

Prime riflessioni in materia di imposizione vaccinale (asseritamente) anti covid-19

Mario Giambelli Gallotti, 28 gennaio 2021 (*)

Indice del lavoro

1. Il paradigma normativo e i principali arresti giurisprudenziali (pag.2)
 - 1.1 Le norme (pag.2)
 - 1.2 I principali arresti giurisprudenziali (pag. 6)
2. Le attuali conoscenze scientifiche sui vaccini covid-19 (pag. 8)
 - 2.1 Aspetti critici del vaccino mRNA Pfizer (e Moderna) (pag. 9)
 - 2.2 Gli eventi di reazioni avverse concomitanti alla somministrazione dei vaccini (pag. 15)
3. Riflessioni giuridiche e pratiche alla luce dei precedenti paragrafi (pag. 25)
 - 3A La riserva di legge ex art. 32 Costituzione (pag. 25)
 - 3B L'illegittimità costituzionale di un'eventuale legge impositiva dei vaccini in questione (pag. 26)
 - 3C L'assoluta imprescindibilità del consenso informato del paziente (pag. 27)
 - 3D Deontologia medica ed i riflessi disciplinari a cui può esporsi il medico dissenziente (pag. 28)
 - 3E Riflessi del dissenso vaccinale di un lavoratore dipendente sul rapporto di lavoro (pag. 30)

Suggerimenti per la lettura

Il lavoro è suddiviso in 3 paragrafi. I primi due sono a loro volta suddivisi in due capitoli. Il terzo paragrafo è composto da 5 capitoli.

Il primo paragrafo riporta il testo delle principali norme giuridiche, sia di diritto nazionale che internazionale, e gli arresti giurisprudenziali della Corte Costituzionale e della Corte Europea dei diritti dell'uomo riguardanti il tema oggetto di studio (ovvero se l'imposizione - di diritto o di fatto - dei vaccini asseritamente immunizzanti contro l'infezione da virus sars-cov2 e la sua manifestazione patologica denominata covid-19 sia o meno compatibile con il nostro ordinamento giuridico).

Giustifica, sul piano giuridico, le riflessioni svolte nel terzo paragrafo, ma i non giuristi possono tranquillamente rimandarne la lettura, dedicandosi invece attentamente agli approfondimenti del secondo paragrafo, nel quale vengono in primo luogo (cap. 2.1) trattate, con disamina certosina, tutte le criticità dei due vaccini a mRNA attualmente in commercio (con autorizzazione provvisoria e condizionata). Criticità, riguardanti la sicurezza e l'efficacia degli stessi vaccini, desunte, da un lato, dai documenti forniti dall'EMA e dall'AIFA, dall'altro, da

importanti ed autorevoli articoli di letteratura pubblicati su primarie riviste scientifiche di livello mondiale, come Science, Nature, The British Medical Journal e The Lancet. Il secondo capitolo (2.2) del secondo paragrafo consiste invece in una vasta rassegna degli eventi avversi segnalati, in Italia e nel resto del mondo, nelle prime settimane dall'avvio delle vaccinazioni di massa, in concomitanza temporale con la somministrazione ai pazienti dei vaccini in questione.

Il terzo paragrafo è suddiviso in cinque parti. Le prime tre trattano il tema della riserva di legge, prevista dall'art. 32 Cost. per i trattamenti sanitari obbligatori (cap. 3A), dell'illegittimità costituzionale di un'eventuale legge impositiva riguardante i vaccini Pfizer e Moderna attualmente in commercio (cap. 3B) e dell'assoluta imprescindibilità del consenso informato del paziente anche nella denegata ipotesi di una legge impositiva dell'obbligo vaccinale (cap. 3C). Gli ultimi due capitoli trattano invece attentamente (e sempre con riferimento specifico ai vaccini contro il covid-19) due aspetti pratici di estrema attualità: la deontologia medica ed i riflessi disciplinari a cui può esporsi il medico dissenziente (cap. 3D) e gli eventuali riflessi del dissenso vaccinale di un lavoratore dipendente sul rapporto di lavoro pubblico o privato (cap. 3E). In quest'ultimo capitolo vengono riassunte ed esaminate nel dettaglio le tesi dottrinali giuridiche che ritengono sussistere un onere del dipendente di vaccinarsi e che ammettono la possibilità del datore di lavoro di sospendere senza retribuzione o addirittura di licenziare il dipendente renitente alla vaccinazione. Tali tesi vengono confutate e demolite mettendone in luce quattro postulati fallaci e giuridicamente privi di fondamento. Viene parimenti confutata la tesi che riconduce il preteso potere del datore di lavoro alla disciplina degli art.li 279 e 18 del testo unico sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (t.u.s.l.). Viene infine esaminata la posizione specifica degli operatori sanitari.

§§§

1. Il paradigma normativo e i principali arresti giurisprudenziali.

Principalmente rilevano, sul piano del diritto interno, l'art. 32 Cost., l'art. 2087 codice civile, la legge 22 dicembre 2017 n.219, nonché le regole deontologiche delle differenti professioni sanitarie (esamineremo quelle della professione medica, tenendo presente che le riflessioni che seguiranno valgono, mutatis mutandis, anche per le altre professioni).

Quanto alla giurisprudenza, vanno considerate tre importanti pronunce della Corte Costituzionale: la sentenza 20-23 giugno 1994 n.258, la sentenza 18 gennaio 2018 n.5 e la sentenza 23-31 dicembre 2008 n.438.

Sul piano del diritto dei trattati internazionali, appaiono rilevanti la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. Lo sarebbe anche e soprattutto la Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, nota come "Convenzione di Oviedo" del 4 aprile 1997, se non fosse per la sua mancata ratifica da parte dell'Italia (ratifica peraltro autorizzata da una legge del 2001 rimasta tuttavia senza seguito).

Va ricordato che, nella gerarchia delle fonti, i trattati europei costituiscono norme di diritto intermedio, sottordinate alla Costituzione e sovraordinate alle leggi ordinarie dello Stato.

Riporto, qui di seguito, il testo delle norme suddette e indico i principi di diritto pronunciati dalla Corte Costituzionale.

1.1 Le norme (grassetto e sottolineature aggiunte).

Art. 32 Costituzione:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Art. 2087 codice civile:

L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Secondo la Corte di Cassazione, "l'art. 2087 c.c. – che costituisce norma di chiusura del sistema antinfortunistico, la cui operatività non è esclusa, bensì rafforzata dalla sussistenza di norme speciali che dispongano l'adozione di particolari cautele – obbliga l'imprenditore (la cui iniziativa economica non può svolgersi in contrasto con la tutela della salute garantita dall'art. 32 Cost.) ad adottare, ai fini della tutela delle condizioni di lavoro, non solo le particolari misure tassativamente imposte dalle leggi in relazione allo specifico tipo di attività esercitata, nonché quelle generiche dettate dalla comune prudenza, ma anche tutte le altre misure che in concreto si rendano necessarie per la tutela della sicurezza del lavoro in base alla particolarità dell'attività lavorativa, all'esperienza ed alla tecnica, misure per l'individuazione delle quali può farsi riferimento, ove sussista identità di ratio,

anche ad altre norme dettate ad altri fini ancorché peculiari ad attività diverse da quella dell'imprenditore".

(Cassazione civile, 29 marzo 1995 n.3738)

Legge 22 dicembre 2017 n.219

Art. 1 (consenso informato), comma 1:

La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. (nдр: situazioni di emergenza, oppure art. 34 L. 833/1978)

Art. 1, comma 3:

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi [...].

Art. 1, comma 5:

Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento [...].

Art. 1, comma 6:

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale [...].

Art. 1, comma 7:

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

Art. 1, comma 9:

Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

Codice deontologico medico

Art. 3, comma 1:

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

art. 14:

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:

- l'adesione alle buone pratiche cliniche;
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause;
- lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure;
- la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

art. 35:

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.

Giuramento del medico (parte integrante del codice deontologico):

Come componente della professione medica io giuro solennemente di dedicare la mia vita al servizio dell'umanità. La salute e il benessere del mio paziente saranno il mio principale interesse. Rispetterò l'autonomia e la dignità del mio paziente. Manterrò il massimo rispetto della vita umana. Non permetterò che considerazioni riguardanti età, malattia o disabilità, religione, origine etnica, genere, nazionalità, appartenenza politica, razza, orientamento sessuale, posizione sociale, o ogni altro fattore possano interporre tra il mio dovere e il mio paziente. Rispetterò i segreti che mi confida, anche dopo la morte del paziente. Praticherò la mia professione con coscienza e dignità in coerenza con la buona pratica medica. Favorirò l'onore e le nobili tradizioni della professione medica. Darò ai miei maestri, colleghi e studenti, il rispetto e la gratitudine che gli sono dovuti. Condividerò il mio sapere medico per il beneficio del paziente e il progresso delle cure. Curerò la mia salute, il benessere personale e le mie abilità al fine di garantire di offrire il miglior livello di cure. Non farò uso della mia conoscenza medica per violare diritti umani e libertà civili, anche sotto minaccia. Faccio questo giuramento solennemente, liberamente e sul mio onore.

Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo

Art. 8 (Diritto al rispetto della vita privata e familiare):

1. Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza.
2. Non può esservi ingerenza di una autorità pubblica nell'esercizio di tale diritto 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.

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea

Art. 1 (Dignità umana):

La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.

Art. 3 (Diritto all'integrità della persona):

1. Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.
2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:
 - a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;

- b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;
- c) il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro;
- d) il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani.

Art. 52, comma 1 (Portata e interpretazione dei diritti e dei principi):

Eventuali limitazioni all'esercizio dei diritti e delle libertà riconosciuti dalla presente Carta devono essere previste dalla legge e rispettare il contenuto essenziale di detti diritti e libertà. Nel rispetto del principio di proporzionalità, possono essere apportate limitazioni solo laddove siano necessarie e rispondano effettivamente a finalità di interesse generale riconosciute dall'Unione o all'esigenza di proteggere i diritti e le libertà altrui.

Convenzione di Oviedo

Secondo la Corte Costituzionale, in considerazione della situazione di sospensione della procedura di ratifica a livello internazionale a causa del mancato deposito dello strumento di ratifica, l'Italia, malgrado la L. n. 145 del 28 marzo 2001, non può ancora dirsi parte della stessa convenzione, la quale pertanto non può essere considerata in se stessa diritto vigente in Italia.

La Corte di Cassazione ha tuttavia rilevato che dalla mancata ratifica non consegue che la Convenzione sia priva di alcun effetto nel nostro ordinamento, in quanto all'accordo – valido sul piano internazionale, ma non ancora eseguito all'interno dello Stato – può assegnarsi una funzione ausiliaria sul piano interpretativo: esso dovrà cedere di fronte a norme interne contrarie, ma può e deve essere utilizzato nell'interpretazione di norme interne al fine di dare a queste una lettura il più possibile ad esso conforme (Cass. 16 ottobre 2007 n.21748).

Si riportano pertanto le norme della convenzione che possono riguardare le questioni qui trattate.

Art. 1 (Oggetto e finalità):

Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. Ogni Parte prende nel suo diritto interno le misure necessarie per rendere effettive le disposizioni della presente Convenzione.

Art. 2 (Primato dell'essere umano):

L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza.

Art. 5 (Consenso - Regola generale):

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

Art. 16 (Tutela delle persone che si prestano ad una ricerca):

Nessuna ricerca può essere intrapresa su una persona a meno che le condizioni seguenti non siano riunite:

I) non esiste metodo alternativo alla ricerca sugli esseri umani, di efficacia paragonabile,

II) i rischi che può correre la persona non sono sproporzionati in rapporto con i benefici potenziali della ricerca,

III) il progetto di ricerca è stato approvato da un'istanza competente, dopo averne fatto oggetto di un esame indipendente sul piano della sua pertinenza scientifica, ivi compresa una valutazione dell'importanza dell'obiettivo della ricerca, nonché un esame pluridisciplinare della sua accettabilità sul piano etico,

IV) la persona che si presta ad una ricerca è informata dei suoi diritti e delle garanzie previste dalla legge per la sua tutela,

V) il consenso di cui all'articolo 5 è stato donato espressamente, specificamente ed è stato messo per iscritto. Questo consenso può, in ogni momento, essere liberamente ritirato.

Art. 26 (Restrizione all'esercizio dei diritti):

1) L'esercizio dei diritti e le disposizioni di tutela contenute nella presente Convenzione non possono essere oggetto di altre restrizioni all'infuori di quelle che, previste dalla legge, costituiscono delle misure necessarie, in una società democratica, alla sicurezza pubblica, alla prevenzione delle infrazioni penali, alla protezione della salute pubblica o alla protezione dei diritti e libertà altrui.

2) Le restrizioni di cui all'alinea precedente non possono essere applicate agli articoli 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 e 21.

1.2I principali arresti giurisprudenziali (grassetti e sottolineature aggiunte)

Corte Costituzionale 20-23 giugno 1994 n.258

(
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1994&numero=258>):

Nel paragrafo 4 di questa importante sentenza, la Corte richiama “i principi già enunciati sui limiti e condizioni di compatibilità dei trattamenti sanitari obbligatori con il precetto costituzionale del diritto alla salute”, di cui all’art. 32 della Costituzione, e ribadisce come tale norma “**postuli il necessario contemperamento del diritto alla salute del singolo** (anche nel suo contenuto negativo di non assoggettabilità a trattamenti sanitari non richiesti od accettati) **con il coesistente e reciproco diritto di ciascun individuo** (sentenza 1994 n. 218) e con la salute della collettività (sentenza 1990 n. 307)”.

In quest’ottica, il Giudice delle leggi torna a precisare che “**la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l’art. 32 della Costituzione**” ove però ricorrano le seguenti condizioni:

I) qualora "il trattamento sia diretto non solo a **migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**". Aggiunge la Corte che “è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale (cfr. sentenza 1990 n. 307)”;

II) ove si preveda che il trattamento imposto "non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (sentenza 1990 n. 307);

III) “se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio - ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica - sia prevista comunque la corresponsione di una <<**equa indennità**>> **in favore del danneggiato** (cfr. sentenza 307 cit. e v. ora legge n. 210/1992). E ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria, la quale <<trova applicazione tutte le volte che le concrete forme di attuazione della legge impositiva del trattamento o di esecuzione materiale di esso non siano accompagnate dalle cautele o condotte secondo le modalità che lo stato delle conoscenze scientifiche e l'arte prescrivono in relazione alla sua natura>> (sulla base dei titoli soggettivi di imputazione e con gli effetti risarcitori pieni previsti dall'art. 2043 c.c.: sentenza n. 307/1990 cit.)”.

Corte Costituzionale 18 gennaio 2018 n.5

(
https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:T:COST:2018:5):

Nel paragrafo 8.2.1 di questa più recente sentenza, la Corte, richiamando i principi esposti nei propri arresti n.307/1990 e n.258/1994, ribadisce che “la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l’art. 32 Cost.: se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; se si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria (sentenze n. 258 del 1994 e n. 307 del 1990)”.

Corte Costituzionale 23-31 dicembre 2008 n.438

(
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2008&numero=438>):

Al paragrafo 4 del “considerato in diritto”, la Corte osserva che “**il consenso informato**, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «**la libertà personale è inviolabile**», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»”.

“Numerose norme internazionali”, ricorda la Corte, “prevedono la necessità del **consenso informato** del paziente nell'ambito dei trattamenti medici”. In particolare, oltre all'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176, “l'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145 [...], prevede che «un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato»; l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, sancisce, poi, che «ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica» e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato, tra

gli altri, «il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge».

“La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico”, prosegue il Giudice delle leggi, “si evince, altresì, da diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: ad esempio, dall'art. 3 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati), dall'art. 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nonché dall'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto da una legge”.

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

Corte Europea dei diritti dell'uomo 9 luglio 2002, Salvetti c. Italia domanda n. 42197/98

(<https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-22636%22%5D%7D>):

Con tale decisione - preceduta dall'analoga decisione Matter c. Slovacchia del 5 luglio 1999, § 64, non pubblicata – la Corte ha ritenuto che “le vaccinazioni obbligatorie come trattamenti medici non volontari costituiscano un'interferenza con il diritto al rispetto della vita privata come garantito dall'articolo 8 § 1” della Convenzione Europea.

2. Le attuali conoscenze scientifiche sui vaccini covid-19.

I vaccini (asseritamente) anticovid a tutt'oggi immessi sul mercato dell'UE sono quelli Pfizer e (da pochi giorni) Moderna.

Il vaccino **Pfizer**, denominato Comirnaty (il primo ed attualmente il più utilizzato in Italia), è stato sottoposto a monitoraggio addizionale, essendo stata rilasciata un' **autorizzazione “subordinata a condizioni”** (Pfizer dovrà fornire, nella tempistica stabilita, **ulteriori informazioni sulla sicurezza ed efficacia del vaccino** ed è tenuta a fornire dati supplementari, informazioni aggiuntive, dati di validazione, nonché, entro dicembre 2023, la relazione finale sullo studio clinico relativo allo studio C4591001 randomizzato, controllato verso placebo, in cieco per l'osservatore), “alla luce della dichiarata emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale e al fine di garantire una fornitura tempestiva”, sino al 31 agosto 2021.

Anche il vaccino **Moderna** è sottoposto a monitoraggio addizionale e la relativa autorizzazione è subordinata a condizioni, analogamente a quanto stabilito per il vaccino Pfizer. La relazione finale dovrà essere depositata entro il mese di dicembre 2022.

Si tratta dunque di vaccini a tutti gli effetti sperimentali. La fase tre non è stata conclusa. E' solo cominciata in fase preliminare. I dati forniti dalle aziende produttrici sono dati preliminari, per definizione poco affidabili sul piano statistico. Ne consegue che **l'idea che i vaccini possa evitare al 94-95% degli adulti di sviluppare la malattia covid-19 è sostanzialmente azzardata e priva di riscontri affidabili.** In seguito alle pressioni dei vari governi, le agenzie del farmaco delle varie nazioni si sono affrettate ad autorizzarne l'immissione in commercio, accettando i dati di Pfizer e Moderna.

Il **direttore del Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie** ha invece affermato che il vaccino a base di mRNA è **potenzialmente pericoloso** (<https://www.money.it/vaccino-mRNA-non-convince-Cina-possibili-rischi-salute>), mentre il primo ministro australiano ha dichiarato che **l'Australia non prenderà scorcio e non userà il vaccino sinché non avrà dati certi.**

Tutti i contratti firmati dall'UE con le aziende farmaceutiche sono stati secretati. (v. **Byoblu**)

Solo in questi giorni l'UE ha parzialmente tolto la segretezza sul contratto per il vaccino CureVac. Vaccino che deve ancora essere approvato dall'Agenzia europea del farmaco, ma che è di tipo mRNA come quelli di Pfizer e Moderna, i cui contratti restano tutt'ora coperti dal segreto.

Dalla lettura del contratto firmato dall'Ue con la casa farmaceutica tedesca Curevac e **reso pubblico ieri sul sito della Commissione, si apprende “graziosamente” che il vaccino contro il covid-19 potrebbe non funzionare o essere poco sicuro, mentre resta incerto chi pagherà in caso di effetti indesiderati.**

Il testo del contratto afferma testualmente:

“le parti riconoscono che le tempistiche di sviluppo accelerate per fornire la sperimentazione clinica e il programma di monitoraggio concordato con l’Agenzia europea del farmaco (Ema) significano che il contraente (ossia Curevac) in nessuna circostanza può garantire o assumersi alcuna responsabilità che il prodotto sarà finalmente disponibile o produrrà i risultati desiderati, cioè mostra un’efficacia sufficiente per prevenire un’infezione da Covid-19, o sarà privo di effetti collaterali inaccettabili e che la somministrazione del prodotto sarà pertanto condotta sotto la responsabilità esclusiva degli Stati membri partecipanti”.

Clausola contrattuale di gravità inaudita, dalla quale sorge il dubbio che la sperimentazione del farmaco - che, per “le tempistiche di sviluppo accelerate”, non si è potuta condurre e concludere con i normali crismi stabiliti dalle leggi in materia, volti ad assicurare la volontarietà della stessa ed il monitoraggio attivo dei volontari che vi si sottopongono – sarà condotta, di fatto, sulla massa di “volontari a loro insaputa” che dall’avvio delle vaccinazioni di massa si faranno vaccinare.

K.Nig.: Violata la norma fondamentale (v. Corte Cost.) del consenso informato

Come se la fase IV della sperimentazione fosse “incorporata” nella fase III, quale parte integrante di quest’ultima.

(<https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2021/01/20/vaccino-curevac-lue-desecreta-il-contratto/6071678/>)

Trattandosi di vaccino dello stesso tipo di quelli Pfizer e Moderna (parimenti sviluppati con tempistiche accelerate), è ragionevole dubitare che i relativi contratti, tuttora secretati, contengano analoghe clausole.

2.1 Aspetti critici del vaccino mRNA Pfizer (e Moderna)

a) Dalla semplice lettura del “riassunto delle caratteristiche del prodotto” fornito dall’EMA, si ricava che:

- “l’efficacia, la sicurezza e l’immunogenicità del vaccino non sono state valutate nei **soggetti immunocompromessi**, compresi quelli in terapia immunosoppressiva.

L'efficacia di Comirnaty potrebbe essere inferiore nei soggetti immunocompromessi”;

- **“la durata della protezione offerta dal vaccino non è nota**; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla”. Non sappiamo quindi quanto duri la copertura. Per assodato postulato scientifico **non potrà essere superiore a quella offerta dall'immunizzazione naturale** (dei soggetti che hanno contratto il covid-19), che la dottoressa dell'Oms, Maria van Kerkhove, in un briefing sul Covid-19, ha indicato in **6-8 mesi sulla base di alcuni studi recenti** (<https://www.tgcom24.mediaset.it/mondo/oms-chi-ha-contratto-il-coronavirus-immune-per-6-8-mesi-27372937-202102a.shtml>). E' dunque certo che sarà richiesta una ripetuta iniezione di altre dosi, o l'inoculazione di altri vaccini, incrementando la possibilità di eventi avversi;

- “la vaccinazione con Comirnaty potrebbe non proteggere tutti coloro che lo ricevono”;

- **“non sono stati effettuati studi d'interazione” con altri medicinali** e non è stata studiata “la somministrazione concomitante di Comirnaty con altri vaccini”. **Gli anziani e tutti coloro che fanno regolarmente uso di farmaci per il trattamento delle loro patologie non possono quindi avere la più pallida idea di cosa vanno incontro vaccinandosi; (v. Mazzucco)**

- “i dati relativi all'uso di Comirnaty in **donne in gravidanza** sono in numero limitato. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale. La somministrazione di Comirnaty durante la gravidanza deve essere presa in considerazione solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali rischi per la madre e per il feto” (affermazione assai curiosa, essendo studiati i rischi sui ratti e non sugli esseri umani ed essendo i “potenziali benefici” basati su dati preliminari di limitata robustezza statistica). Peraltro, la nota informativa allegata al modulo di consenso, che viene consegnata in Italia a chi si sottopone alla vaccinazione, al punto 4 avverte chiaramente che **“il vaccino non può essere somministrato alle donne in gravidanza e in fase di allattamento”**;

- “non è noto se Comirnaty sia escreto nel latte materno”;

- la **“fertilità”** (femminile e maschile) **non è stata studiata sugli esseri umani**, ma solo sulle femmine di ratto;

- **“non sono stati condotti studi di genotossicità o sul potenziale cancerogeno”**;

- “la sicurezza e l'efficacia di Comirnaty nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a 16 anni non sono state ancora stabilite. I dati disponibili sono limitati”;

- la stragrande maggioranza dei soggetti del sottogruppo placebo della sperimentazione non ha contratto il Covid nel periodo di osservazione (circa 100

giorni) successivo alla somministrazione della dose 2, così come la stragrande maggioranza dei soggetti vaccinati. I casi confermati (162 per il sottogruppo placebo e 8 per il sottogruppo vaccinati, su poco più di 18.000 partecipanti per ogni sottogruppo) sono stati stabiliti con la tecnica RT PCR, notoriamente soggetta ad un consistente rischio di falsa positività e falsa negatività (come ha recentemente sottolineato la stessa OMS: <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users>), e in base alla presenza di almeno 1 sintomo compatibile con covid-19, come tosse, febbre, mal di gola, brividi, dolore muscolare, ecc. (e, quindi, altrettanto compatibile con altre malattie, influenzali o simil-influenzali). I dati pubblicati non precisano quanti tamponi siano stati fatti, né a chi. Non si può pertanto escludere che alcuni casi di covid-19 nel sottogruppo dei vaccinati siano passati inosservati, poiché i sintomi erano in buona parte sovrapponibili a quelli del vaccino. I dati, inoltre, non indicano il tasso di malati asintomatici. Omissioni che non permettono di capire se i vaccinati siano stati davvero protetti dal virus e in che misura.

Relativamente al campione considerato, meno dell'1% dei soggetti placebo ha quindi contratto il covid-19 nei circa 100 giorni di osservazione. In termini assoluti ciò significa che per i non vaccinati il maggior rischio di contrarre il covid-19, nel periodo osservazionale di 100 giorni, è stato pari allo 0,8% (162 meno 8 = 154 su 18.325 soggetti). La riduzione del rischio di contrarre il covid-19 per i vaccinati (nello stesso arco temporale) è stato dunque inferiore all'1% (e precisamente lo 0,8%). Il dato del 95% comunicato dalla Pfizer si riferisce pertanto al "rischio relativo": esso non significa che un soggetto, se non si vaccina, si ammala sicuramente. Significa invece che per lui il rischio aggiuntivo di ammalarsi è pari circa allo 0,8%.

Il dato di efficacia annunciato da Pfizer e da Moderna (per la quale vale lo stesso ragionamento di cui sopra) è dunque statisticamente inattendibile, privo di robustezza, se non addirittura campato per aria;

- "sono stati segnalati casi di anafilassi. Devono essere sempre immediatamente disponibili trattamento e assistenza medica adeguati nel caso di comparsa di una reazione anafilattica in seguito alla somministrazione del vaccino. Dopo la vaccinazione si raccomanda un attento monitoraggio per almeno 15 minuti. Non somministrare la seconda dose del vaccino a soggetti che abbiano manifestato anafilassi alla prima dose di Comirnaty";

- "in associazione alla vaccinazione possono verificarsi reazioni correlate all'ansia, incluse reazioni vasovagali (sincope), iperventilazione o reazioni correlate allo stress, come risposta psicogena all'iniezione con ago. È importante che vengano adottate precauzioni per evitare lesioni da svenimento".

b) Nella precitata “nota informativa” allegata al modulo di consenso, oltre a quanto sopra segnalato per le donne in gravidanza ed in fase di allattamento, si legge che:

- le reazioni avverse molto comuni (che possono interessare più di 1 paziente su 10) sono tutti i sintomi associati al covid-19 (stanchezza, mal di testa, dolori muscolari, brividi, dolori articolari, febbre, ingrossamento dei linfonodi);
- sono state segnalate “alcune rare gravi reazioni allergiche in seguito alla somministrazione del vaccino” al di fuori dagli studi clinici. Tali reazioni ne includono, oltre all’orticaria, alcune molto pericolose, quali gonfiore del viso, della lingua o della gola e difficoltà di respirazione;
- “non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza”. Affermazione gravissima, soprattutto alla luce di un’ipotizzata imposizione vaccinale.

c) Nell’edulcorata (e resa differente, in difetto, rispetto al più completo documento dell’EMA, altro fatto gravissimo che potrebbe assumere rilevanza sul piano della responsabilità penale e civile qualora determinasse un’omessa o incompleta informativa fornita al paziente all’atto della vaccinazione) scheda dell’AIFA denominata “vaccinazione anti covid-19 con vaccino Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty) FAQ AIFA” è riportato che:

- gli studi a disposizione non hanno ancora chiarito se coloro che vengono vaccinati possano o meno essere contagiosi per gli altri;

- ancora **non si sa se la vaccinazione impedisca solo la manifestazione della malattia o anche il trasmettersi dell’infezione** (e, come vedremo appresso, gli studi di fase III in corso non sono impostati per dimostrarlo). Ragion per cui **“essere vaccinati non conferisce un <<certificato di libertà>> ma occorre continuare ad adottare comportamenti corretti e misure di contenimento del rischio di infezione”**.

k.Nig.: i vaccinati possono essere contagiosi come i non vaccinati. Quindi il vaccino non impedisce la continuazione del contagio. Chi non si vaccina, non sta mettendo in pericolo gli altri più dei vaccinati. Quindi, chi sostiene la tesi dell’irresponsabilità di chi non vuol farsi vaccinare, è un idiota.

Se gli individui vaccinati fossero effettivamente contagiosi, le indicazioni ministeriali che individuano i medici e gli operatori sanitari come i primi soggetti da vaccinare sarebbero pericolosamente controproducenti, potendo esse

determinare l'insorgenza di focolai negli ospedali e nelle RSA ([residenza sanitaria assistenziale](#)).

Ipotesi, quest'ultima, tragicamente venuta alla ribalta in questi giorni **all'Ospedale Murri di Fermo, costretto a chiudere pochi giorni dopo aver vaccinato tutto il personale.**

(Mazzucco, è avvenuto in una ventina di RSA)

Sono infatti 71, tra sintomatici ed asintomatici, gli operatori sanitari risultati positivi ai test, di cui 9 medici e 40 infermieri, oltre a operatori oss e tecnici di radiologia della struttura ospedaliera, posti tutti in isolamento: “si è deciso di trasferire 20 pazienti attualmente in attesa di ricovero presso il pronto soccorso di Fermo negli ospedali delle altre aree vaste. Mentre si sta provvedendo rapidamente alla sanificazione, viene comunque garantita la funzionalità del dipartimento materno infantile, l'area oncologica, il dipartimento di salute mentale, la gastroenterologia, la nefrologia e dialisi, i servizi radiologici e di laboratorio oltre a tutte le attività territoriali e di prevenzione” ha assicurato l'assessore alla Sanità Filippo Saltamartini, che il 19 gennaio scorso ha presieduto un incontro operativo a Fermo con la direttrice generale dell'Asur Marche, il direttore dell'Area vasta 4, il Direttore Medico della Direzione Ospedaliera e altri medici. La situazione è attentamente monitorata e sono state coinvolte le strutture delle aree vaste limitrofe. A risultare ridotti, sono i servizi di chirurgia, urologia, ortopedia e otorino, salvo le urgenze emergenze e interventi in codice A, che vengono regolarmente garantiti.

L'Ospedale Murri è l'unico presidio della Provincia di Fermo;

- “la durata della protezione non è ancora definita con certezza perché il periodo di osservazione è stato necessariamente di pochi mesi, ma le conoscenze sugli altri tipi di coronavirus indicano che la protezione dovrebbe essere di almeno 9-12 mesi”. Previsione assai ottimistica, ma del tutto improbabile se, come segnalato dall'OMS, l'immunità naturale data dalla malattia ha una durata inferiore.

d) Uno studio dei prof. Akiko Iwasaki e Yexin Yang pubblicato su Nature ed intitolato “Il potenziale pericolo di risposte anticorpali subottimali per il COVID-19”, pone seri dubbi sugli effetti e sulla sicurezza di un farmaco a mRNA. “C'è un disperato bisogno di terapie e vaccini efficaci per SARS-CoV-2 per mitigare la crescente crisi economica che è derivata dal blocco sociale. I vaccini vengono sviluppati a una velocità senza precedenti e sono già in sperimentazione clinica, senza test preclinici per la sicurezza e l'efficacia. Tuttavia, la valutazione della sicurezza dei vaccini candidati non deve essere trascurata”.

<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6>

Un vaccino basato su questa tecnica equivale ad una manipolazione epigenetica di cui non si conosce la durata, né se esistono recettori delle nostre cellule che possano essere attaccati dalla risposta anticorpale che il farmaco è in grado di scatenare. Non è nemmeno possibile ipotizzare dove questo materiale genetico vada a finire. Il vaccino a mRNA stimola infatti la formazione della proteina spike del virus e induce nel paziente la formazione dei relativi anticorpi. Non sono stati effettuati studi sulla sicurezza ed efficacia in rapporto allo stato di reattività di base della persona ricevente: non si sa cosa può accadere nel tempo se la persona è iporeattiva o iperreattiva (con possibile incremento del rischio di sviluppare malattie autoimmuni).

e) Un altro studio, pubblicato su Nature da Wen Shi Lee, Adam K. Wheatley, Stephen J. Kent e Brandon J. DeKosky ed intitolato “Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies”, segnala che “Farmaci e vaccini a base di anticorpi contro la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) sono stati accelerati attraverso lo sviluppo preclinico e clinico. I dati dello studio su SARS-CoV e altri virus respiratori suggeriscono che gli anticorpi anti-SARS-CoV-2 potrebbero esacerbare COVID-19 attraverso il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE). Precedenti studi sui vaccini contro il virus respiratorio sinciziale e il virus dengue hanno rivelato rischi per la sicurezza clinica umana correlati all'ADE, con il risultato di fallimenti nelle sperimentazioni sui vaccini”. Nello studio vengono descritti “i meccanismi chiave dell'ADE” e vengono discusse “le strategie di mitigazione per i vaccini e le terapie SARS-CoV-2 in fase di sviluppo”, nonché “i dati pubblicati di recente per valutare i rischi e le opportunità per la protezione basata su anticorpi contro SARS-CoV-2” (<https://www.nature.com/articles/s41564-020-00789-5>).

E' inoltre accertato che la sequenza mRNA del vaccino assomiglia ad una proteina presente nel nostro corpo (sincitina) indispensabile per la procreazione, permettendo essa la formazione della placenta ed impedendo che il feto sia aggredito dal sistema immunitario della madre. Il pericolo di alterare la capacità procreativa è dunque concreto, sebbene non esistano studi in materia.

e bis) Il 28 ottobre 2020, Timothy Cardozo (Dipartimento di Biochimica e Farmacologia Molecolare, NYU Langone Health, New York, NY, USA) e Ronald Veazey (Divisione di Patologia Comparata, Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio, Scuola di Medicina dell'Università di Tulane, Tulane National Primate Research Center, Covington, LA, USA) hanno pubblicato su “Pub-Med” uno studio avente lo scopo di determinare se esistesse una letteratura sufficiente per

richiedere ai medici di rivelare il rischio specifico che i vaccini covid-19 possano peggiorare la malattia in seguito all'esposizione a virus provocati o circolanti. Gli autori hanno rivisto la letteratura pubblicata per identificare le prove pre-cliniche e cliniche che i vaccini covid-19 possano peggiorare la malattia in caso di esposizione a virus provocati o circolanti. I protocolli degli studi clinici per i vaccini covid-19 sono stati riesaminati per determinare se i rischi fossero adeguatamente divulgati.

Dallo studio è risultato che i vaccini covid-19, progettati per suscitare anticorpi neutralizzanti, possono sensibilizzare i destinatari del vaccino verso una malattia più grave di quella che potrebbero contrarre se non fossero stati vaccinati. I vaccini per SARS, MERS e RSV non sono mai stati approvati e i dati generati nello sviluppo e nella sperimentazione di questi vaccini suggeriscono una seria preoccupazione meccanicistica: che i vaccini progettati empiricamente, utilizzando l'approccio tradizionale (costituito dal picco virale del coronavirus non modificato o minimamente modificato per suscitare anticorpi neutralizzanti) - siano essi composti da proteine, vettore virale, DNA o RNA e indipendentemente dal metodo di somministrazione - possono peggiorare la malattia COVID-19 tramite il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE).

E' inoltre emerso che questo rischio è sufficientemente oscurato nei protocolli di sperimentazione clinica e nei moduli di consenso per gli studi in corso sul vaccino covid-19. È improbabile, quindi, che si verifichi un'adeguata comprensione di questo rischio da parte del paziente.

Dallo studio, gli autori traggono perciò la conclusione che il rischio specifico e significativo [che il vaccino possa peggiorare la malattia] covid-19 [tramite il potenziamento anticorpo-dipendente] (ADE) avrebbe dovuto essere e dovrebbe essere divulgato, in modo prominente e indipendente, ai soggetti di ricerca attualmente in sperimentazione sui vaccini, nonché a quelli reclutati per le sperimentazioni e ai futuri pazienti dopo approvazione del vaccino, al fine di soddisfare lo standard di etica medica di comprensione del paziente per il consenso informato. Il richiesto consenso sulla somministrazione dei vaccini anti covid-19 non può pertanto dirsi sufficientemente "informato".

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33113270>

f) Un ulteriore studio, pubblicato su Science il 1 gennaio 2021 da Jop de Vrieze ed intitolato "Il vaccino di Pfizer solleva preoccupazioni di allergia" segnala che gravi reazioni di tipo allergico nelle persone che hanno ricevuto, nel dicembre 2020, il vaccino COVID-19 prodotto da Pfizer e BioNTech potrebbero essere dovute a un composto nella confezione dell'RNA messaggero (mRNA) che costituisce

l'ingrediente principale del vaccino. Anche il vaccino mRNA simile, sviluppato da Moderna, contiene il composto polietilenglicole (PEG). Il PEG non è mai stato usato prima in un vaccino approvato, ma si trova in molti farmaci, alcuni dei quali hanno occasionalmente scatenato l'anafilassi, una reazione potenzialmente pericolosa per la vita. Alcuni allergologi e immunologi ritengono che un piccolo numero di persone precedentemente esposte al PEG possa avere alti livelli di anticorpi contro di esso, mettendoli a rischio di una reazione anafilattica al vaccino (<https://science.sciencemag.org/content/371/6524/10.long>). Lo studio è stato preceduto da un altro analogo ed estremamente interessante dello stesso autore, il quale, oltre a spiegare come il PEG può scatenare la reazione anafilattica, avverte che “gli studi clinici sui vaccini di Pfizer e Moderna, che hanno coinvolto decine di migliaia di persone, non hanno riscontrato eventi avversi gravi causati dal vaccino. Ma entrambi gli studi hanno escluso persone con una storia di allergie ai componenti dei vaccini COVID-19; Pfizer ha anche escluso coloro che in precedenza avevano avuto una reazione avversa grave da qualsiasi vaccino. Le persone con precedenti reazioni allergiche al cibo o ai farmaci non sono state escluse, ma potrebbero essere state sottorappresentate” (<https://www.sciencemag.org/news/2020/12/suspicious-grow-nanoparticles-pfizer-s-covid-19-vaccine-trigger-rare-allergic-reactions>).

g) Nello studio in attesa di pubblicazione “Vaccino Covid-19: The Worst Case Scenario” della dott.ssa Kira Smith si afferma: “Il vaccino BioNTech/Pfizer BNT162b2 è composto da un RNA avente 4284 nucleotidi, suddivisi in 6 sezioni, che portano le informazioni per creare una fabbrica di proteine S Spike, quelle usate dal Sars-CoV-2 (Covid-19) per infettare il soggetto. Dopodiché, queste proteine vengono dirette al di fuori della cellula, facendo scattare la reazione immunitaria e la produzione di anticorpi.

Il problema è la pesante alterazione dell'mRNA: l'Uracile viene sostituito per ingannare il sistema immunitario, le lettere di tutte le triplette di codoni vengono sostituite da una C o una G, per aumentare la velocità di produzione delle proteine all'estremo, sostituzione di alcuni aminoacidi con la Prolina, l'aggiunta di una sequenza misteriosa (3'-UTR), unito allo splicing alternativo, ovvero possibilità di errori di traduzione della sequenza e sintesi delle proteine; esse non vengono prodotte uguali, ma leggermente diverse. Tutto ciò può essere causa di molte malattie ereditarie e vari tipi di tumore, dalla nascita alla loro crescita, fino alla responsabilità delle metastasi.

In sostanza, ciò che verrà creato è tutt'altro che ben definito come proteina S Spike: basta un errore di trascrizione, produzione errata di aminoacidi, quindi di proteine,

per provocare gravi danni a lungo termine alla salute umana, nonostante il DNA non venga modificato, essendo invece nel nucleo cellulare e non nel citoplasma, ove arriva l'mRNA modificato.

Tuttavia, in questo caso, la correlazione tra velocità di sintesi ed espressione proteica, oltre al meccanismo che potrebbe inficiare la traduzione della sequenza restano oscuri, in quanto molti trials sono proprietari di BioNTech/Pfizer” (https://zenodo.org/record/4399633#.X_yTr-hKiUn).

h) Peter Doshi, editore associato del The British Medical Journal, dopo aver esaminato i protocolli di studio di fase III resi disponibili nel mese di settembre 2020, ha pubblicato, sulla stessa prestigiosa rivista scientifica, due articoli collegati nei quali, posto che un vaccino antivirale deve fare “due cose... in primo luogo, ridurre la probabilità di ammalarsi gravemente e andare in ospedale, e due, prevenire l'infezione e quindi interrompere la trasmissione della malattia”, denuncia che “nemmeno gli attuali studi di fase III sono stati impostati per dimostrarlo. Nessuno degli studi attualmente in corso è progettato per rilevare una riduzione di esiti gravi come ricoveri ospedalieri, uso di cure intensive o decessi. Né i vaccini vengono studiati per determinare se possono interrompere la trasmissione del virus”. Ed aggiunge che le prove di efficacia e sicurezza sono insoddisfacenti: “La storia mostra molti esempi di gravi eventi avversi da vaccini immessi sul mercato in periodi di enormi pressioni e aspettative. Ci sono stati vaccini antipolio contaminati nel 1955, casi di sindrome di Guillain-Barré nei destinatari di vaccini antinfluenzali nel 1976 e narcolessia legata a una marca di vaccino antinfluenzale nel 2009. L'individuazione di eventi avversi rari gravi richiederà lo studio di decine di migliaia di pazienti, ma questo requisito non sarà soddisfatto dall'adozione precoce di un prodotto che non ha completato la sua valutazione di prova completa”. Precisa inoltre che negli studi di fase III non sono stati arruolati anziani fragili (“che si ritenga moriranno in numero sproporzionato sia per l'influenza che per il covid-19”) in numero sufficiente “per determinare se il numero di casi è ridotto in questo gruppo” e che, pertanto, “ci possono essere poche basi per presumere beneficio in termini di ricoveri ospedalieri o mortalità. Qualunque sia la riduzione dei casi osservata nella popolazione complessiva dello studio (la maggior parte dei quali può essere tra adulti sani), questo beneficio potrebbe non applicarsi alla sottopopolazione anziana fragile e poche vite potrebbero essere salvate. Questo è difficile da valutare negli studi attuali perché ci sono grandi divari nei tipi di persone che vengono arruolate negli studi di fase III (tabella 1). Nonostante il reclutamento di decine di migliaia, solo due studi stanno arruolando bambini di età inferiore ai 18 anni. Tutti escludono le persone immunocompromesse e le donne

incinte o che allattano, e sebbene gli studi stiano arruolando persone anziane, pochi o forse nessuno degli studi sembrerebbe essere progettato per rispondere in modo definitivo se c'è un beneficio in questa popolazione, nonostante la loro ovvia vulnerabilità al covid-19". "I dati degli studi dovrebbero essere presenti per tutte le popolazioni target". Il vaccinologo Paul Offit ammonisce che, <<se non disponiamo di dati adeguati nel gruppo di età superiore ai 65 anni, la persona di età superiore ai 65 anni non dovrebbe ricevere questo vaccino, il che sarebbe un peccato perché sono quelli che hanno maggiori probabilità di morire da questa infezione>> ed afferma: <<Dobbiamo generare quei dati. Non riesco a vedere come qualcuno - il Data and Safety Monitoring Board o il FDA Vaccine Advisory Committee, o i responsabili delle decisioni della FDA - possa mai consentire che un vaccino venga raccomandato per quel gruppo senza avere dati adeguati>>. Alla domanda che dà il titolo al secondo dei due articoli, ovvero "I vaccini covid-19 salveranno vite?", l'editorialista del BMJ risponde perciò in modo tanto realistico, quanto sconcertante: "Le prove attuali non sono progettate per dircelo" (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037>) (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058>).

i) Una vera e propria **bomba** è infine esplosa tra gli addetti ai lavori (ed è stata ovviamente taciuta dai media, per tener quieta la massa smaniosa di fare la cavia umana) il 4 gennaio scorso, quando, sempre sul **British Medical Journal** è stato pubblicato un altro editoriale di Peter Doshi dal titolo "Peter Doshi: Pfizer and Moderna's "95% effective" vaccines—we need more details and the raw data" (Pfizer e Moderna "95% di efficacia" – abbiamo bisogno di dettagli e dati grezzi). Oggi, afferma l'autore (professore di ricerca sui servizi sanitari farmaceutici dell'Università del Maryland), sono disponibili due pubblicazioni su riviste e circa 400 pagine di dati di riepilogo sotto forma di più rapporti presentati da e alla FDA prima dell'autorizzazione di emergenza dell'agenzia per il vaccino mRNA di ciascuna azienda.

Tutta l'attenzione – scrive Doshi – si è concentrata sui risultati di efficacia ma per quanto riguarda Pfizer questi numeri sono pesantemente condizionati da una categoria di malattia chiamata "sospetto covid-19", chi in sostanza è risultato sintomatico al covid-19 ma la cui positività non è stata confermata dalla PCR, ossia dal tampone molecolare. Secondo il rapporto della FDA sul vaccino della Pfizer, ci sono stati "3.410 casi totali di covid-19 sospetti ma non confermati nella popolazione complessiva dello studio, 1.594 si sono verificati nel gruppo vaccino contro 1816 nel gruppo placebo".

“Con 20 volte più casi sospetti rispetto a quelli confermati – osserva Doshi – questa categoria di malattia non può essere ignorata semplicemente perché non c’è stato un risultato positivo del test PCR. Anzi, questo rende ancora più urgente capire. Una stima approssimativa dell’efficacia del vaccino contro lo sviluppo di sintomi di covid-19, includendoli tra i positivi, porterebbe a una riduzione del rischio relativo del 19%, molto al di sotto della soglia di efficacia del 50% per l’autorizzazione fissata dalle autorità di regolamentazione”. L’editore ammette che alcuni di questi casi di sintomatologia non confermata possano derivare dagli effetti collaterali del vaccino nella prima settimana, ma osserva: “Anche dopo aver rimosso i casi verificatisi entro 7 giorni dalla vaccinazione (409 sul vaccino Pfizer vs 287 sul placebo), che dovrebbe includere la maggior parte dei sintomi dovuti alla reattogenicità del vaccino a breve termine” (cioè la capacità di indurre effetti collaterali e reazioni indesiderate), **“l’efficacia del vaccino rimane bassa: 29%”**.

Pertanto, se chi ha sviluppato la sintomatologia ma non ha avuto le conferme dal tampone rientrasse nella categoria dei positivi al Covid, l’efficacia del vaccino Pfizer sarebbe meno di un terzo di quella dichiarata del 95%. “Se molti o la maggior parte di questi casi sospetti riguardassero persone che avevano un risultato del test PCR falso negativo, ciò diminuirebbe drasticamente l’efficacia del vaccino”.

“C’è una chiara necessità di dati per rispondere a queste domande, ma il rapporto di 92 pagine di Pfizer non menzionava i 3410 casi di “sospetto covid-19”. Né la sua pubblicazione sul New England Journal of Medicine. Nemmeno i rapporti sul vaccino di Moderna. L’unica fonte che sembra averlo riferito è la revisione della FDA del vaccino della Pfizer”, scrive l’editorialista.

“Un altro motivo per cui abbiamo bisogno di più dati è analizzare un dettaglio inspiegabile trovato in una tabella della revisione della FDA del vaccino di Pfizer: 371 individui esclusi dall’analisi di efficacia per “importanti deviazioni del protocollo entro o prima di 7 giorni dopo la dose 2”. Ciò che preoccupa è lo squilibrio tra i gruppi randomizzati nel numero di questi individui esclusi: 311 dal gruppo del vaccino contro 60 del placebo. Quali erano queste deviazioni dal protocollo nello studio di Pfizer e perché c’erano cinque volte più partecipanti esclusi nel gruppo del vaccino? Il rapporto della FDA non lo dice”, osserva Peter Doshi.

Dopo aver rimarcato la scarsa trasparenza dei comitati di aggiudicazione dell’evento primario, quelli che hanno contato i casi covid-19 (“il protocollo Pfizer afferma che tre dipendenti Pfizer hanno svolto il lavoro”. Tre membri dello staff Pfizer!), Doshi conclude rimarcando che, **per affrontare le molte domande aperte su questi studi sarebbe necessario accedere ai dati grezzi dello studio, ma che sino ad ora nessuna azienda sembra aver condiviso tali dati con terze parti**

(<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>).

2.2 Gli eventi di reazioni avverse concomitanti alla somministrazione dei vaccini ad oggi segnalati.

Questo capitolo contiene un semplice elenco di alcuni tra i moltissimi eventi avversi in coincidenza temporale con le somministrazioni vaccinali asseritamente anticovid.

Relazione casuale o causale?

Ovviamente le autorità quasi sempre smentiscono la relazione causale, affermando che manca la prova. E se si fossero scordati di cercarla?

a) Pubblicati pochi giorni fa i dati sugli eventi avversi al vaccino Covid negli Stati Uniti aggiornati al 7 gennaio 2021.

Sono state segnalate 6758 sospette reazioni avverse.

1386 vaccinati hanno avuto necessità dell'intervento del pronto soccorso o terapia intensiva.

66 persone sono decedute tra cui una donna di 65 anni residente in Florida, vaccinata con il vaccino Pfizer il 30 dicembre in buone condizioni di salute e deceduta il 1 gennaio, una donna di 50 anni del Nebraska vaccinata con il vaccino Moderna il 31 dicembre e morta nello stesso giorno per arresto cardiaco e una donna di 58 anni del Kentucky trovata morta nella sua abitazione il 4 gennaio, sei giorni dopo la somministrazione del vaccino Moderna.

767 casi che hanno avuto bisogno dell'intervento del pronto soccorso si riferiscono alla fascia di età tra i 17 e i 44 anni.

Report dei 6758 eventi avversi:

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=AGE&EVENTS=ON&VAX%5B0%5D=COVID19&VAXTYPES%5B0%5D=COVID-19&fbclid=IwAR3z5IOgcM9XHVeVBl3Q279w0-zQ0VmZDxDA2R-sBK7NKFnfPRC5nKKaFKA>

Report dei 1386 eventi avversi che hanno determinato interventi ospedalieri di emergenza:

https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=AGE&EVENTS=ON&VAX%5B%5D=COVID19&VAXTYPES%5B%5D=COVID-19&ER_ED_VISIT=Yes

Report dei decessi:

[https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=ON&PAGENO=1&VAX\[\]=COVID19&VAXTYPES\[\]=COVID-19&DIED=Yes](https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=ON&PAGENO=1&VAX[]=COVID19&VAXTYPES[]=COVID-19&DIED=Yes)

Report eventi avversi gravi:

[https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=AGE&EVENTS=ON&VAX\[\]=COVID19&VAXTYPES\[\]=COVID-19&SERIOUS=ON](https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=AGE&EVENTS=ON&VAX[]=COVID19&VAXTYPES[]=COVID-19&SERIOUS=ON)

a2) L'ente di farmacovigilanza USA VAERS ha aggiornato i dati sugli eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino Covid. Al 15 gennaio 2021 risultano 181 decessi

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=AGE&EVENTS=ON&VAX%5B0%5D=COVID19&DIED=Yes>

Di seguito alcuni casi segnalati:

1. Donna di 50 anni residente nello Stato del Nebraska. Vaccinata con vaccino Covid Moderna il 31 dicembre 2020, viene colpita da grave reazione anafilattica. Decesso in data 31 dicembre 2020.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=918518>

2. Donna di 32 anni residente nello Stato di New York. Vaccinata il 28 dicembre 2020 con vaccino Covid Moderna, il giorno dopo avverte tosse. In seguito sviluppa afasia ed emiparesi del lato sinistro. Ricoverata in ospedale con diagnosi Covid positiva, viene intubata e muore per insufficienza respiratoria il 4 gennaio 2021.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=939050>

3. Uomo di 28 anni residente nello Stato del New Jersey. Vaccinato con vaccino Covid Pfizer il 23 dicembre 2020, il giorno previsto per la seconda dose, 11 gennaio 2021, è stato trovato esanime sul posto di lavoro in ospedale. Le pupille erano fisse e dilatate. Arresto cardiaco e decesso.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=943397>

4. Uomo di 25 anni residente nello Stato del Kentucky. Vaccinato con vaccino Moderna il 22 dicembre 2020, l'uomo è stato trovato privo di vita nella propria abitazione l'11 gennaio 2021.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=936805>

5. Donna di 41 vaccinata con vaccino Covid Pfizer il 30 dicembre 2020. È stata trovata a letto senza vita dal suo partner il 1 gennaio 2021 all'ora di pranzo. Il medico ha segnalato il caso per morte improvvisa due giorni dopo la somministrazione del vaccino.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=923219>

6. Uomo di 43 anni residente nello Stato di New York. Vaccinato con vaccino Moderna l' 8 gennaio 2021, è stato dichiarato il decesso per morte improvvisa il giorno successivo, 9 gennaio 2021, alle 12:42.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=933578>

7. Uomo di 45 anni residente nello Stato del Wisconsin. Vaccinato con vaccino Moderna il 28 dicembre 2020, è stato trovato senza vita a casa circa 24 ore dopo. Ora stimata del decesso: le 18:00 del 29 dicembre 2020.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=929764>

8. Donna di 51 anni residente nello Stato del Michigan. Vaccinata con vaccino Pfizer il 5 gennaio 2021, l'8 gennaio viene portata in pronto soccorso per grave aneurisma cerebrale. Decesso in data 10 gennaio 2021.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=938118>

9. Uomo di 51 anni residente nello Stato della Virginia. Vaccinato con vaccino Moderna il 7 gennaio 2021. L'uomo era affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva con fibrosi polmonare che si è aggravata dopo la vaccinazione. Ricoverato in ospedale il giorno stesso della vaccinazione, nei giorni successivi le condizioni sono peggiorate fino al decesso il 12 gennaio 2021 alle 23:25.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=946293>

10. Donna di 52 anni residente nello Stato delle Hawaii. Vaccinata con vaccino Moderna alle ore 12.15 dell'8 gennaio 2021, muore per attacco cardiaco due ore dopo, alle ore 14.15. La donna era cardiopatica ed era stata colpita da infarto che le aveva causato un'afasia e un'emiparesi del lato sinistro.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=930910>

11. Donna di 54 anni residente nello Stato dell'Ohio. Vaccinata con vaccino Pfizer l'8 gennaio 2021, è colpita da reazione anafilattica. Alla tre del mattino del 9 gennaio è stata portata in ospedale per grave difficoltà respiratoria. Sottoposta a ventilazione, è deceduta alle ore 1:30 del 10 gennaio 2021.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=933739>

12. Uomo di 54 anni residente nello Stato della California. Vaccinato con vaccino Pfizer il 4 gennaio 2021, ha iniziato a non sentirsi bene e a casa è andato subito a letto. In seguito, il fratello riferisce che l'uomo, dopo aver mangiato, ha vomitato ed era pallido. La notte successiva ha continuato a non stare bene e ad aver problemi respiratori. Sono stati chiamati i servizi di pronto soccorso, che hanno rilevato parametri nella norma e hanno somministrato farmaci steroidi non specificati e altri farmaci per il vomito. L'uomo si è un po' calmato la sera ma si è svegliato in stato di agitazione alle 6:00 del mattino ed affermava di non riuscire a respirare. Il fratello ha trovato l'uomo senza vita la mattina del 6 gennaio 2021 alle 10:15.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=934968>

13. Uomo di 54 anni residente nello Stato della California. Vaccinato con vaccino Pfizer l'8 gennaio 2021, il giorno dopo ha avvertito un dolore addominale costante. È stato colpito da arresto cardiaco e conseguente decesso il 9 gennaio 2021, a distanza di un giorno dalla somministrazione del vaccino.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=942106>

14. Donna di 56 anni dello Stato del Sud Dakota. Vaccinata con vaccino Moderna l'8 gennaio 2021, è stata trovata morta nella sua residenza il giorno dopo, 9 gennaio 2021.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=935511>

15. Donna di 58 anni dello Stato di Washington. Vaccinata con vaccino Pfizer il 4 gennaio 2021 alle ore 9:00 presso il suo luogo di lavoro, Medical Center. Circa un'ora dopo la somministrazione del vaccino ha avvertito vampi di calore, nausea e sensazione di svenimento. Verso le 15:00 appare stanca e alle 16:00 a casa di amici si lamenta di avere caldo e difficoltà respiratoria. Poco dopo ha perso conoscenza ed è deceduta lo stesso giorno della vaccinazione.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=921768>

16. Donna di 66 anni residente nello Stato di New York. Vaccinata con vaccino Pfizer l'11 gennaio 2021, la donna è stata colpita da arresto cardiaco e conseguente decesso 20 minuti dopo la somministrazione del vaccino.

<https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=940955>

b) L'EudraVigilance, la banca dati europea per la gestione e l'analisi delle segnalazioni di sospette reazioni avverse ai medicinali autorizzati, ha aggiornato al 22 gennaio 2021 il report sugli eventi avversi rilevati in Europa al vaccino Covid di Pfizer/BioNtech Tozinameran (nome durante la sperimentazione: BNT162b2; nome commerciale: Comirnaty).

Sono stati segnalati 16.479 eventi avversi, di cui 13.317 nella fascia di età tra 18 e 64 anni.

Di 13.846 casi è stato già registrato il Paese di provenienza della segnalazione.

Lo Stato con più eventi avversi è l'Italia con 4.783 casi.

Altri Paesi con migliaia di eventi avversi segnalati sono il Regno Unito (2.352 casi), la Spagna (1.350 casi) e la Germania (1.270 casi).

5.133 casi sono stati classificati come "gravi".

Tra gli eventi più frequenti riportati ci sono i disturbi di carattere generale e relativi al sito di somministrazione (7.019 casi di cui 3.147 gravi), disturbi del sistema nervoso (4.466 casi di cui 2.224 gravi), disturbi del tessuto muscoloscheletrico e connettivo (3.200 casi di cui 1.286 gravi) e disturbi gastrointestinali (2.492 casi di cui 1.247 gravi).

c) Ennesima epidemia di covid in una casa di cura dopo la somministrazione del vaccino.

Ad Auburn, cittadina americana della contea di Cayuga nello Stato di New York, nella struttura residenziale The Commons on St. Anthony, a partire dal 22 dicembre sono stati sottoposti a vaccinazione Covid 193 ospiti e 113 dipendenti. Nelle ultime due settimane è scoppiato un focolaio di Covid che ha causato 137 contagi e 24 decessi: <https://www.syracuse.com/coronavirus/2021/01/covid-19-outbreak-at-auburn-nursing-home-infects-137-residents-kills-24.html>

d) Grave sindrome infiammatoria multisistemica in un giovane israeliano sottoposto a vaccinazione Covid.

Un giovane israeliano di 23 anni, sottoposto alla prima dose del vaccino Covid mentre era positivo al virus e asintomatico, è stato ricoverato presso l'ospedale Hadassah Ein Karem Medical Center di Gerusalemme a causa di una sindrome infiammatoria multisistemica che potrebbe causare gravi danni cardiaci. Secondo il personale sanitario, l'uomo aveva contratto il virus prima della vaccinazione ed in questi casi è possibile una risposta infiammatoria al vaccino. Il direttore dell'unità Covid dell'ospedale, professor Dror Mevorach, ha affermato che si tratta del primo caso del genere al mondo e che, sulla base di questo episodio, bisognerebbe essere molto cauti nel vaccinare persone che hanno contratto il coronavirus.

<https://www.israelhayom.com/2021/01/10/israeli-vaccinated-for-covid-while-positive-for-virus-hospitalized-with-rare-reaction/>

e) Infermiera necessita di terapia intensiva dopo la vaccinazione Covid a Città del Messico.

Martha Evelyn Tlazalo Rueda, infermiera all'ospedale Belisario Domínguez de la Sedesa di Città del Messico, dopo la vaccinazione Covid ha iniziato ad avvertire febbre, mal di testa e vomito. Nelle ore successive si è manifestata una grave difficoltà respiratoria. Giovedì ha cercato assistenza presso l'ospedale Belisario Domínguez de la Sedesa dove lavora, ma non le hanno dato un letto fino a dopo le 20:00 di venerdì. L'infermiera necessitava fin da subito della terapia intensiva ma i medici erano in attesa delle dimissioni in quel reparto di un altro paziente, fratello del direttore dell'ospedale Jose' Navarro Robles. Secondo la testimonianza di un'infermiera, Martha Evelyn Tlazalo Rueda non è stata portata in terapia intensiva perché il direttore non ha acconsentito alle dimissioni del fratello. È stata ricoverata al pronto soccorso e successivamente in ginecologia. I medici stanno cercando di stabilizzarla con l'ossigeno portatile ma la saturazione è diminuita.

<https://www.google.it/amp/s/elmira.es/10/01/2021/una-enfermera-con-sintomas-de-coronavirus-poco-despues-de-vacunarse/amp/>

f) Nei giorni scorsi sono stati segnalati altri eventi avversi al vaccino Covid Pfizer tra i dipendenti dell'ospedale di Monclova nello Stato di Coahuila (Messico), dopo l'encefalomielite che ha colpito la dottoressa Karla Cecilia Perez Osorio. Un'infermiera di 33 anni, Aracely Paloma, è stata ricoverata nel centro di alta specializzazione a Monterrey nello Stato del Nuevo León, dopo aver avvertito un grave intorbidimento alle gambe successivo alla somministrazione del vaccino Covid Pfizer/BioNtech. Il referente governativo delle vaccinazioni Covid , Fernando Gutierrez Perez, afferma che l'infermiera dopo la vaccinazione è stata colpita anche da eruzioni cutanee, crisi convulsive e difficoltà respiratorie. Nello stesso ospedale altri eventi avversi al vaccino Covid sono stati segnalati nei confronti di un altro medico e di un impiegato alle cucine.

<https://www.google.it/amp/s/www.infobae.com/america/mexico/2021/01/09/nuevo-caso-de-reaccion-alergica-por-vacuna-contra-covid-19-en-coahuila-enfermera-fue-hospitalizada-pero-esta-estable/%3foutputType=amp-type>

g) Secondo caso segnalato di paralisi di Bell (paralisi facciale) in Italia dopo vaccinazione Covid. La reazione grave è avvenuta all'ospedale Mazzini di Teramo (il primo caso è stato riscontrato 5 giorni fa a L'Aquila) e l'infermiera sottoposta al vaccino è ricoverata in ospedale: <https://www.certastampa.it/cronaca/42326-covid-paralisi-facciale-dopo-la-somministrazione-del-vaccino-ad-una-infermiera-e-ricoverata-in-ospedale.html>

h) Un uomo di 42 anni è morto nella città di Bhopal (India) dopo aver partecipato al trial del nuovo vaccino Covid Covaxin della Bharat Biotech.

<https://www.hindustantimes.com/cities/bhopal-news/days-after-participating-in-covid-19-vaccine-trial-man-dies-in-bhopal-101610188518474.html>

i) Intubato nel reparto di terapia intensiva (ICU) dello Stato di Nizza, è in cura il vice direttore dell'ospedale "Thrasios" di Atene. Christos Pilalis ha sviluppato una grave infezione respiratoria e le sue condizioni sono rapidamente peggiorate. È stato sottoposto ad una serie di esami, dai quali non è stato determinato cosa abbia causato l'infezione. La situazione si è complicata dopo che è stato vaccinato contro il CoViD-19 il 28 dicembre e poco dopo è stato intubato".

<https://cityperugia.com/vice-direttore-dellospedale-di-atene-intubato-dopo-vaccino-anti-covid-negativo-al-nuovo-coronavirus/>

l) Aumenta il numero di decessi tra gli anziani sottoposti al vaccino Covid in Norvegia

Sabato 16 gennaio l'Agencia del Farmaco Norvegese comunica che 29 anziani sono deceduti poco dopo la vaccinazione.

I dati norvegesi suggeriscono che il vaccino Covid potrebbe essere troppo pericoloso per persone anziani e fragili

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-01-16/norway-vaccine-fatalities-among-people-75-and-older-rise-to-29>

m) L'agenzia del farmaco norvegese segnala i gravi rischi del vaccino Covid della Pfizer sugli anziani dopo il decesso di 23 persone.

È la prima volta che un'agenzia del farmaco di un Paese europeo esprime dubbi così gravi sul vaccino Covid

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-01-15/norway-warns-of-vaccination-risks-for-sick-patients-over-80?>

n) Una donna israeliana di 75 anni è morta nella città di Lidda mercoledì poche ore dopo la vaccinazione Covid. Il Ministero della Salute dichiara di voler aprire un'indagine sull'accaduto. Si tratta del terzo caso di decesso dopo poche ore dal vaccino Covid in Israele nell'arco di tre settimane.

Gli altri due casi riguardano il decesso di un uomo di settantacinque anni della città di Beit She'an e un anziano di ottantotto anni.

<https://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/294861>

o) Professore Eric Caumes, infettivologo e responsabile del reparto di malattie infettive, nel più importante ospedale parigino, la Pitié Salpêtrière:

"mai visto una frequenza così elevata di effetti indesiderati con un vaccino".

https://www.radioclassique.fr/magazine/articles/pfizer-jamais-vu-une-frequence-aussi-elevee-deffets-indesirables-pour-un-vaccin-assure-eric-caumes/#.X_xxewSOOfBI.facebook

p) Un giovane operatore sanitario di Harrisonville nel Missouri è stato colpito da una grave reazione avversa al vaccino Covid Moderna. L'operatore sanitario in passato aveva sviluppato una reazione allergica ai coloranti di contrasto per risonanza magnetica. Pochi minuti dopo la vaccinazione, il braccio sede dell'inoculo si è gonfiato ed è diventato rosso. Portato in pronto soccorso si sono gonfiati viso e labbra e il giovane operatore ha perso conoscenza. Si è svegliato solo dopo 30 ore attaccato ad un ventilatore. Ora lo studio legale Maglio, Christopher & Toale, specializzato in danni da vaccino, sta gestendo la pratica di indennizzo ma sta incontrando numerosi ostacoli perché la nuova vaccinazione Covid non è compresa

nel Programma Nazionale di Indennizzo per i Danni da Vaccinazione istituito negli USA nel 1986.

<https://www.google.it/amp/s/fox4kc.com/tracking-coronavirus/important-information-to-know-after-metro-healthcare-worker-suffers-severe-allergic-reaction-from-covid-19-vaccine/amp/>

q) Oltre 100 reazioni avverse al vaccino Covid Pfizer segnalate in pochi giorni dai medici olandesi.

In Germania almeno dieci decessi a breve distanza dalla somministrazione vaccinale.

<https://112.international/society/dutch-medics-report-over-100-cases-of-side-effects-after-inoculation-with-pfizer-vaccine-58154.html>

r) L'ultimo report della farmacovigilanza israeliana segnala 13 casi di paralisi facciale dopo la somministrazione del vaccino Covid.

<https://www.rt.com/news/512736-israel-facial-paralysis-13-covid-vaccine/>

s) In India, una grave reazione allergica al vaccino Covid Covaxin ha colpito una guardia di sicurezza a New Delhi con immediato ricovero.

https://www.google.it/amp/s/m.economictimes.com/news/politics-and-nation/security-guard-administered-covid-vaccine-admitted-at-aiims-after-developing-allergic-reaction/amp_articleshow/80306496.cms

t) Un uomo di 66 anni, residente in Colorado, ha accusato sonnolenza ed è rimasto a letto un giorno dopo aver ricevuto il vaccino di Moderna. La mattina seguente, il giorno di Natale, l'uomo "è stato osservato a letto immobile, pallido, con gli occhi semiaperti e la schiuma che usciva dalla bocca e non rispondeva", afferma il rapporto VAERS "Non respirava e non aveva polso."

In un altro caso, ad un uomo di 93 anni del Sud Dakota è stato iniettato con il vaccino Pfizer-BioNTech il 4 gennaio intorno alle 11:00. Circa due ore dopo, ha detto di essere stanco di non poter continuare la seduta di riabilitazione che stava facendo. È stato riportato nella sua stanza, dove ha riferito pesantezza alle sue gambe. Subito dopo ha smesso di respirare.

https://m.theepochtimes.com/55-people-died-in-us-after-receiving-covid-19-vaccines-reporting-system_3659152.html/amp

u) Una grave reazione allergica al vaccino Covid ha colpito un'infermiera di 35 anni ieri a Calcutta. Subito dopo la somministrazione del vaccino, la giovane operatrice sanitaria ha perso conoscenza ed è stato necessario il ricovero in terapia intensiva.

<https://www.google.it/amp/s/www.outlookindia.com/website/amp/india-news-nurse-loses-consciousness-after-taking-covid-vaccine-in-kolkata-admitted/370791>

v) Palermo, focolai all'Ospedale Cervello e al Policlinico: 42 contagiati. Tutti gli operatori sanitari dell'ospedale Cervello erano stati vaccinati con la prima dose ed erano in attesa del richiamo.

https://palermo.repubblica.it/cronaca/2021/01/16/news/focolai_al_cervello_e_al_policlinico_35_contagiati-282793739/

w) Una donna di Houston, nel Texas, a cui è stato somministrato il vaccino Covid lo scorso mercoledì, è stata ricoverata d'urgenza in terapia intensiva. Raana Bell, che in passato aveva già avuto reazioni allergiche a farmaci, dopo pochi minuti dal vaccino ha avvertito bruciore al braccio e al petto e grave difficoltà respiratoria.

<https://www.google.it/amp/s/www.khou.com/amp/article/news/health/coronavirus/vaccine/houston-mom-has-allergic-reaction-after-receiving-covid-19-vaccine/285-def3592e-0c3d-4fdc-8c4a-91c5dd42a434>

x) Domenica 17 gennaio i funzionari del dipartimento sanitario dello Stato della California hanno comunicato la sospensione della somministrazione di 330.000 dosi del vaccino Covid Moderna, relative ad un lotto sotto inchiesta da parte dell'organo governativo di farmacovigilanza CDC, a causa di numerose reazioni allergiche gravi segnalate. "Un numero superiore al solito di gravi reazioni allergiche è stato segnalato in relazione ad uno specifico lotto di vaccino Covid Moderna, somministrato in una clinica californiana" ha affermato la dottoressa Erica Pan, epidemiologa dello Stato della California. Le 330.000 dosi del lotto oggetto di indagine sono state distribuite in tutta la California tra il 5 e il 12 gennaio. I funzionari di Stato non hanno diffuso il nome e l'ubicazione della clinica e non sono state specificate le gravi reazioni avverse riscontrate.

<https://www.google.it/amp/s/ktla.com/news/local-news/after-allergic-reactions-at-1-clinic-california-pauses-use-of-more-than-330k-doses-of-moderna-covid-19-vaccine/amp/>

y) Le autorità sanitarie della California hanno chiesto la sospensione di un lotto di vaccini Moderna contro il Covid-19 dopo che sono emerse diverse reazioni allergiche anche gravi. L'allarme arriva dall'epidemiologa californiana Erica S. Pan, che ha segnalato "un numero superiore al solito di possibili reazioni allergiche con un lotto specifico di vaccino Moderna somministrato in una clinica".

<https://www.imolaoggi.it/2021/01/18/california-allergie-gravi-chiesta-sospensione-lotto-vaccini-moderna/>

z) Il Ministro della Sanità francese Olivier Veran ha comunicato che sono stati registrati 5 decessi come possibili reazioni avverse al vaccino Covid. Tre decessi sono stati segnalati al centro di farmacovigilanza regionale di Nancy, un decesso a Tours e un altro a Montpellier. Inoltre, si registrano in Francia 139 eventi avversi gravi dopo la vaccinazione Covid. In altri Paesi europei sono stati segnalati 71 decessi dopo la vaccinazione in Regno Unito, Germania, Danimarca e Norvegia.

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-cinq-deces-apres-avoir-recu-le-vaccin-pfizer-biontech-en-france-peut-etre-causes-par-des-effets-indesirables_4263883.html

za) Cheryl Brennan, residente a Fallbrook in California, è tra le persone colpite da grave reazione avversa al vaccino Moderna ricevuto al Petco Park Vaccine Superstation di San Diego. Dopo le numerose segnalazioni, è stata sospesa la somministrazione di 330.000 dosi in tutto il Paese. Cheryl Brennan riferisce di aver avvertito grave difficoltà respiratoria dopo la vaccinazione e un forte aumento della pressione fino al valore di 185 su 125. La signora Brennan ha fortemente temuto per la sua vita. È stata aiutata da quattro soccorritori e due infermieri che hanno collegato gli elettrodi e messo del ghiaccio. La pressione del sangue si è stabilizzata solo dopo 45 minuti.

<https://www.google.it/amp/s/fox5sandiego.com/news/local-news/san-diego-mom-describes-allergic-reaction-to-moderna-vaccine/amp/>

zb) L'Agenzia islandese per i medicinali ha ricevuto un totale di 86 segnalazioni di sospette reazioni avverse a seguito della vaccinazione contro Covid-19. Ci sono 23 notifiche per il vaccino Moderna e 63 per il vaccino Pfizer / BioNTech. Nove degli annunci sono seri. Otto segnalazioni di vaccini Pfizer sono gravi e sette sono state segnalate per essere fatali.

https://www.mbl.is/frettir/innlent/2021/01/20/86_tilkynningar_vegna_gruns_um_aukaverkanir/

zc) Hong Kong interrompe i piani di vaccinazione COVID-19 fino a marzo dopo che la Norvegia ha registrato morti di soggetti anziani.

<https://hk.appledaily.com/news/20210119/PW23H3TEPBHORFJRHI6EVV6IDE/>

zd) A Forlì focolaio Covid in una Rsa. Contagiati 39 anziani che avevano ricevuto la prima dose del vaccino.

<https://www.forlitoloday.it/cronaca/focolaio-nella-casa-di-riposo-positivi-al-virus-39-anziani-che-avevano-gia-ricevuto-la-prima-dose-del-vaccino.html>

ze) L'Agencia Europea del Farmaco (EMA), in risposta alla richiesta dell'emittente televisiva olandese RTL News, comunica che al 21 gennaio ci sono stati 245 decessi in Europa segnalati come eventi avversi dopo la somministrazione del vaccino Covid Pfizer. 179 decessi sono avvenuti nei Paesi dell'Area Economica Europea (EEA).

<https://www.rtlnieuws.nl/sites/default/files/content/documents/2021/01/23/Beantwoording%20EMA.pdf>

zf) Oltre 1.200 eventi avversi sono stati segnalati dopo la somministrazione del vaccino Moderna Covid-19 a partire dal 10 gennaio, secondo l'ultimo report pubblicato venerdì dall'ente governativo di farmacovigilanza CDC negli USA.

https://www.google.it/amp/s/wap.business-standard.com/article-amp/current-affairs/over-1-200-adverse-events-in-us-after-receiving-moderna-covid-19-vaccine-121012300133_1.html

zg) Una persona residente nella contea di Placer in California, risultata positiva al COVID-19 alla fine di dicembre e vaccinata giovedì, è morta alcune ore dopo aver ricevuto l'iniezione. "Ci sono più agenzie locali, statali e federali che stanno attivamente indagando su questo caso; qualsiasi rapporto sulla causa della morte è prematuro, in attesa dell'esito delle indagini", hanno riferito le Autorità Locali. Non è chiaro se l'individuo abbia ricevuto il vaccino Moderna o Pfizer.

<https://www.foxnews.com/us/california-resident-dies-several-hours-after-receiving-covid-19-vaccine>

zh) Secondo decesso dopo la vaccinazione Covid in pochi giorni nello Stato indiano di Telangana in India. Un'operatrice sanitaria di 45 anni, sottoposta a vaccinazione il 19 gennaio, è morta improvvisamente domenica mattina.

https://www.google.it/amp/s/m.timesofindia.com/city/hyderabad/female-health-worker-dies-post-covid-vaccination-in-telangana/amp_articles/80434719.cms

zi) Lajwanti, infermiera di 56 anni residente nella città di Gurgaon in India, è morta improvvisamente per arresto cardiaco venerdì, sei giorni dopo la vaccinazione Covid. Il caso è stato segnalato all'Autorità indiana di farmacovigilanza AEFI.

https://www.google.it/amp/s/m.timesofindia.com/city/gurgaon/6-days-after-vaccination-health-worker-dies-of-cardiac-arrest/amp_articles/80414797.cms

zl) Un palestinese di 45 anni, detenuto nelle carceri israeliane, Maher Saasaa, è morto mercoledì dopo aver ricevuto il vaccino Covid. Secondo l'istituto penitenziario israeliano, Saasaa soffriva di patologie croniche ma le cause della morte non sono chiare.

Qadri Abu-Baker, capo della delegazione palestinese commissione detenuti, ha dichiarato all'agenzia Anadolu che il governo israeliano ha deciso di vaccinare i detenuti palestinesi ma i contagi nelle carceri stanno aumentando.

<https://www.aa.com.tr/en/middle-east/palestinian-inmate-dies-after-receiving-israel-vaccine/2118388>

zm) Un autista di ambulanze di 42 anni, G. Vital Rao è morto mercoledì per un attacco cardiaco nelle prime 24 ore dalla somministrazione del vaccino Covid nella città di Nirmal nello Stato dell'Andhra Pradesh in India.

G. Vital Rao era in salute e non soffriva di alcuna malattia. Il Direttore di Pubblica Sanità Dr. G. Srinivasa Rao ha riferito di aver ordinato l'invio di campioni del fluido corporeo, delle viscere e di alcuni organi del deceduto all'Istituto nazionale di Virologia ed è necessario attendere due settimane per avere una risposta sulle cause della morte.

<https://www.google.it/amp/s/www.thehindu.com/news/national/telegana/ambulance-driver-dies-within-a-day-of-vaccination/article33619113.ece/amp/>

zn) È morta improvvisamente, nella giornata di domenica 24 gennaio, Vijaya Lakshmi, operatrice sanitaria di 44 anni della città di Guntur in India, a pochi giorni dalla somministrazione del vaccino Covid. La famiglia dell'operatrice sanitaria dichiara che il decesso è collegato con la vaccinazione, ma le Autorità sanitarie affermano che la causa della morte non è conosciuta.

https://www.google.it/amp/s/www.businessinsider.in/india/news/andhra-asha-workers-death-following-covid-jab-triggers-protest/amp_articles/80435032.cms

zo) Muore improvvisamente medico di 45 anni dell'ospedale di Nocera inferiore. Pochi giorni prima del decesso aveva ricevuto il vaccino Covid Pfizer.

<https://www.affaritaliani.it/cronache/aversa-morto-medico-di-45-anni-per-arresto-cardiaco-aveva-fatto-il-vaccino-718505.html>

zp) Due cittadini dello Stato del Dakota del Sud sono morti nelle prime 24 ore successive alla somministrazione del vaccino Covid. L'epidemiologo di Stato Joshua Clayton ha confermato il decesso dopo la vaccinazione di una persona della contea di Pennington e un'altra della contea di Hutchinson.

<https://www.kotatv.com/2021/01/20/south-dakota-reports-2-deaths-recorded-after-covid-19-vaccinations/>

zq) Un giovane operatore sanitario di 27 anni è morto martedì 26 gennaio a Burla, nel distretto di Sambalpur, nello Stato di Orissa in India tre giorni dopo la

vaccinazione Covid. Il comunicato ufficiale del Dipartimento di Salute Pubblica dichiara: “Un uomo di 27 anni del distretto di Nuapada è morto presso il Veer Surendra Sai Institute of Medical Sciences and Research (VIMSAR) di Burla con diagnosi di disturbo emorragico, grave anemia ed emorragia intracerebrale. Aveva ricevuto la vaccinazione Covid il 23 gennaio 2021”.

<https://www.google.it/amp/s/www.outlookindia.com/newscroll/amp/odisha-healthcare-worker-dies-after-taking-covid-vaccine-govt-says-not-linked-to-vaccination/2017867>

yr) Un ragazzo di 17 anni è stato ricoverato in terapia intensiva al Safra Children’s Hospital dello Sheba Medical Center in Israele dopo pochi giorni dalla somministrazione della seconda dose del vaccino Covid. Il giovane israeliano è giunto in ospedale con dolori al petto molto forti e non risultano patologie preesistenti.

<https://www.google.it/amp/s/m.jpost.com/breaking-news/17-year-old-in-icu-after-receiving-second-coronavirus-dose-656527/amp>

zs) Un operatore sanitario di 46 anni è morto improvvisamente giovedì a Uelzen in Germania dopo essere stato sottoposto mercoledì a vaccinazione Covid. Secondo l’autorità distrettuale tedesca il decesso non è collegato alla vaccinazione.

<https://www.google.it/amp/s/www.az-online.de/uelzen/stadt-uelzen/keine-folger-der-impfung-der-tod-einer-46-jaehrigen-in-uelzen-90179681.amp.html>

zt) Nell’ultimo periodo sono diversi gli Infermieri deceduti in Italia in maniera inaspettata, ma dall’AIFA e dalle aziende sanitarie escludono correlazioni dirette con il Vaccino anti-Covid.

https://www.assocarenews.it/infermieri/infermieri-morti-improvvisamente-in-italia-nessuna-connessione-con-il-vaccino-anti-covid?fbclid=IwAR3yJmyk2x3FZ7ei_Xb7rvGSpwfSexS8eBlmQh31AJeA54WRmXKbAmPDkYo

zu) Almeno cento contagiati dopo la somministrazione del vaccino Covid nella residenza per anziani Zaffiro a Martignacco (Udine). Altre decine di contagi in Friuli Venezia Giulia anche tra i vaccinati nelle case di riposo di Pordenone, Udine e Magnano in Riviera.

<https://www.rainews.it/tgr/fvg/video/2021/01/fvg-coronavirus-fvg-case-riposo-vaccinati-contagiati-4d70d9ba-4bef-412c-befd-7994e3c8d796.html>

zv) Adelfia in provincia di Bari. Focolaio in RSA. Almeno 20 positivi al Covid pochi giorni dopo la

vaccinazione. <https://bari.ilquotidianoitaliano.com/cronaca/2021/01/news/corona-virus-adelfia-focolaio-nella-rssa-casa-caterina-venti-casi-tra-ospiti-e-dipendenti-positivi-dopo-il-vaccino-303407.html/>

zw) A Napoli, almeno sette operatori sanitari positivi dopo la vaccinazione. <https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/vaccini-covid-napoli-sette-positivi-dopo-prima-puntura-5716109.html>

zx) Focolaio Covid all'ospedale Lastaria a Lucera in provincia di Foggia. Contagiati pazienti e operatori sanitari. Questi ultimi erano stati vaccinati. <https://www.immediato.net/2021/01/22/covid-focolaio-allospedale-lastaria-di-lucera-contagiati-alcuni-pazienti-e-operatori-sanitari/>

zy) Almeno 35 pazienti e 8 operatori sanitari contagiati al San Giovanni Bosco di Torino. Il Corriere della Sera riporta che gli operatori sanitari “avevano tutti ricevuto il vaccino”. <https://torino.corriere.it/cronaca/21-gennaio-21/covid-focolaio-san-giovanni-bosco-35-pazienti-positivi-tampone-061c04ca-5bc6-11eb-9e63-4c8bcf5518af.shtml>

zz) Strage di anziani in Rsa a Como: 21 morti. “Erano stati vaccinati”. Positivi 85 ospiti e 54 sanitari. Ad affermare che la prima fiala era stata somministrata al 90% degli operatori sanitari e alla quasi totalità degli anziani è stato il presidente della Fondazione Ca' d'Industria. Altri 40 contagiati e 4 morti in una struttura per anziani a Grottaferrata. <https://www.secondopianonews.it/news/cronaca/2021/01/25/strage-di-anziani-in-rsa-a-como-21-morti-erano-stati-vaccinati-positivi-85-ospiti-e-54-sanitari.html>

zza) Tim Zook, tecnico radiologo al South Coast Global Medical Center della città Santa Ana nella contea di Orange in California è stato ricoverato d'urgenza dopo la seconda dose del vaccino Covid per grave difficoltà respiratoria. È morto quattro giorni dopo la vaccinazione. <https://www.google.it/amp/s/www.ocregister.com/2021/01/26/health-care-worker-dies-after-second-dose-of-covid-vaccine-investigations-underway/amp/>

zzb) Deceduto un residente di una casa di cura, nel Canton Argovia in Svizzera, il giorno dopo la vaccinazione Covid. Disposta l'autopsia. <https://www.tio.ch/svizzera/attualita/1489078/autopsia-vaccinazione-argovia-correlazione-vaccino>

Link ad altri casi:

Una signora di 89 anni in buona salute, ospite di una casa di riposo a Diepholz nella Bassa Sassonia, è morta oggi appena un'ora dopo la vaccinazione Covid. Le Autorità stanno indagando su un possibile nesso:

https://www.weser-kurier.de/region/regionale-rundschau_artikel,-89jaehrige-verstirbt-rund-eine-stunde-nach-coronaimpfung-arid,1953707.html

- <http://www.medicinapiccoledosi.it/romania-infermiere-muore-giorno-essersi-vaccinato/>

- <https://www.wochenblick.at/weltweit-impfpannen-und-tote-aerzte-und-pflegepersonal-verunsichert/>

- <https://www.miglioverde.eu/baleari-vaccinati-110-anziani-55-di-loro-hanno-contratto-il-covid/>

- <https://www.dnoticias.pt/2021/1/3/245103-auxiliar-do-ipo-morre-apos-ser-vacinada-contr-a-covid-19/>

- <https://it.sputniknews.com/mondo/202101059974541-in-norvegia-2-ospiti-di-casa-di-riposo-deceduti-dopo-vaccinazione-con-preparato-pfizer/?fbclid=IwAR0enDf54RQekNv56bSxIDcVzNlQsg7yXj26nqtMYF42LaK9xsImhF1nkU>

- <https://it.sputniknews.com/mondo/202101029967774-messico-dottoressa-ricoverata-in-terapia-intensiva-dopo-iniezione-del-vaccino-pfizer/>

- <https://it.sputniknews.com/mondo/202101089983122-medico-muore-negli-stati-uniti-dopo-essere-stato-vaccinato-con-il-vaccino-pfizer/>

- https://comendonchisciotte.org/medico-greco-ricoverato-in-terapia-intensiva-dopo-la-somministrazione-del-vaccino-pfizer/?fbclid=IwAR1K14RdULv3HAQ_8WS3G4xEoFG4t7brqxVQqFKZCHwI06D-y_hxFp4u5hg

- <https://twitter.com/AStramezzi/status/1347136624707174402?s=20>

- <https://www.irishtimes.com/news/world/europe/vaccine-scepticism-among-medics-sparks-alarm-in-europe-and-us-1.4452612>

- <https://abruzzoweb.it/laquila-asl-disfunzione-muscolo-facciale-per-operatore-sanitario-dopo-vaccinazione/>

- <https://www.lastampa.it/cronaca/2021/01/06/news/genova-muore-per-emorragia-dopo-il-vaccino-anrticovid-1-asl-al-momento-nessun-nesso-1.39739210>

- <https://livesicilia.it/2021/01/06/vaccino-infermiera-in-shock-anafilattico-asp-informa-aifa/>

- https://www.lapressa.it/notiziario/la_provincia/cra-formigine-operatrice-sanitaria-colta-da-malore-dopo-vaccinazione
- <https://www.news4jax.com/news/florida/2021/01/08/miami-beach-doctors-death-after-covid-19-vaccine-under-investigation/>
- <https://multco.us/multnomah-county/news/county-employee-experiences-reaction-following-covid-19-vaccination>
- <https://www.google.it/amp/s/www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-valparaiso/2021/01/06/amp/funcionaria-de-hospital-fricke-hospitalizada-tras-reaccion-alergica-a-vacuna-contr-a-el-covid-19.shtml>
- <https://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/293952>
- https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=899042044166409&id=100021818644998
- https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=463896931686136&id=110308743711625

Siamo solo all'inizio, a pochi giorni dall'avvio delle vaccinazioni di massa. Cosa accadrà tra sei mesi, un anno, tre, cinque o dieci anni nessuno lo sa. Gli studi esaminati nel precedente capitolo 2.1 non lasciano però presagire nulla di buono. Tanto meno quanto ha affermato la genetista francese Alexandra Henrion-Caude, Direttrice di ricerca dell'Unità di genetica ed epigenetica del French Institute of Health and Medical Research, in una recente intervista a un'emittente televisiva francese: “sommministrare l'mRNA ad individui sani è una follia. Veramente penso sia qualcosa di inconcepibile, tenuto conto della versatilità della molecola di RNA, della sua capacità di interagire con una moltitudine di molecole, della sua capacità di suddividersi in piccole sequenze capaci di produrre una serie di conseguenze sull'organismo. Per cui pensare di utilizzare l'RNA su individui sani è una pura follia” (<https://youtu.be/Ff8UL-CS3S4>).

3. Riflessioni giuridiche e pratiche alla luce dei precedenti paragrafi.

Alla luce di quanto abbiamo visto nei paragrafi che precedono, possiamo formulare le seguenti riflessioni:

A) Un primo punto fermo, assolutamente incontrovertibile, è che nessuno può essere obbligato a sottoporsi al trattamento sanitario vaccinale (asseritamente) anticovid senza una legge dello Stato che lo preveda.

La c.d. “riserva di legge” è prevista espressamente dall’art. 32 Cost., nonché dall’art. 33 della L. 23 dicembre 1978 n.833.

Ho precisato “legge dello Stato”, in quanto la vaccinazione obbligatoria è una tematica riservata alla competenza statale, malgrado l’art. 117, comma III, Cost. preveda che la tutela della salute è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni. L’ultimo periodo di tale norma stabilisce infatti che nelle materie di legislazione concorrente spetti alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Secondo la Corte Costituzionale, il confine tra trattamenti obbligatori e non obbligatori (oppure raccomandati, come nel caso dei vaccini), rientra proprio tra i principi fondamentali della materia “tutela della salute” e deve dunque essere stabilito dallo Stato, anche allo scopo di garantire “misure omogenee su tutto il territorio nazionale” (cfr. punto 7.2.2. della sentenza n.5/2018 Corte Cost.: consultabile al link sopra indicato).

E’ quasi superfluo ricordare che, richiamando il predetto insegnamento della Corte Costituzionale, il TAR del Lazio, Sez. Terza quater, con sentenza 29 settembre 2020, pubblicata il 2 ottobre 2020, ha annullato l’ordinanza 17 aprile 2020 n. Z00030 del Presidente della Regione Lazio recante “Disposizioni in merito alla campagna di vaccinazione antinfluenzale e al programma di vaccinazione anti-pneumococcica per la stagione 2020-2021”, con la quale la Regione aveva imposto l’obbligo della vaccinazione antinfluenzale stagionale per le persone ultrasessantacinquenni e per tutto il personale sanitario e sociosanitario operante in ambito regionale. Analogamente si era espressa la precedente e conforme sentenza del TAR della Calabria 15 settembre 2020 n.1462.

Va dunque escluso che qualche autoritario e pittoresco “sceriffo” regionale (o addirittura qualche sindaco) possa emettere ordinanze impositive dell’obbligo in questione. Qualora lo facesse, dopo le succitate pronunce del Tar Calabria e Tar Lazio, un governatore di tali regioni, il fatto potrebbe anche assumere rilevanza sul piano penale.

A tutt’oggi non vi è nessuna legge dello Stato che imponga a chicchessia di sottoporsi al trattamento vaccinale di cui trattasi.

B) Un secondo punto fermo attiene all’**assoluta illegittimità di una legge che prevedesse un obbligo siffatto.**

Occorre infatti tenere ben presente che stiamo ragionando di vaccini (Pfizer e Moderna):

- a tutti gli **effetti sperimentali, in fase III non conclusa;**

- i cui **dati di efficacia** sono stati unilateralmente forniti dalle aziende produttrici **senza la necessaria trasparenza** e, per quanto attiene al vaccino Pfizer, appaiono **pesantemente condizionati** dalla categoria di malattia “sospetto covid-19”, la cui inclusione porterebbe a una riduzione del rischio relativo molto al di sotto della soglia di efficacia del 50% fissata per l’autorizzazione provvisoria;
- i cui benefici in termini di **riduzione di esiti gravi** (ricoveri ospedalieri, uso di cure intensive o decessi) **non sono stati studiati**, né rappresentano un endpoint sottoposto a studio formale;
- **le cui prove di sicurezza sono insoddisfacenti**: non sono infatti stati effettuati studi di interazione con altri medicinali, non sono stati condotti studi di genotossicità o sul potenziale cancerogeno, o sulla fertilità e capacità procreativa degli esseri umani, **non sono prevedibili i danni a lunga distanza** (ma nemmeno quelli a media distanza), che potrebbero anche rivelarsi molto gravi [vedi cap. 2.1 (d), 2.1 (e), 2.1 (g)];
- i cui studi **non hanno ancora chiarito se coloro che vengono vaccinati siano contagiosi per gli altri**;
- dei quali **non sappiamo se siano in grado di interrompere la trasmissione della malattia** (non essendo gli attuali studi di fase III nemmeno impostati per dimostrarlo);
- di cui **non si dispongono dati adeguati nel gruppo di età superiore ai 65 anni** (con particolare riferimento agli anziani fragili), sufficienti per stabilire se i vaccini possano comportare un beneficio in questa popolazione, nonostante la maggior vulnerabilità della stessa al covid-19;
- dei quali sono già stati segnalati, a pochi giorni dall’avvio della vaccinazione di massa e in coincidenza temporale con l’inoculazione dei farmaci, **eventi avversi, anche gravi e gravissimi** (sino alla morte di alcuni vaccinati), **in numero nettamente superiore ad ogni altra vaccinazione** (in relazione al brevissimo periodo di osservazione).

Una **legge impositiva dell’obbligo di un vaccino** in fase sperimentale (fase III in atto) costituirebbe senz’altro **un’interferenza con il diritto al rispetto della vita privata**, garantito dall’art. 8.1 della Convenzione europea (come abbiamo visto alla fine del paragrafo 1), ma sarebbe soprattutto **incompatibile con l’art. 32 Cost., non ricorrendo**, nel caso specifico, **due delle tre condizioni fissate dall’esaminata giurisprudenza della Corte Costituzionale**:

- in primo luogo, poiché, **non essendo noto se la vaccinazione possa impedire la trasmissione dell’infezione** (e gli attuali studi di fase III non sono nemmeno impostati per dimostrarlo) **il trattamento non potrebbe dirsi diretto a preservare lo stato di salute degli altri** (se non sul piano di un mero auspicio);

- in secondo luogo, perché **non è noto**, per espressa ammissione delle aziende produttrici, **se il trattamento possa incidere negativamente**, nel medio e lungo periodo e con quali patologie, sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, essendosi invece già riscontrato che gli eventi avversi nel breve periodo sono ampiamente superiori, per numero e gravità, rispetto a quelli ritenuti normali e tollerabili nelle altre vaccinazioni;

- in terzo luogo, perché si tratta di **vaccini in fase sperimentale** - sui quali, al di là dell'atto di fede delle agenzie del farmaco sui dati di efficacia presentati dalle aziende produttrici, gravano oltretutto forti dubbi sull'effettivo raggiungimento dell'endpoint primario (il raggiungimento della soglia di efficacia del 50% fissata per l'autorizzazione provvisoria) – e ne è pertanto incerta l'idoneità a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato.

Una legge siffatta, inoltre, autorizzerebbe di diritto la sperimentazione su esseri umani inconsapevoli (di fatto già in corso, come abbiamo visto) violando palesemente il divieto di intraprendere ricerche su persone non consenzienti, stabilito, come si è visto dall'art. 16 della convenzione di Oviedo. Disposizione questa di tutela non soggetta a restrizioni, nemmeno a fini di salute pubblica, a norma dell'art. 26 comma 2 della stessa convenzione. Creerebbe pertanto i presupposti per la concreta pratica di atti lesivi dei diritti inviolabili dell'uomo (art. 2 Cost.; art. 3 Carta dei diritti fondamentali dell'UE) e della sua stessa libertà personale (art. 13 Cost.) (pur non essendo detta convenzione, come si è visto, legge dello Stato, l'impegno morale assunto dall'Italia con la firma della stessa e con la legge n.145/2001 di autorizzazione alla ratifica non potrebbe essere trascurato valutando l'illegittimità della legge in ipotesi).

Una legge che prevedesse l'obbligo del trattamento vaccinale per il covid-19 con i vaccini provvisoriamente autorizzati sarebbe pertanto viziata da palese illegittimità costituzionale.

C) Un terzo punto fermo riguarda l'assoluta imprescindibilità del consenso informato del paziente, anche nella denegata ipotesi di una legge impositiva dell'obbligo vaccinale.

La necessità di un consenso in vigenza di una legge impositiva parrebbe una contraddizione in termini, ma non lo è.

Abbiamo visto che il consenso informato del paziente è un principio cardine di ogni prestazione sanitaria. Lo prevedono a chiare lettere la Carta dei diritti fondamentali dell'UE, la nostra Costituzione (con il combinato degli art.li 2, 13 e 32), la legge istitutiva del SSN (la 833/1978), la legge 22 dicembre 2017 n.219 ("Norme in materia

di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”) e l’art. 35 cod. deont. medico.

Lo prevede inoltre la convenzione di Oviedo, certamente utilizzabile a fini interpretativi del diritto interno.

Abbiamo inoltre visto che, per la nostra Corte Costituzionale, si tratta di un principio fondamentale (quindi inderogabile) in materia di tutela della salute, un vero e proprio diritto della persona che serve a garantire la libera e consapevole scelta del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale.

Qualsiasi atto medico posto in essere in assenza di consenso informato (al di fuori di una situazione di emergenza, o dell’ipotesi di cui all’art. 34 L. n.833/1978) integra un illecito rilevante in sede penale, civile e disciplinare.

L’eventuale obbligatorietà di un trattamento vaccinale (contro il covid-19, ma non solo) non potrebbe derogare a tale principio, dovendosi ovviamente escludere l’ipotesi di un’imposizione coattiva e forzata della vaccinazione, che integrerebbe una violenza fisica inammissibile in qualsiasi regime democratico e tanto più nel nostro ordinamento costituzionale, in quanto lesiva dei limiti imposti dal rispetto della persona umana (art. 32, comma II, Cost.), della sua dignità ed integrità fisica (art.li 1 e 5 convenzione di Oviedo; art.li 1 e 3 Carta diritti fondamentali UE).

Possiamo dunque affermare che l’inderogabilità del consenso del paziente al trattamento vaccinale imposto dalla legge, modula la risposta dell’ordinamento all’eventuale dissenso opposto dal paziente stesso, spostando il problema dall’obbligo - che in un regime democratico trova un limite invalicabile nel rispetto della persona e della sua dignità - alla sanzione comminabile in caso di inottemperanza all’obbligo stesso.

Il problema di stabilire cosa succeda in caso di dissenso può implicare un bilanciamento tra la tutela della salute ed altri valori costituzionalmente protetti.

La scelta (illegittimamente) impositiva del legislatore statale e la conseguente previsione di una sanzione per l’ipotesi di dissenso del paziente dovrebbe cioè costituire il frutto di un’operazione di bilanciamento tra la tutela della salute individuale e collettiva ed il valore, parimenti tutelato dalla Costituzione, che verrebbe sacrificato applicando la sanzione prevista in caso di inottemperanza dell’obbligo.

Ragionando, ad esempio, sulle sanzioni che erano state previste nell’ordinanza della Regione Lazio annullata dal TAR con sentenza 29 settembre 2020, pubblicata il 2 ottobre 2020 (ovvero il divieto di frequentare luoghi di facile assembramento come centri sociali e case di riposo per tutte le persone al di sopra dei 65 anni di età, e il divieto di avere accesso ai rispettivi luoghi di lavoro per tutto il personale sanitario e sociosanitario operante in ambito regionale), i valori di rilevanza costituzionale

oggetto di bilanciamento consisterebbero nella libertà personale (art. 13 Cost.) e nel diritto al lavoro (art. 4 Cost.), che rappresenta il fondamento della Repubblica ed il mezzo prescelto dai padri costituenti per realizzare l'eguaglianza sostanziale (cioè il compito principale della Repubblica: art. 3, comma II, Cost.).

Ho trattato a fondo questo argomento in un altro lavoro, al quale rimando (mettendolo a disposizione di chi fosse interessato ad approfondire la questione), non potendo appesantire la presente trattazione con riflessioni estranee al suo principale scopo. Dico soltanto che il bilanciamento tra i valori tutelati dalla Costituzione non potrebbe arrivare sino al punto di sacrificare la libertà personale in nome della salute, o di impedire al personale sanitario e sociosanitario di accedere ai luoghi di lavoro (e, quindi, di lavorare, con il paradossale effetto che, ove tutto o gran parte del personale decidesse di non sottoporsi alla vaccinazione obbligatoria, lo Stato non sarebbe più in grado di assolvere al compito previsto dal primo comma dell'art. 32 Cost.). Il che rende evidente l'assurdità concettuale di una legge dello Stato che stabilisse un obbligo vaccinale per il covid-19 pur nell'impossibilità di prevedere sanzioni costituzionalmente legittime (e tali per esempio non sarebbero quelle previste nell'ordinanza annullata della Regione Lazio) in grado di assicurare l'effettività dell'obbligo medesimo.

D) Un quarto punto attiene alla deontologia medica ed ai riflessi disciplinari a cui può esporsi il medico dissenziente.

Dinnanzi a vaccini a tutti gli effetti sperimentali (in fase III non conclusa), i cui dati di efficacia difettano della necessaria trasparenza ed appaiono pesantemente condizionati dai severi dubbi motivatamente sollevati da una delle più prestigiose riviste scientifiche mondiali, le cui prove di sicurezza sono chiaramente insoddisfacenti (non sono infatti stati effettuati studi di interazione con altri medicinali, non sono stati condotti studi di genotossicità o sul potenziale cancerogeno, o sulla fertilità e capacità procreativa degli esseri umani, non sono addirittura prevedibili i danni a lunga distanza (ma nemmeno quelli a media distanza), che potrebbero anche rivelarsi molto gravi, di fronte a farmaci di cui non è nemmeno noto se siano in grado di interrompere la trasmissione della malattia e che hanno già registrato, nel brevissimo arco temporale di osservazione che principia dal momento in cui sono cominciate le vaccinazioni di massa, un numero di eventi avversi, anche gravi e gravissimi, in stretta coincidenza temporale con la loro inoculazione, ampiamente superiore a quelli comunemente tollerabili, tutta la classe medica avrebbe il dovere di porsi alcuni importanti quesiti.

Dovrebbe, per esempio, domandarsi se la somministrazione di tali farmaci, malgrado l'espresso consenso del paziente (giacché il dissenso taglierebbe la testa al toro, rendendo palesemente illecito l'atto medico), non violi il dovere del medico di tutelare la vita e la salute fisica della persona (art. 1 codice deontologico).

Dovrebbe inoltre chiedersi se tale pratica contribuisca a prevenire o a gestire il rischio clinico attraverso l'adesione alle buone pratiche cliniche (ovvero se la somministrazione di vaccini tanto critici costituisca una buona pratica clinica e se sia sostenuta da una corretta valutazione sulla sicurezza della cura: art. 14 codice deontologico).

Dovrebbe altresì interrogarsi se la pratica in questione rispetti il giuramento prestato di perseguire, quale principale interesse, la salute ed il benessere del paziente.

Dovrebbe pure domandarsi se i rischi (certi nel breve ed imprevedibili sulla media e lunga distanza) collegati alla pratica di cui trattasi siano sufficientemente bilanciati dai benefici, ancora tutti da scoprire e riguardanti un'infezione che nell'80% circa dei casi non reca alcun disturbo o lo stesso disturbo di un raffreddore, in un altro 15% circa i fastidi di un'influenza (o poco più), nell'ulteriore 4% circa può essere curato con una buona (questa sì) e tempestiva terapia domiciliare (come hanno dimostrato i successi dei medici che hanno efficacemente praticato dette terapie nei primi mesi della diffusione del contagio [come ad esempio: <https://www.youtube.com/watch?v=gPxeKrqqSk> e <https://www.radioradio.it/2021/01/covid-medico-di-base-szumski-duranti-radio/> ed altri casi facilmente reperibili sul web] e, quanto alle terapie, vi è pure un'interessante novità: <https://www.databaseitalia.it/ivermectina/>) e nel restante 1% circa può essere contenuta proteggendo adeguatamente il gruppo di persone a forte rischio (invitandoli a sostenere il loro sistema immunitario con una robusta prevenzione primaria e ad osservare comportamenti prudenti, fornendo loro tutta l'assistenza di cui necessitano, e concentrando la ricerca scientifica sull'individuazione delle terapie più efficaci).

E dovrebbe darsi le relative risposte (secondo scienza e coscienza), certamente poco gradite alle case farmaceutiche, probabilmente non gradite dall'inconsapevole corteo di aspiranti cavie umane, ma assolutamente necessarie.

Anche i membri degli ordini professionali dovrebbero interrogarsi su certe questioni.

Gli ordini professionali, premesso che non hanno diritto alcuno di sapere se l'iscritto si sia o meno vaccinato, dovrebbero, ad esempio, chiedersi se certe affermazioni come questa <https://www.ripartelitalia.it/panti-fnomceo-deontologia-medica->

impone-obbligo-di-vaccinarsi/ non li esponga a qualche fattispecie di reato, quantomeno sotto l'aspetto del tentativo, prospettando esse un male ingiusto (tale sarebbe l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti di un medico che, ponendosi i quesiti di cui sopra ed a fronte delle criticità rilevate per i vaccini in questione, o per impedimento personale, decidesse di non rischiare la propria salute facendosi iniettare un farmaco ancora sperimentale), **per indurre l'iscritto dubbioso o dissenziente a sottoporsi alla vaccinazione contro la sua volontà ed al solo scopo di evitare il fastidio di un procedimento disciplinare e di una gravissima sanzione.**

Viene, per esempio, alla mente il reato previsto e punito (anche nella forma del tentativo) dall'art. 610 codice penale (violenza privata), che ricorre allorché qualcuno, con violenza o minaccia, costringa altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa. E' un delitto posto a tutela del bene giuridico della libertà morale, da intendere sotto il profilo della libertà di autodeterminazione della volontà e dell'agire di una persona. L'offesa realizzata da tale fattispecie lede, quindi, la libertà morale dell'individuo, annullandola o, comunque, limitandola. La minaccia deve essere idonea a realizzare una costrizione, e tale attitudine va accertata in relazione alle condizioni e alle circostanze del caso concreto. L'imposizione di volontà e la costrizione realizzate dall'agente devono, inoltre, essere illegittime e ciò si verifica allorché quest'ultimo non abbia alcun diritto di pretendere che il soggetto passivo agisca in quel dato modo.

Ma è solo un'ipotesi, da verificare sulla base del caso concreto.

Dovrebbero poi chiedersi se l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti di un iscritto, in assenza di una legge impositiva dell'obbligo vaccinale ed a fronte di tutte le criticità sopra ricordate, non si traduca in atto di esercizio di un diritto-potere che travalica i limiti stabiliti dall'interesse per cui tale diritto-potere è stato sancito e non persegua più quell'interesse, configurando così un comportamento illecito ed abusivo.

E' un'altra ipotesi, parimenti da verificare. Ma su entrambe sarebbe il caso di riflettere.

E) Un'ultima questione attiene ai riflessi del dissenso vaccinale di un lavoratore dipendente (pubblico o privato) sul rapporto di lavoro.

Negli ultimi giorni si è posta la questione dell'obbligo vaccinale covid-19 per tutti i lavoratori dipendenti, pubblici o privati, che svolgono le loro mansioni a contatto con i colleghi o con il pubblico.

Alcuni giuristi hanno espresso l'opinione che il dipendente dissenziente al vaccino possa anche essere sospeso dal lavoro senza retribuzione o addirittura licenziato.

Le argomentazioni sulle quali la tesi si fonda sono sostanzialmente due.

Le affrontiamo separatamente, anche se le obiezioni che formuleremo in relazione alla prima varranno anche per la seconda.

E1) Può configurarsi un onere del lavoratore dipendente di sottoporsi a profilassi vaccinale per il covid-19 in assenza di una legge impositiva?

Alcuni giuristi sostengono che non sia configurabile un obbligo del lavoratore dipendente di vaccinarsi, bensì un onere, insito nel rapporto privatistico di lavoro (ovvero nel relativo contratto).

Il lavoratore, nella sua vita privata, sarebbe liberissimo di non vaccinarsi. Tuttavia, una volta inserito in un'organizzazione lavorativa, accetterebbe la possibilità che, malgrado l'assenza di una legge impositiva, gli si chieda di vaccinarsi, in quanto il contratto gli impone di rispettare le direttive impartite dal datore di lavoro sulle misure di protezione, purché rispondenti al fondamentale requisito della ragionevolezza. Un vaccino, in questa prospettiva, equivarrebbe ad un casco protettivo, ad una fune o a un indumento di sicurezza. Così come il muratore ha l'onere di indossare tali dispositivi di sicurezza, un lavoratore a contatto con altre persone avrebbe il dovere di assolvere a tale onere (cioè di vaccinarsi), per non correre il rischio di essere licenziato per giustificato motivo oggettivo.

In presenza di un fenomeno come il covid-19, di così straordinaria portata da comportare il sacrificio di diritti costituzionali inviolabili (ndr. se sono inviolabili, com'è possibile giustificarne il sacrificio?), la vaccinazione rientrerebbe nei requisiti soggettivi per il lavoratore addetto a determinate mansioni, la cui mancanza integrerebbe gli estremi del licenziamento per giustificato motivo oggettivo (art. 3 L.604/1966).

Per il datore di lavoro il licenziamento del lavoratore dissenziente sarebbe addirittura un atto dovuto, quale adempimento dell'obbligo previsto dall'art. 2087 c.c., che impone all'imprenditore di adottare tutte le misure previste dalla scienza per tutelare l'integrità fisica degli altri dipendenti. Il datore di lavoro infatti è responsabile anche penalmente per le malattie contratte dal dipendente sul luogo di lavoro se non dimostra di aver adottato tutte queste misure, tra le quali qui dovrebbe annoverarsi anche quella di espellere il lavoratore che non intenda vaccinarsi. In sostanza, si tratterebbe della situazione in cui l'esercizio del potere di licenziamento diviene doveroso a protezione di interessi distinti da quelli dello stesso datore di lavoro. In questa ipotesi il mancato esercizio del potere di licenziamento determinerebbe o aggraverebbe la responsabilità del datore di lavoro nei confronti dei soggetti danneggiati dal lavoratore che non si è voluto vaccinare (artt. 2087 c.c. 1228 c.c.; 2049 c.c.).

L'art. 20 del testo unico sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (d.lgs. n.81/2008) confermerebbe inoltre che le direttive impartite dal datore di lavoro in materia di sicurezza ed igiene dell'ambiente di lavoro, se ragionevoli (ovvero conformi alle indicazioni della scienza e ricavabili dall'esperienza), contribuiscono a determinare il contenuto dell'obbligazione contrattuale del dipendente, anche quando da esse discende un onere non espressamente previsto dalla legge, né imposto alla generalità dei cittadini.

La tesi, certamente suggestiva, si basa tuttavia su postulati fallaci.

E1.1) Il primo errore consiste nel ritenere che una misura di protezione innocua per il dipendente (come ad es. indossare un casco protettivo, o indossare una cintura di sicurezza, un paio di guanti, un camice o una mascherina) equivalga ad un atto medico invasivo e rischioso (in differente misura, a seconda dei casi e delle condizioni soggettive del paziente, ma certamente rischioso, poiché nessun farmaco è sicuro al 100%) per la salute del dipendente, come una vaccinazione.

Atto medico che richiede, per non integrare un illecito rilevante in sede penale, civile e disciplinare, un requisito inderogabile (poiché basato su norme imperative di diritto internazionale e nazionale): il consenso libero e informato del paziente.

Consenso che il medico vaccinatore è obbligato a rispettare (art. 1, comma 6, L. n.219/2017). Al pari di ogni struttura sanitaria pubblica o privata, essendo esse tenute a garantire la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla L. n.219/2017 (art. 1, comma 9, L. n.219/2017) ed, in primis, quello del libero consenso.

E' del tutto evidente che il consenso eventualmente prestato dal dipendente non sarebbe "libero" ove espresso solo al fine di evitare ripercussioni pregiudizievoli sul rapporto di lavoro, quali un demansionamento, una sospensione non retribuita o addirittura il licenziamento. Conseguenze gravissime, che avrebbero certamente l'effetto di coartare la volontà del dipendente renitente al vaccino (per il timore, appunto, delle conseguenze del suo rifiuto) e che potrebbero anche integrare, ove soltanto minacciate dal datore di lavoro, una fattispecie di reato (come abbiamo visto nel capitolo precedente).

Un consenso, in altre parole, non può essere considerato "libero", se il dipendente non è in grado di rifiutarlo o ritirarlo senza che ciò pregiudichi il suo rapporto di lavoro.

Affinché il consenso sia "libero", nessuna sanzione, nessuna conseguenza negativa sul rapporto di lavoro può essere ammessa in caso di dissenso.

Un consenso che non fosse "libero", cioè non condizionato (ovvero privo di conseguenze ove l'interessato non acconsentisse al trattamento), sarebbe un

consenso invalido, inesistente, con tutte le conseguenze di natura penale, civile e disciplinare alle quali si è accennato.

Nessun onere è dunque configurabile a carico del dipendente (per effetto del contratto di lavoro) di sottostare ad una direttiva del datore di lavoro ove il comportamento richiesto presupponga il requisito imprescindibile di un consenso liberamente espresso (stante l'inderogabilità delle norme di legge cogenti che lo prevedono) dal medesimo dipendente.

Il carattere vincolante della direttiva datoriale (stante il dovere del dipendente di rispettarla, per evitare le conseguenze pregiudizievoli del rifiuto) cozzerebbe insanabilmente con requisito della libertà del consenso all'atto medico oggetto della stessa.

Un datore di lavoro potrà ovviamente chiedere ai dipendenti di vaccinarsi, ma il dissenso del dipendente non potrà comportare alcuna conseguenza sul rapporto di lavoro.

I provvedimenti di sospensione dal lavoro non retribuita o di licenziamento del dipendente renitente alla vaccinazione sarebbero perciò ingiustificati, illeciti ed impugnabili innanzi al giudice del lavoro competente.

E1.2) Un secondo errore consiste nel pensare che il consenso (libero) del soggetto possa essere implicito, insito nella conclusione di un contratto di lavoro. Sostengono infatti i summenzionati giuristi che, sottoscrivendo il contratto di lavoro, il dipendente, così come accetta limitazioni alla propria libertà di movimento, o la possibilità che l'imprenditore indaghi sulle sue abitudini e sui suoi precedenti professionali, oppure la possibilità di essere sottoposto a visita medica domiciliare dal servizio ispettivo competente, accetti anche che gli si chieda di vaccinarsi pur in assenza di una norma di legge impositiva dell'obbligo.

La tesi è fragilissima.

Il consenso del dipendente a un atto medico come una vaccinazione non può essere né implicito, né tantomeno generico ("acconsento che mi si chieda di vaccinarmi").

Il c.d. "consenso informato" deve provenire dal paziente in modo specifico ed esplicito. Non consiste in un generico assenso ad un atto medico, ma è una dichiarazione di assenso a una precisa ed esattamente individuata prestazione sanitaria e deve essere completo. Deve cioè comprendere, con riferimento all'indicata prestazione, le modalità di esecuzione della stessa (nel caso di un vaccino, l'indicazione della sua efficacia, delle modalità di azione, dei suoi componenti), del suo possibile fallimento o effetto negativo, e l'indicazione delle eventuali alternative terapeutiche, del rischio delle possibili complicanze e delle

eventuali carenze di dotazioni della struttura sanitaria che dovrà effettuare l'atto medico (cfr. art. 1, comma 3, L. n.219/2017).

La sua mancaza, incompletezza (ed in tal senso giova ricordare quanto è emerso dallo studio menzionato al punto "e bis" del capitolo 2.1) o invalidità (che discende ad es., come abbiamo visto, da un consenso non libero) determina infatti l'arbitrarietà del trattamento medico e la sua rilevanza in sede civile e penale, in quanto posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere o meno interventi estranei sul proprio corpo.

In materia, la giurisprudenza di legittimità e di merito è talmente vasta ed uniforme da non richiedere specifiche citazioni.

E1.3) Un terzo errore consta nel trascurare, o sottovalutare che il concreto contenuto dei doveri di sicurezza dell'imprenditore, in materia di prevenzione del contagio da sars-cov2, è stabilito dall'art. 29 bis del d.l. n.23/2020, come convertito con la L. n.40/2020, che rinvia al protocollo siglato tra Governo e parti sociali (associazioni datoriali e sindacali) il 24 aprile 2020.

Per quanto concerne le misure preventive riguardanti il contagio in questione, i datori di lavoro sono infatti tenuti al rispetto di quanto contenuto nel protocollo stesso, che non prevede alcun onere od obbligo di vaccinarsi del dipendente, e non risulta che qualcuno abbia chiesto, a livello nazionale o locale, un'eventuale revisione del documento, per includervi un dovere di sottoporsi al trattamento vaccinale.

L'obiezione mossa a questa pacifica evidenza consiste nel sostenere che all'epoca di emanazione della norma non fosse ancora possibile vaccinarsi e che non fosse nemmeno possibile prevedere quando e con quali modalità lo sarebbe stato. Ciò impedirebbe di dedurre dalla norma stessa l'esclusione della vaccinazione dal complesso delle misure attivabili dal datore di lavoro per prevenire il contagio.

La legge n. 40/2020, di conversione del D.L. n.23/2020 è tuttavia del 5 giugno 2020. Una settimana dopo, il 13 giugno, il Ministro della Salute Roberto Speranza, nel corso degli Stati Generali a Villa Pamphili, annunciava di aver sottoscritto, insieme ai Ministri della Salute di Germania, Francia e Olanda, un contratto con Astrazeneca per l'approvvigionamento fino a 400 milioni di dosi di vaccino da destinare a tutta la popolazione europea. "L'impegno prevede che il percorso di sperimentazione, già in stato avanzato, si concluda in autunno con la distribuzione della prima trince di dosi entro la fine dell'anno", dichiarava in quella sede il Ministro Speranza.

(<https://www.fanpage.it/attualita/vaccino-anti-covid-come-funziona-quanto-costa-quando-arriva-in-italia-e-come-verra-distribuito/>)

Dichiarazione dalla quale si evince che già prima del mese di giugno (giacché un contratto di tale importanza non si negozia ovviamente in un giorno o in una settimana) il Governo sapesse quando ed in che modo il vaccino sarebbe stato disponibile in Italia.

L'obiezione di cui trattasi è quindi priva di fondamento.

E1.4) Un quarto errore, a prescindere dall'insuperabile assorbenza delle argomentazioni che precedono – le quali palesemente escludono l'asserito potere del datore di lavoro di attuare il rapporto contrattuale con i propri dipendenti imponendo loro di sottostare alla direttiva di vaccinarsi – consiste nel ritenere “ragionevole” una direttiva siffatta, ancorché riferita a vaccini ancora in fase sperimentale (la fase III si concluderà per il Vaccino Pfizer nel dicembre 2023 e per il vaccino Moderna nel dicembre 2022), che presentano le pesanti criticità più volte descritte nel paragrafo 2 di queste note e riassunte all'inizio del capitolo D di questo paragrafo.

Può ritenersi “ragionevole” onerare una persona di inoculare nel proprio corpo una sostanza di cui non si conosce (non essendo stata studiata) la genotossicità (cioè la sua capacità di indurre modificazioni all'interno della sequenza nucleotidica e del DNA del soggetto ricevente)?

Può ritenersi “ragionevole” imporre ad un soggetto di ricevere una sostanza di cui non si conosce (non essendo stata parimenti studiata) la cancerogenicità?

Può essere “ragionevole” costringere un soggetto che, per patologie preesistenti, deve assumere farmaci a farsi iniettare una sostanza (per non rischiare il licenziamento) in ordine alla quale non sono stati effettuati studi di interazione con altri medicinali?

Può valutarsi “ragionevole” costringere un uomo o una donna capaci ed intenzionati a procreare a subire un vaccino di cui non si conoscono gli effetti (in assenza di studi sugli esseri umani) sulla fertilità e capacità procreativa?

Può considerarsi “ragionevole” imporre a un dipendente di accettare un farmaco i cui danni a lunga distanza siano dichiarati imprevedibili dalla stessa azienda produttrice? E che, in base a studi pubblicati su importanti riviste scientifiche mondiali potrebbero anche rivelarsi molto gravi?

Evidentemente non lo è, a prescindere dal fatto, qui del tutto irrilevante, che il compito di valutare la sicurezza dei vaccini sia affidato dall'ordinamento ai presidi sanitari specialistici. I quali, nel caso dei vaccini covid-19 di Pfizer e Moderna, hanno emesso un'autorizzazione provvisoria e condizionata, esaminando, “sulla fiducia” e sotto la pressione dei governi europei, i soli dati provvisori comunicati dalle due aziende produttrici. Dati che difettano della necessaria trasparenza ed

appaiono pesantemente condizionati dai severi dubbi motivatamente sollevati dall'autorevole editore del British Medical Journal citato nei capitoli 2.1.h e 2.1.i del presente lavoro.

Il tutto poi:

- per tutelare l'integrità fisica degli altri dipendenti e dei soggetti terzi che venissero in contatto con il dipendente renitente in ragione della sua attività lavorativa, quando non è nemmeno noto se i vaccini in questione siano in grado di interrompere la trasmissione della malattia, o di limitarne le forme gravi, e, quindi, di tutelare effettivamente l'integrità fisica di coloro che si vorrebbe proteggere con la vaccinazione. Tanto è vero che, come dichiara apertamente l'AIFA (cfr. capitolo 2.1.c) "essere vaccinati non conferisce un <<certificato di libertà>> ma occorre continuare ad adottare comportamenti corretti e misure di contenimento del rischio di infezione", cioè mascherine, distanziamento e igiene delle mani;

- a fronte di un'infezione qualificata (mai ufficialmente) pandemia, ma nient'affatto straordinaria, come osserva Richard Horton, redattore capo della prestigiosa rivista scientifica The Lancet, in un recente editoriale sulla stessa rivista, secondo cui il covid non è una pandemia, bensì una sindemia, poiché l'aggressività del virus dipende in gran parte dei casi dalle malattie non trasmissibili (tipo diabete, cancro, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche) presenti nel contesto in cui si sviluppa.

Ragion per cui, per limitare il danno causato dalla sars-cov-2, occorrerebbe prestare maggior attenzione alle malattie non trasmissibili ed alle disuguaglianze socioeconomiche - che interagiscono con il virus aumentando la suscettibilità di una persona a peggiorare il proprio stato di salute - aggredendole e ponendo così in essere un prerequisito per contenere la curva di contagio.

Senza il quale la ricerca di una soluzione puramente biomedica al covid-19 è inesorabilmente destinata a fallire ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)).

Malattia, il covid-19, che crea problemi seri quasi esclusivamente nelle fasce di età più avanzate, a cui appartengono in gran parte persone ormai estranee al mondo del lavoro, avendo esse già raggiunto l'età della pensione (<https://www.ilpuntopensionielavoro.it/site/home/sanita/seconda-onda-i-dati-sulla-mortalita-per-covid-19.html>) ed i cui dati del contagio in Italia (https://www.google.com/search?ei=Yn_X-HxMIzTkgXv75SgAg&q=covid+contagi+totali+italia&oq=covid+contagi+totali+&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQARgAMgIIADICCAAyAggAMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB46BAgAEc6CggAELEDEIMBEEM6BwgAELED

[EEM6CAgAELEDEIMBOggILhCxAXCDAToKCC4QsQMQgwEQQzoECAAQQzoECC4QQzoFCAAQsQM6CAgAELEDEMcdDUPkiWK2UAWDFqwFoBnAEeACAAX6IAcoQkgEEMjQuMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&scient=psy-ab](https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/influenza_iss_regioni_italiane_news_oggi_31_dicembre_2020-5674808.html)), pur integrati con quelli dei contagi da virus influenzali o simil-influenzali (https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/influenza_iss_regioni_italiane_news_oggi_31_dicembre_2020-5674808.html), in crollo verticale nella corrente stagione, ridimensionano il fenomeno, assimilandolo a quanto accaduto negli anni passati per le epidemie influenzali (ogni anno le sindromi simil-influenzali coinvolgevano circa il 9% dell'intera popolazione italiana, con un minimo del 4% osservato nella stagione 2005-06 e un massimo del 15% registrato nella stagione 2017-18), che hanno ripetutamente messo in crisi la medicina di base, gli ospedali e le terapie intensive:

(<https://www.facebook.com/1075163031/posts/10221490176658550/>).

Se poi consideriamo le percentuali degli asintomatici, paucisintomatici e sintomatici lievi, che complessivamente raggiungono il 93-95% circa dei casi, il fenomeno si riduce ulteriormente e la sua portata non appare così “straordinaria”, addirittura sino al punto di rendere necessario il sacrificio di diritti costituzionali inviolabili [come ha recentemente motivato il Tribunale di Roma con ordinanza 16 dicembre 2020 nella causa civile iscritta al n. r.g. 45986/2020, le limitazioni e le compressioni dei diritti fondamentali non sono state “intrinseche all’esistenza di un’epidemia virale, ma conseguenza dell’impianto normativo provvedimentale che su tale situazione è intervenuto”. Impianto che il Tribunale non ha esitato a definire viziato da molteplici profili di illegittimità e, come tale, caducabile].

Invocare gli art.li 2087 c.c. e 20 t.u.s.l. è perciò inconferente.

Ciò che il datore di lavoro non può imporre - se non violando il diritto inderogabile, assoluto e tutelato in sede civile e penale, del consenso libero del dipendente - non può nemmeno sanzionare, ove il comportamento di quest'ultimo sia difforme dalle aspettative. Conseguentemente, in tal caso non può sussistere alcuna responsabilità omissiva del datore di lavoro.

E2) La norma giustificatrice dell'imposizione vaccinale può essere quella prevista dall'art.279, comma 2, lettera a) d.lgs. n.81/2008? La posizione specifica degli operatori sanitari.

E2.1) Altri giuristi hanno espresso l'opinione secondo la quale l'art. 279, comma 2, lettera a) del testo unico sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (d.lgs. n.81/2008)

rappresenterebbe la norma giustificatrice dell'imposizione vaccinale del dipendente.

La tesi, alla luce delle seguenti considerazioni, appare priva di fondamento.

L'art. 279 t.u.s.l. è collocato nel Titolo X (Esposizione ad agenti biologici) del d.lgs. 81/2008, le cui norme riguardano le attività lavorative nelle quali vi è rischio di esposizione ad agenti biologici (art. 266).

Le aziende a rischio biologico sono sostanzialmente di due tipi: quelle che utilizzano deliberatamente, per le proprie attività, agenti biologici (come ad es. i laboratori di ricerca biotecnologica, le aziende farmaceutiche, le aziende agro alimentari o quelle che lavorano nel campo del trattamento dei rifiuti) e quelle che non fanno uso deliberato di agenti biologici, ma che possono entrare in contatto con qualcuno di essi, veicolato dall'esterno (ospedali, aziende zootecniche, alimentari, e tutte quelle attività in generale in cui vi sia contatto interpersonale tra dipendenti o tra questi e i terzi, fruitori dei servizi offerti dalle stesse).

Il rischio biologico può pertanto essere:

- a) legato all'attività che fa uso degli agenti biologici classificati dall'art. 268 t.u.s.l.,
- b) solo potenziale, legato al contesto dell'organizzazione aziendale che implica il rischio dell'esposizione dei lavoratori agli agenti biologici.

E' palese che il rischio biologico afferente al sars-cov2 non sia legato all'attività che ne faccia uso (a meno che non si tratti di un laboratorio in cui si utilizzi deliberatamente tale virus per la ricerca), ma al contesto dell'organizzazione aziendale. Una delle principali vie di trasmissione degli agenti biologici è infatti quella indiretta, veicolata da un vettore che trasferisce da un individuo malato (portatore) ad uno sano la carica batterica o virale necessaria per provocare la malattia. I luoghi pubblici, gli ospedali, i centri commerciali, gli aeroporti, tutti i luoghi in cui vi è grande affluenza di persone, sono dunque considerati a rischio biologico potenziale.

Le norme di cui al Titolo X del t.u.s.l. riguardano entrambe le tipologie di attività. Alcune di esse (come gli art.li 269; 270; 271, comma 1, lett. f; 272, comma 2; 275; 276; 277; 278; 280) afferiscono alle aziende del primo tipo (ovvero quelle che utilizzano deliberatamente, per le loro attività, gli agenti biologici), altre attengono alle aziende del secondo tipo (art.li 271, comma 4; 274). Altre ancora contengono disposizioni che interessano entrambe (art.li 271, comma 1, lettere a, b, c, d, e, commi 2, 3, 5, 6; 272, comma 1; 273; 279, commi 1, 3, 4, 5; 281).

Tutte le norme riguardanti le aziende del primo tipo, sono di diritto singolare (essendo applicabili solo al caso specifico in cui i processi lavorativi utilizzino agenti biologici nocivi) e di stretta interpretazione (essendo dettate dalla ratio di tutelare la salute dei dipendenti particolarmente esposti al rischio biologico, in quanto

addetti alla manipolazione o comunque alla lavorazione degli agenti biologici nocivi. Ratio insussistente nel caso delle aziende del secondo tipo: cfr., ad es., i principi affermati da Cass. 28 marzo 1981 n.1800, da Cass. 1 settembre 1999 n.9205 e da Cons. Stato 12 marzo 1982 n.112).

Come tali non possono essere applicate, nemmeno per analogia (vietata ai sensi dell'art. 14 disp. sulla legge in generale) alle aziende del secondo tipo (i cui processi lavorativi non utilizzano agenti biologici nocivi), il cui rischio rimane regolato dalle altre norme del Titolo X che le riguardano (sopra indicate) ed i cui lavoratori non necessitano di tutele specifiche per un rischio che non possono correre (non lavorando essi agenti biologici nocivi).

L'art. 279, comma 2, oltre a contenere disposizioni applicabili ad entrambe le tipologie di attività (commi 1; 2, lettera b; 3; 4; 5), ne ricomprende un'altra, di diritto singolare e di stretta interpretazione (per le stesse ragioni suesposte), riguardante le aziende che utilizzano deliberatamente, per le proprie attività, agenti biologici nocivi.

E' la lettera a) dello stesso comma, la quale prevede che il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, metta a disposizione vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente.

E' dunque di solare evidenza che la lettera a) del secondo comma dell'art. 279 sia una norma dettata per le sole aziende del primo caso, esclusivamente a tutela della salute dei lavoratori esposti ad agenti biologici presenti nella lavorazione e che non risultino già immuni a tali agenti.

In quanto norma di diritto singolare e di stretta interpretazione, non può essere applicata, né per interpretazione estensiva, né tanto meno per analogia, a fattispecie differenti da quella per la quale è dettata.

Non può quindi riguardare la situazione di un agente virale proveniente dall'esterno dell'ambiente di lavoro come il sars-cov2, il cui rischio, come abbiamo visto, non è legato all'attività che ne faccia uso, ma al contesto dell'organizzazione aziendale.

La stessa norma (art. 279, comma 2, lettera a), peraltro, impone soltanto al datore di lavoro - nel caso specifico del lavoratore esposto ad agente biologico presente nella lavorazione (e non in tutti gli altri casi) - di mettere a disposizione dello stesso lavoratore un vaccino efficace, non certo di obbligarlo alla vaccinazione.

Ove non esistano vaccini efficaci (o il lavoratore ne rifiuti la somministrazione) il datore di lavoro ha facoltà di disporre (ai sensi della lettera b del secondo comma dell'art. 279) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'articolo 42, le quali prevedono che il lavoratore sia adibito a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento e la

retribuzione corrispondente alle mansioni di provenienza, nonché la qualifica originaria.

Dall'art. 279, comma 2, lettera a) t.u.s.l. non è pertanto possibile inferire una facoltà o addirittura un obbligo dei datori di lavoro di sottoporre i lavoratori alla vaccinazione contro il covid-19.

Né una facoltà o un obbligo siffatti possono desumersi dall'art. 18 o dall'art. 41 t.u.s.l.

Il giudizio di idoneità (o di inidoneità) di cui al comma 6 dell'art. 41 è infatti emesso “sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui al comma 2”. La visita medica periodica (lettera b del secondo comma), stabilita di norma una volta l'anno, è “finalizzata a controllare lo stato di salute dei lavoratori”.

Una persona in salute e munita delle necessarie competenze per svolgere un dato lavoro è perfettamente idonea a svolgerlo. Venendo a contatto con colleghi o terze persone, sino a quando durerà l'epidemia da sars-cov2, dovrà osservare tutte le misure di contenimento del rischio di infezione, generali e specifiche di quel dato lavoro. Ma nessuno potrà ritenerla inidonea allo stesso perché non vaccinata contro il covid-19, per tutte le ragioni esposte nei capitoli precedenti.

E2.2) La posizione specifica degli operatori sanitari.

Come prevede l'allegato XLIV della L. 81/2008 (t.u.s.l.), le attività nei servizi sanitari possono comportare la presenza di agenti biologici e, pur non comportando la deliberata intenzione di operare con agenti biologici, possono implicare il rischio di esposizione dei lavoratori agli stessi (art. 271, comma 4, t.u.s.l.). Si tratta quindi chiaramente di attività che abbiamo definito “del secondo tipo” (v. sopra).

Quanto abbiamo esposto sopra non può non valere anche per queste attività, comprese le unità di isolamento e post mortem.

L'opinione contraria generalmente si basa sui cosiddetti doveri di protezione che caratterizzano tali attività.

Il personale sanitario, oltre ad essere esposto ad un elevato rischio individuale di contagio, per le mansioni svolte può a sua volta essere fonte di contagio nei confronti dei colleghi e dei soggetti terzi (pazienti, loro familiari, amici, ecc.).

Rispetto ad altre attività, l'adempimento di questi doveri sarebbe di fondamentale importanza e, di conseguenza, un ospedale o una casa di cura privata potrebbero legittimamente pretendere la vaccinazione da medici ed infermieri, anche perché sarebbero esposti a responsabilità risarcitoria nei confronti delle persone ricoverate che avessero contratto il virus sars-cov2 per effetto di un inadempimento di un dipendente.

Se è possibile condividere il pensiero che una profilassi immunitaria vaccinale, avendo a disposizione un vaccino efficace e sicuro (o meglio, relativamente sicuro: nessun farmaco lo è al 100%), potrebbe essere una misura importante per la tutela della salute del personale sanitario e per prevenire la trasmissione degli agenti infettivi ai colleghi, ai pazienti, ai loro familiari e conoscenti, sul piano del diritto il ragionamento su cui si fonda la tesi in esame non regge.

Le direttive dei datori di lavoro espongono a sanzioni i dipendenti inadempienti ove siano legittime e ragionevoli.

Dobbiamo pertanto chiederci se la direttiva di una direzione sanitaria che, in assenza di una legge dello Stato impositiva di un obbligo vaccinale per il personale dipendente, imponesse a quest'ultimo di sottoporsi all'inoculazione dei vaccini contro il covid-19 autorizzati in via provvisoria (attualmente i prodotti Pfizer e Moderna), potrebbe ritenersi legittima e ragionevole.

Quanto alla legittimità, occorre considerare che l'assenza di una legge impositiva dell'obbligo non è l'unico elemento che la esclude. Abbiamo esaminato a fondo le questioni che attengono al consenso libero ed informato del paziente per qualsiasi trattamento sanitario. Oltre ai principi sanciti dal combinato degli art.li 2, 13, 32 Cost. e dai richiamati trattati europei, vi è una legge dello Stato (la L. 22 dicembre 2017 n.219) che all'art.1, nel rispetto degli stessi principi, stabilisce in modo imperativo ed inderogabile che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

In assenza di una legge dello Stato, la direttiva in questione, che non si limitasse a raccomandare il trattamento vaccinale per il covid-19, ma lo imponesse con carattere vincolante per il personale sanitario, si porrebbe dunque in contrasto con il principio inderogabile ("tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge") del consenso libero del paziente e, quindi, con la norma imperativa che lo prevede come requisito indispensabile di ogni atto medico, risultando incontestabilmente illegittima.

Essa, inoltre, sarebbe chiaramente irragionevole, per tutte le motivazioni esposte al capitolo E1.4 da intendersi qui interamente riportate.

Sul punto, a nulla servirebbe obiettare che il datore di lavoro debba fare affidamento sull'autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini, provvisoriamente concessa dall'EMA. Detta autorizzazione è stata infatti concessa in via provvisoria e condizionata, esaminando, "sulla fiducia" e sotto la pressione dei governi europei, i soli dati provvisori comunicati dalle due aziende produttrici. Dati che difettano della necessaria trasparenza ed appaiono pesantemente condizionati dai severi

dubbi sulla loro attendibilità motivatamente sollevati dall'autorevole editore del British Medical Journal citato nei capitoli 2.1.h e 2.1.i del presente lavoro.

Il personale medico e le direzioni sanitarie dovrebbero inoltre sapere che tale autorizzazione è condizionata alla presentazione, entro il termine del mese di dicembre del 2023 (o del 2022 per Moderna), da parte del titolare dell'autorizzazione stessa, della relazione finale sullo studio clinico randomizzato, controllato verso placebo, in cieco per l'osservatore, al fine di confermare l'efficacia e la sicurezza dei vaccini (cfr. il "riassunto delle caratteristiche del prodotto", documento fornito dall'EMA).

Provvedono quindi le stesse aziende farmaceutiche e l'EMA ad informarci che gli studi relativi all'efficacia e (soprattutto) alla sicurezza di tali farmaci sono ancora in corso ed, anzi, sono appena cominciati (dati i termini fissati per la loro conclusione). Loro stesse ci dicono che la fase III della sperimentazione è tuttora in atto e che la vaccinazione di massa si sta svolgendo su una platea di soggetti non debitamente informati di essere arruolati per tale fase. Fatto che le direzioni sanitarie dovrebbero conoscere e sul quale dovrebbero riflettere prima ancora di pensare a certe direttive palesemente illegittime ed irragionevoli, giacché nessuno può essere arruolato come volontario "per forza" di una sperimentazione di fase III.

L'eventuale affidamento del datore di lavoro sull'autorizzazione potrebbe forse sollevarlo da responsabilità in un procedimento giudiziale conseguente ad un effetto avverso del vaccino, non certo a legittimarne la direttiva in questione.

Per tali ragioni, in assenza di una legge dello Stato impositiva dell'obbligo, la vaccinazione contro il covid-19 del personale sanitario potrebbe essere soltanto raccomandata, giammai resa obbligatoria e la scelta deviante del lavoratore non potrebbe in nessun modo essere sanzionata senza coartare la volontà di quest'ultimo.

E se detta legge ad un certo punto fosse emanata?

Le conclusioni non cambierebbero. Si tratterebbe infatti di una legge incostituzionale, poiché incompatibile con l'art. 32 Cost., non ricorrendo, nel caso specifico, almeno due delle tre condizioni fissate dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale (cfr. le sentenze n.258/1994 e n.5/2018 riportate al capitolo 1.2 di questo studio). Richiamo in proposito, per evitare inutili ripetizioni, le argomentazioni svolte nel capitolo B di questo paragrafo, non senza aggiungere – quanto al fatto che, non essendo noto se la vaccinazione possa impedire la trasmissione dell'infezione (e gli attuali studi di fase III non sono nemmeno impostati per dimostrarlo) il trattamento non potrebbe dirsi diretto a preservare lo stato di salute degli altri (se non sul piano di un mero auspicio) – il prof. Jonathan Van Tam, consulente del governo britannico e vice capo della Sanità inglese, in un

articolo pubblicato sul Sunday Telegraph, ha di recente ribadito che la comunità scientifica ignora ancora se i vaccini contro il covid-19 impediscano il contagio e che le persone vaccinate contro il sars-cov2 potrebbero comunque trasmetterlo a chi non ha ancora ricevuto il farmaco (ragion per cui sarebbe importante continuare a seguire le regole di distanziamento sociale).

Una legge siffatta (come abbiamo già motivato nel medesimo capitolo B di questo paragrafo) autorizzerebbe di diritto la sperimentazione su esseri umani inconsapevoli (di fatto già in corso, come abbiamo visto) violando palesemente il divieto di intraprendere ricerche su persone non consenzienti e creando i presupposti di legge per la pratica di atti lesivi dei diritti inviolabili dell'uomo.

L'incostituzionalità della legge, una volta dichiarata, renderebbe ancora una volta illegittima ogni eventuale direttiva aziendale impositiva della vaccinazione.

A differente conclusione si dovrebbe invece pervenire nel caso in cui le misure profilattiche vaccinali - che una legge dello Stato rendesse obbligatorie per i lavoratori della sanità (e/o per altre categorie di lavoratori) - avendo superato, con esiti positivi e soddisfacenti la fase III della sperimentazione, rispondessero pienamente ai requisiti di efficacia e (relativa) sicurezza e si dimostrassero efficaci anche sull'interruzione della trasmissione della malattia.

In tal caso, verificatesi le condizioni stabilite dalla Corte Costituzionale che rendono compatibile la legge impositiva del trattamento sanitario con l'art.32 Cost. ed apparendo ragionevole la profilassi immunitaria del personale sanitario (stante l'accertata sicurezza ed efficacia del vaccino da somministrare), la legge sarebbe pienamente legittima, così come la direttiva della struttura sanitaria comportante l'obbligo per i dipendenti di sottoporsi alla vaccinazione.

In tale ipotesi il problema del consenso libero non si porrebbe, trattandosi di un caso "espressamente previsto dalla legge" (art. 1 L. n.219/2017) in cui l'atto medico può prescindere dal consenso libero ed informato del paziente. Fatta ovviamente salva l'inammissibilità di un'imposizione coattiva e forzosa della vaccinazione, che integrerebbe, come abbiamo già detto, una violenza fisica inammissibile per un regime democratico ed ancor più per il nostro ordinamento costituzionale, in quanto lesiva dei limiti imposti dal rispetto della persona umana (art. 32, comma II, Cost.), della sua dignità ed integrità fisica (art.li 1 e 5 convenzione di Oviedo; art.li 1 e 3 Carta diritti fondamentali UE).

Per quest'ultima ipotesi, la legge impositiva dovrebbe prevedere e disciplinare le conseguenze del comportamento inadempiente, bilanciando, come accennato nel capitolo C di questo paragrafo, i valori costituzionali in gioco.

Tale è stato il caso delle leggi riguardanti la vaccinazione antitetanica (L. 5 marzo 1963 n.292), quella antitubercolare (d.P.R. n.465 del 7 novembre 2001) e quella antitifida (rimasta obbligatoria sino al 2000).

Oggi, tuttavia, per i vaccini contro il covid-19 provvisoriamente autorizzati e sottoposti a condizioni, siamo assai lontani dal caso ultimo considerato.

Ne consegue che un licenziamento ex art. 3 L. 604/1966, o ai sensi degli art.li 279, comma 2, lettera a), 18 e 41, comma 6, t.u.s.l., di un dipendente che non intendesse vaccinarsi contro il covid-19 con i vaccini attualmente disponibili (Pfizer e Moderna), o un altro provvedimento incidente sulla sua attività lavorativa sarebbero illegittimi ed impugnabili innanzi al competente giudice del lavoro. Ciò comporterebbe il fastidio di dover promuovere e sostenere una causa di lavoro, ma con buona probabilità di ottenere una decisione favorevole.

* * *

P.S.: Su relazione della commissione per gli affari sociali, la salute e lo sviluppo sostenibile e a seguito di dibattito, in data 27 gennaio 2021 (5a seduta) l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, ha approvato la risoluzione n. 2361/2021, che ai punti sotto indicati recita testualmente (grassetto e sottolineature aggiunte):

<<7.3 per quanto riguarda la garanzia di un elevato assorbimento del vaccino:

7.3.1 garantire che i cittadini siano informati che la vaccinazione NON è obbligatoria e che nessuno è politicamente, socialmente o altrimenti sottoposto a pressioni per farsi vaccinare, se non lo desidera farlo personalmente;

7.3.2 garantire che nessuno sia discriminato per non essere stato vaccinato, a causa di possibili rischi per la salute o per non voler essere vaccinato>>.

<https://pace.coe.int/en/files/29004/html>

Le raccomandazioni e le risoluzioni dell'APCE non hanno potere vincolante. Esse si inquadrano tra gli atti atipici delle Comunità europee, in particolare quando sono adottate dai rappresentanti degli Stati membri riuniti in seno al Consiglio europeo. Malgrado ciò, tali atti, per il foro in cui vengono discussi e adottati e per le materie a cui si riferiscono, hanno spesso, come nel caso di specie, una notevole rilevanza. Giuridicamente, possono essere considerati accordi in forma semplificata.

Difficilmente l'Italia potrà assumere decisioni in contrasto con tale risoluzione.

Quanto sopra costituisce pertanto un ulteriore elemento a sostegno di quanto argomentato nel presente elaborato.

(*) Avvocato, in pensione di anzianità dal 1 ottobre 2019. E' stato legale fiduciario di primarie compagnie di assicurazione e della Fondazione IRCCS Policlinico San

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