

ECC.MA CORTE COSTITUZIONALE

Reg. Ord. n. 76/2022

(Seduta del 29 novembre 2022)

cancelleria@pec.cortecostituzionale.it

**OPINIONE SCRITTA AI SENSI DELL' ART. 6 DELLE NORME INTEGRATIVE
PER I GIUDIZI DAVANTI ALLA CORTE COSTITUZIONALE**

EUNOMIS, Associazione non riconosciuta per la tutela dei diritti fondamentali, con sede in Bologna, Via Dante n. 34, C.F. 91440000379, in persona del Presidente e Legale Rappresentante Andrea Montanari, n. a Bologna il 07/08/66, C.F. MNTNDR66M07A944Q (*cf. verbale di nomina, doc. 1*), rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dagli avvocati cassazionisti Andrea Montanari (C.F. MNTNDR66M07A944Q), Francesco Cardile (C.F. CRDFNC67R25F158A), Giuliano Boschetti (C.F. BSCGLN78L21E435C) del Foro di Bologna, ed elettivamente domiciliata presso lo studio del primo difensore, in Bologna, Via Dante n. 34 (*giusta procura allegata, doc. 2*), dichiarando di voler ricevere le comunicazioni ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata: andreamontanari@ordineavvocatibopec.it, francesco.cardile@pec.it e giulianoboschetti@avvocato.it, espone quanto segue.

PREMESSA

A) con ordinanza del 28/4/22 (in G. U., I S.S. del 6/7/22 n. 27, iscritta nel Registro Ordinanze n. 76/22), il Tribunale di Padova, Sez. Lavoro, nel processo *ex art. 700 c.p.c.*, promosso da B.G. contro O.P.S.A. (R.G. 277/2022), ha disposto la trasmissione degli atti a Co-desta Ecc.ma Corte, dichiarando «*rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale – con riferimento agli articoli 3, 4, 32 e 35 della Costituzione – dell'art. 4-bis, primo comma, e dei commi primo, quarto, quinto e settimo dell'art. 4 del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito con modificazioni dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, e quindi modificato dal decreto-legge 26 novembre 2021, n. 172, a sua volta convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 2022, n. 3, ed infine modificato dal decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24*»;

B) l'art. 6 delle norme integrative per i giudizi davanti alla Corte Costituzionale (*Amici Curiae*) – introdotto con delibera del 22/7/21 in G.U. del 3/11/21, n. 262 – dispone che **le formazioni sociali senza scopo di lucro ed i soggetti istituzionali, portatori di interessi collettivi o diffusi attinenti alla questione di costituzionalità, possono,**

entro venti giorni dalla pubblicazione dell'ordinanza di rimessione, presentare con modalità telematica un'opinione scritta;

C) EUNOMIS è un'associazione non riconosciuta, senza scopo di lucro, composta da medici e altri sanitari sia componenti del Direttivo sia associati (soggetti all'obbligo vaccinale previsto dalla normativa la cui legittimità costituzionale è rimessa alla valutazione di Codesta Ecc.ma Corte), avvocati, imprenditori e liberi cittadini, che persegue finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, svolgendo primariamente la promozione e tutela dei diritti umani fondamentali, civili, sociali, culturali, economici e politici, delle libertà inviolabili e del più generale diritto alla dignità dell'essere umano, e ciò contro ogni forma di discriminazione (*cfr. artt. 2 e 3 Statuto, doc. 3, v. anche www.eunomis.org*);

SI ESPONE

In ossequio ai propri scopi statuari, *EUNOMIS*, in quanto associazione senza scopo di lucro **portatrice di interessi collettivi o diffusi attinenti all'attuale q.l.c. sub judice**, si propone – al fine di fornire un utile contributo in vista della decisione – di sottoporre la seguente opinione scritta.

Il bene della salute è ampiamente tutelato dall'art. 32, co. 1, Cost., non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, che impone piena ed esaustiva tutela in quanto diritto primario assoluto, come da costante giurisprudenza di Codesta Ecc.ma Corte. La tutela della salute implica e comprende anche il dovere dell'individuo di non ledere, né porre a rischio, con il proprio comportamento, la salute altrui.

Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori (TSO), posti in essere anche nell'interesse della persona stessa, senza che peraltro possano essere violati *“i limiti imposti dal rispetto della persona umana”* ex art. 32, co. 2.

La giurisprudenza di Codesta Ecc.ma Corte ha sempre delineato con chiarezza i limiti entro cui possono ritenersi legittimi trattamenti sanitari obbligatori o coattivi a tutela della salute pubblica.

Si è così affermato che detti trattamenti possono essere imposti solo dalla **necessità di salvaguardare contemporaneamente la salute individuale e quella collettiva**, nel senso cioè che l'eventuale conflitto tra la libertà individuale e l'interesse della salute collettiva può essere risolto a favore di quest'ultimo **solo** nei casi in cui la sua tutela **non contrasti ma coincida con la tutela della salute individuale** (Corte Cost. sent. n. 307/90, n. 132/92 e 218/94), oltre che sia finalizzato a **migliorare o a mantenere lo stato di salute dell'assoggettato, ma anche a preservare la salute degli altri** (da ultimo, sentenze n. 5/18 e n. 37/21).

Alla luce della predetta giurisprudenza, deve pertanto ritenersi illegittimo ogni TSO avente come unico fine - sia semplicemente dichiarato che effettivo - la tutela della salute collettiva, senza beneficio o addirittura con danno per la salute del destinatario del trattamento e/o senza beneficio per la salute collettiva.

Deve poi essere salvaguardata sempre la dignità della persona, che comprende il **mantenimento della vita lavorativa** e di relazione compatibile con tale stato (Corte Cost. sent. n. 218/94), con **esclusione quindi di qualsivoglia finalità discriminatoria del trattamento sanitario disposto**.

Richiamati i suesposti principi, veniamo al merito del caso di specie.

Per inquadrare la specifica questione sollevata dal Giudice *a quo* occorre svolgere alcune considerazioni sul tema essenziale, che è quello della soggezione della popolazione ad una vera e propria **attività di sperimentazione** – ancora in corso – **di questi specifici vaccini in punto ad efficacia e sicurezza**.

I vaccini anti Covid-19 di tipo mRNA, ad oggi in uso in Italia, sono tutti sottoposti a monitoraggio addizionale, posto che la loro autorizzazione all'immissione in commercio è "condizionata" ed è pacifico che non se ne conoscono gli effetti a medio-lungo termine (cfr. anche ultime note informative, *alias* bugiardini, *Pfizer* e *Moderna* disponibili sul sito ufficiale ministeriale www.salute.go.it), né tantomeno, come dimostrano i fatti in punto ad efficacia dell'immunizzazione preventiva ai fini della non diffusione del virus, quelli a breve termine.

La stessa EMA (Ag. Europea del Farmaco), Ente regolatore UE, a dimostrazione di quanto sopra, ha pubblicato l'*Allegato I - Riassunto delle caratteristiche del prodotto 'Comirnaty' di Pfizer*, nel quale, **a p. 72**, si dà conto – ai fini dell'«*obbligo specifico di completare le attività post-autorizzative per l'autorizzazione all'immissione in commercio subordinata a condizioni*» – della **necessità di attendere almeno luglio 2024 per la fine dello studio clinico 'C4591007'**, attraverso cui il titolare dell'autorizzazione nella relazione finale potrà confermare o meno **la sicurezza ed efficacia del vaccino** (data che la stessa *Pfizer* ha stabilito al **31/7/24**).

Sempre EMA ha pubblicato l'*Allegato I - Riassunto delle caratteristiche del prodotto 'Spikewax' di Moderna*, nel quale, **a p. 20**, viene analogamente riferito come il titolare dell'autorizzazione dovrà presentare la relazione finale dello studio clinico mRNA-1273-P203 al fine di poter confermare o meno **la sicurezza e l'efficacia** del vaccino (data stimata da *Moderna* al **31/7/24**).

Anche l'ISS (Istituto Superiore di Sanità), nel documento "*I comitati etici prima e dopo il regolamento europeo 536/2014: nuove opportunità e sfide per la ricerca in Italia*", ha precisato che «*L'applicazione del Regolamento UE n. 536/2014 dal 31 gennaio 2022 rende necessario provvedere all'adozione dei provvedimenti previsti dalla Legge n. 3, 11/1/2018, affinché l'assetto regolatorio sia adeguato alle sfide che la nuova organizzazione della sperimentazione clinica impone in ambito comunitario*».

Pertanto, non essendo mai stata comunicata da Ministero Salute, AIFA e ISS, la data di conclusione delle attuali sperimentazioni cliniche ed avendo peraltro - i due produttori - dichiarato unilateralmente che **solo a luglio 2024 saranno confermate o meno la sicurezza e l'efficacia dei loro vaccini**, è ragionevole affermare che, dal gennaio 2021, è in corso **un arruolamento di pazienti ad una sperimentazione di massa**, definita da FDA per gli U.S.A. ed acquisita dal nostro governo come programma *'expanded access'* (o accesso diffuso sulla popolazione).

Considerato che l'autorizzazione condizionata (CMA) è stata concessa ai vaccini mRNA *Pfizer* e *Moderna* rispettivamente in data il 21/12/20 e 6/1/21, e così sulla scorta di dati molti esigui e parziali, mentre **l'autorizzazione completa (AIC) verrà fornita solo dopo che Pfizer e Moderna presenteranno i risultati clinici di sicurezza ed efficacia (solo dopo il 31/7/24)**, e considerato, altresì, in termini di sicurezza, lo si segnala *ad colorandam*, che in detti vaccini sono state inserite sostanze attive mai approvate, né autorizzate, di origine chimica, fortemente cancerogene e proibite ad uso umano, come trascritto negli stessi *Safety Data Sheet* (cfr. **Allegato di valutazione di sicurezza chimica di vaccini Comirnaty e Spikewax**), redatti dalle stesse aziende fornitrici, più che mai sarebbe stato necessario rispettare gli obblighi delle *'procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza'* del DM Min. Salute 30/4/15 (in G.U. n.143 del 23/6/15), attivando l'obbligatoria farmacovigilanza attiva. Ma questa normativa non è stata rispettata, con i risultati che sono ormai sotto gli occhi di tutti.

Inquadrato rapidamente come sopra il fondamentale contesto in cui si inserisce l'ordinanza *a quo*, veniamo ora all'esame delle norme *sub judice*.

Si osservi subito come il DL n. 44/21 sia **un provvedimento di carattere sanitario** e, pertanto, **la sua vigenza sia da ritenersi legittima solo ove** lo stesso trovi riscontro e risulti **ancorato a dati scientifici il più possibile certi ed affidabili**, tanto più se (**nonostante la cessazione dello stato di emergenza dichiarata in data 31/3/22** con il DL n. 24/22) la norma abbia impedito e/o impedisca tuttora di lavorare a moltissimi operatori sanitari, a detrimento, *in primis*, del SSN già in grave sofferenza e *in secundis* di quei medesimi pazienti che si dovrebbero invece proteggere. A detrimento infine di quel **diritto naturale al lavoro, riconosciuto e tutelato quale supremo diritto costituzionale**, dal combinato disposto degli artt. 1, 4 e 3, ma anche dall'art. 36 Cost.

Il DL n. 44/21, invero, introduce **testualmente** un obbligo vaccinale **«per la prevenzione dell'infezione da SARSCoV-2»**; tale locuzione esprime **un assioma di carattere giuridico in evidente contrasto con il dato empirico e scientifico acquisito per cui i vaccini in uso non posseggono alcun effetto sterilizzante**.

Ed infatti, come correttamente evidenziato dal Giudice *a quo*, rappresenta un **fatto notorio la circostanza per cui il sottoposto al ciclo vaccinale, parziale e/o totale, può comunque contrarre il virus e contagiare gli altri** (si cfr. anche l'ammissione al riguardo sul sito ministeriale).

Ma il dato più allarmante, come pure rilevato dal remittente, viene fornito dai *reports* dell'ISS (cfr. *report* ISS 6/4/22, cit. in ordinanza).

Orbene, gli aggiornamenti forniti con **l'ultimo report generato dall'ISS e pubblicato il 15/7/22** (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19-13-luglio-2022>), rivelano **un'efficacia preventiva ancora inferiore**, pari al 37% entro 90 gg. dal completamento vaccinale, 28% tra i 90 e 120 gg. e 45% oltre i 120 gg. 50% nei soggetti vaccinati con *booster*.

Alla luce di tali **dati ufficiali** è arduo sostenere che detto TSO sia funzionale alla tutela della salute pubblica o comunque tale da poter comprimere i diritti individuali fondamentali.

Ne consegue che l'imposizione al lavoratore dell'obbligo vaccinale, non essendo idonea a preservare la salute degli altri, non sembra rispettosa dell'art. 32 Cost.

L'analisi dei dati di incidenza sopracitati chiarisce come, nonostante l'ampia partecipazione alla campagna vaccinale, sia stato accertato un **aumento enorme di contagi** (diagnosticati) e come **non sia stata affatto prevenuta la diffusione epidemica nella popolazione, ovvero l'infezione dell'ospite, rispetto agli obiettivi e agli effetti principali che una vaccinazione dovrebbe perseguire** («*ridurre la possibilità che il vaccinato colonizzi e diffonda alle persone, con cui viene in contatto, i microrganismi patogeni verso cui era stato immunizzato*»: così, BARTOLOZZI G, *Vaccini e Vaccinazioni*, III° ed., Elsevier, 2012).

Sin dall'inizio, la prevenzione della sintomatologia moderata-grave è stata l'obiettivo degli studi su questa vaccinazione nell'analisi dei primi *trials* clinici randomizzati multicentrici, i cui esiti sono stati pubblicati sulle più importanti riviste mondiali, quali *The Lancet*, con riguardo al vaccino *Oxford, AstraZeneca* (VOYSEY et al, 2020) e *New England Journal of Medicine*, quanto ai vaccini *BioNTech-Pfizer* e *Moderna* (POLACK et al, 2020; BADEN et al, 2020).

In questi studi l'obiettivo primario è stato di valutare l'efficacia vaccinale (VE) sui sintomi della malattia (febbre > 37.7°, dispnea, ecc.), confermata da diagnosi virologica con PCR/NAAT (*test* di reazione a catena della polimerasi/*test* di amplificazione degli acidi nucleici).

In particolare, l'efficacia è stata valutata in partecipanti che hanno ricevuto almeno due dosi di vaccino ed è stata calcolata come il complemento a 1 del Rischio Relativo aggiustato ($VE = 1 - RR_{adj}$) di contrarre la malattia nel gruppo dei vaccinati rispetto al gruppo dei non vaccinati.

In pratica, gli studi hanno valutato statisticamente gli effetti della vaccinazione sulla sintomatologia caratteristica della malattia, cioè sui casi di malattia conclamata rilevanti ai fini della salute del singolo e delle risorse dei sistemi sanitari; **ma non sulla intrasmissibilità dell'infezione dell'ospite da SARS-CoV-2.**

Infatti, dopo più di un anno di campagna vaccinale, si è osservato che **l'evoluzione dell'epidemia in termini di incidenza e prevalenza complessive non si è ridotta e,**

anzi, si è assistito ad una ripresa della diffusione dell'infezione virale (v. grafico sotto riportato, dati ISS al 20/7/22), dovuta all'insorgenza di nuove varianti.

Andamento e impatto dell'epidemia in Italia

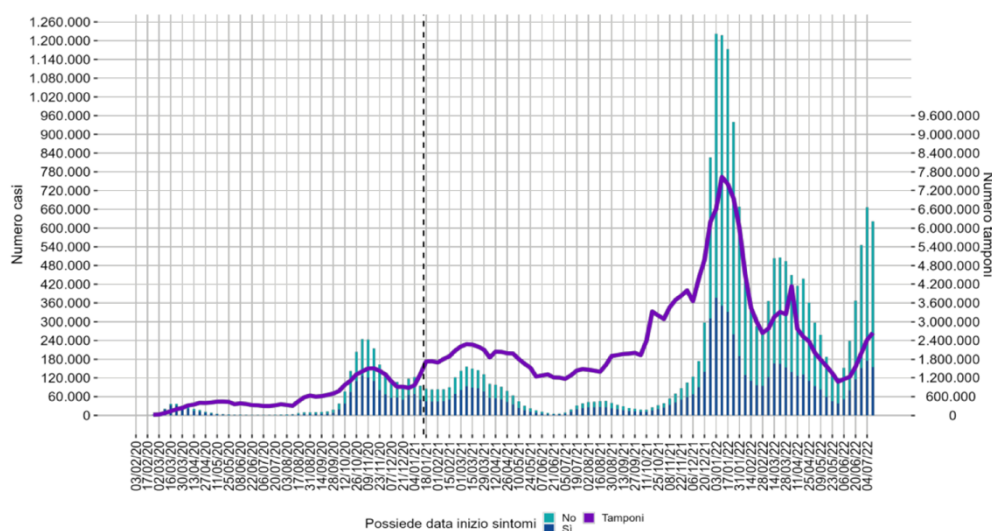


FIGURA 1 - CASI SETTIMANALI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (A SINISTRA) E NUMERO DI TAMPONI SETTIMANALI EFFETTUATI (A DESTRA)

Ad esempio, ad inizio 2022, la variante *Omicron* si è manifestata clinicamente in modo più rapido rispetto alle precedenti, grazie ad un intervallo seriale più breve di 2.2-3.5 giorni (BACKERJA et al, 2022; JANSEN L et al, 2021; KIM D et al 2022), un periodo di incubazione più breve di 2.9-3.2 giorni (JANSEN L et al, 2021; BRANDAL LT et al, 2021; HELMSDAL G et al, 2021), un tasso di attacco secondario più alto (ÁGUILA-MEJÍA JD et al, 2022; LYGSE FP et al, 2021) e significative capacità di fuga immunitaria (BRANDAL LT et al, 2021; LYGSE FP et al, 2021; FERGUSON N et al, 2021).

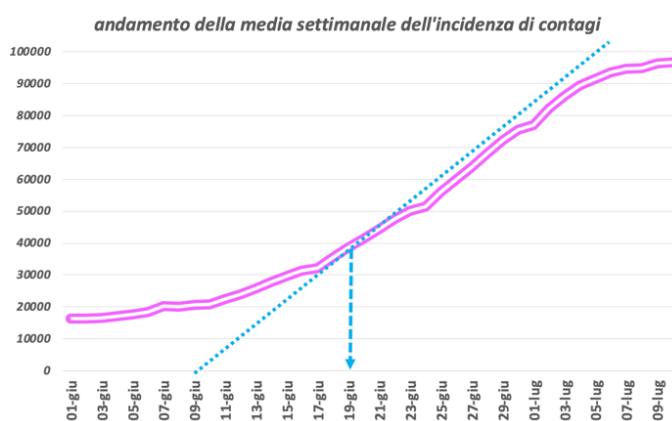
Le indagini preliminari dei primi focolai *Omicron* supportavano l'ipotesi che questa variante fosse molto trasmissibile anche tra le persone completamente vaccinate ¹.

Successivamente, è stato possibile accertare tale ipotesi, osservando i dati epidemiologici: per la sua predominanza caratterizzata da grande trasmissibilità, solo nel mese di gennaio 2022 sono stati diagnosticati in Italia 4.5 milioni di casi confermati (il 42% dei casi totali da inizio pandemia) e riportati al S.S.I (ISTAT al 2/3/22).

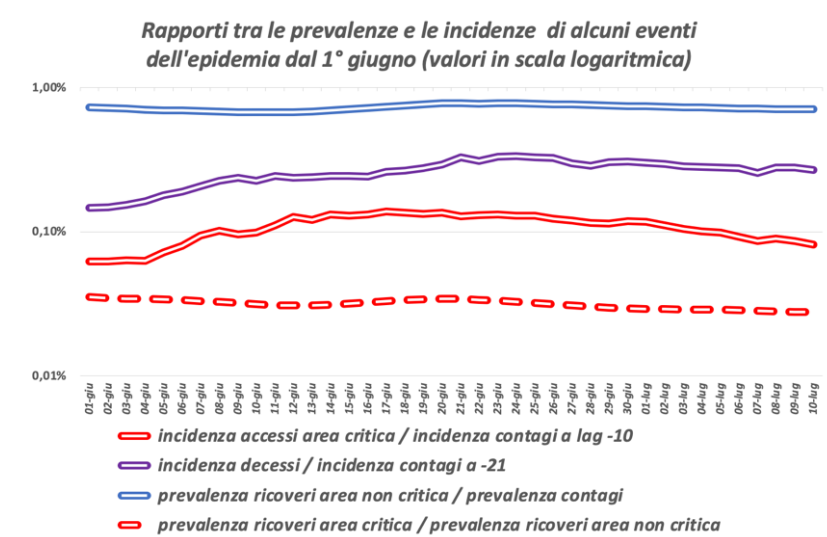
E al 5/1/22 la copertura vaccinale completa (due dosi o una dose di vaccino mono) nella popolazione di età ≥ 5 anni era pari a 80.7%, mentre la copertura vaccinale relativa al *booster* era pari al 37.4% (ISS, 7/1/22).

¹ BRANDAL LT, MACDONALD E, VENETI L, et al *Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin 2021; 26(50). doi: 10.2807/1560-7917.es.2021.26.50.2101147.*

Di recente, in un articolo (<https://epiprev.itblog/made-in-blog/contagiarsi-di-covid-fa-meno-paura-questioni-di-lessico>) pubblicato sull'autorevole rivista medica *Epidemiologia&Prevenzione* dell'AIE (l'Ass. italiana di epidemiologia, maggior punto di riferimento nazionale del settore), ad opera del gruppo MADE (<https://www.epidemiologia.it/i-gruppi-di-lavoro.aie/>) è stato evidenziato che **«le diagnosi di positività sono via via molto cresciute a partire da maggio, con un'accelerazione presente sino al 19 giugno e con un'ondata che dalla media settimanale di 15.700 contagi del 31 maggio si è più che sestuplicata nella media di 96.684 contagi del 10 luglio»** (v. grafico sottostante, fonte gruppo MADE di AIE). È una crescita epidemica che sta durando da quaranta giorni: **«dal 1° giugno al 13 luglio sono state registrate 2.242.471 diagnosi di positività, sono stati assistiti in ospedale pazienti positivi per 262.560 giornate di ricovero, ci sono stati 1.276 nuovi accessi in terapia intensiva e 2.799 deceduti contagiati da Covid»**.



Alla luce di quest'ultimo aumento vertiginoso dei casi **«non sembra che il quadro clinico dell'infezione sia significativamente migliorato in quanto la percentuale dei positivi che hanno necessitato di ricovero e che sono deceduti è rimasta sostanzialmente costante»** (sempre da *Epidemiologia&Prevenzione*, cit., gruppo MADE, da cui è tratto anche il grafico sottostante).



D'altro canto, osservazioni e analisi epidemiologiche ISS riportano che, a partire da inizio gennaio scorso, l'efficacia vaccinale nel prevenire la diagnosi di infezione si attesta al 36% entro 90 gg. dal completamento ciclo, al 27% tra 91 e 120 gg., al 45% oltre i 120 gg. dal completamento ciclo, al 48% nei soggetti vaccinati con *booster* (fonte ISS, al 20/07/22).

L'efficacia vaccinale è calcolata come complemento a 1 del Rischio Relativo di avere una diagnosi di infezione e misura la riduzione percentuale della probabilità di osservare un certo evento tra le persone vaccinate rispetto alle persone non vaccinate.

In pratica, nei vaccinati con ciclo completo e dose *booster* si ha una riduzione del 48% della probabilità di insorgenza della malattia, per quanto per un periodo molto breve.

Queste ultime stime tengono conto solo di fattori quali l'età e la variabilità regionale, ma non di tanti altri fattori di possibile confondimento che possono rendere le medesime stime distorte. Ad esempio, dalle stime dell'efficacia vaccinale sulla diagnosi di infezione soprariportate, chi è 'vaccinato da più di 120 giorni' ha un Rischio Relativo, quindi una riduzione della probabilità di diagnosi maggiore rispetto a chi si è vaccinato da meno giorni (!) e ciò avviene poiché nel modello di analisi dell'efficacia vaccinale non è possibile tener conto del fatto che a gennaio 2022, in virtù di un *exploit* dell'incidenza dei casi per la *Omicron*, diversi soggetti si sono infettati senza aver notificato l'infezione e, avendo acquisito ulteriore protezione immunitaria, hanno determinato un aumento dell'efficacia vaccinale per il loro gruppo di appartenenza.

Inoltre, l'incidenza della diagnosi di infezione confermata dai diversi *test* non equivale alla reale diffusione epidemica, ma **ne è solo una stima**, dato che vi sono anche i casi di infezione asintomatica e quelli non notificati.

Emerge altresì con evidenza come, dinanzi ad **un simile quadro di incertezza su efficacia e conseguenze sanitarie delle inoculazioni**, le misure introdotte nei confronti di alcune categorie di lavoratori risultino **manifestamente sproporzionate** in termini non solo di afflittività, in quanto volte a coartare la volontà **incidendo irragionevolmente** sulla fonte di sostentamento di una persona e, cioè, su un bene primario di assoluta rilevanza costituzionale quale è il lavoro (artt. 1, 4, 35, 36 Cost.), ma anche di ricadute negative sul piano psico-fisico in ragione di un adeguamento non spontaneo e contrario alle proprie convinzioni.

E tutto questo quando invece lo Stato dovrebbe, **oltre che riconoscere il diritto al lavoro a TUTTI i cittadini, anche "promuovere le condizioni che rendano effettivo questo diritto" ex art 4 Cost.**

Il cittadino obbligato si trova dunque, per effetto delle censurate disposizioni, nella condizione di dover scegliere tra il proprio lavoro ed **un intervento sanitario, che – sulla base di fondate ragioni – non convince, rectius**, tra il "**diritto ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa**" (art. 36 Cost.) e ad esprimere socialmente la propria personalità attraverso l'attività lavorativa svolta ("**tutelata in**

tutte le sue forme” recita l’art. 35 Cost.) e il diritto alla salute e alla libertà di scelta terapeutica denegata.

Ad ulteriore sostegno dell’assoluta mancanza di proporzionalità della disposta sospensione lavorativa e della mancata percezione della retribuzione depone anche il rilievo per cui un TSO può essere imposto solo laddove sussista un pericolo per la salute collettiva, dotato di particolare intensità, **non evitabile con misure alternative, quali ad esempio i tamponi**, «*in quanto, in quanto in caso contrario, lo Stato sarà tenuto a porre in essere le diverse misure in grado di evitare il pericolo per la salute collettiva senza il sacrificio della libertà dei cittadini*» (cfr. NEGRONI A.A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in *Forum di Quad. Cost.* n. 2/20, p. 812).

Ferma la pregnante assorbenza di quanto sopra esposto, non può, infine, revocarsi in dubbio la rilevanza del **canone di ragionevolezza** – da tempo considerato espressione del **principio di uguaglianza di cui all’art. 3 Cost.** – per il quale **il legislatore deve regolare in maniera uguale situazioni uguali ed in maniera razionalmente diversa situazioni diverse, in modo che eventuali disparità di trattamento trovino giustificazione nella diversità delle situazioni disciplinate.** Con la conseguenza che il citato principio risulta violato anche quando la legge, **senza un ragionevole motivo**, riservi un trattamento diverso ai cittadini che si trovino in situazioni uguali (sent. C. Cost. n. 15/60 e n. 96/80).

Detto canone comporta, dunque, che a una determinata categoria di persone deve essere imputato **un trattamento giuridico identico od omogeneo**, ragionevolmente commisurato alle caratteristiche essenziali in ragione delle quali è stata definita quella determinata categoria di persone.

Orbene, anche sotto tale ulteriore profilo (violazione dell’art. 3 Cost. per irragionevolezza dell’art. 4-bis, primo comma, nonché dei commi primo, quarto e quinto dell’art. 4, del DL 44/21), il Giudice *a quo* sembra cogliere nel segno.

Posto infatti che la vaccinazione è imposta specificatamente al “lavoratore sanitario”, in teoria, al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell’erogazione delle prestazioni di cura e assistenza (e dunque non a tutela della salute propria, ma di quella delle persone fragili all’interno delle strutture sanitarie), ed associato che il vaccino, sulla base dei dati empirici e scientifici, non offre alcuna garanzia che la persona vaccinata non sia infetta e che non possa trasmettere il virus a terzi, è del tutto lecito concludere che **l’obbligo vaccinale imposto ai lavoratori *de quibus* appaia ex se inidoneo a raggiungere lo scopo che la norma si prefigge**, vale a dire **quello di preservare la salute degli ospiti della struttura sanitaria che li accoglie.**

Di conseguenza, la norma in questione sembra in effetti violare l’art. 3 Cost., nell’accezione *ut supra*, poiché impone al lavoratore un obbligo irragionevole, inutile e pregiudizievole del proprio diritto fondamentale all’autodeterminazione terapeutica *ex art. 32 Cost.*, nonché del suo diritto al lavoro *ex artt. 4 e 35 Cost.*, prevedendo la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione in caso di inadempimento dell’obbligo vaccinale.

Si rammenta, non da ultimo, che anche l'art. 1, in combinato disposto con gli artt. 4 e 35 Cost., esprime **la più ampia tutela, nell'ideale gerarchia dei diritti di rilevanza costituzionale, generata dai Costituenti, al diritto (naturale) al lavoro (non introdotto ma semplicemente "riconosciuto" dalla legge) rispetto agli altri diritti fondamentali.**

Quanto alla q.l.c. del co. 7° dell'art. 4 del medesimo DL n. 44/21, sollevata per contrasto con l'art. 3 Cost., si aderisce integralmente alle argomentazioni del G.I. rimettente.

Conclusivamente e per tutti i motivi sopra esposti, l'associazione *EUNOMIS* ritiene che le censure di costituzionalità sollevate dal Tribunale di Padova con l'ordinanza n. 38 del 28/4/22 appaiano tutte meritevoli di accoglimento.

Bologna/Roma lì, 26 luglio 2022

Con ossequio

Avv. Andrea Montanari

Avv. Francesco Cardile

(anche per Avv. Giuliano Boschetti)

Si allegano:

1-2-3) c.s.