

***L'obbligo vaccinale nella società della sfiducia. Considerazioni intorno alla sent.
del Consiglio di Stato, III sez. 20 ottobre 2021, n. 7045****

di **Valeria De Santis** – Ricercatrice confermata di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università degli Studi di Napoli 'Parthenope'

ABSTRACT The Council of State's ruling of 20 October 2021, n. 7045, definitively closes the issue raised by a group of "anti-vax" doctors and social health workers who contested the legitimacy of the vaccination obligation introduced by art. 4 of the l. May 28, 2021, n. 76. Council of State faces and rejects all the scientific and legal complaints submitted by the appellants. The pronouncement appears of great interest for how it builds the relationship between the democratic nature of the legal system and the vaccination obligation in the society of distrust, i.e., in the society of vaccination hesitation of disinformation, fake and unsubstantiated news.

SOMMARIO: 1. La questione. – 2. Sicurezza ed efficacia dei vaccini: i dati scientifici a supporto della decisione. – 3. L'obbligo vaccinale, tra *ignoto irriducibile* e *società del rischio*: la necessità di una decisione fondata sul principio di precauzione. – 3.1. Segue: flessibilità dell'azione politica. – 4. Obbligo vaccinale e sicurezza: alleanza terapeutica e il diritto dei vulnerabili. – 5. *Società del sospetto* ed esitazione vaccinale. – 6. Informazione, disinformazione e *populismo vaccinale*: note conclusive.

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le Linee guida della Rivista.

1. La questione

Con l'articolata pronuncia 20 ottobre 2021, n. 7045, la III sez. del Consiglio di Stato chiude in via definitiva la questione sollevata da un gruppo di medici e operatori sociosanitari (del Friuli Venezia-Giulia) che non si sottoponevano alla vaccinazione contro il Covid-19, contestando la legittimità dell'obbligo vaccinale introdotto dall'art. 4 del d.l. 1 aprile 2021, n. 44 (conv. in l. 28 maggio 2021, n. 76) per il personale medico, gli esercenti le professioni sanitarie e per tutti gli operatori di interesse sanitario. A seguito del rigetto della questione, da parte del Tar Friuli Venezia Giulia, I sez., il Consiglio di Stato dichiara ammissibile il ricorso, ma lo respinge nel merito, con una motivazione di estremo dettaglio che demolisce, punto per punto, le argomentazioni addotte dai soccombenti "no-vax".

Tralasciando gli aspetti processuali, il Consiglio di Stato nel merito affronta le censure di ordine scientifico e giuridico sottoposte al Collegio dagli appellanti. Sebbene le argomentazioni addotte ripropongano in ampia parte quanto fissato in consolidata giurisprudenza di merito e di legittimità, la pronuncia appare ugualmente di grande interesse non solo perché è la prima del Consiglio di Stato in materia di obbligo vaccinale contro il Covid-19, ma per come ricostruisce il rapporto tra scienza e discrezionalità politica, per l'attenzione conferita alla relazione di cura e fiducia tra medico e paziente e, infine, per la particolare centralità che attribuisce al rapporto tra democraticità dell'ordinamento ed obbligo vaccinale nella società della sfiducia. Di seguito si proverà quindi a ripercorrere il complesso ragionamento del giudice di Palazzo Spada per fare qualche riflessione, utile anche in vista del contenzioso che potrebbe scaturire dall'estensione dell'obbligo vaccinale, disposta di recente dal Governo nella lotta al Covid-19¹.

2. Sicurezza ed efficacia dei vaccini: i dati scientifici a supporto della decisione

Nel confutare le tesi degli appellanti, il Consiglio di Stato affronta prima le contestazioni di ordine scientifico, per poi soffermarsi su quelle di ordine prettamente giuridico. Sotto il primo

¹ Il d.l. 26 novembre 2021, n. 172, tra le altre misure, estende l'obbligo vaccinale al personale della scuola, del comparto difesa, sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale e polizia penitenziaria.

profilo, il Consiglio di Stato conferma la sicurezza e l'efficacia dei vaccini contro il Covid-19, che prima sono stati oggetto di autorizzazione mediante l'immissione in commercio condizionata e, successivamente, vengono sottoposti al costante monitoraggio dell'ISS.

Affrontando la questione relativa alla sicurezza, il Consiglio di Stato chiarisce che l'immissione in commercio condizionata non costituisce - contrariamente a quanto sostenuto dagli appellanti - una procedura emergenziale, ma invece consente di accelerare i tempi di svolgimento della sperimentazione secondo una procedura standardizzata a livello europeo.

Anche se fornisce dati meno completi rispetto a quella ordinaria, la procedura di immissione in commercio condizionata non è affatto abbreviata, incerta e rischiosa, né tantomeno è stata escogitata per fronteggiare la situazione emergenziale. Introdotta dall'art. 14-bis del reg. CE 31 marzo del 2004 n. 726 istitutivo dell'Ema e disciplinata dal reg. CE 29 marzo 2006, n. 507, l'immissione in commercio condizionata consente ai pazienti l'accesso precoce a molteplici farmaci, rispondendo ad esigenze mediche prima insoddisfatte. L'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata costituisce una sottocategoria della procedura ordinaria² e viene rilasciata sulla base di dati perlopiù clinici, meno completi rispetto a quelli richiesti nella procedura ordinaria, a condizione che i benefici derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione superino il rischio dovuto al fatto che sono tuttora necessari dati supplementari.

In situazioni di emergenza l'autorizzazione all'immissione in commercio di tali medicinali può essere rilasciata anche in assenza di dati preclinici o farmaceutici completi³. La procedura per il rilascio dell'immissione in commercio condizionata consente la sovrapposizione di fasi di

² Dal 1993, nell'ambito del sistema centralizzato di autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci, l'Ema affianca le autorità regolatorie nazionali con la procedura di autorizzazione comunitaria dei medicinali ad uso umano e veterinario e la loro sorveglianza a livello centralizzato. Il reg. CE 31 marzo del 2004 n. 726 disciplina le procedure centralizzate di autorizzazione per i farmaci e prevede una procedura ordinaria di approvazione all'immissione in commercio che ha una durata non inferiore a 210 giorni, termine che può essere dilatato qualora il comitato scientifico richieda chiarimenti o informazioni ulteriori all'azienda produttrice. La procedura abbreviata, cui si è fatto ricorso per l'approvazione dei vaccini per il contrasto al Covid-19, prevede invece (art. 14 co. 9) che all'atto della presentazione della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per i medicinali per uso umano di «elevato interesse per la salute pubblica», in particolare sotto il profilo dell'innovazione terapeutica, il richiedente, con domanda motivata, può accedere alla procedura di valutazione accelerata che riduce la durata della procedura di valutazione da 210 a 150 giorni.

³ Sulle procedure autorizzatorie dell'Ema, A. MANGIA, *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in *Rivista Aic*, n. 3/2021, p. 437 e ss.; V. SALVATORE, *La ricerca di soluzioni diagnostiche e terapeutiche per far fronte all'emergenza pandemica da Covid-19. Il ruolo propulsivo dell'Agenzia europea per i medicinali: profili giuridici e regolatori*, in *Dir. pubb. comp. ed europeo*, 2020, p. 2311 e ss.

sperimentazione clinica, che nella procedura ordinaria sarebbero invece sequenziali, accelerando i tempi di svolgimento della sperimentazione.

Osserva il Consiglio di Stato che l'immissione in commercio condizionata «non è una scorciatoia incerta e pericolosa escogitata ad hoc per fronteggiare l'emergenza sanitaria»⁴. A differenza dell'autorizzazione del farmaco in emergenza⁵, l'immissione in commercio condizionata è una procedura consolidata, generale ed utilizzabile solo quando si verificano determinate condizioni: il rapporto rischio/beneficio del medicinale risulta positivo; il richiedente con probabilità potrà fornire in seguito dati clinici completi; il medicinale risponde ad esigenze mediche insoddisfatte e i benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale superano il rischio inerente al fatto che occorranò ancora dati supplementari. La concessione dell'immissione in commercio condizionata dura un anno, è rinnovabile ed è subordinata alla trasmissione dei dati clinici mancanti per ottenere l'autorizzazione dell'immissione in commercio non condizionata.

L'EMA ha seguito dunque una procedura consolidata e controllata non emergenziale che fornisce ampie garanzie attraverso: il sistema di farmacovigilanza standardizzato in tutti i Paesi dell'Unione, il monitoraggio post-autorizzazione e il monitoraggio dei sistemi di produzione in modo da garantire vaccini fabbricati e controllati secondo *standard* farmaceutici elevati ed uniformi. Il fatto che in base al citato reg. CE n. 507 del 2006 i dati acquisiti nella fase di sperimentazione siano parziali e provvisori nulla toglie al rigore scientifico e all'attendibilità delle sperimentazioni che hanno preceduto l'autorizzazione e sono bisognose di conferma con l'acquisizione completa dei dati.

Dalla sua introduzione l'immissione in commercio condizionata ha prodotto risultati importanti, consentendo ai pazienti privi di opzioni terapeutiche (soprattutto oncologici o con Hiv e altre patologie gravi) di accedere celermente a farmaci innovativi e promettenti, senza sacrificare i

⁴ Punto 25.4 e 26.5 del *Considerato in diritto*.

⁵ L'art. 5, co. 2, del d.lgs. 24 aprile 2006, n. 219 (di attuazione della dir. 6 novembre 2001 n. 83 e successive modifiche) recante un *Codice comunitario concernente i medicinali per uso umano*, prevede che in caso di sospetta e confermata dispersione di agenti patogeni, tossine, agenti chimici o radiazioni nucleari potenzialmente dannosi, il Ministro della salute può autorizzare la temporanea distribuzione di un medicinale per il quale non è autorizzata l'immissione in commercio, al fine di fronteggiare tempestivamente l'emergenza. L'autorizzazione del medicinale in emergenza è decisa a livello nazionale e l'uso del medicinale resta non autorizzato e non può essere immesso sul mercato. L'impiego in emergenza di un farmaco o vaccino, decisa da ciascuno Stato sotto la propria esclusiva responsabilità, è previsto a livello legislativo nazionale e l'autorizzazione vale esclusivamente all'interno di ciascuno Stato.

controlli e la sicurezza. L'affidabilità della procedura è confermata dal Rapporto fornito dall'Ema sui dati dell'immissione in commercio condizionata dal 2006, ovvero dall'introduzione di questo istituto fino al 30 giugno 2016, dal quale emerge che *nessun* farmaco autorizzato con questa procedura è stato sospeso o revocato⁶.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei vaccini contro il Covid-19 dopo la loro immissione in commercio condizionata, l'Aifa raccoglie i dati relativi alla segnalazione di eventi avversi. In base all'ultimo rapporto del 12 ottobre 2021, il Consiglio di Stato evidenzia che il tasso degli eventi avversi gravi - 17 ogni 100.000 dosi - è del tutto comparabile a quelli emersi in esito ad attività di farmacovigilanza condotta su altri vaccini esistenti da anni, in commercio ed obbligatori in età pediatrica ai sensi della legge 31 luglio 2017, n.119. Dunque, allo stato delle conoscenze attuali, il rapporto rischio beneficio è accettabile, attestandosi su valori non dissimili a quelli dei vaccini tradizionali, alcuni dei quali appunto anche obbligatori per fasce di età o categorie di lavoratori.

Proseguendo nella confutazione delle ragioni scientifiche addotte dagli appellanti, il Consiglio di Stato affronta la contestata questione dell'efficacia dei vaccini contro il Covid-19. Nei limiti del proprio sindacato e dunque sostenuto dall'attendibilità razionale degli studi e dei dati acquisiti dalle autorità sanitarie e, in particolare, dall'ultimo bollettino dell'ISS, il Consiglio di Stato conferma l'efficacia del vaccino nell'evitare la malattia, almeno nelle sue forme più gravi e nel ridurre drasticamente i ricoveri in terapia intensiva. Aggiunge inoltre il supremo giudice amministrativo, che in base agli studi più recenti la comunità scientifica concorda nell'evidenziare come la trasmissibilità del virus tra i vaccinati sia estremamente limitata, tanto da apparire insignificante. Così confutando le contestazioni degli appellanti, sempre in base ad acquisizioni scientifiche dettagliatamente documentate, il Consiglio di Stato ribadisce che i vaccini contro il Covid-19 sono efficaci anche nel limitare il contagio, perché abbassano in modo drastico la carica virale dei vaccinati.

L'ampio riferimento ai dati delle autorità sanitarie sull'efficacia e la sicurezza del vaccino contro il Covid-19, fonda il sindacato del giudice amministrativo e apre al tema affrontato nell'analisi delle ragioni giuridiche del rapporto tra la decisione pubblica, acquisizioni scientifiche e assenza di certezze scientifiche incontrovertibili.

⁶ Nel periodo considerato l'Ema ha concesso 30 autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate, 11 delle quali trasformate in autorizzazioni ordinarie, 2 ritirate per ragioni commerciali e le restanti 17 rimaste ancora autorizzazioni condizionate (la relazione si può leggere all'indirizzo <https://www.ema.europa.eu>).

3. L'obbligo vaccinale, tra *ignoto irriducibile* e *società del rischio*: la necessità di una decisione fondata sul principio di precauzione

Dopo aver individuato i dati scientifici che consentono di affermare che il vaccino contro il Covid-19 è sicuro ed efficace, il Consiglio di Stato passa ad affrontare le ragioni giuridiche addotte dagli appellanti la cui analisi richiede al giudice amministrativo di circoscrivere i limiti del proprio sindacato, inquadrando preliminarmente l'obbligo vaccinale alla luce della situazione di fatto in cui la decisione è stata maturata.

Laddove - per motivi ovvi - non esistono dati completi per valutare in modo compiuto il rapporto rischio/beneficio dell'assunzione dei vaccini nel lungo periodo, la decisione di imporre l'obbligo vaccinale risponde ad un'esigenza precauzionale.

Il decisore pubblico si trova a fronteggiare quello che viene definito l'«ignoto irriducibile», ossia, l'assenza di elementi incontrovertibili che caratterizza la decisione pubblica nell'amministrazione del rischio. La «riserva di scienza» si impone al legislatore e all'amministrazione quando deve adottare misure necessarie a contrastare l'emergenza; in generale, il rischio lascia al decisore pubblico un margine di incertezza, più o meno ampio, a seconda dell'esistenza di dati certi e di verità scientifiche che possono essere acquisite solo dopo sperimentazioni e studi che richiedono anni. In queste ipotesi di incertezza il decisore pubblico ha il dovere di adottare misure ispirate al principio di precauzione.

Nella gestione del rischio, che sia pandemico oppure derivante da altri contesti in cui emergono margini di incertezza legati a disparati aspetti della modernizzazione (intelligenza artificiale, nanotecnologie, inquinamento, gestione dei rifiuti...), il legislatore come la pubblica amministrazione devono adottare decisioni ispirate al principio di precauzione. Del resto, lo stesso Presidente del Consiglio di Stato, nella Relazione sull'attività della giustizia amministrativa del 2021, evidenzia che il mondo contemporaneo deve convivere con il rischio che è un «elemento ineliminabile nell'esistenza delle società e nei loro ordinamenti. Nelle democrazie costituzionali non tutto è prevedibile a priori e riconducibile a procedure interamente predeterminate»⁷. Di

⁷ Relazione sull'attività della giustizia amministrativa del Presidente del Consiglio di Stato Filippo Patroni Griffi, 2 febbraio 2021, p. si può leggere sul sito www.astrid-online.it.

conseguenza, l'attenzione del legislatore è rivolta a mettere in sicurezza diritti, beni ed interessi esposti al pericolo causato dallo sviluppo tecnologico ed industriale. Lo Stato è sempre di più «Stato di prevenzione»⁸, in quanto l'azione pubblica è catalizzata dalla gestione di rischi che mettono in pericolo la conservazione e la tutela dei beni giuridici.

In un contesto sociale altamente modernizzato, la natura del sapere è contingente e il decisore pubblico, dovendo prendere in considerazione una pluralità di variabili, deve adattare la propria decisione all'evoluzione tecnologica e scientifica⁹. Senza la pretesa di addentrarsi nell'analisi puntuale dei caratteri della società del rischio, in particolare nella lotta al Covid-19, non esistono sufficienti dati per valutare quale sia l'efficacia dei vaccini nel lungo periodo: non possono esistere elementi per fornire certezze circa la *totale* assenza di rischi connessi all'assunzione del vaccino.

Non di meno, dovendo gestire il rischio pandemico in base al principio di precauzione, il legislatore ha il dovere di promuovere o imporre la somministrazione della terapia profilattica che, allo stato, è l'unica in grado di prevenire la malattia o, almeno, di scongiurarne gli effetti più gravi e limitare fortemente il contagio. Già nel 2017, il Consiglio di Stato in sede consultiva - proprio in tema di obbligo vaccinale - ha evidenziato che in un contesto di incertezza il principio di precauzione, come percorso e procedimento decisionale, deve orientare il decisore pubblico¹⁰. Il principio di precauzione richiede infatti di bilanciare tra la minimizzazione del rischio e la massimizzazione dei vantaggi, accettando il rischio insito in qualsiasi decisione adottata in un contesto in cui le conoscenze scientifiche sono in via di acquisizione e in continua evoluzione¹¹.

⁸ E. DENNINGER, *Stato di prevenzione e diritti dell'uomo*, in *Diritti dell'uomo e legge fondamentale*, Torino, Giappichelli, 1998, p. 38.

⁹ Nonostante l'industrializzazione e la modernizzazione tecnologica, la scienza non riesce a fornire certezze sul modo di affrontare i rischi generati proprio dalle innovazioni tecnologiche creando nelle società moderne un diffuso senso di incertezza, sul punto nella riflessione sociologica cfr. almeno: U. BECK, *La società del rischio. Verso una seconda modernità* (trad.it.), Roma, Carocci, 2000; ID., *Conditio humana. Il rischio nell'età globale* (trad.it.), Roma - Bari, Laterza, 2008; Z. BAUMAN, *La società dell'incertezza* (trad.it.), Bologna, il Mulino, 1999; C. R. SUNSTEIN, *Risk and Reason. Safety, Law and the Environment*, New York, Cambridge University Press, 2004. Nella riflessione pubblicistica, di recente, cfr. almeno: C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino, Giappichelli, 2012, p. 16 e ss.; L. GIANI, *Dalla cultura dell'emergenza alla cultura del rischio: potere pubblico e gestione delle emergenze*, in L. Giani, M. D'Orsogna, A. Police (a cura di), *Dal diritto dell'emergenza al diritto del rischio*, Napoli, Editoriale scientifica, 2018, p. 15 e ss.; S. BUDELLI, *La società del rischio e il governo dell'emergenza. Le ordinanze extra ordinem*, in *Ambientediritto*, n. 2/2019; G. LOFARO, *La Certezza giuridica tra principi e regole nella transizione dal «diritto amministrativo dell'emergenza» al «diritto amministrativo del rischio»*, in *Ambientediritto*, n. 1/2021; S. ROSSI, *Società del rischio e scelte tragiche al tempo del coronavirus*, in *Rivista Aic*, n. 3/2020, p. 246 e ss.

¹⁰ Parere del Consiglio di Stato, n. 02065 del 26 settembre 2017, Adunanza della Commissione speciale del 20 settembre 2017, numero affare 01614/2017, punto 40.

¹¹ Sul tema, senza pretese di esaustività, cfr. almeno: L. GIANI, *Dalla cultura dell'emergenza alla cultura del rischio: potere pubblico e gestione delle emergenze*, cit., p. 29; G. MANFREDI, *Vaccinazioni obbligatorie e precauzione*,

Nella pandemia il principio di precauzione impone l'utilizzo di terapie e farmaci anche se i dati non sono completi perché il rapporto costi/benefici è positivo: esistono più benefici che rischi perché il rischio del singolo evento avverso appare di gran lunga inferiore al reale nocimento che l'intera società subisce senza l'impiego di tale farmaco o terapia.

L'inquadramento nella pronuncia oggetto di queste note dell'obbligo vaccinale come misura precauzionale è coerente con la costante giurisprudenza costituzionale che in materia di pratiche mediche e tutela della salute ha chiarito che la decisione del legislatore di rendere un determinato trattamento sanitario obbligatorio, o meno, deve essere ancorata a precise condizioni: l'esigenza di proteggere l'integrità della comunità e l'efficacia scientificamente provata del trattamento, secondo le acquisizioni della scienza medica. Ogni decisione relativa alle pratiche terapeutiche ammesse o ai trattamenti sanitari raccomandati o obbligatori non è quindi la risultante di una scelta puramente discrezionale, ma è fondata sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e sulle evidenze sperimentali acquisite dalle istituzioni e organismi nazionali o sovranazionali accreditati¹².

Il legislatore può decidere nella propria discrezionalità se rendere obbligatorio o raccomandato un determinato trattamento, può calibrare le sanzioni volte a garantire l'effettività dell'obbligo. Tuttavia, tale discrezionalità va esercitata tenendo conto delle condizioni sanitarie ed epidemiologiche e delle acquisizioni della ricerca medica che devono guidare il legislatore, tenendo la scienza come «parametro» di legittimità costituzionale¹³. Essendo quindi condizionate

in *Giur. it.*, 2017, p. 1418 e ss.; A. MAZZITELLI, *Il ragionevole dubbio in tema di vaccinazioni obbligatorie*, in *Federalismi - Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017; A. ZEI, *Principio di precauzione*, in *Dig. disc. pubbl.*, Agg. III, Torino, Utet, 2008, p. 670 e ss.; B. MARCHETTI, *Il principio di precauzione*, in M.A. Sandulli (a cura di), *Codice dell'azione amministrativa*, Milano, Giuffrè, 2011, p. 149 ss.; M. ALLENA, *Il principio di precauzione: tutela anticipata v. legalità-prevedibilità dell'azione amministrativa*, in *Il diritto dell'economia*, 2016, p. 411 e ss. Più ampiamente: F. DE LEONARDIS, *Il principio di precauzione nell'amministrazione di rischio*, Milano, Giuffrè, 2005; ID., *Tra precauzione e ragionevolezza*, in *Federalismi*, n. 21/2006; R. TITOMANLIO, *Il principio di precauzione fra ordinamento europeo e ordinamento italiano*, Torino, Giappichelli, 2018. Di recente, in riferimento alla situazione emergenziale, F. DE LEONARDIS, *The precautionary principle in the administrative management of epidemiological emergencies: from ad hoc response measure to advance planning policies*, in *Italian Journal of Public Law*, 13, n. 1/2021, p. 6 e ss.

¹² Corte cost. sentt. nn.: 185 del 1998; 282 del 2002; 338 del 2003; 151 del 2009; 268 del 2017; 118 del 2020.

¹³ C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Rivista Aic*, n. 2/2016. Sul rapporto tra fenomeno scientifico e decisione politica, in questa sede, sia consentito rinviare alla complessa analisi di F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione tra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, in part., 19 e ss. Inoltre, senza pretese di esaustività, cfr. almeno: A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, Editoriale scientifica, 2018, p. 157 e ss.; S. PENASA, *Il dato scientifico nella giurisprudenza della Corte costituzionale: la ragionevolezza scientifica come sintesi tra dimensione scientifica e dimensione assiologia*, in *Pol. dir.*, 2015, p. 284; P. VERONESI, *La scienza secondo la Costituzione italiana (e le sue applicazioni)*, in *Bio Law Journal*, n. 3/2021, p. 151 e ss.; S. TROILO, *La Corte costituzionale e le questioni tecnico-*

all'evoluzione della scienza medica, le decisioni in materia di tutela della salute sono oggetto di un'attività di verifica e adattamento continui¹⁴. In definitiva, l'interdipendenza tra scienza e diritto determina una costante "sfasatura" che costringe la politica «a rincorrere la scienza»¹⁵.

3.1. Segue: flessibilità dell'azione politica

La legittimità costituzionale dell'obbligo vaccinale contro il Covid-19 e la sua proporzionalità, nel bilanciamento tra libertà di autodeterminazione e necessità di proteggere la salute pubblica, emerge nel circoscrivere l'obbligo ad una categoria, quella medico-assistenziale che è particolarmente esposta al contagio e nel limitare sotto il profilo temporale l'obbligo al completamento del piano vaccinale o, comunque, alla permanenza dello stato di emergenza (art. 4 co. 9, d.l.n. 44 del 2021).

Fissando un termine preciso, il legislatore mostra di voler adattare la misura precauzionale impositiva dell'obbligo vaccinale alla luce dei dati concreti che verranno acquisiti, ovvero, al superamento della fase emergenziale o al completamento della campagna vaccinale. In tal senso il legislatore aderisce ad un modello decisionale che nell'ambito dell'azione amministrativa viene definito «riflessivo», ossia, caratterizzato dalla flessibilità ed adattamento dell'azione pubblica.

Del resto, anche nella disciplina generale in materia di obbligo vaccinale in età pediatrica il legislatore adotta un sistema di revisione periodica, con cadenza triennale, ad opera del Ministro

scientifiche in materia sanitaria, in *Quad. cost.*, 2020, p. 355 e ss.; M. PLUTINO, *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di "diritto fondamentale" tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in *Diritti fondamentali*, n.1/2017; A. D'ALOIA, *Biodiritto*, in U. Pomarici (a cura di), *Atlante di filosofia del diritto*, II, Torino, Giappichelli, 2012, in part., p. 56 e ss.

¹⁴ In part. in materia di obbligo vaccinale, Corte cost. sent. n. 5 del 2018. Sul tale pronuncia, cfr. almeno: C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit.; A. MANGIA, *Tutela della salute e valutazioni tecniche: un limite al regionalismo? Discrezionalità legislativa e valutazioni tecniche*, in L. Violini (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Milano, Giuffrè, 2011, p. 51 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute tra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, n. 1/2018; C. SALAZAR, *La Corte costituzionale immunizza l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quad. cost.*, 2018, p. 467; A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in *Consulta online*, n. 1/2018, p. 87 e ss.; L. FADIGA, *Vaccinazioni obbligatorie e profili di costituzionalità della relativa disciplina*, in *Corriere giur.*, 2018, p. 444 e ss.; D. CODUTI, *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e di forma di Governo*, in *Rivista Aic*, n. 3/2018.

¹⁵ F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità*, cit., p. 23.

della salute sulla base della verifica dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse e delle coperture vaccinali raggiunte (art. 1, co. 1 *ter* della citata l.n. 119 del 2017)¹⁶. In un contesto naturalmente caratterizzato da incertezza, dall'evoluzione scientifica e tecnologica, dall'acquisizione di nuove conoscenze e dal mutare del contesto di riferimento, il legislatore adotta un approccio flessibile che, peraltro, coinvolgendo una pluralità di soggetti con competenze scientifiche accreditate e di diversa natura¹⁷, costringe il decisore pubblico al confronto con i dati scientifici in continua evoluzione ed acquisiti dalle autorità sanitarie a livello nazionale ed internazionale.

Certo, laddove i dati scientifici non sono consolidati, quando non sussistono certezze, aumenta il margine di discrezionalità nel bilanciamento dei diversi interessi in gioco. Anzi, più i dati sono oscuri e carenti, più cresce la discrezionalità del decisore pubblico, chiamato al difficile contemperamento di diversi interessi: libertà di autodeterminazione, tutela della salute pubblica e, in particolare, tutela della salute dei più vulnerabili. La decisione pubblica deve essere ancorata ai dati scientifici, ma laddove questi ultimi sono carenti si "ri-espande" la politicità della decisione pubblica chiamata a contemperare in modo proporzionale i vari beni giuridici coinvolti, bilanciando costi e benefici¹⁸.

Proprio l'assenza di certezze può condurre, in particolare in un contesto pandemico, ad esiti esattamente opposti, perfino ad abbandonare il principio di precauzione. In tal senso, sempre in tema di lotta al Covid-19, il Consiglio di Stato, sez. III, nell'ord. 11 dicembre 2020, n. 7097 relativa all'impiego nella cura del Covid-19 dell'idrossiclorochina *off-label*, ossia, fuori dal normale impiego terapeutico indicato all'atto dell'immissione in commercio, ha affermato che la scelta se

¹⁶ Sono soggette a revisione periodica le vaccinazioni: anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella.

¹⁷ Tali decreti sono adottati peraltro con particolari cautele sentiti il Consiglio superiore di sanità, l'Agenzia italiana del farmaco, l'Istituto superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. Sulla necessità di una legislazione flessibile, in part., A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto*, cit., p. 170-171.

¹⁸ C. CASONATO, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit., p. 10-11; E. CHELI, *Scienza, tecnica e diritto: dal modello costituzionale agli indirizzi della giurisprudenza costituzionale*, in *Rivista Aic*, n. 1/2017, p. 3; A. D'ALOIA, *Biodiritto*, cit., in part., p. 53; Q. CAMERLENGO, *Indizi di perdurante asimmetria tra legge statale e legge regionale. La primazia delle valutazioni scientifiche*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2002, p. 695; A. PREDIERI, *Le norme tecniche come fattore di erosione e di trasferimento di sovranità*, in *Studi in onore di Feliciano Benvenuti*, IV, Modena, Mucchi, 1996, p. 1447 e ss.; A. GUSMAI, *Il diritto all'autodeterminazione: una libertà "perimetrata" dal sapere scientifico?*, in *Diritti fondamentali*, n. 1/2019, p. 1; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, cit., p. 25. Di recente, in part., E. CATELANI, *Evoluzione del rapporto fra tecnica e politica. Quali saranno gli effetti in uno Stato tecnologico?*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2021, p. 382 e ss.; M. DOGLIANI, *Resistere al rifiuto dell'uguaglianza (e alla superficialità ignorante)*, in *Centroriformastato.it*, 15 ottobre 2021.

utilizzare o meno il farmaco in una situazione di dubbio e di contrasto nella comunità scientifica, sulla base di dati clinici non univoci, circa la sua efficacia nel solo stadio iniziale della malattia, deve essere rimessa all'autonoma decisione e alla responsabilità del singolo medico, ovviamente con il consenso informato del paziente.

Dunque, per il Consiglio di Stato, l'astratta affermazione dell'autorità sanitaria, l'AIFA, che in nome di un modello scientifico puro vieta l'uso del farmaco in modo aprioristico e astratto, anche se temporaneo, costituisce una decisione irragionevole¹⁹. Nel contesto emergenziale, l'approccio al rischio, in assenza di altre efficaci terapie domiciliari, è destinato a mutare. I giudici di Palazzo Spada in questo caso lasciano spazio alle esigenze di sperimentazione dell'efficacia della cura e non fanno applicazione del principio di precauzione. In un contesto emergenziale non è infatti possibile applicare in modo incondizionato i principi dell'*evidence based medicine* perché non è possibile acquisire evidenze sperimentali certe e rapide di studi randomizzati e controllati. Tale evenienza condurrebbe al paradosso di negare qualsiasi forma di sperimentazione concreta dell'efficacia della cura, proprio quando è maggiore ed urgente la necessità di cure data l'assenza di alternative, ossia, di farmaci per terapia domiciliare. Limitata dalle evidenze scientifiche, la discrezionalità del decisore pubblico è guidata dai principi e diritti fondamentali²⁰ che, nel caso di specie, hanno condotto a sacrificare il principio di precauzione in ragione della preminente esigenza di garantire la salute e le cure in un contesto emergenziale.

Naturalmente l'approvazione di farmaci *off label* è sempre temporanea e, come ogni decisione adottata in assenza o in carenza di evidenze scientifiche, è destinata a recedere con la progressiva acquisizione di dati ed elementi certi sulla sicurezza ed efficacia dei farmaci, in un processo continuo di controllo e revisione delle acquisizioni scientifiche. La diversa valutazione del rischio appare coerente con il contesto emergenziale e conferma che più aumenta l'incertezza, più

¹⁹ Su tale pronuncia, A. MOLITERNI, *Il sindacato giurisdizionale sulle valutazioni tecnico-scientifiche e l'instabile confine tra amministrare e giudicare*, in *Dir. proc. amm.*, 2021, p. 399; G. STRAZZA, *Sull'uso off-label dell'idrossiclorochina per il trattamento del COVID-19 (nota a Consiglio di Stato, Sezione Terza, ord.za 11 dicembre 2020, n. 7097)*, in *Giustiziainsieme.it*, 13 gennaio 2021; G. QUAGLIARIELLO, *Emergenza Covid-19: il Consiglio di Stato sospende la nota dell'AIFA e consente l'utilizzo off-label dell'idrossiclorochina per il trattamento della Sars-Cov-2*, in *Iusinitinere.it*, 2 marzo 2021; G. PARODI, *Il sindacato di "maggiore attendibilità" nella recente giurisprudenza amministrativa in materia di farmaci*, in *Corti Supreme e salute*, n. 2/2021, p. 241 e ss.

²⁰ Sul duplice limite che incontra la discrezionalità del legislatore, «stretta» tra il dato scientifico e il rispetto dei principi costituzionali, si veda la complessa analisi di F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità*, cit., p. 19 e ss. e, in part., p. 25.

aumentano gli spazi di discrezionalità di una decisione pubblica che, comunque, deve restare agganciata allo stretto rispetto dei principi costituzionali.

4. Obbligo vaccinale e sicurezza: alleanza terapeutica e il diritto dei vulnerabili

Sulla base degli elementi di fatto e di diritto analizzati nel dettaglio dal Consiglio di Stato, l'imposizione con legge del vaccino contro il Covid-19 al personale sanitario risponde ai requisiti indicati da costante giurisprudenza costituzionale come condizione di ammissibilità del trattamento sanitario obbligatorio. Il vaccino contro il Covid-19 è diretto a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato e degli altri, ossia, dei pazienti, dei familiari, del personale sanitario e, data la diffusività del contagio, della collettività nella sua interezza.

Il Consiglio di Stato dopo aver inquadrato l'obbligo vaccinale contro il Covid-19 come misura precauzionale, circostanza in modo più preciso la sua funzione di tutela della salute individuale e collettiva, mettendo in evidenza come la vaccinazione obbligatoria per il solo personale medico-assistenziale risponde alla duplice finalità di tutela del personale, particolarmente esposto al contagio, e degli utenti che si trovano in una particolare condizione di fragilità e di vulnerabilità.

Afferma in modo icastico il supremo giudice amministrativo che nell'ordinamento democratico il diritto è «tutela dei più vulnerabili» e non di quanti si affermino tali e dunque intangibili in nome delle più svariate convinzioni e visioni religiose, etiche o filosofiche²¹. Di tale istanza di protezione si fa carico l'art. 4, co. 4, del d.l.n. 44 del 2021 secondo il quale l'obbligo vaccinale per i sanitari è introdotto proprio al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'*erogazione delle prestazioni* di cura e assistenza. Di conseguenza, precisa il co. 6 del d.l. 44 del 2021 che l'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi forma, il *rischio di diffusione del contagio*.

Sotto questo aspetto, alla luce in particolare della sent. n. 218 del 1994 della Corte costituzionale, la misura impositiva dell'obbligo vaccinale contro il Covid-19 può essere ricondotta a quei trattamenti imposti per lo svolgimento di determinate attività che comportano rischi per la

²¹ Punto n. 30.9 delle motivazioni.

salute dei terzi²². Nell'evidenziare la complementarità tra tutela della salute individuale e interesse della collettività, la Corte costituzionale pone l'accento sul dovere dell'individuo nei confronti della società. È proprio l'interconnessione dei due profili del diritto alla salute che «implica il dovere di tutelare il diritto dei terzi che vengono in necessario contatto con la persona per attività che comportino un serio rischio, non volontariamente assunto, di contagio»²³. Ancora, più di recente, la Corte costituzionale, nella sent. n. 137 del 2019, afferma che l'esigenza di tutelare i pazienti, i loro familiari, gli altri operatori e, in definitiva, la collettività può giustificare l'introduzione di un obbligo per una determinata categoria particolarmente esposta²⁴.

L'obbligo vaccinale imposto al personale sanitario va dunque ricondotto ad una duplice esigenza di sicurezza dei luoghi di lavoro e sicurezza delle cure. Nel rifiuto di una generale doverosità o obbligatorietà delle cure²⁵, solo il legislatore, secondo il principio di legalità sostanziale, può rendere obbligatori *determinati* trattamenti sanitari (art. 32 Cost.). Nondimeno, la necessità di garantire la sicurezza dei luoghi di lavoro (art. 2087 c.c.) richiede al datore di lavoro di assolvere ad una serie di obblighi, per esempio, e per quanto qui interessa: mettere a disposizione i vaccini, qualora siano liberamente commercializzati (a differenza di quelli contro il Covid-19) e, anche

²² Nella sent. n. 218 del 1994 la Corte costituzionale ha accertato l'illegittimità costituzionale della legge l. 5 giugno 1990, n. 135 che in materia di prevenzione e lotta all'Aids prevede accertamenti dell'assenza della sieropositività da Hiv per i soli appartenenti alle forze di polizia nella parte in cui non prevede il medesimo accertamento sanitario come condizione per l'espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi.

²³ Sent. n. 218 del 1994, punto 2 del *Considerato in diritto*, sulla tale pronuncia, in part.: F. MODUGNO, *Chiosa a chiusa, Un modello di bilanciamento di valori*, in *Giur. it.*, 1995, pt. 1, p. 643 e ss.; M. RUOTOLO, *L'onere dei test anti-aids per i soggetti che svolgono attività a rischio: violazione del diritto alla riservatezza o ragionevole bilanciamento?*, *Ivi*, p. 637 e ss.; N. RECCHIA, *Libertà individuale, salute collettiva e test anti-aids*, in *Giur. cost.*, 1995, p. 559 e ss.; C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, Giuffrè, 1998, p. 35 e ss. Sull'obbligo vaccinale per il personale sanitario, in part., R. ROMBOLI, *Obbligo di vaccinazione anti Covid e principi costituzionali: a proposito del d.l. 44/2021*, in *Quad. cost.*, 2021, p. 673 e ss.

²⁴ Sent. n. 137 del 2019, punto 3.3. del *Considerato in diritto*.

²⁵ D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° comma*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della Costituzione. Rapporti etico-sociali*, Bologna Roma, Zanichelli - Soc. ed. Foro it., 1976, p. 175; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Problemi di diritto pubblico nell'attuale esperienza costituzionale repubblicana*, III, Milano Giuffrè, 1972, p. 437; S.P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione (a proposito della disciplina delle vaccinazioni)*, in *Dir. e società*, 1979, p. 904; L. CHIEFFI, *Trattamenti immunitari e rispetto della persona*, in *Pol. dir.*, 1997, p. 594; G. FERRANDO, *Diritto alla salute e autodeterminazione tra diritto europeo e Costituzione*, in *Pol. dir.*, 2012, p. 3 e ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2018, p. 40-41; C. PANZERA, *Un diritto fra i doveri? Lo «strano caso» del diritto alla salute*, in R. Balduzzi, M. Cavino, E. Grosso e J. Luther (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del giudice delle leggi*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 443 e ss.; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, Cedam, 1998, p. 37 e ss.; L. PEDULLÀ, *Vaccinazioni obbligatorie e dovere di solidarietà costituzionale (alla luce della sent. n. 5 del 2018 della Corte cost.)*, in *Forumcostituzionale.it*, 11 settembre 2018; F. MINNI, A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Rivista Aic*, 3/2013. Infine, di recente, in part., P. VERONESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Osservatorio Aic*, n. 6/2021, p. 1 e ss.

laddove non esista un obbligo vaccinale, adottare misure speciali di protezione sanitaria, come il mutamento di mansione o l'allontanamento temporaneo nei casi in cui esista un particolare rischio di contagio o di esposizione all'agente (art. 279 e 42 del d.lgs. n. 81 del 2008). La tutela della sicurezza dei luoghi di lavoro richiede quindi al datore di lavoro che, di certo, non può imporre alcun obbligo vaccinale²⁶, di accertare l'idoneità alla mansione specifica del lavoratore ed adottare tutte le misure per evitare la diffusione dei contagi tra lavoratori e terzi.

Per quanto concerne la sicurezza delle cure, l'art. 1, co. 1, della l. 8 marzo 2017, n. 24 afferma che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività». Di seguito, precisa il co. 2, la sicurezza delle cure si realizza mediante un insieme di attività mirate alla prevenzione e gestione del *rischio* connesso all'erogazione della prestazione sanitaria.

È quindi un «macabro paradosso» - osserva il Consiglio di Stato - quanto si è verificato quando i pazienti già gravemente malati o anziani, ricoverati in strutture assistenziali o ospedaliere, sono stati contagiati dal personale assistenziale o socio-sanitario refrattario alla vaccinazione. Molti pazienti in condizioni di particolare fragilità (per età e quadro clinico) hanno contratto il *virus* proprio nelle strutture di cura e tale evenienza ha indotto il legislatore ad estendere l'obbligo vaccinale a tutti i lavoratori, anche esterni, impiegati in strutture residenziali, socio assistenziali e sociosanitarie (art. 2 co. 1, d.l. 10 settembre 2021, n. 122). In tale prospettiva, l'introduzione dell'obbligo vaccinale per il personale medico e socio-assistenziale è tesa quindi a scongiurare il contagio che costituirebbe

²⁶ La dottrina gius-lavoristica si è divisa, ritenendo alcuni interpreti di poter ricavare dalla disciplina in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro un vero e proprio obbligo di vaccinazione contro il Covid-19, in tal senso cfr. almeno: G. GORRETTA, *Pandemia vaccinazione e rapporto di lavoro*, in *Lavoro nella giur.*, n. 2/2021, p. 113 e ss.; R. GUARINIELLO, *Sorveglianza sanitaria: vaccino obbligatorio per i lavoratori?*, in *Dir. e pratica del lavoro*, 2021, p. 30 e ss.; L. MENGhini, *Covid, sicurezza, vaccini: rappresentanze e partecipazione*, in *Lavoro Diritti Europa*, n. 2/2021, in part., p. 16-18.; M. MARINELLI, *Il vaccino anti Covid-19 e l'obbligazione di sicurezza del datore di lavoro*, in *Lavoro nella giur.*, 2021, p. 329 e ss.; P. ICHINO, *Perché e come l'obbligo di vaccinazione può nascere anche da un contratto di diritto privato*, in *Lavoro Diritti Europa*, n. 1/2021. In senso contrario, altra parte della dottrina gius-lavoristica, nel rispetto dell'art. 32 Cost. ritiene correttamente che l'obbligo vaccinale non può essere in alcun modo ricavato dalla disciplina esistente, ma deve essere oggetto di una esplicita previsione legislativa, cfr. almeno: F. FERRARO, *Dibattito istantaneo su vaccini anti-covid e rapporto di lavoro*, in *Labor.it*, 10 febbraio 2021; P. PASCUCI, A. DELOGU, *L'ennesima sfida della pandemia Covid-19: esiste un obbligo vaccinale nei contesti lavorativi?*, in *Diritto della Sicurezza sul lavoro*, 2021, in part., p. 93; G. ZAMPINI, *L'obbligo di vaccinazione anti-sars-cov-2 tra evidenze scientifiche e stato di diritto*, in *Lavoro nella giur.*, n. 3/2021, p. 221 e ss.; L. PAPA, N.A. MAGGIO, *Covid-19: il vaccino e le notti insonni del datore di lavoro. Quando finisce la libertà del lavoratore e inizia quella del suo collega*, in *Lavoro Diritti Europa*, n. 1/2021, p. 7 e ss. Su questi temi nella riflessione costituzionalistica, in part., M. MASSA, *Lavoro e vaccinazione contro il Covid-19. Note costituzionali su un dibattito giuslavoristico*, in *Quad. cost.*, 2021, p. 96 e ss.

altresì una grave lesione della *relazione di cura e di fiducia*, posta dal legislatore nella l. 22 dicembre 2017, n. 219 al centro della prestazione sanitaria che si basa sul consenso informato.

L'alleanza terapeutica tra medico e paziente è qualcosa di più del consenso informato ed è espressione della relazione (non gerarchica, ma paritaria) tra medico e paziente; una relazione fondata sull'affidamento²⁷ evidentemente incompatibile con un comportamento - la mancata vaccinazione - che mette a rischio l'operatore sanitario e, soprattutto, chi si trova in una condizione di vulnerabilità²⁸. Il paziente non è il soggetto che subisce passivamente le decisioni spettanti al medico, ma è parte insieme al medico di una relazione paritaria ed aperta che, secondo le indicazioni legislative, include l'*équipe* dei sanitari e, se il paziente lo desidera, i familiari (art. 2, l. n. 219 del 2017). L'obiettivo di preservare e ripristinare lo stato di salute del paziente²⁹ costituisce la condizione basilare perché possa sussistere quell'alleanza terapeutica che finirebbe per essere tradita dalla mancata vaccinazione.

A fronte del rischio per i pazienti, per i loro familiari, per l'*équipe* medica e, in definitiva, per la collettività - data la diffusività pandemica del contagio - l'operatore sanitario non può rivendicare la propria autonoma decisione di non curarsi o un malinteso e pericoloso soggettivismo nella scelta della cura.

Come sottolineato dal Consiglio di Stato in sede consultiva nel 2017, per le patologie infettive ad alta diffusività il diritto di rifiutare le cure, inclusi i vaccini, non può trovare un riconoscimento incondizionato, perché la decisione individuale di non curarsi e non vaccinarsi può danneggiare altri esseri umani e, in particolare, i soggetti più deboli³⁰ che - per l'infezione da Covid-19 - sono i più anziani, chi è affetto da pregresse patologie e chi non si può vaccinare.

Non esiste un dovere di curarsi, ma per le malattie contagiose l'imposizione dell'obbligo è giustificato perché l'obiettivo di limitare il rischio di diffusione della malattia è realizzabile

²⁷ Sul punto in part. cfr. almeno, G. DI ROSA, *La relazione di cura e di fiducia tra medico e paziente. Commento a legge 22 dicembre 2017 n. 219*, in *Le Nuove leggi civili commentate*, 2019, p. 26-42; G. PELLEGRINO, *Rapporto medico/paziente e l'alleanza terapeutica*, in P. Cendon (diretto da), *Responsabilità civile, II, Responsabilità contrattuale. Responsabilità in ambito familiare, medico e nei rapporti con la Pubblica amministrazione*, Utet, Torino, 2017, p. 2751 e ss.; P. ZATTI, *Spunti per la lettura della legge sul consenso informato e DAT. Commento a l. 22 dicembre 2017, n. 219*, in *La Nuova giurisprudenza civile commentata*, n. 2/2018, p. 247 e ss.

²⁸ In particolare, sulla condizione di vulnerabilità L. ROMANO, *Dall'alleanza terapeutica all'alleanza di cura*, in L. Chieffi, A. Postigliola (a cura di), *Bioetica e cura. L'alleanza terapeutica oggi*, Mimesis ed., Milano, 2014, p. 121 e ss., in part. p. 125, evidenzia come nell'alleanza di cura si realizza l'incontro tra la fiducia del paziente, bisognoso di cure che si affida alla coscienza del medico che può farsi carico del suo bisogno.

²⁹ G. PELLEGRINO, *Il rapporto medico/paziente e l'alleanza terapeutica*, cit., p. 2761.

³⁰ Consiglio di Stato, n. 02065 del 26 settembre 2017, cit., punto 38.

unicamente mediante un alto livello di copertura vaccinale, variabile a seconda del tipo di malattia ma che è normalmente raggiungibile mediante una massiccia adesione alla campagna vaccinale o l'imposizione dell'obbligo. In questi casi e con l'osservanza delle condizioni indicate dall'art. 32 Cost., dettagliati da costante ed uniforme giurisprudenza costituzionale, il diritto individuale alla salute è «cedevole» rispetto alla tutela della salute collettiva³¹.

L'ulteriore requisito che il trattamento sanitario obbligatorio deve assicurare consiste nel non incidere negativamente sullo stato di salute di chi vi è assoggettato, tranne per quelle conseguenze di scarsa entità e temporaneità che siano quindi tollerabili. Quest'ultimo aspetto, ovvero, la questione del danno alla salute, in realtà, non può venire in considerazione nel caso sottoposto al giudice amministrativo che nasce dalla contestazione della legittimità dell'obbligo vaccinale contro il Covid-19 cui gli appellanti non si sono appunto sottoposti.

Tuttavia, il supremo giudice amministrativo ribadisce, secondo consolidata giurisprudenza costituzionale, che un eventuale danno alla salute sarebbe ricondotto alle ipotesi di cui all'art. 1 della l. n. 210 del 1992 a norma del quale chiunque riporti una menomazione a causa della vaccinazione obbligatoria, ma anche solo raccomandata, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, senza che vi sia necessità di un'espressa previsione legislativa in tal senso³².

5. Società del sospetto ed esitazione vaccinale

Nel contesto pandemico, a fronte della dimostrata efficacia e sicurezza del trattamento profilattico, tra autodeterminazione individuale e tutela collettiva della salute non vi è spazio per alcuna forma di esitazione vaccinale.

Il Consiglio di Stato nella pronuncia oggetto di queste note non si limita a confermare la piena legittimità dell'obbligo vaccinale contro il Covid-19 in base a consolidata giurisprudenza costituzionale, ma riconduce la controversia al fenomeno tipico delle contemporanee *società del sospetto* in cui si registra una sorta di pregiudizio antiscientifico fondato su motivazioni di varia

³¹ F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione*, in *Dir. e società*, 1982, p. 310 e ss.; P. VERONESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, cit.

³² Corte cost. sent. n. 258 del 1994, punto 4 del *Considerato in diritto* ma anche sentt.: n.5 del 2018; n. 307 del 1990. In part., sul diritto all'indennizzo quando il trattamento vaccinale sia solo raccomandato, Corte cost. sentt.: n. 118 del 2020 e n. 107 del 2012. Per ulteriori riferimenti al tema si rinvia in nota al § 6.

natura ideologiche, culturali e religiose, per lo più frutto dell'immotivata sfiducia nei confronti della scienza e dei tecnici, portatori di un sapere specialistico, «elitario ed antidemocratico»³³.

La disciplina in tema di obbligo vaccinale ha attraversato diverse fasi che hanno visto l'alternarsi di obbligo e raccomandazione. Molto brevemente si può rammentare che fino alla fine degli anni Novanta del XX sec. la percentuale dei minori vaccinati era superiore alla soglia del 95% della popolazione (indicata dall'OMS come necessaria per raggiungere l'immunità di gregge). Fino a quel momento, in realtà, la percezione della distinzione tra obbligo e raccomandazione era, in un certo senso, relativa in quanto a livello sociale, nell'opinione pubblica, emergeva la tendenza a considerare parimenti necessario e doveroso il ricorso alla vaccinazione. Per questa ragione, allentando il regime degli obblighi, il d.p.r. 26 gennaio 1999, n. 355 aboliva il divieto di ammissione a scuola e agli esami per il minore non vaccinato, restando in piedi tenui sanzioni pecuniarie per l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, nonché il compito di controllo da parte dell'amministrazione scolastica delle certificazioni e di segnalazione delle relative omissioni all'amministrazione sanitaria.

A partire dagli anni duemila il contesto sociale è progressivamente mutato, è emersa appunto diffidenza in una parte consistente della popolazione rispetto alle pratiche vaccinali che iniziano ad essere considerate superflue, se non dannose per la salute. Anche a causa di alcuni studi pseudo-scientifici, poi ritirati e chiaramente smentiti, si è diffusa l'idea che potesse esistere una correlazione tra la somministrazione di alcuni vaccini e l'insorgere di gravissime patologie (come autismo ed encefalopatia)³⁴.

La sospensione dell'obbligo vaccinale ha determinato un consistente abbassamento della percentuale della popolazione vaccinata³⁵, mettendo a rischio l'immunità di gregge, secondo i parametri internazionali dell'OMS. Per questa ragione il legislatore nazionale è intervenuto con il d.l. 7 giugno 2017, n. 73, poi convertito nella citata l.n. 119 del 2017 che - con una netta inversione rispetto alla disciplina pre-esistente - ha reintrodotta l'obbligo vaccinale in età pediatrica.

³³ Punto n. 34.3 delle motivazioni.

³⁴ Sulla cattiva informazione che è una delle principali cause del calo delle coperture vaccinali verificatosi nel primo decennio del XXI sec. in part.: F.S. FLORIO, *La questione vaccinale nel quadro degli assetti costituzionali*, in *Istituzioni del federalismo*, 2017, p. 399 e ss.; G. NATALE, *Vaccinazioni anti Covid: il dialogo necessario tra medicina e diritto*, in *Avvocatura dello Stato*, n. 3/2020, p. 277; M. VALSECCHI, *Le vaccinazioni come catalizzatore di tensioni ideologiche*, in *L'arco di Giano*, 2008, n. 56, p. 63 e ss.

³⁵ A titolo esemplificativo per il morbillo e la rosolia la copertura è arrivata nel 2015 all'85,3%.

L'evoluzione legislativa e il ritorno all'obbligo vaccinale costituisce dunque la conseguenza di un fenomeno esteso e comune nelle società contemporanee che oggi si riflette nelle aspre contestazioni che, non solo in Italia³⁶, hanno accompagnato l'introduzione dell'obbligo vaccinale contro il Covid-19 (nonché la misura del certificato vaccinale). Il fenomeno affonda le sue radici in una sfiducia irrazionale nei confronti della scienza e in una visione assolutizzante ed autoreferenziale dell'autodeterminazione. L'esitazione vaccinale si traduce nell'immotivato rifiuto della prevenzione vaccinale e in infondate quanto pericolose pretese di personalizzazione della cura.

Nel caso in oggetto, il supremo giudice amministrativo ribadisce che, quando il legislatore comprime la libertà di autodeterminazione per perseguire l'obiettivo di tutelare la salute come interesse della collettività, i motivi religiosi e di coscienza non possono consentire di rifiutare il trattamento sanitario obbligatorio. In tal senso, da ultimo, proprio in tema di vaccinazioni in età pediatrica la Corte Edu, nel caso *Vavříčka e altri c. Repubblica Ceca*, osserva che *nessun* Paese europeo ammette l'obiezione di coscienza nei confronti delle vaccinazioni obbligatorie³⁷. L'art. 9 della CEDU che tutela la libertà di pensiero e di coscienza, aggiunge il giudice Edu, non implica affatto il diritto di comportarsi nella sfera pubblica sempre secondo le proprie convinzioni personali³⁸.

In realtà nell'attuale dibattito pubblico, spesso infarcito da *fake news* e da un eccesso di cattiva informazione, le motivazioni religiose o etiche non costituiscono la principale ragione delle contestazioni dei movimenti contrari agli obblighi vaccinali. Piuttosto prevalgono valutazioni pseudo scientifiche rispetto alle quali il richiamo all'obiezione di coscienza assume una funzione meramente strumentale a mettere in discussione la validità della pratica vaccinale³⁹. Come accade sempre più di frequente nella *società della sfiducia*, le ragioni addotte contro l'obbligo vaccinale si

³⁶ In Francia più di seicento appartenenti al corpo dei vigili del fuoco hanno fatto ricorso alla Corte Edu per chiedere la sospensione dell'obbligo vaccinale. Per ora la Corte Edu, *Abgrall e 671 altri c. Francia*, dec. 19 agosto 2021, n. 41950. non si è ancora pronunciata nel merito, ma in via cautelare ha respinto il ricorso. La Corte Edu ha affermato che l'imposizione dell'obbligo non produce danni irreversibili e ha respinto la richiesta di applicazione di misure *ad interim* perché ha ritenuto che non vi fosse alcun *fumus* di violazione delle norme convenzionali, ossia, degli artt. 2 e 8 della Cedu a tutela del diritto alla vita e del diritto alla vita privata e familiare.

³⁷ Sent. n. 116/2021 dell'8 aprile 2021, par. 330 e ss.

³⁸ In particolare, su questo punto la Corte Edu riprende il precedente della Commissione europea dei diritti dell'uomo, *Boffa e altri c. San Marino*, dec. 26536/95. Sul tema, M.L. LO GIACCO, *Vaccini obbligatori e obiezione di coscienza dei genitori. (La decisione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo Vavříčka ed altri c. Repubblica Ceca, 8 aprile 2021)*, in *Osservatorio Aic*, n. 3/2021.

³⁹ M.L. LO GIACCO, *Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie per motivi di coscienza. Spunti di comparazione*, in *Stato e Chiese*, n.7/2020, p. 65.

fondano - come nel caso sottoposto alla Corte costituzionale oggetto dell'ord. n. 134 del 1988 - su convincimenti di «carattere metagiuridico», che contrappongono ad una legge che impone l'obbligo vaccinale «palesamente intesa alla tutela della salute un generico e soggettivo convincimento della sua inopportunità»⁴⁰.

Nelle convergenti ricostruzioni delle Corti interne e sovranazionali la vaccinazione imposta dalla disciplina statale, limitando il diritto all'autodeterminazione, costituisce un'interferenza da parte dei poteri pubblici sull'integrità fisica che, a norma dell'art. 8 co. 1 CEDU, incide sul rispetto della vita privata e familiare. Tuttavia, quando il legislatore nazionale persegue l'obiettivo di tutelare la salute e i diritti altrui, la compressione del diritto all'autodeterminazione - per usare le parole della Corte Edu - può essere necessaria in una «società democratica»⁴¹.

Più in particolare, sia la Corte costituzionale che la Corte Edu, come naturalmente il Consiglio di Stato, ribadiscono il rifiuto per una concezione impositiva della cura e considerano l'obbligo vaccinale una *extrema ratio*, derogatoria rispetto al principio di autodeterminazione individuale⁴². L'obbligo introdotto dal legislatore costituisce una decisione residuale che, come osservato, va valutata alla luce dei dati epidemiologici e delle acquisizioni medico scientifiche sempre in via di provvisoria acquisizione⁴³.

L'obbligatorietà è un'istanza residuale, anche perché l'imposizione dell'obbligo non sempre consente il raggiungimento dello scopo perseguito dal legislatore. Stante l'impossibilità di ricorrere

⁴⁰ Su questi aspetti, B. LIBERALI, *Vaccinazioni contro il Covid-19: obbligo e nuove forme di obiezione di coscienza?*, in *Diritticomparati.it*, 15 aprile 2021; M. TOMASI, *La proporzionalità degli obblighi vaccinali nella lettura della Corte Edu*, in *Quad. cost.*, 2021, p. 445 e ss.; M. VALSECCHI, *Le vaccinazioni come catalizzatore di tensioni ideologiche*, cit., p. 69-70.

⁴¹ Corte Edu, *Vavrička e altri c. Repubblica Ceca*, dec. 47621/13, par.: 265, 273 e ss., 310. Nello stesso senso, *Solomakhin c. Ucraina*, dec. 24429/03; *Hristozov e altri c. Bulgaria*, dec. 47039/11 e 358/12. Sul punto, G. GOTTI, *La necessità in una società democratica degli obblighi vaccinali per i minori (nota a margine della sentenza della Corte EDU Vavrička e altri c. Repubblica Ceca, 8 aprile 2021)*, in *Osservatorio Aic*, n. 4/2021; F. PASSANANTI, *Le vaccinazioni obbligatorie o raccomandate ed il diritto all'indennizzo*, in *Ambiente Diritto*, n. 2/2021, p. 12-14.

⁴² In part. Corte cost. sent. n. 5 del 2018, punto n. 2.3.2 del *Considerato in diritto*. Corte Edu, *Vavrička e altri c. Repubblica Ceca*, dec. 47621/13; *Solomakhin c. Ucraina*, dec. 24429/03; *Hristozov e altri c. Bulgaria*, dec. 47039/11 e 358/12. Sul rifiuto di una concezione autoritativa delle cure mediche come provvedimenti "imposti" al paziente, in part., Consiglio di Stato sez. III, 2 settembre 2014, n. 4460, punto n. 44.2 delle motivazioni afferma che la cura non è più «un principio autoritativo, un'entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall'alto o dall'esterno, che ciò avvenga ad opera del medico, dotato di un elevato e inaccessibile sapere specialistico, o della struttura sanitaria nel suo complesso, che accoglie e "ingloba" nei suoi impenetrabili ingranaggi l'ignaro e anonimo paziente, ma si declina e si struttura, secondo un fondamentale *principium individuationis* che è espressione del valore personalistico tutelato dalla Costituzione, in base ai bisogni, alle richieste, alle aspettative, alla concezione stessa che della vita ha il paziente».

⁴³ Sul punto *supra* §§ 2.-3.

alla coazione, il mancato assolvimento dell'obbligo può comportare il divieto di svolgere determinate attività per le quali la vaccinazione costituisce una condizione o può precludere l'accesso a determinati luoghi e servizi, ma la sanzione per la mancata vaccinazione si concretizza nell'irrogazione di una sanzione amministrativa pecuniaria.

La previsione della sanzione non è però detto che costituisca un deterrente e la sua comminazione costituisce un "fallimento" ai fini della tutela della salute individuale e collettiva perché non è strumentale a raggiungere l'obiettivo ultimo, ovvero, garantire la copertura vaccinale generalizzata. In questo senso l'Assemblea del Consiglio d'Europa nella risoluzione dell'11 gennaio 2021, n. 2361, rammentando che l'obbligatorietà vaccinale costituisce un tratto tipico degli ordinamenti non democratici ed oppressivi, afferma che rendere obbligatorie tali vaccinazioni non è raccomandabile proprio per la semplice constatazione che l'imposizione obbligatoria può rivelarsi controproducente.

6. Informazione, disinformazione e *populismo vaccinale*: note conclusive

La giurisprudenza costituzionale e sovranazionale, nonché le istituzioni sovranazionali convergono nel ritenere che in materia vaccinale gli Stati democratici devono evitare l'imposizione dell'obbligo vaccinale ed assicurare un'alta adesione, adottando invece misure tese a combattere la disinformazione, la cattiva informazione, l'esitazione vaccinale, ossia, quell'atteggiamento di opposizione e di sfiducia tipico delle società contemporanee occidentali.

In particolare, nella lotta al Covid-19, l'esortazione dell'Assemblea del Consiglio d'Europa nella citata risoluzione n. 2361 del 2021 è di sviluppare strategie per creare affidamento nella profilassi vaccinale attraverso una *comunicazione trasparente*.

Gli ordinamenti democratici, che del principio personalista fanno il perno del proprio sistema costituzionale, devono preferire soluzioni fondate sulla non-obbligatorietà. In tal senso nella disciplina italiana sulle vaccinazioni in età pediatrica (art. 1, co. 4, l.n. 119 del 2017), la sanzione costituisce l'esito finale di una procedura incentrata sul confronto con i cittadini. Molto brevemente, prima i genitori (o tutori) vengono informati sulle vaccinazioni e sollecitati all'effettuazione e, poi, vengono convocati dalle autorità sanitarie per un colloquio finalizzato alla comprensione reciproca, alla persuasione e all'adesione volontaria. Solo alla fine del procedimento, e previa concessione di

un adeguato termine, possono essere inflitte le sanzioni amministrative, peraltro molto miti e senza che la mancata vaccinazione precluda l'accesso alla scuola dell'obbligo⁴⁴. L'informazione e la raccomandazione, unite a procedure flessibili di adeguamento alle mutate esigenze sanitarie, costituiscono un'alternativa alla coercizione. Anche secondo la Corte Edu, è auspicabile evitare l'obbligatorietà e adottare invece soluzioni più rispettose del principio dell'autodeterminazione e del diritto all'integrità fisica e morale⁴⁵.

La Corte costituzionale conferisce un preciso rilievo giuridico allo svolgimento delle campagne di sensibilizzazione svolte dalle competenti autorità pubbliche allo scopo di raggiungere e rendere partecipe la più ampia fascia di popolazione⁴⁶. La diffusione di informazioni e la raccomandazione di adesione alla vaccinazione crea infatti negli individui un *naturale affidamento* nei confronti di quanto consigliato dalle autorità sanitarie, inducendo il singolo ad un comportamento, l'adesione al trattamento profilattico, rivolto alla protezione della salute dell'intera collettività⁴⁷. Per questa ragione, la campagna di informazione e raccomandazione vaccinale, unico strumento capace di contrastare la mancanza di informazioni e la cattiva informazione, assume uno specifico rilievo giuridico come strumento promozionale coerente con l'esigenza di evitare, per quanto possibile, l'imposizione dell'obbligo vaccinale.

La centralità della comunicazione per la riuscita della campagna vaccinale emergeva molto chiaramente già dal Piano strategico per la Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 del 12 dicembre 2020 in cui si prospettava di sviluppare e diffondere una informazione adeguata alle diverse fasce di età, di aggiornare costantemente i media tradizionali e web 2.0 al fine di prevenire un'informazione/comunicazione non puntuale e, soprattutto, sviluppare contenuti e strategie

⁴⁴ Come noto, ai bambini non vaccinati la legge del 2017 preclude l'accesso alla scuola dell'infanzia, mentre non preclude l'accesso alla scuola dell'obbligo. Nel perseguire l'obiettivo di creare una società di adulti vaccinati, il legislatore cerca di temperare l'interesse alla tutela della salute pubblica, il diritto fondamentale all'istruzione e l'esigenza di evitare la creazione di sacche di esclusione ed emarginazione sociale e culturale.

⁴⁵ Corte Edu, Vavrička e altri c. Repubblica Ceca, dec. 47621/13, par. 239.

⁴⁶ Corte cost. sentt.: n. 107 del 2012, punto 4 del *Considerato in diritto* e n. 5 del 2018, punto 8.2.4. del *Considerato in diritto*. Sul punto in part., C. PINELLI, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblica*, in *Giur. cost.*, 2018, p. 100 e ss.

⁴⁷ Corte cost. sent. n. 118 del 2020, punto 3.4. del *Considerato in diritto*. Sotto il profilo del diritto al risarcimento dell'eventuale danno derivante dalla vaccinazione, appare del tutto irrilevante che la vaccinazione sia stata solo raccomandata o sia obbligatoria per legge. In tal senso, in part., Corte cost. sent. n. 107 del 2012, punto 4 del *Considerato in diritto*, in presenza di diffuse e reiterate campagne di comunicazione a favore della pratica di vaccinazioni, la scelta adesiva dei singoli, al di là delle loro particolari e specifiche motivazioni, di per sé obiettivamente votata alla salvaguardia anche dell'interesse collettivo. Per una completa ricostruzione del tema, si veda F. PASSANANTI, *Le vaccinazioni obbligatorie o raccomandate ed il diritto all'indennizzo*, cit.; P. VERONESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, cit., p. 12 e ss.

operative *online* e *offline* per rilevare e rispondere alla disinformazione in tempo reale. In particolare, tra le attività di informazione veniva inclusa proprio la formazione e l'informazione degli operatori sanitari per aumentare la loro fiducia ed adesione alla vaccinazione. Prima ancora dell'inizio della campagna vaccinale, anche il Comitato Nazionale per la bioetica sottolineava, che alla base dell'accettazione della vaccinazione da parte dei cittadini c'è l'informazione trasparente, chiara e comprensibile. Soprattutto il Comitato per la Bioetica evidenziava la necessità di porre la massima attenzione all'identificazione delle fonti di disinformazione e falsa informazione⁴⁸. Nonostante queste indicazioni, a parte alcune iniziative realizzate nella fase iniziale, quando la campagna era appena iniziata, non sembra che l'informazione istituzionale, svolta a livello nazionale, sia stata particolarmente pervasiva.

Il Consiglio di Stato nella pronuncia in oggetto mostra di avere piena consapevolezza della centralità *politica* svolta dall'informazione e, infatti, non si limita a ricondurre la vicenda ai principi costituzionali, confermando la legittimità dell'obbligo vaccinale, ma inquadra il conflitto nel più ampio fenomeno sociale dell'esitazione vaccinale.

La sfiducia nei confronti delle autorità e delle istituzioni che siano esse politiche o tecnico-scientifiche colpisce le società occidentali e costituisce espressione di un malessere profondo⁴⁹. I fenomeni del populismo *politico* e del populismo *scientifico* sono accomunati da dinamiche simili, ovvero, da una radicale sfiducia nelle *élite*, negli esperti, nei tecnici, considerati portatori di un potere pervasivo ed escludente. La convergenza dei due fenomeni evidenzia la difficoltà di combattere l'esitazione vaccinale senza affrontare l'emarginazione sociale, politica ed economica che colpisce strati della popolazione sempre più ampi nelle democrazie occidentali.

Alla società della sfiducia la Costituzione oppone un'idea ben precisa di comunità come condivisione di diritti e dei doveri, come proiezione ed integrazione del singolo nella vita della

⁴⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica, *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 novembre 2020.

⁴⁹ J. KENNEDY, *Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: an analysis of national-level data*, in *The European Journal of Public Health*, 2019, vol. 29, No. 3, p. 512 e ss.; K. A. ALI, L. PASTORE CELENTANO, *Addressing vaccine hesitancy in the 'Post-Truth' era*, in *Eurohealth*, 2017; vo. 23, p. 16 e ss.; G. LASCO, *Medical populism and the COVID-19 pandemic*, in *Global Public Health*, vol. 15, 2020, p. 1417 e ss. Sul conflitto tra scienza e società e sulla contestazione dell'autorità e dell'autonomia della scienza, in part., G. CORBELLINI, *Cultura scientifica, biotecnologie e democrazia: i conflitti tra percezione pubblica e natura della scienza*, in P. Donghi (a cura di), *Il governo della scienza*, Roma-Bari, Laterza, 2003, p. 124.

società⁵⁰. È questa idea di comunità, concretamente sintetizzata nella disciplina della tutela della salute come *fondamentale diritto* e *fondamentale interesse* della collettività, ad aver spinto la grande maggioranza dei cittadini italiani ad aderire alla campagna vaccinale contro il Covid-19. La pronuncia in oggetto contribuisce a riportare l'obbligo vaccinale alla dimensione costituzionale, secondo la quale, nei limiti del rispetto della *persona umana*, la contrazione della sfera dell'autodeterminazione personale è necessaria a questa comunità fondata dalla Costituzione sui principi di solidarietà e condivisione dei doveri.

⁵⁰ Cfr. almeno: G.M. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, Giuffrè, 1967, p. 40; A. BARBERA, *Art. 2*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della Costituzione, I principi fondamentali*, Bologna Roma, Zanichelli - Soc. ed. Foro it., 1975, p. 97 e ss.; E. ROSSI, *Art. 2*, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, cit., p. 38 ss.; G. TARLI BARBIERI, *Doveri inderogabili*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, III, Milano, Giuffrè, 2006, p. 2066 ss.; F. PIZZOLATO, C. BUZZACCHI, *Doveri costituzionali*, in *Dig. discipl. pubbl.*, Agg. III, Torino, Utet, 2008, pp. 319 e ss.; P. BARILE, *Diritto dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna, Il Mulino, 1984, p. 68 e ss.; G. BASCHERINI, *Doveri costituzionali*, in *Treccani.it - Diritto on line*, 2014; S. GALEOTTI, *Il valore della solidarietà*, in *Dir. e società*, 1996, p. 4-6 e p. 10 ss.; F. GIUFFRÈ, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2002, in part., p. 215 e ss.; B. PEZZINI, *Dimensioni e qualificazioni nel sistema costituzionale di solidarietà (a proposito di uguaglianza ed effettività dei diritti e tematizzazione della differenza)*, in B. Pezzini, C. Sacchetto (a cura di), *Il dovere di solidarietà*, Milano, Giuffrè, 2005, p. 109 e ss.; F. POLACCHINI, *Doveri costituzionali e principio di solidarietà*, Bologna, BUP, 2016, *passim*.