

Roma, 15 maggio 2022

Alla Corte Costituzionale

Opinione scritta sulla costituzionalità dell'art. 4, D.L. 44/21 in relazione agli artt. 3-4-11-32-117 Costituzione in riferimento alle norme comunitarie e dei Trattati internazionale.

Le fonti primarie del diritto comunitario e dell'Unione, a livello gerarchico, si collocano immediatamente al di sotto del "nucleo rigido" di principi sanciti in Costituzione, in posizione paritaria rispetto alle fonti costituzionali e di rilievo costituzionale, ed in posizione sovraordinata rispetto alle fonti primarie dell'ordinamento italiano.

Il contrasto della normativa interna con le fonti sovranazionali deve essere risolto ricorrendo sia al criterio gerarchico (prevalenza della fonte di livello superiore) sia al criterio di competenza (assegnazione in via esclusiva ad una determinata fonte la disciplina di una specifica materia).

La Corte Costituzionale risolve il problema del contrasto fra norme interne ed esterne con il richiamo all'art.11 Cost. (cfr. Corte Cost. 170/1984) in base al quale il nostro Stato, con l'adesione ai Trattati comunitari, ha volontariamente ceduto porzioni di sovranità - anche del potere di legiferare nelle materie proprie dei Trattati - per partecipare ad un ordinamento più ampio.

Tra gli atti direttamente applicabili nel nostro ordinamento - si parla di efficacia diretta piena - vi sono i Regolamenti comunitari, quale fonte di rango superiore alle leggi ordinarie interne, come ribadito dalle pronunce della Corte di Giustizia dell'UE (Sent. 14.12.71, causa C-43/71, racc. Giur. 1971) e dall'art.288 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

Per *efficacia diretta piena* si intende non solo la pluralità di obblighi gravanti sugli Stati membri, ma anche la possibilità per le persone di invocare direttamente il diritto dell'Unione dinanzi ai tribunali nazionali ed europei, anche laddove non vi sia ricorso giurisdizionale ai sensi del diritto nazionale (cfr. *ex multis*: sent. 5.2.1963, *NV Algemene Transport- en Expeditie Onderneming van Gend & Loos vs Amm.ne olandese delle imposte, causa C-26/62*).

Alla luce di tale premessa, il trattamento farmacologico che la norma oggetto di scrutinio impone a chiunque svolga una attività sanitaria trova la propria fonte normativa in due Regolamenti comunitari: il Reg. (CE) n.726/2004 (art.14 bis) ed il Reg. (CE) n.507/2006 (art.4), sulla base dei quali è stata concessa l'autorizzazione condizionata all'immissione in commercio dei vaccini anti covid-19 con le delibere indipendenti dell'AIFA fondate sulle decisioni di esecuzione della Commissione UE e sui pareri positivi di EMA.

L'art.14 bis del Reg. (CE) n.726/2004 (come modificato dal Reg. UE 2019/5 dell'11.12.2018) stabilisce che *"in casi debitamente giustificati, per rispondere a esigenze mediche insoddisfatte dei pazienti, può essere rilasciata un'autorizzazione all'immissione in commercio, prima della presentazione di dati clinici dettagliati, per medicinali volti a trattare, prevenire o diagnosticare malattie gravemente invalidanti o potenzialmente letali, a condizione che i benefici derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione superino il rischio dovuto al fatto che sono tuttora necessari dati supplementari..."*.

Al fine di attestare la ricorrenza del vantaggio terapeutico (che, in quanto terapia presupporrebbe necessariamente una malattia in essere) per il soggetto ricevente – non per la collettività – ed il rapporto rischio/beneficio favorevole per il paziente – non per la collettività – le autorizzazioni rilasciate per i farmaci anti covid impongono inderogabilmente la somministrazione di tali medicinali previa prescrizione medica (cfr. *“Condizioni o limitazioni di fornitura e utilizzo”* lett. B allegato II al provvedimento autorizzativo dei vaccini; il *“titolare dell’autorizzazione è tenuto a completare gli studi in corso o di condurre nuovi studi al fine di confermare che il rapporto rischio/beneficio è favorevole”*, v. commi 4 e 5 del sopra citato art. 14 bis del Reg. n.726/2004 e l’art.5 del Reg. n.507/2006) che non va confusa con la valutazione istantanea fatta al momento dell’inoculazione dal vaccinatore, ma coincide con un’attenta anamnesi del medico che ha in cura il soggetto per giungere ad una valutazione accurata e completa sulla necessità, sui benefici e sui rischi per il ricevente il vaccino.

Proprio per il fatto che non si dispone di tutti i dati clinici, le dette autorizzazioni - soggette a conferma mediante i cc.dd. *“comprehensive data post-authorization”* - vengono rilasciate per *“rispondere a esigenze insoddisfatte dei pazienti e nell’interesse della salute pubblica”*, ricevendo così in via eccezionale una deroga alla regola generale dell’autorizzazione standard che richiede *“studi approfonditi, volti a garantirne la sicurezza, l’elevata qualità e l’efficacia di impiego per la popolazione destinataria”*.

La sussistenza di precisi limiti all’utilizzo di detti prodotti non è solo attestata dal provvedimento autorizzativo e dall’art.14-bis del Reg. n.725/2004 (come introdotto dal Reg. UE n.5/2019 dell’11.12.2018), ma è confermata dalla recentissima pronuncia del Tribunale di I grado dell’Unione Europea, ord. 9.11.2021 (Causa T-136/21, *Amort c. Commissione europea*) che, nel dichiarare irricevibile il ricorso del cittadino contro la decisione di esecuzione della Commissione Europea con la quale è stata autorizzata l’immissione in commercio dei vaccini anti covid, ha precisato che *“non risulta quindi in alcun modo dalla decisione impugnata che uno Stato membro, come la Repubblica italiana, sarebbe obbligato, con tale decisione, a somministrare il medicinale «Vaccino moderno COVID-19 – vaccino mRNA (nucleoside modificato) all’intera popolazione o solo una parte di essa o anche di rendere obbligatoria la vaccinazione con l’uso del suddetto farmaco”* (punto 49 cit. ord.).

È dunque chiaro che se da un lato nessuno Stato europeo avrebbe potuto consentire la somministrazione dei vaccini anti-covid19 in assenza di una specifica autorizzazione rilasciata dalla Commissione Europea sulla scorta della legislazione comunitaria, dall’altro non è vero il contrario, e nessuno Stato può trattare i farmaci con atti di disposizione interna in violazione dei limiti e della natura della specifica autorizzazione rilasciata in base al Regolamento citato.

Del resto, se il Reg. 726/04 individua nell’interesse della salute pubblica in emergenza uno dei presupposti per l’immissione in commercio in via straordinaria di un farmaco di cui, per definizione, non si hanno dati sulla sicurezza, nondimeno prescrive un ulteriore presupposto, concorrente: l’esistenza di una *domanda di cura insoddisfatta*.

Ebbene, cessato al 30.3.2022 lo stato di emergenza nazionale ed esclusa una situazione epidemiologica che possa definirsi attualmente e concretamente grave, improvvisa ed eccezionale, non potrebbe davvero sostenersi la necessità di tali farmaci vaccinali per trattare, prevenire o

diagnosticare malattie né invalidanti né letali per la maggior parte della popolazione, senza correre il rischio di procurare malattie ben più serie a tutti coloro costretti ad assumere il farmaco senza alcuna garanzia di sicurezza.

Peraltro tali vaccini non sono nemmeno più necessari per la cura, il trattamento e anche la prevenzione della malattia covid-19 posto che, nei 24 mesi successivi alla loro immissione in commercio, sono stati autorizzati ben 12 medicinali capaci di curare l'intero spettro dell'evoluzione della malattia (Anakinra; Baricitinib; Sarilumab; Casirivimab e Imdevimab; Sotrovimab; Kineret; Ragkirona; Roactemra; Ronapreve; Vecklury; Xevudy; Paxlovid).

A ciò si aggiunga che il TAR Lazio con la sent. n.419/2022 ed il Consiglio di Stato con la sent. n.946/2022 hanno riconosciuto come valide le "cure domiciliari" e le terapie alternative alle raccomandazioni ministeriali c.d. *"attesa e paracetamolo"*, a completamento di un sistema di cura e trattamento dell'infezione covid-19 idoneo e indipendente dai farmaci vaccinali.

Le disposizioni in tema di obbligo vaccinale si pongono in contrasto anche con il Reg. n.536/2014 nella parte in cui vieta agli Stati membri di adottare misure che possano condizionare i cittadini, inducendoli a sottoporsi ad un trattamento ancora sperimentale, comunque non sicuro nel senso sopra specificato.

Il giudice remittente sul punto affermava che i vaccini anti covid non sono "sperimentali" perché *"non hanno omesso alcuna delle tradizionali fasi di sperimentazione; ma, data l'impellenza della situazione pandemica, dette fasi sono state condotte in parallelo, in sovrapposizione parziale, il che ha consentito di accelerare l'immissione in commercio dei farmaci, i quali, comunque, hanno ottenuto un'autorizzazione provvisoria proprio in relazione alla inevitabile assenza di dati sugli effetti a medio e lungo termine"* (pto 17.1).

Tale obiezione pretende di provare troppo, perchè l'esecuzione delle fasi sperimentali in parallelo (e già questa è un'anomalia rispetto al modello) non dimostra che la sperimentazione sia terminata, omessa o esclusa, bensì consente solo l'impiego del farmaco in fase di sperimentazione - in parallelo - come previsto dal Reg. (CE) n.507 della Commissione del 29.3.2006.

La procedura di sperimentazione si distingue da *"tutti gli studi condotti in vitro, in vivo sull'animale ed ex vivo, definiti studi non-clinici"* o *"pre-clinici"*, che sono condotti prima della sperimentazione clinica di Fase 1 First In Human (FIH). Terminata la fase pre-clinica ha inizio la vera e propria sperimentazione clinica sull'uomo, che prevede tre Fasi di sviluppo, Fase 1 (tollerabilità), Fase 2 (efficacia) e Fase 3 (sicurezza), da eseguirsi in sequenza e nel rispetto di una determinata tempistica sicchè, fintanto che non si giunga a completare la Fase 3, la "sperimentazione" non potrà dirsi terminata e non potrà attivarsi la Fase 4 di farmacovigilanza successiva per un periodo di 5 anni, cd. sorveglianza *post-marketing* (ISS - Gruppo di Bioetica COVID-19 relazione 18 febbraio 2021 *"Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19"*; sulle prassi italiane <https://www.aifa.gov.it/sperimentazione-clinica-dei-farmaci>).

Autorevole dottrina ha definito tali autorizzazioni *fast-track* osservando come *"nondimeno gli accertamenti che legittimano l'immissione in commercio sono accertamenti evidentemente in fieri"* (A. Mangia), come anche dimostrato dall'art.4 Reg. 507/2006 che detta le condizioni per il rilascio

dell'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata in assenza di dati farmaceutici o preclinici completi (a. rapporto rischio/beneficio del medicinale positivo; b. probabilità che il richiedente possa in seguito fornire dati clinici completi; c. rispondenza del medicinale ad esigenze mediche insoddisfatte; d. benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione superano il rischio inerente al fatto che occorranza ancora dati supplementari).

Sono strumenti di intervento immediato, anticipatori di risultanze future - con quel che è destinato a discenderne in termini di ampiezza, di stabilità nel tempo, e di efficacia - basati su dati provvisori, in continuo aggiornamento, e perciò instabili perché suscettibili di revisione.

Per tali motivi, l'autorizzazione condizionata rilasciata per i vaccini anti-covid19 dalla EU Commission ai sensi del Regolamento, ha consentito l'introduzione di medicinali che non hanno completato il ciclo ordinario di sperimentazione o, per dirla in altre parole, erano sperimentali all'autorizzazione e lo sono ancora durante la somministrazione di massa.

Il loro carattere intrinsecamente sperimentale risulta dal dato nominalistico-normativo che lo descrive come tale, ma non solo, lo confermano anche le Determine dell'AIFA di autorizzazione ove impongono alle case produttrici di attenersi ad un preciso protocollo modulare (doc.ti da 36 a 40) per la produzione di dati sull'efficacia e sicurezza dei vaccini stessi con scadenze future, e dagli esiti incerti, che vanno dalla fine del 2022 alla metà del 2024.

Il carattere sperimentale di questi farmaci risulta, altresì, guardando alla cadenza con la quale gli enti regolatori e di controllo sono costretti ad aggiornare foglietti informativi e documenti di sintesi, introducendo effetti collaterali non ancora noti al momento della immissione in commercio e che conseguono ovviamente alla sperimentazione in atto.

Proprio il tempo è nemico della sicurezza oltre ad essere nocivo alle conclusioni sul punto espresse dal CGA della regione Sicilia, caduta in un eccesso argomentativo proprio sul paragone temporale (pto. 17.1. pag. 21), perché la sicurezza garantita dai 28 anni impiegati per la somministrazione di massa del vaccino contro la *varicella* o ai 15 anni impiegati dal vaccino contro il *papillomavirus*, non è minimamente paragonabile ai 7 mesi impiegati dal vaccino a *mRNA* anti covid-19 .

L'accelerazione dell'immissione in commercio di tali farmaci è innegabile; sarà stata certamente necessaria al momento del rilascio per far fronte ad una situazione d'emergenza, ma non per questo tali farmaci, commercializzati con simili accortezze e condizioni, perdono la loro caratteristica di preparati in sperimentazione.

Tali preparati, in quanto "sperimentali", non potrebbero essere imposti ad alcun cittadino, in applicazione dell'art. 28 lett.h) Regolamento 536/2014, essendo necessario che questi vi si sottoponga liberamente e senza alcuna pressione o condizionamento psicologico o fisico, quale certamente è la minaccia della perdita del lavoro e della retribuzione in caso di mancata sottoposizione al trattamento.

Oltre a ciò, la normativa sull'obbligo vaccinale, determinando situazioni di disuguaglianza, si pone anche in contrasto con la Risoluzione n.2361 del Consiglio d'Europa approvata il 27.01.2021 -che ha espressamente escluso l'obbligatorietà dei vaccini anti Covid (punto 7.3.1.), e che ha vietato che

essa possa divenire fonte di discriminazione per i lavoratori e per chiunque scelga di non vaccinarsi, invitando gli Stati ad assicurarsi che i cittadini siano informati in modo chiaro sulla NON obbligatorietà del vaccino.

Stesse prescrizioni e divieti di discriminazioni sono posti Reg. 954/2021 e UE 953/2021 (cfr. considerando 36, 62 e art. 10), tutte violate dalla norma si cui si subita la conformità costituzionale, che invece importa una evidente e sostanziale discriminazione ai danni dei sanitari non vaccinati, inammissibile a prescindere dalle presunte motivazioni che ne sono alla base, ed ancor più per la possibilità di contagiare e contagiarsi.

Sotto il profilo della conformità dell'obbligo in esame con le norme CEDU, va preliminarmente precisato che l'Italia non ha proposto ricorso all'art. 15 della Convenzione, che, pertanto, si applica pienamente nell'ordinamento italiano.

Il sistema di norme derivante dalla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), un trattato internazionale multilaterale, trova la sua forza nel diritto interno con l'art.117 della Costituzione (cfr. sent. Corte Cost. 24.10.2007 n.ri 348 e 349).

Sebbene, diversamente da quanto accade per il diritto dell'Unione europea, il giudice nazionale non possa disapplicare direttamente la norma interna che contrasti con le disposizioni della CEDU, la Corte costituzionale ha precisato a quali condizioni la giurisprudenza della Corte di Strasburgo possa vincolare il giudice nazionale, solo se il suo *dictum* è espressione di un "diritto consolidato" cioè rappresentativa di un orientamento divenuto definitivo, effettuando una interpretazione costituzionalmente orientata delle norme richiamate allineandosi ai principi delineati dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (sent. 49 del 26.3.2015).

L'obbligo vaccinale -la cui conformità costituzionale qui si discute- viola il diritto al lavoro, della integrità psico-fisica degli individui ed il principio di non discriminazione, tutelati - oltre che dagli artt. 2, 3 e 4 della Costituzione - dall'art.14 della CEDU, dall'art.3, dall'art.9, dal Protocollo n.12 siglato a Roma il 4.1.2000 della CEDU e dalla Direttiva 27.11.2000, n.78.

Orbene, è certamente incompatibile con i principi di non discriminazione sanciti a livello costituzionale ed europeo, impedire ad un essere umano di lavorare e di percepire una retribuzione (e/o ogni altro emolumento), in ragione delle sue convinzioni, delle condizioni personali, sociali e di uno *status*, di qualunque natura esso sia, anche sanitario e qualunque sia il modo in cui tale *status* gli venga attribuito (certificazione attestante la somministrazione o la frequenza di trattamenti sanitari).

La Carta dei diritti rileva per identificare il livello di protezione da garantire ai diritti fondamentali nell'ordinamento dell'UE (art.53) e l'art.6.3 TUE la richiama esplicitamente per precisare che i diritti fondamentali che essa riconosce "*fanno parte del diritto dell'UE in quanto principi generali*".

La Corte di Strasburgo ha già espressamente riconosciuto come diritti dell'uomo alcuni diritti dei lavoratori ritenuti espressione di diritti civili e, pertanto, in linea con essa, una corretta applicazione nel nostro ordinamento dei principi sanciti dalla Corte EDU implica l'adattamento della normativa nazionale alle fonti sovranazionali e internazionali, con una interpretazione costituzionalmente

orientata delle norme che vengono in rilievo quando possibile ovvero, in difetto, attraverso l'espunzione dall'ordinamento di tali norme.

Il diritto dell'Unione europea, come detto, è direttamente applicabile *in subjecta materia* sia ex art.53 L. n.234/2012 e del Reg. Ue n.953/2021, sia perché la materia giuslavoristica costituisce un settore sostanzialmente armonizzato, coinvolgendo il principio della libera circolazione del lavoratore di un altro Stato dell'Unione, sicché la citata disciplina nazionale appare di sicuro interesse unionale transfrontaliero (cfr. sent. CGUE 5.12.2006 nei procc. riuniti C-94/04 e C-202/04, sent. 30.03.2006 in C-451/03, ord. 17.02.2005 in C-250/03).

La normativa italiana oggetto di scrutinio, nella misura in cui sospende drasticamente dal lavoro e dalla retribuzione il medico che non intenda vaccinarsi, viola il principio di proporzionalità sancito dall'art.52, comma I, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione, secondo cui *“eventuali limitazioni all'esercizio dei diritti e delle libertà riconosciuti dalla presente Carta (tra cui il diritto di lavorare di cui all'art. 15 della stessa Carta, ndr) devono essere previste dalla legge e rispettare il contenuto essenziale di detti diritti e libertà.”* (conf. art.5 Trattato Unione europea e protocollo n.2, versione consolidata come modificata dall'art. 1 del Trattato di Lisbona del 13.12.2007, ratificata dalla legge 2.8.2008 n.130).

Per la costante giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione, il rispetto del principio di proporzionalità presuppone l'adempimento di tre condizioni cumulative: attitudine, necessità e proporzionalità in senso stretto; requisiti questi posti per garantire l'idoneità di una misura ragionevolmente esigibile volta a perseguire la finalità prefissata nel rispetto del principio del minor pregiudizio possibile agli interessi della persona (v. ad es. CGUE sez. grande, 8.3.2022, in C-205/20; sez.I, 21.7.2011, in C-2/10; sez. VI, 16.1.2003 in C-12/00; e sez. VI, 16.1.2003 in C-14/00).

Invece, con riferimento a convenzioni e trattati internazionali, l'art.117 Cost. dispone che l'esercizio della potestà legislativa dello Stato e delle Regioni è condizionata dal rispetto degli obblighi internazionali, come confermato dalla L. 131/2003 (modifiche alla legge “La Loggia”), che all'art.1 dispone: *“costituiscono vincoli alla potestà legislativa dello Stato e delle Regioni, ai sensi dell'art. 117, primo comma, della Costituzione, quelli derivanti dalle norme di diritto internazionale generalmente riconosciute di cui all'art. 10 della Costituzione, da accordi di reciproca limitazione di sovranità di cui all'art. 11 della Costituzione, dall'ordinamento comunitario e dai trattati internazionali”*.

Nel sistema così delineato, dunque, l'antinomia tra una norma pattizia internazionale ed una norma interna può essere superata dal giudice in via interpretativa; solo se ciò non fosse possibile, l'eventuale incompatibilità determinerà una violazione del parametro di cui al comma 1 dell'art.117 (cfr. Corte Cost., sent. n.348 e 349 del 24.10.2007).

È evidente che l'obbligo vaccinale quale condizione di accesso al lavoro ed alla retribuzione viola numerosi trattati internazionali, che l'Italia, ratificandoli, si è impegnata ad osservare.

La normativa nazionale viola numerose norme pattizie, tra cui l'art.15 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE che sancisce il diritto riconosciuto dalla giurisprudenza della Corte di giustizia ad ogni persona di lavorare ed esercitare una professione (cfr. sent. 14.5.1974, causa 4-73, Nold,

Racc. 1974, pag. 491, punti 12, 13 e 14; 13.12.1979, causa 44/79, Hauer, Racc. 1979 pag. 3727, e 8.10.1986, causa 234/85, Keller, Racc. 1986, pag. 2897, punto 8), nonché l'art. 21 intitolato "Non discriminazione", l'art. 10 Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea ed, inoltre, l'art.1 della Convenzione ONU (New York, 1965-aperta alla firma nel 1966-ratificata nel 1976) sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione "fondata sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale....compreso in materia di occupazione, di lavoro e di retribuzione".

La normativa italiana viola la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo: in particolare l'art. 2 "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna..."; l'art. 7: "Tutti sono eguali dinanzi alla legge e hanno diritto, senza alcuna discriminazione, ad una eguale tutela da parte della legge..."; l'art. 23 stabilisce "Ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro e alla protezione contro la disoccupazione.2. Ogni individuo, senza discriminazione, ha diritto ad eguale retribuzione per eguale lavoro...".

Tale ultimo articolo è richiamato e specificato dagli artt. 6, 7 e 8 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966, mentre le disposizioni di cui agli artt. 6, 18 e 7 del Patto Internazionale sui diritti civili e politici, di cui l'Italia è Parte, obbligano a rispettare il diritto alla vita, alla libertà di pensiero e di coscienza, impongono il divieto di pene crudeli, inumane e degradanti (quale è certamente quella di lasciare un cittadino e la sua famiglia senza mezzi di sostentamento, condannati alla fame) e al libero consenso per essere sottoposti ad un trattamento medico o scientifico.

Il diritto al lavoro è altresì espressamente riconosciuto nella Convenzione internazionale contro la discriminazione razziale; nella Convenzione internazionale contro ogni forma di discriminazione nei riguardi delle donne; nella Convenzione internazionale sui diritti dei bambini; nella Convenzione internazionale sui diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie; nella Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli e in tanti altri strumenti giuridici, internazionali e regionali-continentali.

Secondo il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali il diritto al lavoro è un diritto inerente al singolo, oltre ad essere un diritto collettivo.

Orbene, in tema di discriminazione, con la celebre sentenza Küçükdeveci (Corte giust. C-555/07), sulla scia della precedente sentenza Mangold (Corte giust. C- 144/04), la Corte di Giustizia ha riconosciuto l'efficacia diretta orizzontale del diritto a non subire discriminazioni (nel caso esaminato per ragioni di età), e ne ha ammesso l'azionabilità in giudizio nei confronti del datore.

A ciò si aggiunga che il Codice di Norimberga vieta la somministrazione dei farmaci contro la volontà del soggetto, considerando tale atto un crimine contro l'umanità e la Convenzione di Oviedo statuisce chiaramente che un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato.

Si auspica che la Corte Costituzionale colga la gravissima violazione della disciplina sovranazionale e ne dichiari l'illegittimità ovvero, anche con una sentenza interpretativa di rigetto o additiva, indichi la strada correttiva per riallineare la normativa interna ai principi e diritti unionali, alle convenzioni universali e alle norme internazionali pattizie.

Con osservanza.

Prof. Avv. Augusto Sinagra

Avvocati Liberi – ALI

United Lawyers for freedom

Presidente e Consiglio Direttivo

