, né una competenza concorrente; sicché, il riferimento alle norme della C.D.F.U.E. - e segnatamente all'art. 3 - compiuto dalle controparti non è affatto pertinente.

133. Nella prospettazione di controparte, la norma oggetto di censura si porrebbe in contrasto con le norme del diritto internazionale generalmente riconosciute.

Le doglianze in ordine ad una asserita violazione della Convenzione dei Diritti dell'Uomo, nonché del testo Costituzionale con riferimento a diverse fonti internazionali sono all'evidenza infondate.

In merito ai diversi profili di incostituzionalità, gli appellanti ripropongono il denunciato contrasto sia con norme di diritto internazionale generalmente riconosciute (art. 10 Cost.) – quali il codice di Norimberga; la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo; la Dichiarazione di Helsinki; la Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani – sia con le norme pattizie del diritto internazionale – quali il Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, la Convenzione di Oviedo – sia, ancora, con l'art. 32 Cost.

134. Sul punto si osserva nuovamente che lo Stato può promuovere e rendere maggiormente convenienti determinati trattamenti sanitari, ivi inclusa la vaccinazione, laddove essi possano ritenersi, sulla base di dati scientifici sicuri o comunque altamente probabili, funzionali all'interesse generale di superare l'emergenza pandemica al momento in atto.

La tesi contraria dei ricorrenti viene meramente affermata e non provata, dato che non si dimostra l'esistenza di una norma del diritto internazionale consuetudinario che vieti agli Stati di raccomandare (e finanche di rendere obbligatoria) la vaccinazione per contrastare una grave crisi sanitaria in atto, prevedendo apposite misure.



Difatti, la consuetudine internazionale è costituita da un comportamento costante e uniforme tenuto dagli Stati accompagnato dalla convinzione della obbligatorietà e della necessità del comportamento stesso.

Due sono, dunque, gli elementi che caratterizzano questa fonte del diritto: la *diuturnitas* e l'*opinio iuris sive necessitatis* (cfr. Corte internazionale di giustizia, sentenza 20 febbraio 1969, sulla questione della delimitazione della piattaforma continentale del Mare del Nord; sentenza 3 giugno 1985, sulla delimitazione della piattaforma continentale tra Libia e Malta; sentenza del 27 giugno 1986, sulle attività militari e paramilitari contro il Nicaragua).

Ebbene, i ricorrenti non hanno fornito alcun elemento concreto da cui poter desumere la sussistenza dei predetti elementi costitutivi della consuetudine internazionale con riferimento all'oggetto specifico della presente controversia.

Invero, il Codice di Norimberga, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Dichiarazione di Helsinki, la Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani, il Patto internazionale sui diritti civili e politici e la Convenzione di Oviedo non forniscono alcun elemento da cui desumere una norma consuetudinaria che vieti agli Stati membri l'adozione di una disciplina legislativa come quella oggetto di censura.

Siffatti documenti internazionali vietano la sperimentazione scientifica effettuata sugli esseri umani senza il consenso dei medesimi, ma - nella specie - la vaccinazione Covid-19 non rientra nella nozione di "*sperimentazione medica*", dato che i vaccini per la prevenzione del Covid-19 vengono somministrati sulla base di autorizzazioni rilasciate dalla Commissione europea all'esito della fase di sperimentazione e previa acquisizione del parere dell'Agenzia europea dei medicinali.

Fatta tale doverosa precisazione, si evidenzia che - in ambito vaccinale - la prassi internazionale è orientata proprio in senso contrario rispetto a quanto affermato nel ricorso.

Nel caso "*Vavrika e altri c. Repubblica Ceca*", la Grande Camera (CEDU, sent. 9 aprile 2021) ha rilevato - invero - come vi sia un **consenso generale** degli Stati sulla posizione, sostenuta da diversi **organismi internazionali**, secondo cui la vaccinazione è uno degli interventi sanitari di maggior successo, con un buon rapporto costi-benefici e sulla considerazione secondo cui **ogni Stato dovrebbe raggiungere il maggior numero di vaccinazioni nella sua popolazione.**



Quanto alle tecniche normative per raggiungere siffatto obiettivo, si assiste nell'ambito della Comunità internazionale all'adozione di **modelli diversi**, che vanno dalla "raccomandazione" alla "obbligatorietà".

Di qui, la piena conformità del diritto interno alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute.

135. Anche l'asserita violazione Regolamento 2021/953/UE risulta del tutto infondata.

In primo luogo, si ribadisce che la materia degli obblighi vaccinali non costituisce in sé oggetto di una disciplina dell'Unione e rispetto ad essa ogni Stato mantiene nell'ordinamento interno ampio margine di autonomia, come è agevolmente verificabile dall'assenza di uniformità tra gli Stati membri in merito alla previsione di vaccinazioni obbligatorie.

I rapporti tra ordinamento nazionale e Unione europea, infatti, sono retti dal principio di attribuzione di cui all'art. 5 TUE, in virtù del quale *"l'Unione agisce esclusivamente nei limiti delle competenze che le sono attribuite dagli Stati membri nei Trattati per realizzare gli obiettivi da questi stabiliti. Qualsiasi competenza non attribuita all'Unione nei Trattati appartiene agli Stati membri"*.

La sanità pubblica assume rilievo nell'ambito delle azioni di sostegno di cui all'art. 6 TFUE, in cui l'Unione interviene unicamente con misure *"intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri"* e, sotto il profilo della competenza concorrente disciplinata dall'art. 5 TFUE, solamente nei casi in cui l'intervento dell'Unione rappresenti un valore aggiunto rispetto all'azione degli Stati membri *"Nell'ambito problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica, per quanto riguarda gli aspetti definiti nel presente Trattato"*.

In altri termini, trattasi delle ipotesi in cui la sicurezza sanitaria involge aspetti di rilievo transfrontaliero e in nessun caso comporta una competenza in merito a misure a rilevanza interna ai singoli Stati membri.

Per l'appunto, in coerenza con quanto detto, l'art. 168, par. 1, TFUE, in materia di politiche sanitarie, stabilisce che *"L'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria, nonché la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero"*.



Dunque, come del resto statuito dall'art. 168, par. 7, TFUE, ogni Stato membro definisce autonomamente la predisposizione e l'organizzazione del sistema sanitario, nonché l'assegnazione delle risorse ad esso destinate, ed è responsabile della gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica.

Per questa ragione, in mancanza di una espressa attribuzione di competenza diretta a produrre norme in materia di sanità e circolazione interna agli Stati, deve escludersi che le fonti europee possano essere invocate per sollecitare la disapplicazione delle norme nazionali che impongono l'obbligo vaccinale.

Secondo la costante giurisprudenza, i diritti fondamentali garantiti nell'ordinamento giuridico dell'Unione si applicano in tutte le situazioni disciplinate dal diritto dell'Unione, ma non al di fuori di esse (cfr. Cass. n. 23272/2018).

Pertanto: non rientrando la materia degli obblighi vaccinali tra quelle di competenza dell'Unione, va esclusa la disapplicazione di una normativa interna che imponga un obbligo di vaccinazione.

Anche la **giurisprudenza dei Tribunali civili** è stata chiamata più volte a pronunciarsi sulla legittimità degli obblighi vaccinali imposti a determinate categorie di personale (sanitari, docenti, comparto difesa e sicurezza) e ha finora sempre confermato, quanto all'asserita violazione di normative di matrice euro-unitaria, quali il Regolamento 2021/953/UE, ed all'invocata disapplicazione del diritto interno, che la materia concernente gli obblighi vaccinali non rientra tra quelle di competenza dell'Unione europea, con impossibilità di applicazione diretta del diritto dell'Unione relativamente ai diritti fondamentali, legittimata esclusivamente per materie rientranti nelle attribuzioni dell'Unione (Tribunale di Vicenza ordinanza del 26 gennaio 2022; Tribunale di Trieste sentenza n. 5/2022; Tribunale di Udine, sezione lavoro, ordinanza del 3 febbraio 2022 r.g.n. 55/2022 ed altresì **Tribunale di Roma, ordinanza n. 5448 del 23.3.2022**).

Con particolare riguardo al Reg. 2021/953/UE è doveroso osservare quanto segue.

Detto Regolamento disciplina l'utilizzo del "green pass" relativamente all'esercizio della libertà di circolazione transfrontaliera, non vincolando in alcun modo gli Stati membri rispetto all'adozione delle misure finalizzate a disciplinare l'accesso a servizi e attività sul territorio nazionale, che continuano, quindi, a rientrare nelle competenze esclusive di ogni singolo Stato membro.



Il Regolamento 2021/953/UE approvato dal Parlamento e dal Consiglio il 14 giugno 2021, invocato dai ricorrenti, è intervenuto in materia di libera circolazione (campo di elezione del diritto europeo, in quanto pilastro fondamentale nel processo di integrazione e per l'esercizio di altri diritti fondamentali) al fine di agevolare la libera circolazione in sicurezza dei cittadini nell'UE durante la pandemia ed ha introdotto il certificato Covid digitale quale strumento di facilitazione della libertà di spostarsi entro lo spazio europeo.

Al Considerando 6 del Regolamento 2021/953/UE il legislatore dell'Unione rammenta che gli Stati membri possono limitare il diritto fondamentale alla libera circolazione per motivi di sanità pubblica e che tutte le restrizioni alla libera circolazione delle persone all'interno dell'Unione, attuate per limitare la diffusione del SARS-CoV-2, dovrebbero basarsi su motivi specifici e limitati di interesse pubblico, qual è la tutela della salute pubblica, ed essere applicate conformemente ai principi generali del diritto dell'Unione, quali la proporzionalità e la non discriminazione.

Peraltro, il "Considerando" 36, lungi dall'impedire ai legislatori nazionali di introdurre forme di vaccinazione obbligatoria nei limiti previsti dalle rispettive Carte costituzionali, ha affermato la necessità di evitare *«la discriminazione diretta o indiretta di persone che non sono vaccinate, per esempio per motivi medici, perché non rientrano nel gruppo di destinatari per cui il vaccino anti COVID-19 è attualmente somministrato o consentito ... o perché non hanno ancora avuto l'opportunità di essere vaccinate»*, ovvero, in altri termini, di assicurare sempre la parità di trattamento a coloro che, per motivi indipendenti dalla loro volontà, non possono vaccinarsi.

Posto tale dato normativo, pur prescindendo dalla questione dell'efficacia della rettifica alla prima versione del suddetto Regolamento pubblicata in Gazzetta ufficiale, in cui era stato omissso l'inciso *“o hanno scelto di non essere vaccinate”* in ordine al quale parte appellante insiste, non sembra che da tale Considerando possa desumersi l'introduzione di un nuovo fattore di discriminazione protetto, quale *“la scelta di non essere vaccinati”*.

A parte il rilievo che l'indicazione in questione è contenuta in uno dei "Considerando" che, come chiarito dalla Guida pratica alla redazione degli atti normativi europei, hanno la funzione di motivare le norme contenute nei testi legislativi ma, a differenza degli articoli, *“non contengono enunciati di carattere normativo”* - come reso evidente dall'utilizzo nello stesso testo del condizionale *“dovrebbe”* che non ha evidentemente natura precettiva - lo stesso articolato precisa che non rientra nell'oggetto del Regolamento l'introduzione di un diritto o obbligo ad essere vaccinati e che la discriminazione determinata dal possesso o meno di una



certificazione di vaccinazione va evitata “*per l’esercizio del diritto di libera circolazione o per l’utilizzo di servizi di trasporto passeggeri transfrontalieri quali linee aeree, treni, pullman, traghetti o qualsiasi altro mezzo di trasporto*”.

136. Così circoscritto l’ambito applicativo della previsione, si ritiene che nulla impedisca agli Stati membri di introdurre, per ragioni di sanità pubblica, condizioni più restrittive, che abbiano una finalità legittima e siano con tale finalità proporzionate, in ambiti che, quale quello di specie, non sono oggetto di disciplina unionale (cfr. **Tribunale di Roma, Ordinanza del 23 marzo 2022 emessa nel proc. r.g.n. 6344-1/2022; Tribunale di Roma, Ordinanza del 13 dicembre 2021, emessa nel proc. r.g.n. 55288/21; Tribunale di Roma, sezione lavoro, ordinanza dell’8 dicembre 2021, est. F.R. Pucci; Tribunale di Latina, sezione lavoro, ordinanza del 23 febbraio 2022**).

Il richiamo ai Regolamenti UE 953 e 954 del 2021 appare, dunque, non conferente al caso di specie.

Tra l’altro, giova evidenziare che il Tribunale dell’UE ha rigettato la domanda di sospensione dell’esecuzione del predetto Regolamento UE n. 953/2021 nella causa Abenante ed altri. Secondo il citato Tribunale «*per quanto riguarda l’argomento dei ricorrenti secondo cui la violazione del loro diritto alla libertà di circolazione, qualora non si sottopongono a trattamenti medici invasivi contrari alla loro volontà, comporterebbe una limitazione diretta della loro libertà personale, quale prevista dall’articolo 6 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, nonché della loro libertà professionale e del loro diritto al lavoro, quali previsti dall’articolo 15 della medesima, si deve constatare anzitutto che il possesso dei certificati previsti dal regolamento impugnato non costituisce una condizione preliminare per l’esercizio del diritto di libera circolazione, come risulta dall’articolo 3, paragrafo 6, di tale regolamento. Inoltre, i ricorrenti non producono nessun elemento che consenta di concludere che il regolamento impugnato abbia causato un peggioramento delle loro condizioni di spostamento rispetto alla situazione esistente prima della sua entrata in vigore. In effetti, il regolamento impugnato mira proprio a facilitare l’esercizio del diritto alla libera circolazione all’interno dell’Unione durante la pandemia di COVID-19 mediante la creazione di un quadro per il rilascio, la verifica e l’accettazione di certificati COVID digitali dell’UE*» (cfr. **Ordinanza del Presidente del Tribunale dell’UE del 29 ottobre 2021 resa nella causa T-527/21**).

Per ciò che concerne la conformità delle misure adottate alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), cui fa capo l’organizzazione del Consiglio d’Europa, è sufficiente rilevare che la Corte di Strasburgo ha già avuto modo, in più di un’occasione, di affermare la piena conformità alla Convenzione



stessa delle misure volte a rendere obbligatorio o comunque a raccomandare il ricorso alle vaccinazioni anti Covid-19.

In particolare, con sentenza pubblicata il **9 aprile 2021 (caso “Vavrika e altri c. Repubblica Ceca”)**, la Corte Europea dei diritti dell’Uomo ha avuto modo di definire sei ricorsi proposti nei confronti della Repubblica Ceca. In quella occasione, è stato affermato che le vaccinazioni obbligatorie possono essere considerate “*necessarie in una società democratica*” e non rappresentano una indebita ingerenza nel diritto al rispetto della vita privata e familiare tutelato dall’art. 8 della Convenzione, laddove perseguano un obiettivo legittimo; obiettivo senz’altro rinvenibile nella protezione della salute collettiva e in particolare di quella di chi si trovi in stato di particolare vulnerabilità.

Più precisamente, il secondo paragrafo del citato art. 8 della Convenzione consente di ritenere legittime le predette interferenze purché rispettino rigorosamente determinati criteri: «*Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell’esercizio di tale diritto*” (al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza) “*a meno che tale ingerenza sia prevista dalla legge e costituisca una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell’ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui*”.

Di conseguenza, la Corte EDU ha avuto occasione di precisare che i limiti alla libertà di autodeterminazione e l’ingerenza nella vita privata del singolo causata da una norma che impone l’obbligo di vaccinazione è consentita quando esistano le seguenti condizioni:

i) la previsione di legge, intesa in senso sostanziale non solo come legge primaria, ma anche come atti giuridici di rango inferiore;

ii) gli obiettivi di protezione della salute e dei diritti e libertà altrui, quando è dimostrato che uno Stato adotta misure per proteggersi da gravi perturbazioni della società causate da gravi malattie;

iii) la necessità di tale opzione in una società democratica, con la precisazione che la Convenzione EDU ha solo un ruolo sussidiario, perché non è in grado, come invece i singoli Stati, di valutare le esigenze della popolazione del luogo e le loro condizioni di vita; in altre parole, le questioni di politica sanitaria lasciano spazio alla discrezionalità del legislatore nazionale, che si trova nella posizione migliore per valutare l’equilibrio tra obiettivi da



conseguire, risorse a disposizione ed esigenze sociali, posto che il bilanciamento tra autodeterminazione e obbligo trova differenti declinazioni.

In aggiunta a quanto esposto, la Corte EDU ha poi ulteriormente rilevato la necessità di proteggere la salute di tutti i membri della società, soprattutto di quelli che sono particolarmente vulnerabili rispetto a determinate malattie e per i quali si chiede al resto della popolazione di assumere un rischio minimo in conseguenza della sottoposizione a vaccinazione.

Inoltre, è ben vero che la Risoluzione n. 2361 del 27 gennaio 2021 del Consiglio d'Europa suggerisce una campagna vaccinale non obbligatoria e di *“garantire che nessuno sia discriminato per non essere vaccinato, a causa di potenziali rischi per la salute o per non voler essere vaccinato”*, ma è altresì vero che la «Risoluzione 2361/2021» non è un provvedimento dell'Unione Europea, ma un atto dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (che non è una istituzione della UE) contenente (al paragrafo 7) una *“esortazione”* agli Stati Membri, nel rispetto della loro sovranità, e nel quale, tra l'altro, si imputa alla *«esitazione vaccinale ... la capacità di far deragliare lo sforzo del vaccino Covid-19 finora sorprendentemente veloce e di successo»*, qualificando quest'ultimo come *«lo strumento più efficace al mondo contro la pandemia finora»* (cfr. paragrafo 4).

Tali indicazioni confermano, nell'ambito dell'esercizio del margine di apprezzamento riconosciuto a ciascuno Stato – da reputarsi di particolare ampiezza, in assenza di una disciplina europea interamente condivisa in materia – che ogni limitazione imposta dagli ordinamenti nazionali a coloro i quali non intendano vaccinarsi contro il Covid-19 va ritenuta compatibile con la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo se sussiste una giustificazione oggettiva e ragionevole che ne escluda la natura di discriminazione illegittima ai sensi dell'art. 14 CEDU, esclusione che - per la legislazione italiana - può individuarsi nelle stesse ragioni innanzi evidenziate in riferimento alla disciplina dell'Unione (cfr. Tribunale di Roma, sezione lavoro, ordinanza dell'8 dicembre 2021, est. F.R. Pucci).

137. Alla luce di tutto quanto si è venuto argomentando, gli evocati parametri tratti dal diritto dell'Unione europea appaiono del tutto privi di rilevanza nella fattispecie in questa sede scrutinata e, pertanto, così come non possono giustificare la disapplicazione della pertinente disciplina interna, allo stesso modo non valgono a fondare una domanda risarcitoria, quale quella avanzata dalla controparte. E parimenti le richieste di sollevare questione di costituzionalità della normativa censurata o di rinvio alla Corte di Giustizia appaiono inammissibili o manifestamente infondate.



A ciò deve poi aggiungersi un'ulteriore considerazione.

La responsabilità statale da violazione di norme del diritto Ue è condizionata alla ricorrenza di tre presupposti, chiaramente indicati da **C. di giust. Ue, sent. 19 novembre 1991, cause riunite C-6/90 e C-9/90, “Francovich”**:

- i) la violazione deve riferirsi a disposizioni normative che attribuiscono diritti ai singoli e, quindi, direttamente applicabili o, quantomeno, dotate di “effetti diretti”;
- ii) la violazione stessa deve essere “grave” e “manifesta”;
- iii) deve sussistere un nesso di causalità tra la violazione denunciata e un determinato danno subito dal singolo.

Le notazioni precedenti valgono a escludere il primo presupposto, non potendosi rinvenire all'interno dell'ordinamento Ue, nella specifica materia del contrasto alle epidemie e della organizzazione e gestione del sistema sanitario nazionale, disposizioni dotate di forza cogente e attributive di posizioni di diritto soggettivo ai singoli.

Ad ogni modo, risultano carenti, nella fattispecie qui scrutinata, anche gli ulteriori due requisiti che si sono passati in rassegna, vale a dire:

- i) il carattere “grave” e “manifesto” della violazione censurata, atteso che le misure normative di cui in questa sede si discorre, al pari delle altre misure emergenziali che le hanno precedute, si sono dovute confrontare con una situazione “senza precedenti”, in assenza quindi di esperienze e di parametri normativi sicuri cui fare riferimento;
- ii) parte attrice ha completamente mancato di dimostrare, e invero financo di allegare, che l'asserita lesione dei suoi diritti fondamentali gli abbia cagionato un qualche danno nella sfera non patrimoniale. Di conseguenza, anche il nesso causale che dovrebbe legare il danno in questione alla paventata violazione risulta carente.

In conclusione, la domanda risarcitoria fondata sulla pretesa violazione del diritto dell'Unione europea deve essere rigettata, non emergendo alcuno degli elementi integrativi della fattispecie risarcitoria che si è sopra descritta.

138. Si ricorda anche in questo grado che, oltre ai precedenti citati, il Tribunale Ordinario



di Roma ha già avuto modo di pronunciarsi su questioni simili a quelle sollevate dagli odierni ricorrenti (in alcuni casi si tratta anche dei medesimi soggetti oppure di altri difesi dallo stesso avvocato) dichiarando inammissibili o respingendo le domande azionate; così oltre alle decisioni già richiamate e prodotte in primo grado:

- Tribunale di Roma R.G. 55288/2021 del 13/12/2021;
- Tribunale di Roma R.G. 66061/2020 ordinanza del 23/2/2022;
- Tribunale di Roma R.G. 2022/4864 ordinanza del 31/3/2022;
- Tribunale di Roma - R.G. n. 13273-1/2022 ordinanza del 4/4/2022;
- Tribunale di Roma R.G. 23807/2022 ordinanza in composizione collegiale del 6/6/2022 (conferma ordinanza R.G. 2022/4864 del 31/3/2022);

si richiama e deposita qui l'ordinanza del Tribunale di Roma R.G. n. 6344, n. 54448 del 23/3/22.

Il che giustifica la richiesta di condanna delle controparti al pagamento delle spese di lite anche nel presente grado, condanna che dovrà tenere conto della complessità e rilevanza delle questioni trattate e del relevantissimo impegno difensivo spiegato dalla Scrivente Difesa.

Per tutto quanto sopra esposto, l'Amministrazione in epigrafe, come sopra rappresentata e difesa

CONCLUDE

affinché l'adita Corte di Appello civile, dichiarate inammissibili le domande e deduzioni nuove, nonché inammissibile la nuova produzione documentale, voglia rigettare l'avverso appello e conseguentemente dichiarare inammissibili o infondate le domande qui riproposte, con condanna delle controparti al pagamento delle spese di lite.

Si produce la documentazione già depositata in primo grado, cui si unisce per comodità di consultazione l'ordinanza del Tribunale di Roma R.G. n. 6344, n. 54448 del 23/3/22.

Roma, 3 gennaio 2024

ENRICO DE GIOVANNI, ANCHE PER
BEATRICE GAIA FIDUCCIA
EUGENIO DE BONIS
AVVOCATI DELLO STATO

