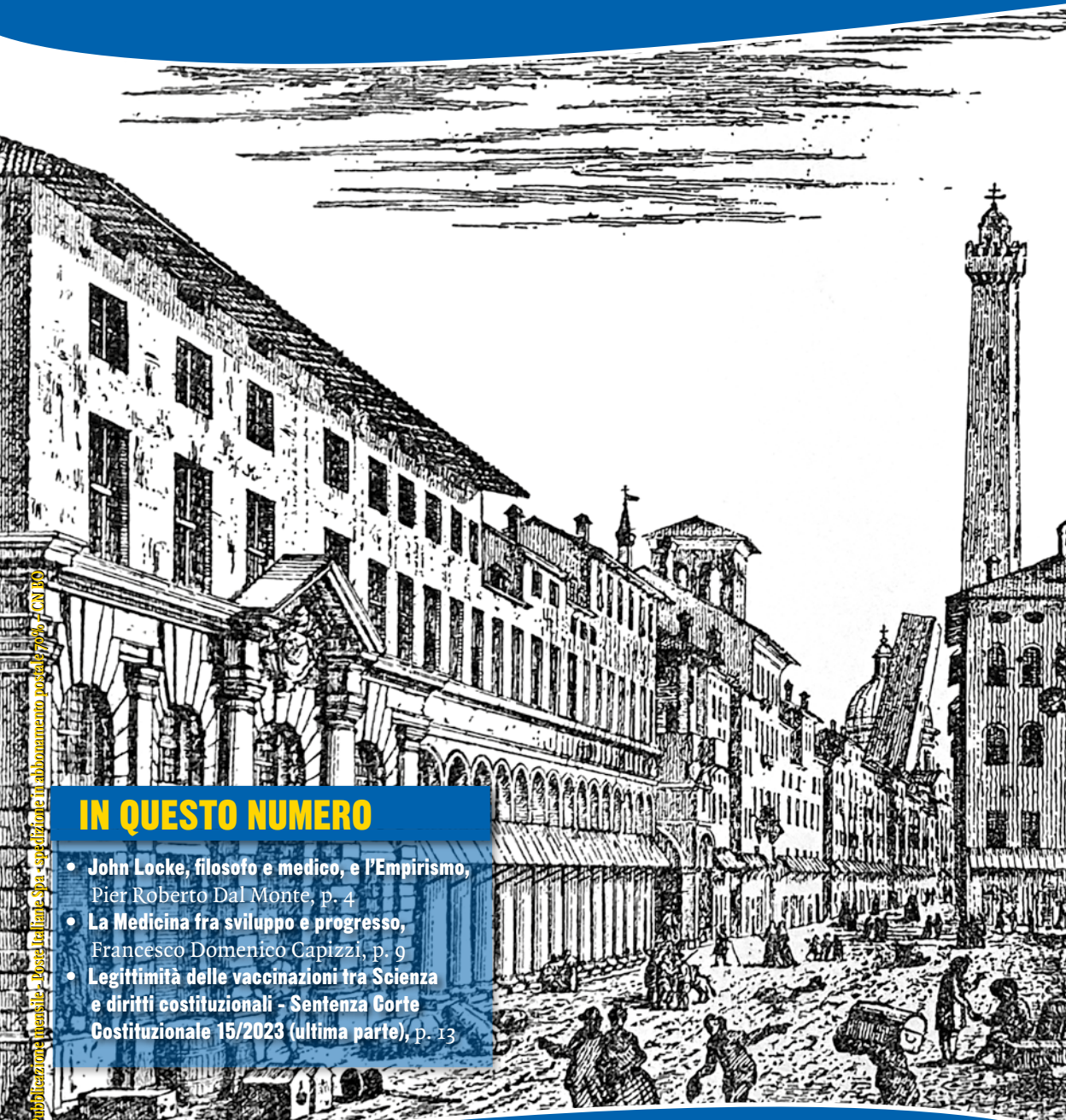


BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LIV - N° 12 DICEMBRE 2023



Pubblicazione mensile - Poste Italiane SpA - spedizione in abbonamento postale 70% - CN 009

IN QUESTO NUMERO

- **John Locke, filosofo e medico, e l'Empirismo**, Pier Roberto Dal Monte, p. 4
- **La Medicina fra sviluppo e progresso**, Francesco Domenico Capizzi, p. 9
- **Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (ultima parte)**, p. 13

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 - BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)





VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it



Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE
E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540



Seguici su facebook



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATTORE

Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE

Abbati Dott. Pietro
Cupardo Dott. Marco
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione
in abbonamento postale 70% - CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Il Bollettino di novembre 2023
è stato consegnato in posta
il giorno 13/12/2023

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisei, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LIV - DICEMBRE 2023 N° 12

ARTICOLI

Cade o non cade? • 3

John Locke, filosofo e medico, e l'Empirismo • 4

La Medicina fra sviluppo e progresso • 9

Informativa sanitaria sul trattamento della patologia
cartilaginea • 11

Pillola contraccettiva gratis solo fino a 26 anni • 12

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali -
Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (ultima parte) • 13

NOTIZIE • 29

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 29

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 29

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 30

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

Un'antica veduta delle due Torri
Pio Panfili Pittore

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente

Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente

Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere

Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici

Dott. BONVICINI ANDREA

Dott. CUPARDO MARCO

Dott.ssa ESQUILINI ANNA

Prof. LIGUORI ROCCO

Dott. LUMIA SALVATORE

Dott. MASOTTI MASSIMO

Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA

Prof. PRATI CARLO

Dott.ssa SCHLICH GIULIANA

Prof. TREVISANI FRANCO

Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri

Dott. BONDI CORRADO

Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici

Presidente:

Dott. LUMIA SALVATORE

Vice Presidente:

Dott. CUPARDO MARCO

Segretario:

Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:

Dott. CORRADO BONDI

Vice Presidente:

Dott. RUBINI GIOVANNI

Segretario:

Dott. AVANZINI GIAMPAOLO

Componenti:

Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO

Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:

Dott. ENRICO CORSINI

Componenti:

Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE

Dott. GIORDANI STEFANO

Supplente:

Dott. ZATI ALESSANDRO

Cade o non cade?

Vittorio Lodi

La seconda torre più famosa di Bologna, città una volta detta “la Turrita”, è messa male. Alla fine ce ne siamo accorti. E si sprecano le polemiche sulle modalità di intervento che, pare di capire, saranno molto lunghe e certamente non condivise da tutti, in particolare da chi lamenta possibili o sicuri danni alla propria attività.

In questo fine 2023 la nostra torre Garisenda appare un po' come il nostro Sistema Sanitario Nazionale. Ammalata, da tempo, ma i rimedi appaiono difficili lunghi da attuare. Definiti e poi cambiati in una sorta di tela di Penelope che si tesse e si distrugge ormai da anni, non importa chi sia al comando.

Amarezza, difficoltà e delusione (possiamo parlare di burn out?) del personale sanitario che per anni, anche con sacrificio, ha sostenuto sulle proprie spalle questo SSN malato, ma che ora scoraggiato spesso fugge verso altri lidi o abbandona il campo.

Nelle ultime settimane il Coronavirus ha rialzato la testa, facendo segnare un sensibile aumento di contagi, ricoveri e decessi in tutto il nostro Paese. L'aumento dei casi di Covid 19 e il picco di contagi previsto a Natale fanno temere un'impennata di ricoveri. Il Presidente della FNOMCeO di fronte a questa prospettiva lancia il messaggio che “Per evitare i contagi, sconsigliamo gli auguri con baci e abbracci. Mantenere un po' di distanza fisica, in questi casi, non è segnale di un minore affetto”.

Non è un bel segnale per questa fine di anno.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale andrebbe rafforzato, così come il significato dell'aggettivo Nazionale. Ma, appunto, come per la Garisenda le difficoltà sono tante e la strada lunga e in grado di scontentare i professionisti della sanità pubblica così come, diretta conseguenza, i cittadini.

La salute pubblica è una priorità? È un bene che va difeso e che se sostenuto è in grado di risultare una risorsa anche dal punto di vista economico.

Decisori e operatori della sanità pubblica devono collaborare per salvare e rinvigorire questo bene.

Decisori e cittadini devono collaborare per salvare un simbolo della nostra città, la torre Garisenda.

Bene, in questa fine di anno 2023, in piena recrudescenza di guerre e di atti criminali indicibili, non vogliamo portarci dietro delle speranze ma vorremmo poter avere delle certezze per salvare le nostre torri, la Garisenda e il SSN.

Comunque, auguri a Tutti di un Sereno Natale e Anno Nuovo.

John Locke, filosofo e medico, e l'Empirismo

Pier Roberto Dal Monte

Nihil est in intellectu quod non sit prius in sensu.

J. Locke

I concetti senza la loro percezione sono vuoti, le percezioni senza i concetti sono cieche.

I. Kant, Critica della ragion pura.

Rapporto tra rivoluzioni inglesi, illuminismo e filosofia inglese

Per quanto appaia singolare nel secolo XVI e XVII, mentre l'Inghilterra si trovava in un particolare e turbolento periodo storico in preda a vari movimenti rivoluzionari e per la presenza di una serie di guerre religiose tra cattolici e protestanti/prebisteriani e il ripetersi di sollevazioni di vari ceti e territori della nazione, dalla Scozia passando per l'Irlanda sino a giungere alla Inghilterra vera e propria, fiorì la filosofia inglese, quando Bacone, Locke, Berkeley e Hume, formavano il proprio pensiero. Essi, partendo soprattutto dalla filosofia della conoscenza delle basi dell'intelletto umano, crearono l'empirismo, sostituendo così, in maniera quasi totale, il razionalismo di Cartesio e Leibnitz e – naturalmente – il neoplatonismo imperanti, partecipando a pieno titolo alle varie correnti del pensiero illuminista.

Le rivoluzioni in parte sanguinose, senza ovviamente raggiungere gli eccessi della Rivoluzione Francese, portarono a creare quello che è ora il Regno Unito, governato da una Monarchia Costituzionale, prima in Europa, ma appunto con una potente gestione parlamentare. Esse si svolsero soprattutto tra il 1639 e il 1688 così come lo sviluppo insulare della filosofia moderna. In particolare, la cosiddetta "Gloriosa Rivoluzione" provocò la caduta di re Giacomo II, la fine degli Stuart e la salita al trono di sua figlia, Maria II, e del marito di lei, l'olandese Guglielmo III d'Orange, mettendo fine alle varie successioni e alle guerre di religione tra cattolici e riformisti (puritani). Nello stesso periodo iniziò, con la fondazione della

Compagnia delle Indie, il Colonialismo dell'Impero Britannico.

A seguito della rivoluzione e la sua potente spinta filosofica, si ebbero soprattutto importanti sviluppi nel campo dell'educazione, delle arti, della letteratura e della scienza; fino alla nascita di valori come la libertà di parola, la tolleranza religiosa e l'uguaglianza davanti alla legge: un modello per altri movimenti rivoluzionari in Europa e in America a cui conseguì la Rivoluzione industriale inglese.

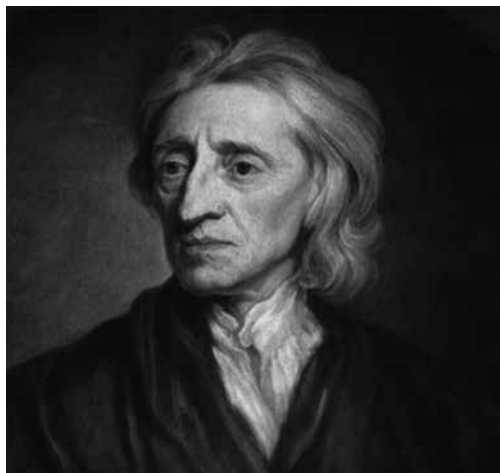
Locke e l'empirismo inglese

La più importante creazione intellettuale nell'Inghilterra del XVII secolo fu l'empirismo (dal latino *empiricus* e dal greco *empereia*, "relativo all'esperienza") o il suo sviluppo e sistematizzazione, che si riferisce a quella tradizione filosofica che ha valorizzato l'importanza dell'esperienza e dell'osservazione nell'acquisizione della conoscenza, secondo il principio deduttivo. Questa tradizione è stata influenzata per prima dalle opere di Francis Bacon, che sosteneva un approccio scientifico nell'acquisizione della conoscenza, basato sull'esperienza e sull'osservazione/sperimentazione empirica, ma fu **John Locke**, partendo dal sensismo empiristico di Gasendi, a sistematizzare le vere basi dell'empirismo inglese, sostenendo che tutta la conoscenza umana deriva dall'esperienza sensoriale e, anche alla luce delle sue esperienze scientifiche, che la mente alla nascita fosse altro che una "tabula rasa", che la conoscenza si acquisisse attraverso i sensi e attraverso la capacità della mente umana di ragionare sulle informazioni ricevute, senza l'esistenza nella nostra mente di 'idee innate'.

Altre figure importanti nella tradizione dell'empirismo inglese, che includono David Hume, George Berkeley e John Stuart Mill, ne hanno condizionato gli ulteriori sviluppi sottolineando, il primo, l'importanza di porre un atti-

vo scetticismo sulle percezioni per avere un fondamento della conoscenza solido e la necessità di prove per determinare la verità delle affermazioni, mentre Berkeley credeva che le uniche cose che esistono veramente siano quelle che vengono percepite dai nostri sensi e sono rimodellate direttamente dalla mente.

Il 'Dottor' John Locke



Abbiamo visto come a John Locke, sebbene non sia stato l'inventore della concezione dell'empirismo filosofico, si deve alla sua vera sistematizzazione e applicazione pratica, essenziale per lo sviluppo della scienza moderna. Ciò con particolare evidenza epistemica sullo sviluppo della medicina, in quanto come vedremo, seppure non esercitasse che saltuariamente la professione medica, ne coltivava l'interesse e lo sviluppò sia dal punto di vista pratico che scientifico, collaborando con i migliori e più moderni biologi e medici del tempo.

Locke nacque nel 1632 a Wrington vicino a Bristol, il suo *cursus studiorum* al Christ Church College di Oxford, spaziava tra scienze, medicina e filosofia. Dopo aver pensato alla professione clericale, come sua possibile carriera, rifiutò l'offerta nel 1666, ottenendo nello stesso anno una dispensa ai voti che gli consentì di mantenere la borsa di studio del College senza prendere ordini. Nasce qui il suo interesse per la scienza sperimentale, tanto da essere eletto nel 1668 membro della Royal English Society. Poco si sa dei suoi primi studi di medicina: non può aver seguito il corso regolare, perché era impossibilitato a conseguire il

titolo di dottore in Medicina nel College Religioso dove si trovava. Fu solo nel 1674 che fu nominato *Bachelor of Medicine* e nel gennaio successivo vede la sua posizione regolarizzata con l'assegnazione tuttavia di una delle due borse di studio di medicina messe a concorso. La sua conoscenza della medicina e la pratica occasionale della professione lo portarono, nel 1672, a conoscere lo statista Lord Ashley (poi conte di Shaftesbury), conoscenza che ebbe un effetto immediato sulla carriera. Senza abbandonare il suo legame con Oxford, divenne un membro della casa dei Shaftesbury e presto ne fu considerato indispensabile in tutte le questioni domestiche e politiche. Salvando anche, grazie alle sue conoscenze mediche, la vita stessa dello statista con un'abile operazione di svuotamento di un incerto ascesso, operazione da lui indicata necessaria, ma fatta eseguire direttamente da un chirurgo con messa a dimora di un tubo drenante d'argento; cisti che secondo l'Osler (*Lancet* 1900) si trattava di una cisti da echinococco. Collaborò con Lord Shaftesbury negli affari pubblici e nel servizio governativo, seguendo anche l'educazione del figlio.

Nel 1675 la sua vita ufficiale terminò insieme alla caduta del suo importante 'protettore' esiliato per contrasti con Carlo II Stuart: Locke lo accompagnò e visse nel Paesi Bassi fino a quando il principe olandese Guglielmo d'Orange, con cui condivideva le idee nel 1689, divenne re d'Inghilterra. Locke allora assunse una direzione presso il Tesoro che mantenne fino a pochi anni prima di morire.

Essays concerning human Understanding

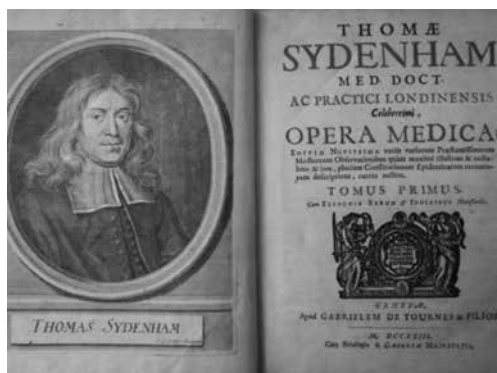
Le sue opere principali furono tutte pubblicate intorno al 1690, anche se aveva sviluppato gran parte delle sue idee nei decenni precedenti. Oltre ai trattati finanziari e politici (in cui presentò per primo una visione del governo costituzionale) la più importante opera filosofica di Locke è stata il *Essays concerning human Understanding - Saggio sulla comprensione (o sull'intelletto) umana*. In questo trattato, egli ha cercato di confutare il concetto di "idee innate" di Cartesio, Leibnitz ed altri razionalisti: secondo la sua visione, la conoscenza umana e la morale hanno origine dall'esperienza, una volta che questa sia acquisita attraverso i sensi. Questo ha

reso Locke uno dei primi rappresentanti della filosofia empirista. La sua idea di “tabula rasa” spiega il motivo per cui considerava l’istruzione un’attività importante che meritava un’attenta considerazione da parte della Nazione: l’educazione significava aiutare a riempire quel vuoto che si riscontra nella conoscenza umana ed il perseverare nella morale.

Locke e la metodologia medica

Locke non fu (come si è detto, sebbene si sia sempre posto qualche dubbio) comunque solo filosofo, ma si laureò anche veramente e documentatamente in medicina, sebbene non esercitasse continuativamente la professione: le sue esperienze medico-scientifiche iniziali sulla respirazione su cui tra il 1666 e il 1667 lo spinsero a riferirne nel trattato dal titolo *Respirationis usus* nel quale nega (in polemica con le teorie galeniche) che lo scopo della respirazione e dell’aria (di cui si conoscevano solo i nitriti) sia il raffreddamento del cuore e del sangue, ma esse erano importanti per la fermentazione e il rinnovamento del sangue (cosa condivisa da numerosi fisiologi inglesi). Tralasciando la fase pratico-sperimentale, durante tutta la sua vita sviluppò, quale filosofo-medico, fondamentali esperienze dottrinarie mediche, provenienti dalle sue conoscenze ed osservazioni dirette che si espressero nello sviluppo da una parte dei fondamenti della metodologia medica e dall’altra nell’educazione fisica ed etico-morale dell’adolescenza.

Infatti mentre, in questo caso, si deve il trattato *Some Thoughts Concerning Education*, con la collaborazione con i maggiori medici inglesi dell’epoca e soprattutto molto stretta e vivace con Thomas Sydenham, il cosiddetto “Ippocrate inglese”, innovò la metodologia medica che espresse nella lunga prefazione al suo trattato *Methodus curandi febres* con vari altri interventi sul testo, facendo anche la traduzione in latino dall’inglese. In essa insiste nel sostenere l’importanza dell’esperienza clinica acquisita dalla costante osservazione, piuttosto che da esperimenti chimici e dissezioni anatomiche: con Sydenham, Locke gettò le basi di un sobrio empirismo medico che ancora oggi è il segno distintivo del buon professionista. Insieme formarono una terza ‘Scuola Medica’, quella



Thomas Sydenham. ‘A English Hippocrates’

della medicina empirica (oltre l’ippocratica e la galenica), che attirò proprio tanti illustri seguaci sia in Inghilterra che sul Continente. Locke aiutò nello sviluppare la stessa pratica medica di Sydenham, rimanendo sempre il più forte sostenitore della medicina empirica, ponendo la medicina clinica su una base di probabilità. Il massimo che si potesse fare a quei tempi: i medici devono essere soddisfatti dall’osservazione di ciò che è, lasciando agli scienziati, teologi e filosofi lo speculare sull’ultima questione del perché indagare è.

Locke educatore

L’opera concernete l’educazione degli adolescenti, *Some Thoughts Concerning Education - Alcuni pensieri concernenti l’educazione*, ha avuto origine da una serie di lettere che, intorno al 1684 scrisse dai Paesi Bassi per consigliare l’amico Edward Clarke (su sua richiesta) sull’educazione del proprio figlio (tra parentesi Locke non si sposò mai né ebbe propri figli). Dopo il suo ritorno in Inghilterra, Locke riprese questo materiale nel libro che apparve per la prima volta nel 1693. Nel giro di pochi anni, il libro venne tradotto in francese, olandese, svedese, tedesco e italiano: per la maggior parte del secolo successivo, quindi sino alle soglie dell’Ottocento, rimane un manuale educativo molto popolare tra le classi agiate. Infatti, se si può fare una critica, come manuale educativo, non era destinato a tutti: in linea con le opinioni del suo tempo, era altamente specifico per la sua classe nobiliare. Sull’educazione dei bambini dell’altro campo del sociale e quindi per i figli dei poveri, Locke scrisse qualcosa di molto diverso e con la sua

proposta del 1697 sulle 'Scuole di lavoro', voleva tuttavia che si insegnasse loro a lavorare, a diventare "persone utili e timorate di Dio e non dipendenti dalla carità pubblica".

Nello scritto sull'educazione descrive così il suo ruolo cruciale nel plasmare le menti e i corpi dei giovani, contemporaneamente sottolineando l'importanza di promuovere una forte salute fisica nei bambini. Locke ha sostenuto un'istruzione a tutto tondo che includesse attività fisiche per sviluppare forza, agilità e forma generale, dando importanza al gioco all'aperto, allo sport e ai giochi in quanto contribuiscono allo sviluppo della forza fisica, della resistenza e della coordinazione.

Credendo, quindi, che un'eccessiva attenzione all'apprendimento accademico senza alcuna attenzione al benessere fisico potesse ostacolare lo sviluppo di un bambino, poiché l'esercizio fisico regolare e lo sforzo fisico contribuiscono ad aumentare la circolazione sanguigna e l'attività cerebrale.

Nel trattato, a cui fece seguito postumo *Of the Conduct of the Understanding*, Locke ha anche toccato l'importanza di una corretta alimentazione, sapendo che una dieta sana ha un impatto diretto sulla crescita fisica e cognitiva di un bambino.

Locke voleva che questa educazione creasse l'archetipo di un gentiluomo: un pensiero razionale, persona moralmente affidabile, socialmente capace e sottoposta a un'adeguata riflessione e un'azione adeguata. Per raggiungere questo obiettivo, la base necessaria doveva essere: Virtù, Saggezza, Allenamento e Apprendimento. Ma soprattutto in aspetti morali come l'onestà, la modestia, l'obbedienza. Locke ha tracciato una linea ferma: il bambino non dovrebbe in alcun modo essere viziato. L'allievo dovrebbe imparare il suo corretto posto nell'ordine sociale, se possibile senza dure punizioni, ma necessariamente in maniera ferma.

Oggi, alcuni dei consigli specifici di Locke possono apparire sbagliati o addirittura ridicoli, ma anche ha creato delle osservazioni che possono ancora sembrare ragionevoli o sensate e utili. Allo stesso tempo, l'attenzione quasi utilitaristica di questo libro sul raggiungimento di risultati educativi può illustrare al lettore di oggi qual è forse la differenza più importante tra le vedute di Locke del tardo XVII secolo e

le nostre. Per Locke l'infanzia era da considerarsi un graduale passaggio alla maturità e ciò che contava davvero per Locke era che "un bambino non era mai tale, ma era un futuro adulto".

In questo clima più democratico che Locke scriverà altre opere famose, come il *Secondo trattato sul governo civile* che accanto al fondamentale *Saggio sull'intelletto umano*, ne fece uno dei maggiori esponenti del liberalismo politico e del razionalismo dell'epoca moderna.

La sua teoria del governo rappresentò una rottura dai vecchi modelli di monarchia assoluta, sostenendo invece che il potere politico derivi dal consenso dei governati e che il governo debba rispettare i diritti individuali e proteggere la proprietà privata, in questo collaborando anche a parti della Costituzione Americana.

È bene sottolineare che le considerazioni sull'empirismo hanno assunto negli anni un aspetto controverso, sviluppando vari filoni filosofici (costruttivo, logico e... medico). Sotto il nome di *medicina empirica*, oggi infatti, vengono inclusi un ampio numero di metodi e qualifiche professionali con cui riscontrare e trattare disturbi della salute o che sono adatti alla prevenzione. Tutte variabili caratterizzate da un supporto esteso ed integrato della salute di tipo olistico, ma si differenziano nel loro approccio, nei loro concetti e nei loro modelli esplicativi.

Locke muore infine a Oates, nel 28 ottobre 1704, e con Lui muore uno dei maggiori intellettuali dell'età moderna, le cui idee e teorie influenzarono profondamente la filosofia, la politica, la scienza generale e quella medica e quindi la cultura occidentale. Le sue opere sono ancora oggi considerate dei pilastri del pensiero liberal-democratico.

Appendice: Empirismo e E.B.M.

Attualmente potremmo dire che l'empirismo, anche nelle sue varianti mediche e differenziate sia obiettivamente superato dalla teoria degli inglesi David L. Sackett, con Archibald Cochrane, la **Evidence-Based Medicine (EBM)** che è, come noto, l'approccio alla pratica clinica basato sull'uso delle migliori evidenze scientifiche disponibili per prendere decisioni diagnostico-terapeutiche, fornendo un crite-

rio di valutazione obiettivo e sistematico per la valutazione delle prove scientifiche e degli interventi terapeutici.

La EBM aiuta a garantire che le decisioni cliniche siano basate sulla migliore evidenza disponibile, riducendo il rischio di errori dovuti alla mancanza di informazioni o a prove insufficienti. In questo modo, la EBM aiuta a migliorare i risultati sanitari dei pazienti e a ridurre i costi associati a diagnosi e trattamenti inutili o inefficaci. Inoltre, la EBM promuove la partecipazione attiva del paziente nella gestione delle proprie condizioni di salute, fornendo informazioni trasparenti e comprensibili sulle opzioni di trattamento disponibili e sulla loro efficacia. In sintesi, l'importanza della EBM consiste nel fornire all'empirismo medico-filosofico un approccio rigoroso e basato sull'evidenza e controllo nella pratica clinica, migliorando la qualità delle cure e la salute dei pazienti.

Tuttavia la professione medica non è soltanto l'applicazione di algoritmi e di conoscenze validate dall'utilizzazione anche di miliardi di dati e non da ultimo con l'ausilio attuale della Intelligenza Artificiale. Ma permane nella sua pratica ancora la forza della esperienza empirica professionale, anche quando il razionalismo su basi fisiopatologiche e l'utilizzo dei dati raccolti dall'esperienza stessa con le varie ricerche documentali (i trial, i big data, etc. soprattutto) sembra allontanarla dalla sua base epistemologica ed umanizzante, mentre dovrebbe spingerci a mantenere il pratico Galenico principio unificante, poiché la congiunzione di entrambi (razionalismo ed empirismo) può essere considerata come la fonte della filosofia dell'EBM. Si ritiene quindi ci siano due filosofi le cui correnti filosofiche sistemiche potrebbero aver sorretto l'EBM: uno inglese, del XVI secolo, e un altro francese, del XVII secolo. Ci riferiamo a Francis Bacon con Locke e René Descartes; empiristi i primi e razionalista il secondo, padri di correnti apparentemente inconciliabili; tuttavia, la congiunzione di entrambi può essere considerata come la fonte dell'impianto filosofico dell'EBM e altre modalità futuribili, poiché possiamo dire che il medico, in un modo o nell'altro, ha sempre cercato aggiornamenti per risolvere dubbi sulla cura dei suoi pazienti.

Note bibliografiche

John Locke, 1632-1704, physician and philosopher: a medical biography / with an edition of the medical notes in his journals. Contributors Dewhurst, Kenneth. Locke, John, 1632-1704. Publication/Creation London: Welcome Historical Medical Library, 1963.

A Companion to Locke Edited by Matthew Stuart. This edition first published 2016. Blackwell Publishing Ltd. Registered John Wiley & Sons Ltd. Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK

John Locke. Some Thoughts Concerning Education 1693. <http://www.socsci.kun.nl/ped/whp/histeduc/locke/>

Perrini Matteo. Il pensiero inglese tra empirismo e utilitarismo - Cooperativa Cattolico-democratica di Cultura (ccdc.it)

Claire Crignon. Galenic Heritage in Locke's Medical Philosophy: From Locke's Medical Remains to His Reflection on Education. Galen and the Early Moderns, 2022. fihal-03382894f

Craig Walmsley. PhD Thesis. Locke and medicine.pdf Eighteenth Century Thought 4 (2008), 1-28 John Locke's "Respirationis usus": Text and Translation J. C. Walmsley and E. Meyer.

Locke - Berkeley - Hume.pdf (leoneg.it)

Locke's Philosophy of Science (Stanford Encyclopaedia of Philosophy) 2023.

Locke, Saggio sull'intelletto umano.pdf a cura di Mariam e Nicola Abbagnano UTET 1971.

Locke-and-Sydenham-on-the-teaching-of-anatomy.pdf (cambridge.org)

William M Webb. Medicines (Basel). 2018. Rationalism, Empiricism, and Evidence-Based Medicine: A Call for a New Galenic Synthesis

The healing philosopher: John Locke's Medical Ethics Author: Bradford William Short Date: Fall 2004 From: Issues in Law & Medicine (Vol. 20, Issue 2).

John Locke and his major works. Enc. Britannica 2023

The Historical Controversies Surrounding Innateness (Stanford Encyclopedia of Philosophy). First published Thu Jun 19, 2008; substantive revision Wed Mar 27, 2017.

Ferguson, Charles Garfield, "John Locke and the education of the poor" (1987). Dissertations, Theses. Masters, Projects 1539618609. <https://dx.doi.org/doi:10.25774/w4-vv5y-2e07>.

Mihai Androne. Notes on John Locke's views on education. Science Direct SEC-IASR 2013*Procedia - Social and Behavioural Sciences 137 (2014) 74 - 79.

G. G. MEYNELL. John Locke and the Preface to Thomas Sydenham's Observationes Medicae. *Med Hist. 2006 Jan 1; 50(1): 93-110. doi: 10.1017/s0025727300009467

Al di là dell'empirismo aristotelico, i positivisti del XIX secolo, come Ernest Renan e Roberto Ardigò, hanno visto in Pietro Pomponazzi (nel 1520 ca. filosofo e medico) un precursore e un campione del naturalismo e dell'empirismo.

La Medicina fra sviluppo e progresso

di Francesco Domenico Capizzi*

La Medicina moderna che conosciamo, nata nel periodo positivista, ha finito con il perseguire un suo sviluppo (clinico-tecnologico) piuttosto che un complessivo progresso nel contrastare le radici delle incalzanti malattie cronicodegenerative: neoplasie (in Italia oltre 1.000 al giorno, con incrementi in quattro decenni del 62% delle pancreatiche e con tassi di guarigione, dopo le cure, del 3%: "The Lancet Global Burden Disease" 2019), affezioni cardiocircolatorie e respiratorie, obesità, cirrosi, patologie infettive ed autoimmuni e da stress psico-fisici, ecc. sono sostenute in larga parte da fattori culturali radicati e da disagi sociali, trascurati nella trasmissione del sapere medico e nelle Istituzioni sanitarie incentrate in attività diagnostico-terapeutiche per un empirismo orientato verso alterazioni anatomiche, geometrie e formule matematiche.

In sostanza, il Servizio sanitario diagnostica e cura malattie evitabili *ab initio* (l'80% secondo l'OMS), ne trascura i fattori che le favoriscono e le sostengono, intanto troppe persone continuano ad ammalarsi perché le cause patologiche, indovate nelle pieghe della Società, vere fabbriche della malattia, conservano intatta la loro violenza mentre il diritto alla Salute, intesa come pieno benessere, viene confuso con l'assenza di malattia e con complessità tecnologico-gestionali che imprimono alle Strutture ospedaliere, intese come fabbriche della salute, le ragioni oggettive della malattia con un involontario suggerimento: la salute si preserva apportando modifiche al corpo con tecnologie e terapie sofisticate al punto da esonerare Medicina e Istituzioni dalla primitiva missione ideale come i mezzi di locomozione esonerano dal camminare e ne superano l'esigenza.

Nella percezione comune le malattie vengono così assunte ad evento ineluttabile come la forza di gravità e i movimenti tellurici... E intanto oltre un terzo della popolazione è colpita da malattie cronicodegenerative ed acute, in co-

stante crescita, in larga parte evitabili (prevenzione primaria) oltre che prevenibili (prevenzione secondaria = diagnosi precoce), non facilmente guaribili, più spesso trattabili con terapie riequilibratrici e palliative il cui costo diverrà presto incompatibile con l'universalismo del Servizio sanitario per vari fattori, fra cui il progressivo invecchiamento della popolazione. La peste nera del secolo del progresso, suo misterioso lato oscuro e corollario innominabile, indicata per allusioni e parafrasi, avanza alimentata da almeno 150 cancerogeni e particellati sparsi nell'ambiente; da 30 milioni di tonnellate di amianto (letale per 10-12 persone al giorno) sul nostro territorio; da 52 miliardi di sigarette fumate ogni anno da italiani fin dall'età scolare, con rischi connessi di malattie gravi che raggiungono il 3.000% con 90.000 decessi; per la permanenza di estreme disegualianze sociali che costringono ad inaccettabili livelli di vita e che riducono la stessa percezione personale di malattia; per assenza di informazioni su errati stili di vita che conducono ad abusi di farmaci, psicofarmaci, stupefacenti ed alcoolici, zuccheri, proteine e grassi animali causa dell'esposizione di 10 milioni di italiani al rischio di cirrosi e di oltre 5 milioni di obesi, senza considerare il sovrappeso che affligge il 40% della popolazione, candidati a malattie gravi a partire dall'età scolare, ecc.

Sul piano socio-economico basterà citare un solo dato, e non il maggiore: nonostante 25 miliardi annui che l'Italia spende (OMS, 2016) per gestire le conseguenze degli eccessivi consumi di alcoolici, gli abusi rappresentano la causa principale di morte e disabilità tra i giovani e un aumentato rischio di declino cognitivo prima dei 65 anni e di decessi alcool-connessi di almeno 75.000 persone per anno. Va aggiunto che il consumo di oltre 10 gr/die di alcool aumenta in modo significativo l'incidenza di tumore alla mammella in pre-post-menopausa e che dosi di oltre 20 gr/die favoriscono

le neoplasie dell'apparato digerente senza contare le combinazioni con i prodotti del tabacco e con una erronea alimentazione (International Agency for Research on Cancer, 2018).

Cosa proporre di fronte ad una situazione che può essere definita tragica?

I - concepire la salute come pieno benessere e non soltanto come assenza di malattia;

II - Informare la cittadinanza, fin dalle Scuole primarie, sulle conseguenze dei diversi stili di vita;

III - fatta salva l'autonomia scientifica e didattica delle Università, invitare che la trasmissione del sapere medico-chirurgico evidenzii le origini delle malattie, la loro evitabilità per merito della prevenzione primaria e secondaria;

IV - sostenere la Ricerca epidemiologica e di base non necessariamente finalizzata;

V - revisione dell'organizzazione sanitaria nazionale con progetti di deospedalizzazione e valorizzazione della medicina di territorio;

VI - piano per eliminare amianto, cancerogeni circolanti, emissioni tossiche e privilegiare la produzione "pulita" di alimenti, merci, energia, generi vari;

VII - lotta alle ragioni della diffusa povertà economica e culturale;

VIII - organizzare e rilanciare programmi nazionali di prevenzione primaria e secondaria;

IX - ribadire norme e promuovere controlli permanenti sulla sicurezza stradale, nei luoghi di lavoro e nelle case;

X - affrontare disagi e patologie delle età avanzate con provvedimenti che favoriscano aggregazioni, mobilità, assistenze attive e mirate a contrastare solitudine, povertà e decadimento fisico e mentale.

* Già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore delle chirurgie degli Ospedali Belletaria e Maggiore di Bologna

Poliambulatorio Privato

ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.

Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo

Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna

Tel. 366-2876956, www.amabonline.it

infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com



L'Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all'attività di assistenza medica, è la sede dell'attività di Ricerca e Didattica dell' A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura



Vi operano **10 medici qualificati** che lavorano in tutti i campi in cui l'**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:

- **Cefalee** croniche, **emicrania**
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie **gastriche** e **intestinali**
- Patologie **dermatologiche**
- Patologie **ginecologiche**



Percorsi terapeutici specifici:

- Trattamento dell'**infertilità** maschile e femminile e supporto alla **procreazione medicalmente assistita**
- Trattamento **anti-aging**
- Trattamento **pediatrico**

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

Informativa sanitaria sul trattamento della patologia cartilaginea

Dott.ssa Angela Petronelli

Pubblichiamo a seguire la nota informativa trasmessaci dalla Dott.ssa Angela Petronelli, Direttore Sanitario del Poliambulatorio MG srl, relativa ad una innovativa tecnica di cura di una diffusa patologia interessante la cartilagine.

Presso il Poliambulatorio MG è nato il centro Cartilage Clinic con la consulenza scientifica del Professor Maurilio Marcacci e del Professor Riccardo Meliconi. Il Centro si propone di offrire le terapie conservative più innovative nell'ambito della patologia della cartilagine.

La cartilagine è un tessuto costituito per la maggior parte da matrice extracellulare, immersa nella quale vi è una sola popolazione cellulare, i condrociti che, quindi, sono gli unici responsabili dei processi (lentissimi) sia di sintesi che di degradazione della matrice. Il danno cartilagineo che comporta l'alterazione della funzionalità articolare, può essere dovuto a: traumi, malattie infiammatorie (artriti) e malattie degenerative (osteoartrosi). La cartilagine ialina (quella che ricopre i capi ossei articolari), ha scarsa o nulla capacità rigenerativa soprattutto nelle malattie croniche ed in particolare nell'osteoartrosi, nella quale vi è una parallela alterazione proliferativa ossea. Per questo motivo, negli ultimi 10-12 anni sono state impiegate varie metodiche di medicina rigenerativa (con cellule staminali), allo scopo di bloccare il danno del processo degenerativo, quando questo venga diagnosticato e trattato nella fase precoce della malattia e per tentare di ripristinare lo spessore della cartilagine variamente ridotto dai vari processi patologici.

Osso-cartilagine formano un'unità funzionale fisiologica, pertanto un danno alle cellule cartilaginee produce una sofferenza ossea e viceversa.

È perciò intuitivo che il trattamento delle malattie della cartilagine è un trattamento delle malattie osteo-cartilaginee.

Nell'evoluzione della ricerca della migliore terapia è stato fatto un passo avanti molto importante quando si è introdotto l'uso, per terapia infiltrativa, di preparati che utilizzano fattori enzimatici anti infiammatori, complessi ortobiologici che regolano l'omeostasi dell'articolazione e la ricrescita dei tessuti danneggiati.

Il campo degli ortobiologici, che implicano l'uso di sostanze biologiche per migliorare i naturali processi di guarigione del corpo, vedrà sempre più come protagonisti il plasma ricco di piastrine (PRP) e le cellule staminali, entrambi in grado di ridurre l'infiammazione e stimolare la rigenerazione. Lo sviluppo di materiali biocompatibili, bioingegnerizzati e realizzati con tecnologie 3D sarà in grado di portare sul campo operatorio soluzioni sempre più efficaci e personalizzate per trattamento di lesioni cartilaginee.

Con la ricerca continua, i progressi tecnologici ed una comprensione più profonda della medicina rigenerativa, i chirurghi ortopedici sono e saranno sempre più in prima linea per offrire trattamenti più innovativi, efficaci e minimamente invasivi, destinati a rivoluzionare il campo dell'ortopedia.

Tuttavia il vero arricchimento del corredo terapeutico è stata l'introduzione della terapia con cellule staminali.

Le cellule staminali sono cellule non specializzate, capaci di differenziarsi in cellule specializzate e per auto rinnovarsi sono in grado di produrre altre cellule staminali.

Nell'uomo ci sono due grandi tipi di cellule staminali:

- 1 le cellule staminali embrionali
- 2 le cellule staminali adulte presenti nel midollo osseo e nel tessuto adiposo.

Il vantaggio dell'uso di queste cellule è che svolgono un controllo trofico sulla vitalità e sulla ricrescita delle cellule cartilaginee, oltre a svolgere una funzione anti infiammatoria e antidolorifica.

I risultati terapeutici, come riportato in letteratura, sono ormai convalidati ed i rischi dell'applicazione sono modesti.

Si è già consolidata una tecnologia che permette, inoltre, da un singolo prelievo di cellule staminali del tessuto adiposo di ottenere varie dosi di preparato da iniettare che possono essere crio conservate e utilizzate nel tempo senza necessità di ulteriori prelievi.

È naturale che il desiderio di ogni paziente sia quello di poter avere un trattamento che sia il meno invasivo possibile e allo stesso tempo il più efficace possibile ed è altrettanto naturale

che lo scopo del medico sia quello di impostare una strategia terapeutica personalizzata e confezionata sulle esigenze del singolo paziente.

Abbiamo, quindi, assistito negli ultimi anni a un importante sviluppo di nuove tecnologie per il trattamento di queste lesioni con novità quasi quotidiane, che possono essere o progressi nelle terapie cellulari staminali o che riguardino un più personalizzato utilizzo dei fattori di crescita, o che vedano lo sviluppo di nuove terapie come ad esempio quelle riguardanti gli esosomi.

Pillola contraccettiva gratis solo fino a 26 anni

A fine ottobre il Cda dell'AIFA ha deciso che la contraccezione ormonale femminile potrà essere resa gratuita solamente al di sotto dei 26 anni di età, e i medicinali dovranno essere dispensati nei consultori o comunque in strutture pubbliche. Si attende, ora, la ratifica finale con una delibera dello stesso Cda dell'Agenzia italiana del farmaco ma la decisione ha già avuto parere positivo da parte della conferenza delle Regioni.

Sarà la Commissione tecnico scientifica (Cts) dell'Aifa a dover esprimere la sua valutazione sulla rimborsabilità.

Su tale argomento ospitiamo il parere di un nostro Collega.

Una maternità consapevole è fondamentale. Se non voglio rimanere incinta devo usare quotidianamente la pillola contraccettiva. Poterla avere gratis è un gesto di grande democrazia. La si può ottenere nei consultori e negli ospedali. Ma perché fino a 26 anni?!! Bisognerebbe estenderla a tutte le donne. La donna deve essere protetta almeno fino a quando le possibilità di una gravidanza sono presenti. Forse il limite a 26 anni nasconde delle ragioni economiche ma non si può far prevalere le ragioni economiche sulla salute della donna.

La pillola contraccettiva fa parte dei diritti della donna che deve essere libera di scegliere se non avere una gravidanza per tante ragioni come non potersi permettere un figlio per instabilità lavorativa oppure non avere un partner fisso. Quindi sì alla contraccezione gratis ma per tutte.

Dott. Alessandro Bovicelli

Ricercatore confermato

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Settore scientifico disciplinare: MED/40

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Legittimità delle vaccinazioni tra Scienza e diritti costituzionali - Sentenza Corte Costituzionale 15/2023 (ultima parte)

(prosegue dal numero precedente)

– agli studenti dei corsi di laurea impegnati nello svolgimento di tirocini pratico-valutativi finalizzati al conseguimento dell’abilitazione all’esercizio di professioni sanitarie (comma 1-bis dell’art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, introdotto dalla legge n. 3 del 2022, di conversione del d.l. n. 172 del 2021); per questa categoria, la previsione dell’obbligo mediante inserimento nell’ambito dell’art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, comporta l’applicabilità alla stessa delle disposizioni per cui la vaccinazione costituisce requisito essenziale per l’esercizio della professione, l’accertamento del mancato assolvimento dell’obbligo determina l’immediata sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie e per il periodo di sospensione non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominato;

– agli ultracinquantenni (art. 4-quater del d.l. n. 44 del 2021, introdotto dal d.l. n. 1 del 2022, convertito, con modificazioni, nella legge n. 18 del 2022); l’art. 4-sexies del d.l. n. 44 del 2021, inserito dal medesimo d.l. n. 1 del 2022, ha previsto l’applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria di euro cento in caso di inosservanza degli obblighi vaccinali imposti dall’art. 4-quater, nonché dagli artt. 4, 4-bis e 4-ter, sulla base di vari riferimenti temporali, questa sanzione è stata poi estesa, in forza del d.l. n. 24 del 2022, ai casi di inosservanza dell’obbligo di cui agli artt. 4-ter.1 e 4-ter.2.

7.3. – Quanto alla durata dell’obbligo vaccinale, questa è stata originariamente stabilita sino alla completa attuazione del piano vaccinale di cui all’art. 1, comma 457, della legge n. 178 del 2020 (nell’ambito del quale erano stati individuati gli operatori sanitari e sociosanitari sia pubblici che privati tra le categorie prioritarie,

in considerazione del rischio più elevato di esposizione all’infezione da COVID-19 e di trasmissione della stessa a pazienti suscettibili e vulnerabili in contesti sanitari e sociali), e comunque non oltre il 31 dicembre 2021; è stata poi prorogata al 15 giugno 2022 per effetto dell’art. 1, comma 1, del d.l. n. 172 del 2021, come convertito, e ancora al 31 dicembre 2022; questo termine è stato infine anticipato al 1° novembre 2022, con il decreto-legge 31 ottobre 2022, n. 162 (Misure urgenti in materia di divieto di concessione dei benefici penitenziari nei confronti dei detenuti o internati che non collaborano con la giustizia, nonché in materia di entrata in vigore del decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150, di obblighi di vaccinazione anti SARS-COV-2 e di prevenzione e contrasto dei raduni illegali), convertito, con modificazioni, nella legge 30 dicembre 2022, n. 199, in considerazione, per quanto si legge nel preambolo dello stesso, «dell’andamento della situazione epidemiologica che registra una diminuzione dell’incidenza dei casi di contagio da COVID-19 e una stabilizzazione della trasmissibilità sebbene al di sopra della soglia epidemica [e della] necessità di riavviare un progressivo ritorno alla normalità nell’attuale fase post pandemica, nella quale l’obiettivo da perseguire è il controllo efficace dell’endemia».

8. – Le questioni di legittimità costituzionale, indicate nel precedente punto 1 attengono, dunque, alla disciplina degli obblighi vaccinali, e alle conseguenti ricadute sul rapporto di lavoro in caso di inosservanza dell’obbligo, per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario, per i lavoratori impiegati in strutture residenziali, socioassistenziali e sociosanitarie nonché nelle strutture di cui all’art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 e per il personale scolastico.

9. – Per il loro carattere logicamente preliminare, perché aventi ad oggetto l'introduzione dell'obbligo vaccinale come tale per le riferite categorie di lavoratori del settore della sanità, devono essere scrutinate dapprima le questioni sollevate dal Tribunale di Padova nei confronti dell'art. 4-bis, comma 1, e all'art. 4, commi 1, 4 e 5, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, modificati dapprima dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito, e poi dal d.l. n. 24 del 2022, come convertito, censurati in riferimento agli artt. 3, 4, 32 e 35 Cost.

10. – Tali questioni non sono fondate in riferimento ad alcuno dei parametri evocati.

10.1. – Occorre, innanzitutto, precisare che tra questi parametri non possono essere considerati quelli desumibili dal regolamento UE n. 953/2021 e dal principio di proporzionalità, di cui all'art. 52, paragrafo 3, CDFUE. Difetta, invero, ogni riferimento, tanto nel dispositivo dell'ordinanza di rimessione, quanto nella sua motivazione, all'art. 117, primo comma, Cost., eventualmente invocato insieme all'art. 11 Cost., che costituiscono il tramite attraverso il quale è possibile dedurre, in un giudizio di legittimità costituzionale, la violazione, da parte di una disposizione di legge nazionale, della normativa europea (ordinanza n. 215 del 2022).

Deve, pertanto, ritenersi che gli indicati richiami contenuti nell'ordinanza di rimessione altro valore non abbiano che quello di concorrere a delineare la portata e il significato delle disposizioni costituzionali evocate.

10.2. – Giova preliminarmente ricordare che, in base alla costante giurisprudenza costituzionale, l'imposizione di un trattamento sanitario, e di un obbligo vaccinale, in particolare, può ritenersi compatibile con l'art. 32 Cost., al ricorrere di tre presupposti: «a) “se 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, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerte al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale” (cfr. sentenza n. 307 del 1990); b) se vi sia “la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di

colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili” (ivi); c) 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)» (sentenza n. 258 del 1994; nello stesso senso, sentenza n. 5 del 2018).

10.2.1. – Il Tribunale di Padova dubita che ricorra il primo di tali presupposti, cioè che, nella specie, il trattamento imposto con l'obbligo vaccinale sia stato diretto a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è stato assoggettato e quello degli altri consociati.

A differenza del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana (ordinanza iscritta al n. 38 reg. ord. 2022, anch'essa discussa nella udienza pubblica del 30 novembre, su cui questa Corte si è pronunciata con la sentenza n. 14 del 2023), il Tribunale di Padova non prospetta dubbi di legittimità costituzionale quanto alla incidenza negativa sullo stato di salute di colui che è assoggettato al trattamento sanitario obbligatorio.

L'ordinanza di rimessione, infatti, sul rilievo che per il personale soggetto all'obbligo vaccinale (nel caso di specie, lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie) il trattamento sanitario è stato imposto non a tutela della salute dei lavoratori, ma di quella degli ospiti che ricevono cura ed assistenza in tali strutture, ritiene che quell'obbligo non sarebbe idoneo a raggiungere lo scopo di preservare la salute degli ospiti, essendo notorio il fatto che la persona che si è sottoposta al ciclo vaccinale può comunque contrarre il virus e quindi contagiare gli altri. Gli stessi dati offerti dall'ISS nei rapporti relativi all'andamento delle infezioni e alla efficacia vaccinale pubblicati il 21 gennaio e il 6 aprile 2022 denoterebbero una progressiva diminuzione dell'efficacia dei vaccini. In questo contesto, sostiene il Tribunale, la garanzia che un lavoratore che si sia sottoposto a vaccinazione non si infetti successivamente e non possa quindi contagiare nessuno sarebbe pari

a zero; al contrario, sia pure per un tempo limitato, l'effettuazione di un tampone con risultato negativo offrirebbe una garanzia della inesistenza del virus e della impossibilità di contagiare certamente superiore a zero.

La compressione del diritto alla salute, sub specie di diritto all'autodeterminazione terapeutica, non troverebbe, quindi, giustificazione nell'esigenza di tutelare l'interesse della collettività, e segnatamente l'interesse alla salute degli ospiti delle strutture considerate, con conseguente violazione dell'art. 32 Cost. e irragionevolezza della misura.

Il rimettente sottopone, quindi, a questa Corte il dubbio sulla legittimità costituzionale della norma che ha introdotto l'obbligo vaccinale per il personale sanitario, così privilegiando la tutela della salute come interesse della collettività, a scapito della tutela della salute del singolo individuo.

10.3. – Secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, il contemperamento del diritto alla salute del singolo (comprensivo del profilo negativo di non essere assoggettato a trattamenti sanitari non richiesti o non ac-

cezzati) con l'interesse della collettività costituisce il contenuto proprio dell'art. 32 Cost. (sentenze n. 5 del 2018, n. 258 del 1994 e n. 307 del 1990) e rappresenta una specifica concretizzazione dei doveri di solidarietà di cui all'art. 2 Cost., nella quale si manifesta «la base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente» (sentenza n. 75 del 1992).

E la sentenza n. 218 del 1994 ha avuto modo di affermare che la tutela della salute implica anche il «dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri. Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano ulteriormente con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori, posti in essere anche nell'interesse della persona stessa, o prevedere la soggezione di essa ad oneri particolari».



Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: Dott. Paolo Baroncini

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatrica
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: www.aicolli.com E-mail: casadicura@aicolli.com

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

10.3.1. – Le misure approntate dal legislatore non possono, nel caso di specie, non essere valutate tenendo conto della situazione determinata da «un'emergenza sanitaria dai tratti del tutto peculiari» (sentenza n. 37 del 2021). Peculiarità, si deve sottolineare, risultante anche e soprattutto dalle indicazioni formulate dai competenti organismi internazionali. Invero, l'OMS, con la dichiarazione del 30 gennaio 2020, ha valutato l'epidemia da COVID-19 come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale.

Successivamente, in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale, con la dichiarazione dell'11 marzo 2020, l'OMS ha valutato la situazione sanitaria come «pandemia».

L'OMS, la Commissione europea ed altri organismi internazionali si sono impegnati da subito per il coordinamento della ricerca scientifica e la successiva somministrazione del vaccino.

Già il 20 aprile 2020 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato una risoluzione volta a consentire che gli Stati agissero in modo unito e coordinato contro la pandemia, auspicando un rafforzamento della cooperazione internazionale finalizzata in particolare alla ricerca di trattamenti farmacologici specifici.

Il 19 maggio 2020 l'Assemblea dell'OMS ha invitato gli Stati membri a promuovere attività di ricerca volte alla scoperta di un vaccino da rendere disponibile alle popolazioni di tutti gli Stati.

La Commissione europea, quindi, ha elaborato una strategia comune per l'impiego dei vaccini attraverso le Comunicazioni del 17 giugno 2020 (Strategia dell'Unione europea per i vaccini contro la Covid-19) e del 15 ottobre 2020 (Preparazione per le strategie di vaccinazione e la diffusione di vaccini contro la COVID-19).

Il Consiglio d'Europa ha poi approvato la risoluzione n. 2361/2021 del 27 gennaio 2021, relativa alla distribuzione e alla somministrazione dei vaccini, sottolineando la necessità della massima collaborazione fra gli Stati per assicurare una campagna vaccinale efficiente.

In Italia, il Consiglio dei ministri, con deliberazione del 31 gennaio 2020, ha dichiarato, unicamente ai sensi e per gli effetti dell'art. 7,

comma 1, lettera c), e dell'art. 24, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1 (Codice della protezione civile), lo stato di emergenza sanitaria sul territorio nazionale, per sei mesi, proprio in relazione al rischio connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Lo stato di emergenza è stato poi prorogato con diversi provvedimenti fino al 31 marzo 2022, e solo con il d.l. n. 24 del 2022, come convertito, ne è stata disposta la cessazione.

Proprio per effetto dell'intervento pubblico e del sostegno dato alla ricerca scientifica, sono stati approntati – in tempi particolarmente rapidi – vari vaccini finalizzati a contrastare la diffusione del virus. Una volta che questi sono divenuti disponibili, si è quindi proceduto alla predisposizione di uno specifico piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (decreti del Ministro della salute 2 gennaio e 12 marzo 2021, adottati ai sensi dell'art. 1, comma 457, della legge n. 178 del 2020) e, solo nell'aprile del 2021, è stato introdotto l'obbligo vaccinale qui in discussione.

È importante sottolineare sin d'ora che l'obbligo di vaccinazione è stato gradualmente introdotto dal legislatore solo dopo alcuni mesi dall'avvio della campagna vaccinale di cui al citato piano, tenendo conto, evidentemente, della non completa adesione allo stesso nell'ambito delle categorie interessate. Il legislatore ha quindi reputato necessaria l'imposizione dell'obbligo «al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza» (art. 4, comma 1, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito).

Alla luce di tale premessa, questa Corte è chiamata a valutare se l'imposizione dell'obbligo vaccinale fosse compatibile con i principi costituzionali.

10.3.2. – In questa prospettiva – nel complesso presa in esame, unitamente alla presente pronuncia, anche e più ampiamente dalla richiamata sentenza n. 14 del 2023 –, l'evoluzione della ricerca scientifica e le determinazioni assunte dalle autorità, sovranazionali e nazionali preposte alla tutela della salute, assumono un rilievo assai significativo. È costante, infatti, nella giurisprudenza

costituzionale l'affermazione per cui il sindacato sulla non irragionevolezza della scelta del legislatore di incidere sul diritto fondamentale alla salute, anche sotto il profilo della libertà di autodeterminazione, va effettuato alla luce della concreta situazione sanitaria ed epidemiologica in atto. Invero, nelle ipotesi di conflitto tra i diritti contemplati dall'art. 32 Cost., la discrezionalità del legislatore «deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte» (sentenze n. 5 del 2018 e n. 268 del 2017). Significative sono altresì le «acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia (così, la giurisprudenza costante di questa Corte sin dalla fondamentale sentenza n. 282 del 2002)» (sentenza n. 5 del 2018).

Un intervento in tali ambiti, dunque, «non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati» (sentenze n. 162 del 2014 e n. 8 del 2011), anche in ragione dell'«essenziale rilievo» che, a questi fini, rivestono «gli organi tecnico-scientifici» (cfr. sentenza n. 185 del 1998); o comunque dovrebbe costituire il risultato di una siffatta verifica» (sentenza n. 282 del 2002).

Di tali presupposti risulta, del resto, essere stata pienamente consapevole l'autorità competente in materia. Si legge, infatti, nel Piano strategico nazionale dei vaccini approvato con il citato d.m. 12 marzo 2021, che «[L]e raccomandazioni [sui gruppi target a cui offrire la vaccinazione] saranno soggette a modifiche e verranno aggiornate in base all'evoluzione delle conoscenze e alle informazioni su efficacia vaccinale e/o immunogenicità in diversi gruppi di età e fattori di rischio, sulla sicurezza della vaccinazione in diversi gruppi di età e gruppi a rischio, sull'effetto del vaccino sull'acquisizione dell'infezione, e sulla trasmissione o sulla protezione da forme gravi di malattia [...]».

10.3.3. – Il fatto che il legislatore abbia operato le proprie scelte sulla base di valutazioni e di dati di natura medico-scientifica, tuttavia, non vale a sottrarre quelle scelte al sindacato di questa Corte, ma comporta che lo stesso dovrà avere ad oggetto l'accertamento della non irragionevolezza e della proporzionalità della disciplina rispetto al dato scientifico posto a disposizione.

Già la sentenza n. 114 del 1998, infatti, ha chiarito che quando la scelta legislativa si fonda su riferimenti scientifici, «perché si possa pervenire ad una declaratoria di illegittimità costituzionale occorre che i dati sui quali la legge riposa siano incontrovertibilmente erronei o raggiungano un tale livello di indeterminatezza da non consentire in alcun modo una interpretazione ed una applicazione razionali da parte del giudice».

10.3.4. – Si deve allora verificare se la scelta del legislatore di introdurre l'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari, anche alla luce della situazione pandemica esistente, sia coerente rispetto alle conoscenze medico-scientifiche del momento (sentenza n. 5 del 2018), quali risultanti dalle rilevazioni e dagli studi elaborati dagli organismi (nazionali e sovranazionali) istituzionalmente preposti al settore, e in particolare dall'Agenda italiana del farmaco (AIFA), dall'ISS e dall'Agenda europea per i medicinali (EMA).

Si sono già ricordati, sia pure sinteticamente (punto 10.3.1.), l'importanza attribuita alla ricerca scientifica finalizzata alla predisposizione di vaccini efficaci contro il virus SARS-CoV-2 e l'impegno degli organismi sovranazionali nel rendere possibile la vaccinazione della popolazione nella misura più ampia. È opportuno rilevare anche che la ridotta disponibilità iniziale di dosi ha reso necessario procedere all'attuazione del piano vaccinale prevedendo, appunto, la vaccinazione del personale sanitario in via prioritaria (alla possibile, assai limitata disponibilità delle dosi di vaccino all'inizio dell'attuazione del programma vaccinale fa riferimento il già citato Piano strategico vaccinale). L'introduzione dell'obbligo vaccinale per il personale sanitario deve quindi essere collocata in una fase nella quale il legislatore ha dovuto, dapprima, tenere conto della effettiva disponibilità di trattamenti

vaccinali e successivamente, estendere l'obbligo in questione a ulteriori categorie, secondo valutazioni fondate sul necessario bilanciamento tra costi e benefici.

La disciplina introdotta dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, ha poi subito nel tempo diverse modifiche, in relazione sia alle categorie alle quali doveva essere esteso l'obbligo vaccinale, sia alle conseguenze legate all'inadempimento dello stesso, sia, infine, all'individuazione della sua durata, sulla base del più generale presupposto – già ricordato – che gli interventi normativi finalizzati alla riduzione della circolazione del virus dovessero essere calibrati rispetto all'andamento della situazione sanitaria e delle acquisizioni scientifiche.

In particolare, la disposizione censurata, nella sua versione originaria, prevedeva una precisa scadenza dell'obbligo vaccinale, fissata al 31 dicembre 2021.

L'ambito soggettivo era limitato dal comma 1 dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 agli «esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali». In sede di conversione, l'obbligo è stato riferito agli «esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, nelle parafarmacie e negli studi professionali». Nel tempo, e sulla base dell'andamento dell'evoluzione della pandemia, nonché di scelte conseguenti alle determinazioni circa la frequenza delle scuole in presenza, alle categorie indicate al precedente punto 7.2.

La durata dell'obbligo è stata più volte modificata, sempre in base all'andamento dei contagi e all'evoluzione della pandemia, subendo diverse proroghe fino al 31 dicembre 2022, per poi essere infine anticipata, come detto, al 1° novembre 2022.

II. – Tanto premesso, si può ora procedere all'esame delle censure formulate dal Tribunale di Padova.

II.1. – Contrariamente all'assunto del giudice rimettente, gli stessi dati esposti nei rapporti dell'ISS menzionati nell'ordinanza di rimessione, lungi dall'evidenziare la inutilità dei vaccini, dimostrano come, soprattutto nella fase iniziale della campagna di vaccinazione, l'efficacia del vaccino – intesa quale riduzione percentuale del rischio rispetto ai non vaccinati – sia stata altamente significativa tanto nel prevenire l'infezione da SARS-CoV-2, quanto nell'evitare casi di malattia severa; e come tale efficacia sia aumentata in rapporto al completamento del ciclo vaccinale.

«[I]n presenza di un virus respiratorio altamente contagioso, diffuso in modo ubiquo nel mondo, e che può venire contratto da chiunque (sentenza n. 127 del 2022)», la decisione del legislatore di introdurre l'obbligo vaccinale in esame (nei limiti soggettivi e temporali di cui si è detto) non può, dunque, reputarsi irragionevole, in quanto è sorretta dalle indicazioni delle competenti Autorità nazionali e sovranazionali alla luce della gravità della situazione che tale vaccinazione era destinata ad affrontare.

La scelta si è rivelata, altresì, ragionevolmente correlata al fine perseguito di ridurre la circolazione del virus attraverso la somministrazione dei vaccini.

La stessa circostanza, evidenziata dal rimettente, che il Ministero della salute abbia dichiarato «tassativamente falsa l'affermazione secondo cui se ho fatto il vaccino contro SARS-CoV-2 e anche il richiamo con la terza dose non posso ammalarmi di Covid-19 e non posso trasmettere l'infezione agli altri», non vale ad inficiare la scelta operata dal legislatore di prescrivere, per le diverse categorie degli operatori sanitari, l'obbligo vaccinale, ma solo a rendere consapevoli i soggetti vaccinati della inevitabile impossibilità di restare del tutto immuni dalla malattia e, ancora prima, dal contagio. Invero, l'affermazione che un vaccino sia efficace solo se esso produca una immunizzazione pari al 100 per cento delle somministrazioni, da un lato, non può ritenersi sorretta da un'adeguata dimostrazione scientifica; dall'altro, non esclude affatto che, in una situazione caratterizzata da una rapidissima circolazione del virus, i vaccini fossero idonei a determinare una significativa riduzione

di quella circolazione, con ricadute tanto più apprezzabili in ambienti o in luoghi destinati ad ospitare persone fragili o, comunque, bisognose di assistenza.

Come osservato dall'ISS, «anche se l'efficacia vaccinale non è pari al 100 per cento (come del resto per tutti gli altri vaccini), l'elevata circolazione del virus SARS CoV-2 rende comunque rilevante la quota di casi prevenibile mediante la somministrazione dei vaccini» (sul punto, e più in generale sui dati medico-scientifici a disposizione del legislatore, si veda anche la sentenza n. 14 del 2023, punti 10 e seguenti).

In base a tali considerazioni, l'imposizione di un obbligo vaccinale selettivo, come condizione di idoneità per l'espletamento di attività che espongono gli operatori ad un potenziale rischio di contagio, e dunque a tutela della salute dei terzi e della collettività, si connota quale misura sufficientemente validata sul piano scientifico.

11.2. – Può quindi affermarsi che le disposizioni qui censurate hanno operato un contemporaneo del diritto alla libertà di cura del singolo con il coesistente e reciproco diritto degli altri e con l'interesse della collettività. L'estensione dell'obbligo vaccinale ai lavoratori impiegati in strutture residenziali, socioassistenziali e sociosanitarie (le quali vengono in rilievo nel giudizio *a quo*, potendosi comunque riferire la medesima valutazione a tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private) ha costituito, in tale prospettiva, attuazione dell'art. 32 Cost., inteso quest'ultimo come comprensivo del dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, prevenendo il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2 in danno delle categorie più fragili.

E si è trattato di decisione idonea allo scopo che il legislatore si era prefisso, in quanto l'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari ha consentito di perseguire, oltre che la tutela della salute di una delle categorie più esposte al contagio, «il duplice scopo di proteggere quanti entrano con loro in contatto e di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la collettività» (sentenza n. 268 del 2017).

In particolare, era necessario assumere iniziative che, nel loro complesso, consentissero di proteggere la salute dei singoli e, ad un tempo,

di porre le strutture sanitarie al riparo dal rischio di non poter svolgere la propria insostituibile funzione per la mancanza di operatori sanitari. In proposito, è agevole rilevare che il contagio subito dal personale sanitario ha ricadute non solo sulla salute dei singoli, potendo dallo stesso derivare la compromissione del funzionamento del servizio sanitario nazionale in un periodo in cui, come visto, era indispensabile poter su di esso fare affidamento per assicurare cure adeguate ad una imprevedibile quantità di malati.

Del resto, questa Corte – esaminando una legge regionale che ha previsto la facoltà della Giunta regionale di individuare i reparti dove consentire l'accesso ai soli operatori che si fossero attenuti alle indicazioni del Piano nazionale di prevenzione vaccinale vigente per i soggetti a rischio per esposizione professionale – ha già avuto modo di valorizzare, con riferimento alla vaccinazione degli operatori sanitari, lo «scopo di prevenire e proteggere la salute di chi frequenta i luoghi di cura: anzitutto quella dei pazienti, che spesso si trovano in condizione di fragilità e sono esposti a gravi pericoli di contagio, quella dei loro familiari, degli altri operatori e, solo di riflesso, della collettività. Tale finalità [...] è del resto oggetto di attenzione da parte delle società medico-scientifiche, che segnalano l'urgenza di mettere in atto prassi adeguate a prevenire le epidemie in ambito ospedaliero, sollecitando anzitutto un appropriato comportamento del personale sanitario, per garantire ai pazienti la sicurezza nelle cure» (sentenza n. 137 del 2019).

11.3. – Non può certamente ritenersi che la previsione, per i lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, dell'obbligo di sottoporsi a test diagnostici dell'infezione da SARS-CoV-2 con una elevata frequenza, anziché al vaccino, costituisca un'alternativa idonea ad evidenziare la irragionevolezza o la non proporzionalità della soluzione prescelta dal legislatore.

Invero, la soluzione alternativa proposta dal rimettente è stata utilizzata in ambiti più generali, per l'accesso ai luoghi pubblici da parte di persone non appartenenti a categorie soggette a vaccinazione obbligatoria. Tuttavia, non può non considerarsi, innanzitutto, che, nel caso

degli operatori sanitari, tale soluzione sarebbe stata del tutto inidonea a prevenire la malattia (specie grave) degli stessi operatori, con il conseguente rischio di compromettere il funzionamento del servizio sanitario nazionale. Inoltre, l'effettuazione periodica di test antigenici con una cadenza particolarmente ravvicinata (e cioè ogni due o tre giorni) avrebbe avuto costi insostenibili e avrebbe comportato uno sforzo difficilmente tollerabile per il sistema sanitario, già impegnato nella gestione della pandemia (in tal senso vedi anche le considerazioni contenute nella sentenza n. 14 del 2023).

La circostanza – evidenziata dal rimettente – che i tamponi possono essere effettuati anche presso le farmacie e che il costo degli stessi è a carico del lavoratore interessato, non tiene conto del fatto che la gestione dei tamponi grava interamente sul servizio sanitario nazionale (si veda, in proposito, la sentenza n. 171 del 2022, con la quale è stata ritenuta non irragionevole la scelta del legislatore nazionale di escludere le parafarmacie dalla possibilità di effettuare tamponi per l'accertamento del virus SARS-CoV-2, proprio sul rilievo dell'inserimento del sistema delle farmacie, e solo di queste, nell'ambito del servizio sanitario nazionale).

Non appare perciò irragionevole la scelta legislativa di estendere l'obbligo vaccinale ai lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, e, in genere, ai lavoratori del settore della sanità, per aver indebitamente e sproporzionatamente sacrificato la libera autodeterminazione individuale in vista della tutela degli altri beni costituzionali coinvolti ed evitato di propendere per l'opzione alternativa, propugnata dal Tribunale di Padova, di prescrivere la sottoposizione dei lavoratori di tale comparto a periodici test molecolari o antigenici per la rilevazione di SARS-CoV-2.

11.4. – La decisione del legislatore risulta altresì non sproporzionata.

La conseguenza del mancato adempimento dell'obbligo è rappresentata dalla sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, che è destinata a venire meno in caso di adempimento dell'obbligo e, comunque, per la cessazione dello stato di crisi epidemiologica. Il

correlato sacrificio del diritto dell'operatore sanitario non ha la natura e gli effetti di una sanzione (come di seguito si chiarirà ai punti 12.1. e 14.4.), non eccede quanto necessario per il raggiungimento degli scopi pubblici di riduzione della circolazione del virus, è stato costantemente modulato in base all'andamento della situazione sanitaria e si rivela altresì idoneo e necessario a questo stesso fine.

11.5. – Sulla base delle considerazioni sin qui svolte, deve essere dichiarata non fondata, in riferimento agli artt. 3 e 32 Cost., la questione di legittimità costituzionale degli artt. 4-bis, comma 1, e 4, commi 1, 4 e 5, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito e successivamente modificato.

12. – La questione è altresì non fondata con riferimento agli artt. 4 e 35 Cost.

12.1. – All'inosservanza dell'obbligo vaccinale, la legge impositiva dello stesso attribuisce rilevanza meramente sinallagmatica, cioè solo sul piano degli obblighi e dei diritti nascenti dal contratto di lavoro, quale evento determinante la sopravvenuta e temporanea impossibilità per il dipendente di svolgere attività lavorative che comportassero, in qualsiasi altra forma e in considerazione delle necessità dell'ambiente di cura, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

Essendo la vaccinazione elevata dalla legge a requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati, il datore di lavoro, messo a conoscenza della accertata inosservanza dell'obbligo vaccinale da parte del lavoratore, è stato tenuto ad adottare i provvedimenti di sospensione dal servizio e dalla retribuzione fino all'assolvimento dell'obbligo vaccinale, ovvero fino al completamento del piano vaccinale nazionale o comunque fino al termine stabilito dalla stessa legge.

In tal senso, la sospensione del lavoratore non vaccinato, prevista dalla disposizione censurata, è in sintonia con l'obbligo di sicurezza imposto al datore di lavoro dall'art. 2087 del codice civile e dall'art. 18 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro), con valenza integrativa del conte-

nuto sinallagmatico del contratto individuale di lavoro. Avendo riguardo alla posizione dei lavoratori, la vaccinazione anti SARS-CoV-2 ha, a sua volta, ampliato il novero degli obblighi di cura della salute e di sicurezza prescritti dall'art. 20 del d.lgs. n. 81 del 2008, nonché degli obblighi di prevenzione e controllo stabiliti dal successivo art. 279 per i lavoratori addetti a particolari attività.

12.2. – Il diritto fondamentale al lavoro, garantito nei principi enunciati dagli artt. 4 e 35 Cost., avuto riguardo al dipendente che abbia scelto di non adempiere all'obbligo vaccinale, nell'esercizio della libertà di autodeterminazione individuale attinente alle decisioni inerenti alle cure sanitarie, tutelata dall'art. 32 Cost., non implica necessariamente il diritto di svolgere l'attività lavorativa ove la stessa costituisca fattore di rischio per la tutela della salute pubblica e per il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza.

Non è dunque in discussione il diritto del lavoratore, esercente una professione sanitaria o operatore di interesse sanitario, o impiegato in strutture residenziali, socioassistenziali e sociosanitarie, che non abbia inteso assolvere all'obbligo vaccinale, di rendere la propria prestazione lavorativa. È piuttosto da verificare se il legislatore, disponendo la sospensione del lavoratore dal servizio fino all'assolvimento di detto obbligo, o fino al completamento del piano vaccinale nazionale, o ancora fino al termine stabilito dalla stessa normativa, pur nell'ampio margine di apprezzamento di cui dispone al fine di dettare i tempi ed i modi del bilanciamento dei valori sottesi agli artt. 4, 32 e 35 Cost., abbia trascurato il rispetto dei principi di eguaglianza e di ragionevolezza (sentenze n. 125 del 2022, n. 59 del 2021 e n. 194 del 2018).

Il che, per le ragioni esposte (supra, punti 11.1. e seguenti), deve escludersi.

13.–Devono ora affrontarsi le questioni relative all'art. 4, comma 7, nonché all'art. 4-ter, comma 2, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, sollevate, in riferimento complessivamente agli artt. 3, 4, 32 e 35 Cost. nei giudizi di cui ai numeri 71, 76, 77, 107 e 108 reg. ord. 2022, nella parte in cui, per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interes-

se sanitario e per il personale che svolge la propria attività lavorativa nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, limitano ai soggetti per i quali la vaccinazione può essere omessa o differita l'adibizione a mansioni anche diverse, senza decurtazione della retribuzione, in modo da evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, e non prevedono che la medesima disciplina si applichi anche nei confronti del personale rimasto privo di vaccinazione per una libera scelta individuale.

13.1. – I rimettenti osservano che le disposizioni censurate discriminano ingiustificatamente, ai fini della ricollocazione, coloro che scelgano di non vaccinarsi, a differenza di quanto stabilito per i soggetti per i quali la vaccinazione può essere omessa o differita, oppure per il personale docente ed educativo della scuola, con riferimento al quale è imposto al dirigente scolastico di utilizzare il lavoratore inadempiente all'obbligo vaccinale in attività di supporto alla istituzione scolastica.

13.2. – Anche tali questioni devono essere dichiarate non fondate.

13.3. – Si sono delineati nel precedente punto 7 i tratti caratterizzanti del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, in forza del quale il legislatore ha imposto temporaneamente un obbligo selettivo di vaccinazione a lavoratori che prestano servizio in alcuni settori connotati da una percentuale di rischio di contagio da SARS-CoV-2, in considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 e allo scopo altresì di mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza. Connotandosi la vaccinazione come «requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati», la mancata sottoposizione ad essa ha dato luogo a una sopravvenuta provvisoria impossibilità per il dipendente di svolgere attività lavorative comportanti il rischio di diffusione del contagio. Il datore di lavoro, venuto a conoscenza della inosservanza dell'obbligo vaccinale da parte del lavoratore, è stato vincolato ad adottare il provvedimento di sospensione dal servizio.

13.4. – A fronte dell'iniziale soluzione prescelta nella versione originaria dell'art. 4, comma 8, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, che

onerava il datore di lavoro ad adibire, «ove possibile, a mansioni, anche inferiori», purché diverse da quelle che implicassero contatti interpersonali o comportassero il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, a seguito della modifica introdotta dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito, sulla base dei dati prodotti dall'ISS nel novembre 2021, il legislatore ha scelto di non esigere più dal datore di lavoro, nei rapporti riguardanti lavoratori esercenti le professioni sanitarie o operatori di interesse sanitario, o impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie (a differenza di quanto stabilito per il personale docente ed educativo della scuola), uno sforzo di cooperazione volto alla utilizzazione del personale inadempiente in altre mansioni, mediante adozione di diverse modalità di esecuzione delle rispettive prestazioni lavorative. La disciplina censurata poggia, quindi, sull'evidente presupposto che per i menzionati comparti lavorativi, con riferimento ai quali la legge ha avvertito la speciale esigenza di mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, ovvero di servizi svolti a contatto con persone in situazione di fragilità, non poteva obbligarsi il datore di lavoro ad adibire i soggetti che non avessero inteso vaccinarsi a mansioni comunque idonee ad evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, come è invece richiesto dall'art. 4, comma 7, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, per i soggetti che avessero dovuto omettere o differire la vaccinazione in ragione di un accertato pericolo per la salute.

La disposizione censurata si fonda sul rilievo che un più ampio dovere datoriale di cosiddetto *repêchage*, quale quello auspicato dai rimettenti, non fosse compatibile con le specificità di tali organizzazioni aziendali, se non al rischio di mettere in pericolo la salute del lavoratore stesso, degli altri lavoratori e dei terzi, portatori di interessi costituzionali prevalenti sull'interesse del dipendente di adempiere per poter ricevere la retribuzione. Le disposizioni censurate hanno escluso, cioè, l'opportunità di addossare al datore un obbligo generalizzato di adottare accomodamenti organizzativi, non ravvisando, in rapporto alle categorie professionali in esame, le condi-

zioni della fungibilità e della sia pur parziale idoneità lavorativa residua del dipendente non vaccinato, condizioni sempre necessarie, in caso di impossibilità sopravvenuta della prestazione, per giustificare la permanenza di un apprezzabile interesse datoriale a una diversa prestazione lavorativa.

13.5. – È vero, del resto, che la situazione di temporanea impossibilità della prestazione lavorativa in cui si viene a trovare il dipendente che non abbia adempiuto all'obbligo vaccinale deriva pur sempre da una scelta individuale di quest'ultimo e non da un fatto oggettivo. Nondimeno il legislatore, proprio nel rispetto della eventuale scelta del lavoratore di non attenersi all'obbligo vaccinale, si è limitato a prevedere la sospensione del rapporto di lavoro, disciplinando la fattispecie alla stregua di una impossibilità temporanea non imputabile. Di conseguenza, poiché la prestazione offerta dal lavoratore che non si è sottoposto all'obbligo vaccinale non è conforme al contratto, come integrato dalla legge, è certamente giustificato il rifiuto della stessa da parte del datore di lavoro e lo stato di quiescenza in cui entra l'intero rapporto è semplicemente un mezzo per la conservazione dell'equilibrio giuridico-economico del contratto.

Parimenti, poiché il datore di lavoro può eccipire l'inosservanza dell'obbligo di sicurezza da parte del lavoratore e pertanto rifiutarsi di ricevere la sua prestazione fino a quando questi non provveda a vaccinarsi, neppure egli è stato costretto dal legislatore ad adeguare la propria organizzazione per assegnare al dipendente mansioni che non comportassero il rischio di contagio da SARS-CoV-2; ciò tanto più comprensibilmente nel contesto di quegli specifici comparti normativamente selezionati per la particolare incidenza del fine di tutela della salute pubblica e del mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione dei rispettivi servizi, svolti a contatto con soggetti in situazione di fragilità.

Per effetto del d.l. n. 172 del 2021, come convertito, che ha fatto venir meno il dovere datoriale di *repêchage* a mansioni disponibili non comportanti un rischio di contagio (se non per i soggetti esentati dalla vaccinazione per

motivi di salute), il datore di lavoro che rifiuta la prestazione del lavoratore non versa, pertanto, in *mora credendi*, essendo, piuttosto, tale rifiuto implicato dalla carenza di un requisito essenziale di carattere sanitario per lo svolgimento della prestazione stessa.

13.6. – Il bilanciamento dei principi sottesi agli artt. 4, 32 e 35 Cost., realizzato dal legislatore nella individuazione dei tempi e dei modi della vaccinazione, risulta perciò esercitato negli artt. 4, comma 7, e 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, in modo non irragionevole.

La scelta operata di non prevedere per i lavoratori, esercenti le professioni sanitarie o operatori di interesse sanitario, o impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, che avessero deciso di non vaccinarsi, un obbligo del datore di lavoro di adibizione a mansioni anche diverse, a differenza di quanto invece stabilito per coloro che dovessero omettere o differire la vaccinazione a causa di accertato pericolo per la salute o per il personale docente ed educativo della scuola, non risulta contraria ai principi di eguaglianza e di ragionevolezza. Tale scelta, giacché correlata alle condizioni di idoneità richieste per l'espletamento di peculiari attività lavorative, appare, piuttosto, suffragata dalla necessità dell'adozione di misure provvisorie, indispensabilmente collegate alla evoluzione delle conoscenze scientifiche, culminando in un bilanciamento tra il diritto fondamentale al lavoro del dipendente, la libertà di autodeterminazione individuale attinente alle decisioni inerenti alle cure sanitarie e la tutela della salute pubblica, cui si correla l'esigenza di mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza.

Il diverso trattamento normativo cui sono soggetti i lavoratori esercenti le professioni sanitarie o operatori di interesse sanitario, o impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, è giustificato dal maggior rischio di contagio sia per se stessi che per le persone particolarmente fragili in relazione al loro stato di salute o all'età avanzata; e ciò costituisce ragione sufficiente per regolare diversamente le conseguenze della

mancata sottoposizione a vaccinazione rispetto a lavoratori, quali quelli occupati negli istituti scolastici, che rendono le loro prestazioni in situazioni non omogenee, così come rispetto a lavoratori che siano esentati dalla vaccinazione per motivi di salute.

Alla scelta del legislatore non è stata verosimilmente estranea neppure la considerazione che l'obbligo di ripescaggio costituisce per il datore di lavoro un significativo fattore di rigidità organizzativa, dal quale, non irragionevolmente, si sono volute sollevare le strutture sanitarie e assistenziali, quelle più esposte, cioè, all'impatto della pandemia.

13.7. – Non può, del resto, non considerarsi che la adibizione a mansioni diverse, prescritta invece dall'art. 4, comma 7, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, in favore dei soggetti che avessero dovuto omettere o differire la vaccinazione per motivi di salute, costituisce misura eccezionale di natura solidaristica, imposta dalla legge al datore di lavoro anche ove non fossero concretamente disponibili nell'organizzazione aziendale posti idonei ad evitare il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, facendo così salvo il diritto del lavoratore alla retribuzione pur ove questi non rendesse effettivamente la sua prestazione.

Anche tali questioni, pertanto, devono essere dichiarate non fondate.

14. – Devono infine esaminarsi le questioni relative all'art. 4, comma 5, nonché all'art. 4-ter, comma 3, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, sollevate, in riferimento complessivamente agli artt. 2, 3 e 32, secondo comma, Cost., nei giudizi di cui ai numeri 47, 70, 71, 101, 102, 107 e 108 reg. ord. 2022, nella parte in cui tali norme, nel prevedere che «[p]er il periodo di sospensione, non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominati», escludono, in relazione al personale di cui al comma 1 della citata disposizione, nonché al personale di cui alle lettere a) e c) del comma 1 dell'art. 4-ter, l'erogazione dell'assegno alimentare previsto dalla legge ovvero dalla contrattazione collettiva in caso di sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa per il mancato assolvimento dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

Per i rimettenti tale scelta legislativa sarebbe contraria al canone di ragionevolezza e discriminatoria.

14.1. – Le considerazioni sinora svolte inducono a ritenere non fondate anche tali questioni.

14.2. – Si è già evidenziato che, nel meccanismo degli artt. 4, 4-bis e 4-ter del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, e sue successive modifiche, la mancata sottoposizione a vaccinazione ha determinato la sopravvenuta e temporanea impossibilità per il dipendente di svolgere le proprie mansioni, e la sospensione del medesimo lavoratore ha rappresentato per il datore di lavoro l'adempimento di un obbligo nominato di sicurezza, inserito nel sinallagma contrattuale.

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

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

14.4. – L'interpretazione delle disposizioni in esame prescelta dai rimettenti valorizza la portata onnicomprensiva del riferimento testuale a ogni emolumento, inteso come ogni entrata o beneficio che trovi causa nel rapporto di lavoro, tale perciò da escludere altresì il diritto all'assegno alimentare del lavoratore non vaccinato. Questa interpretazione non può comunque dirsi costituzionalmente illegittima con riguardo al diverso trattamento riservato alle situazioni del lavoratore del quale sia stata disposta la sospensione dal servizio a seguito della sottoposizione a procedimento penale o disciplinare, in base all'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957 o al sopravvenuto contratto collettivo di comparto, come stabilito dall'art. 59 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) e poi dall'art. 55 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche). La disciplina dell'assegno alimentare invocata nelle ordinanze di rimessione, quale fattispecie cui raffrontare le norme censurate per verificarne la ragionevolezza, configura la sospensione come misura provvisoria, priva di carattere sanzionatorio e piuttosto disposta cautelarmente nell'interesse pubblico (ordinanze n. 541 e n. 258 del 1988), destinata ad essere travolta dall'esaurimento dei paralleli procedimenti, il che rende improponibile la comparazione. Invero, la scelta del legislatore di equiparare quei determinati periodi di inattività lavorativa alla prestazione effettiva trova lì giustificazione nella esigenza sociale di sostegno temporaneo del lavoratore per il tempo occorrente alla definizione dei relativi giudizi e alla verifica della sua effettiva responsabilità, ancora non accertata.

Se, quindi, in tali casi, il riconoscimento dell'assegno alimentare si giustifica alla luce della necessità di assicurare al lavoratore un sostegno allorché la temporanea impossibilità della prestazione sia determinata da una rinuncia unilaterale del datore di lavoro ad avvalersene e da atti o comportamenti che richiedono di essere accertati in vista della

prosecuzione del rapporto, ben diverso è il caso in cui, per il fatto di non aver adempiuto all'obbligo vaccinale, è il lavoratore che decide di sottrarsi unilateralmente alle condizioni di sicurezza che rendono la sua prestazione lavorativa, nei termini anzidetti, legittimamente esercitabile.

14.5. – I rimettenti fanno leva, altrimenti, sull'argomento che l'assegno alimentare, concesso ai sensi dell'art. 82 del d.P.R. n. 3 del 1957 o previsto dalla contrattazione collettiva, secondo diffusa interpretazione giurisprudenziale, non ha natura retributiva, ma assistenziale, in quanto non rappresenta il corrispettivo dell'attività lavorativa svolta, ma trova fondamento nell'assicurazione delle esigenze di vita di colui che risulta comunque medio tempore dipendente. Avendo l'assegno alimentare lo scopo di fornire una fonte di reddito al dipendente pubblico e alla sua famiglia, di carattere temporaneo, in quanto limitato al periodo di efficacia della sospensione dal servizio, si reputa dai giudici *a quibus* che la relativa corresponsione spetti *ope legis* e indipendentemente dalla sua specifica previsione nel provvedimento di sospensione. In tale prospettiva, l'assegno alimentare in favore dell'impiegato sospeso costituirebbe un diritto soggettivo di automatica applicazione, nonostante la temporanea interruzione del termine sinallagmatico dello svolgimento della prestazione da parte del lavoratore.

Anche muovendo da tale premessa interpretativa, tuttavia, rimane smentita la conclusione che configuri quale soluzione costituzionalmente obbligata l'accollo al datore di lavoro della erogazione solidaristica, in favore del lavoratore che non abbia inteso vaccinarsi e che sia perciò solo temporaneamente inidoneo allo svolgimento della propria attività lavorativa, di una provvidenza di natura assistenziale, esulante dai diritti di lavoro, atta a garantire la soddisfazione delle esigenze di vita del dipendente e della sua famiglia. Posto cioè che l'erogazione dell'assegno alimentare rappresenta per il datore di lavoro un costo netto, senza corrispettivo, non è irragionevole che il legislatore ne faccia a lui carico quando l'evento impeditivo della prestazione lavorativa abbia carattere oggettivo, e non anche quando l'evento stesso rifletta

invece una scelta – pur legittima – del prestatore d'opera.

Anche tali questioni, pertanto, devono essere dichiarate non fondate.

PER QUESTI MOTIVI LA CORTE COSTITUZIONALE

riuniti i giudizi,

1) dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 4, comma 5, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44 (Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici), convertito, con modificazioni, nella legge 28 maggio 2021, n. 76 – come sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 26 novembre 2021, n. 172 (Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali), convertito, con modificazioni, nella legge 21 gennaio 2022, n. 3 – sollevate, in riferimento agli artt. 2 e 3 della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per la Lombardia con l'ordinanza iscritta al n. 86 del registro ordinanze 2022;

2) dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 4-bis, comma 1, e dell'art. 4, commi 1, 4 e 5, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito – come modificati dal d.l. n. 172 del 2021, come convertito, e dal decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 (Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 19 maggio 2022, n. 52 – sollevate, in riferimento agli artt. 3, 4, 32 e 35 Cost., dal Tribunale ordinario di Padova, in funzione di giudice del lavoro, con l'ordinanza iscritta al n. 76 del registro ordinanze 2022;

3) dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 4, comma 7, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito – come modificato dall'art. 1, comma 1, lettera b), del d.l. n. 172 del 2021, come convertito, nonché come richiamato dall'art. 4-ter, comma 2, del medesimo d.l. n. 44 del 2021 – sollevate, in riferimento agli artt. 3, 4, 32 e 35

Cost., dal Tribunale ordinario di Brescia e dal Tribunale ordinario di Padova, entrambi in funzione di giudici del lavoro, con le ordinanze iscritte ai numeri 71, 76, 77, 107 e 108 del registro ordinanze 2022;

4) dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 4-ter, comma 4, e 4, comma 5, del d.l. n. 44 del 2021, come convertito, il secondo come modificato dall'art. 1, comma 1, lettera b), del d.l. n. 172 del 2021, sollevate, in riferimento agli artt. 2, 3 e 32, secondo comma, Cost., dal Tribunale ordinario di Brescia e dal Tribunale ordinario di Catania, entrambi in funzione di giudici del lavoro, con le ordinanze iscritte ai numeri 47, 70, 71, 101, 102, 107 e 108 del registro ordinanze 2022.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 1° dicembre 2022. F.to:

Silvana SCIARRA, Presidente Stefano PETTITI, Redattore

Roberto MILANA, Direttore della Cancelleria Depositata in Cancelleria il 9 febbraio 2023. Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA

ALLEGATO:

ORDINANZA LETTA ALL'UDIENZA DEL 30 NOVEMBRE 2022

ORDINANZA

Visti gli atti relativi al giudizio di legittimità costituzionale degli artt. 4-bis, comma 1, e 4, commi 1, 4, 5 e 7 del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, nella legge 28 maggio 2021, n. 76, promosso con ordinanza del Tribunale ordinario di Padova, sezione lavoro, del 28 aprile 2022, iscritta al reg. ord. n. 76 del 2022.

Rilevato che, con atti depositati il 20, 25 e 26 luglio 2022, sono intervenuti ad adiuvandum D. T. ed altri quattro, A. R., D. D.P. ed altri otto, L. B., M. A. ed altri ventotto, V. B. ed altri quarantanove, I. D. e C. M., P. C. ed altri cinque, nonché, ad opponendum, Azienda ULSS n. 8 Berica, la quale ha anche depositato memoria in data 9 novembre 2022, mentre gli altri intervenienti hanno da ultimo fatto pervenire istanze di rinvio.

Considerato che, ai sensi dell'art. 4, comma 3, delle Norme integrative per i giudizi davanti

alla Corte costituzionale, nel giudizio in via incidentale possono intervenire «i titolari di un interesse qualificato, inerente in modo diretto e immediato al rapporto sostanziale dedotto in giudizio» (ex plurimis, sentenze n. 236 del 2021; n. 234 del 2020 con allegata ordinanza letta all'udienza 20 ottobre 2020; n. 158 del 2020 con allegata ordinanza letta all'udienza del 10 giugno 2020, n. 119 del 2020, n. 30 del 2020 con allegata ordinanza letta all'udienza del 15 gennaio 2020, n. 159 e n. 98 del 2019, n. 217, n. 180 e n. 77 del 2018, n. 70 e n. 33 del 2015); che gli indicati soggetti intervenuti non sono parti del giudizio a quo e la circostanza che si tratti, a seconda dei casi, di lavoratori che hanno subito la sospensione dal lavoro per mancato assolvimento dell'obbligo vaccinale, o di soggetti comunque interessati, in qualità di datore di lavoro o di dipendente, all'adempimento di tale obbligo, in forza delle disposizioni di legge censurate, non è sufficiente a qualificare e differenziarne l'interesse, in termini di immediata inerenza al rapporto sostanziale dedotto in giudizio; che, pertanto, gli interventi indicati devono essere dichiarati inammissibili.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara inammissibili gli interventi spiegati da D. T. ed altri quattro, A. R., D. D.P. ed altri otto, L. B., M. A. ed altri ventotto, V. B. ed altri quarantanove, I. D. e C. M., P. C. ed altri cinque, e dalla Azienda ULSS n. 8 Berica nel giudizio di legittimità costituzionale di cui al reg. ord. n. 76 del 2022.

F.to: Silvana Sciarra, Presidente

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.

Certificato



UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva

con tecnologia
robotica

LOKOMAT PRO®

ARMEO POWER®

ARMEO SPRING®

per il recupero
degli arti inferiori
e superiori

Villa Bellombra
è consorziata e associata con:



European Union of
Private Hospitals



VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO
ACCREDITATO

Via Casteldebole 10/7
40132 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Giovanni Maria Puddu
Specialista in Cardiologia



CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio
a Bologna e provincia



Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

**SEMPLICE
E VELOCE
SENZA LISTA
D'ATTESA**

SCEGLI IL GIORNO
E IL LUOGO PER
IL TUO ESAME.
AL RESTO CI
PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI

Prenota on-line sul sito
clinicadomicilio.it o chiama
il numero 800100670 oppure scrivi a
info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi,
dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta
la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE 24 ORE

NUMERO VERDE - 800100670



800100670



clinicadomicilio.it



clinica domicilio



CONSORZIATA

CERTIFICATA



Aut.San. PG.N. 25139/2017

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 5 dicembre 2023

ABDELGABAR OUSSAMA	328/41.50.687	FANTAPPIE' DUCCIO MARIA	333/53.31.040
APA LUIGI	342/12.66.997	GIACALONE AMEDEO	346/69.63.491
BASILE CECILIA	320/35.72.084	IZZO ANTONIO NICOLO'	347/30.92.938
BIANCO VINCENZO	393/17.24.215	LEOTTA EMILIT JULIETH	375/77.34.830
CHIRULLI ALESSANDRO	320/38.62.939	LONGOBARDI TOMMASO	331/10.77.945
CONFORTI BENEDETTA	328/02.26.906	MANCINI GAETANO	366/40.55.537
COTICHELLI FRANCESCA	392.76.42.206	MONDAINI SOFIA	347/30.76.761
DALMONTE MARIA CRISTINA	334/80.07.117	NEGRO GIULIA	333/22.00.799
DEL DEO JACOPO	389/05.73.856	OTHMAN HUSSEIN	388/87.75.365
DI FABIO CARLOTTA	339/39.47.048	SPAGNOLO ALBERTO	338/57.94.512
FABIN NATALIA	347/5625495		

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia della mano, Medicina Legale e Assicurazioni	347/8853126
FEDELE MARIA GIOVANNA	Pediatria	339/7080157
PERRONE ROSSELLA	Nefrologia	392/4705938

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reperti degenza:

- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:

- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

**Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti**
Tel. 051.338475

neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

XVII CONGRESSO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI IPNOSI - I FENOMENI IPNOTICI E IL LORO RUOLO NELL'IPNOTERAPIA

9-12 novembre

Dal 9 al 12 Novembre si è svolto il XVII Congresso della Società Italiana di Ipnosi (SII), società scientifica associata alla Società Internazionale d'Ipnosi (ISH), alla Società Europea d'Ipnosi (ESH) ed alla Milton Erickson Foundation (MEF). La SII ha lo scopo di promuovere la ricerca scientifica nel campo dell'ipnosi clinica ed il suo insegnamento in ambiente sanitario.

L'uso clinico dell'ipnosi si espleta in molteplici applicazioni, nel trattamento della sofferenza e del dolore cronico, nell'approccio al paziente durante indagini o manovre strumentali, in odontostomatologia, ostetricia, nell'emergenza in senso lato ed in svariati ambiti psicoterapeutici.

In occasione del 30° anniversario della fondazione della società la SII ha scelto Bologna come sede del suo Congresso annuale.

Il tema portante di quest'anno è stato rappresentato dai fenomeni ipnotici ed il loro ruolo nell'ipnoterapia. Il Congresso è stato un evento ricco di opportunità e contributi di valore. La comunità scientifica dell'ipnosi nazionale ed internazionale si è trovata in un'occasione di condivisione e confronto di nuovi punti di vista. I lavori sono stati aperti dal presidente Professor Camillo Loriedo, Professore associato di Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "la Sapienza".

Il Professore ha sviluppato un workshop sui fenomeni ipnotici e loro utilizzazione nella gestione delle emozioni. Intervistato dal TGR per l'occasione, il Professore ha ribadito l'importanza dell'ipnosi nella pratica clinica e la necessità di diffondere una corretta cultura dell'ipnosi, mettendone in risalto gli aspetti di intervento sia psicologico che medico. Riguardo all'ambito medico le importanti applicazioni dell'ipnosi sono state, tra l'altro, confermate dagli studi sul dolore del Professor Giuseppe De Benedittis psichiatra ed esperto in terapia del dolore, dal Professor Enrico Facco anestesista, esperto in terapia del dolore, che ha presentato un lavoro di approccio integrato in un caso di dolore neuropatico, dalla dottoressa Antonella Ciaramella psichiatra, psicoterapeuta, che ha relazionato sulla somministrazione di suggestioni nell'analgesia ipnotica e dalle dottoresse Manuela Borghi ed Jlenia Frasca psicologhe, psicoterapeute che hanno sviluppato un workshop sull'utilizzazione adeguata della trance naturale in gravidanza. Significativa la partecipazione degli ospiti internazionali di alto valore e livello scientifico:

J. Linden U.S.A., M. Jensen U.S.A., B. Trenkle Germania, K. Varga Ungheria, K. Klajs Polonia, appartenenti al board della ISH.

Molto attivo il gruppo di colleghi della sede regionale Emilia-Romagna, che ha presentato i seguenti temi:

- La distorsione temporale come metafora di cambiamento terapeutico;
- L'uso delle immagini dei sogni rielaborate attraverso l'ipnosi per lo sviluppo di un percorso psicoterapeutico;
- L'esperienza della pratica ipnotica nel contesto del servizio di assistenza psicologica AIL-Bologna per i pazienti onco-ematologici ed i loro familiari;
- L'uso dell'ipnosi a supporto della ripresa degli studi nei blocchi d'apprendimento e nell'ansia da prestazione;
- L'utilizzo di intuito e creatività nel percorso di cura;
- L'importanza della partecipazione empatica e del tocco in terapia;
- L'uso dell'ipnosi nella gestione delle criticità in ostetricia.

* * *

MASTERCLASS DI ECOGRAFIA

24 novembre 2023 - Ospitalità San Tommaso - Bologna

Il 24 novembre scorso si è tenuta a Bologna la IX edizione del Masterclass di Ecografia – livello base diretta dal dottor Vincenzo Arienti, promotore di tale metodica fin dal suo esordio. Nell'ultimo ventennio, a seguito della miniaturizzazione delle apparecchiature ecografiche, è accresciuto l'interesse dei medici per l'Ecografia Bedside e si è verificato un costante incremento della diffusione di tale tecnica. Si è resa pertanto indispensabile una precisa definizione sia del campo di applicazione dell'Ecografia Bedside sia della formazione necessaria per un appropriato impiego nella pratica clinica, al letto del malato (V Arienti, Int merg Med 2014). Le recenti restrizioni riguardanti la didattica pratica in presenza, legate alla pandemia, hanno determinato una rilevante richiesta di tale formazione.

I Masterclass di Ecografia sono lezioni pratiche (6 ore di "practical skill"), tenute da un esperto ("master"), rivolte ad un piccolo gruppo di discenti ("class" di 6 allievi) con esercitazioni personalizzate su modello sano. Anche in questa IX edizione si è svolto il programma didattico di base già sperimentato in precedenza: Collo e torace; Addome superiore; Addome inferiore; Vascolare, confermando il particolare interesse da parte dei discenti.

In considerazione delle continue richieste di partecipazione ai Corsi Masterclass sulla "visita ecografica" si ritiene opportuno dare seguito all'iniziativa prevedendo ulteriori nuove edizioni nel 2024.



Certificato



UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi
senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:



Ricoveri ospedalieri

Post acuzie



Riabilitazione



Pazienti affetti
da disturbi della
coscienza



Ricerca
e formazione



SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero
Accreditato

via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook



Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone

Specialista in Geriatria, Medicina Interna,
Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

Affittasi a San Lazzaro di Savena locale in studio dentistico completamente attrezzato, possibile anche locale uso ambulatorio medico, adatto quindi a odontoiatri, colleghi varie specialità, fisioterapisti, osteopati, ecc. Possibilità di affittare a giornate o mezze giornate, possibile subentro graduale in attività odontoiatrica. Per info scrivere a dotto-rob@gmail.com.

Affittasi 1/2 stanze in ambulatorio odontoiatrico a Pianoro a medici specialisti non odontoiatri. Per info Tel. 389/2494400.

Randstad Medical, divisione specializzata nella ricerca e selezione di medici, per prestigiosa realtà sanitaria di rilievo internazionale, sita a Palermo, cerca un medico anatomopatologo. Il candidato, si occuperà dello svolgimento delle attività diagnostiche e di ricerca nei seguenti ambiti: patologia chirurgica toracica, patologia pancreatica, patologia epatica e patologia dei trapianti di organi solidi (polmoni, cuore, fegato, reni, pancreas). L'attività di ma-

croscopia e campionamento si svolgerà in presenza presso la struttura per 1/2 turni a settimana, la restante attività di refertazione e analisi dei vetrini potrà essere effettuata da remoto. È richiesta una disponibilità a tempo pieno da lunedì a venerdì dalle ore 08,00 alle ore 17,00. È prevista un'assunzione con contratto a tempo indeterminato applicando il CCNL Sanità Privata AIOP. Requisiti richiesti: Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia; Diploma di Specializzazione in Anatomia ed Istologia Patologica; Competenza acquisita in una delle seguenti patologie: epatica, pancreatica, toracica. Per invio candidatura scrivere a rita.cenname@randstad.it. La ricerca è rivolta ai candidati amboessesi (L. 903/77). Ti preghiamo di leggere l'informativa sulla privacy Randstad (<https://www.randstad.it/privacy/>) ai sensi dell'art 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati (GDPR). Per info Tel. +39/075/7977701 - +39/349/2448995 - rita.cenname@randstad.it.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)

Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.

Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE



TECNICA

EMPATIA

Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.



www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento