



ALL'ECC.MA CORTE COSTITUZIONALE

*Nel giudizio R.O. n. 38 del 2022*

**OPINIONE IN QUALITA' DI "AMICUS CURIAE"**

Per ASSOCIAZIONE "COMILVA ODV" - Associazione Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione ODV- (COD. FISC. 91128880407, PEC comilva@pec.it), corrente in Rimini, Corso d'Augusto 97, Rimini, in persona del Presidente e legale rappresentante pro-tempore Claudio Simion, rappresentata e difesa dagli avvocati Vincenzo Martino (COD. FISC. MRTVCN54D18L424H; PEC vincenzomartino@pec.ordineavvocatitorino.it) del Foro di Torino e Monica Seri (COD. FISC. SREMNC69B48Co70A; PEC monica.seri@ordineavvocatifermo.it) del Foro di Fermo, come da procura allegata al presente atto, ed elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. Martino, in Torino (TO), Via Avigliana, n. 20

*Si richiede che le comunicazioni vengano effettuate al seguente indirizzo di posta elettronica:*

***vincenzomartino@pec.ordineavvocatitorino.it***

**PREMESSO CHE:**

**A)** Con ordinanza del 18 marzo 2022 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, 1° serie speciale n. 17 del 27 aprile 2022, atto di promovimento 22 marzo 2022), il Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana, nel procedimento proposto da G. G. contro Università degli studi di Palermo, sollevava la questione di legittimità costituzionale:

- α. dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge n. 44/2021 (convertito in legge n. 76/2021), nella parte in cui prevede, da un lato l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento all'obbligo vaccinale, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, per contrasto con gli articoli 3, 4, 32, 33, 34, 97 della Costituzione;
- β. dell'art. 1 della legge n. 217/2019, nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione dalla sottoscrizione del consenso informato delle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4, del decreto legge n. 44/2021, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria, per contrasto con gli articoli 3 e 21 della Costituzione.

L'ordinanza è stata iscritta nel Registro Generale della Cancelleria di codesta Ecc.ma Corte con il n. 38 del 2022.

**B)** La ASSOCIAZIONE “COMILVA ODV”, come risulta dalla Statuto che si produce (doc. 1), persegue senza fine di lucro la finalità di occuparsi delle problematiche riguardanti il “raggiungimento del diritto di libertà di scelta in materia di vaccinazione e di scelta terapeutica in senso lato .....assistendo con continuità i soggetti danneggiati dalle vaccinazioni e le loro famiglie, fornendo loro un supporto morale e materiale” e tra le proprie attività tra le altre ricomprende quella di “rendere più efficace, nel rispetto della normativa vigente, l’informazione sulla pratica vaccinale, sorveglianza, prevenzione, tempestiva segnalazione delle reazioni avverse all’interno delle strutture sanitarie esistenti”.

**C)** Pertanto, “COMILVA ODV” rientra nel novero delle formazioni sociale senza scopo di lucro portatrici di interesse collettivo o diffuso attinente alla questione di costituzionalità, ai sensi dell’art. 6 delle “Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale”.

### **TUTTO CIO' PREMESSO**

L’associazione “COMILVA ODV”, come sopra rappresentata e domiciliata, ritiene di poter offrire il proprio contributo utile alla conoscenza ed alla valutazione del caso, a sostegno ed integrazione delle argomentazioni contenute nell’ordinanza di rimessione in particolare sotto il particolare profilo del “...mancato coinvolgimento dei medici di famiglia nel triage pre-vaccinale e comunque la mancanza nella fase di triage di approfonditi accertamenti e persino di test di positività/negatività al Covid” punti che, a giudizio della Corte di Giustizia amministrativa della Sicilia, “non consentono di ritenere soddisfatta, allo stadio attuale di sviluppo dei vaccini anti-Covid e delle evidenze scientifiche, la condizione, posta dalla Corte costituzionale, di legittimità di un vaccino obbligatorio solo se, tra l’altro, si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze «che appaiano normali e, pertanto, tollerabili».

### **OSSERVAZIONI**

In punto inadeguatezza (o meglio dire assoluta assenza) del triage pre-vaccinale, la Corte rimettente ha rilevato come non sia prevista, ai fini della sottoposizione a vaccino, nemmeno una relazione del medico di base come pure non vengano richiesti esami di laboratorio (nemmeno un tampone Covid, che potrebbe evidenziare una condizione di infezione in atto, che evidentemente scongiurerebbe la somministrazione del vaccino, avuto riguardo al rischio di reazione anomala del sistema immunitario).

Nell’ambito di tale questione rientra anche la problematica dei soggetti già contagiati e guariti, la cui sottoposizione a vaccinazione entro un breve lasso di tempo potrebbe comportare rischi aggiuntivi rispetto ai soggetti mai infettati.

In particolare, su quest’ultima questione si osserva quanto segue.

## CONDIZIONI AUTORIZZATIVE

**I vaccini anti-Covid-19 sono medicinali soggetti a prescrizione medica:** nel caso specifico, **nel Sistema nazionale per le Linee guida - SNLG** (istituito dal Ministero della salute con D.M. 30 giugno 2004, e riorganizzato in base alla Legge 24 del 2017 con il decreto del Ministro della Salute del 27 febbraio 2018) **non è attualmente disponibile alcuna guida alle controindicazioni alla vaccinazione anti-covid-19.** In ogni caso, come è possibile leggere nel Comunicato di Presentazione del nuovo Sistema Nazionale Linea Guida (SNLG) [1], tali “linee guida”, vengono definite come “*uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, (...).*”

Una caratteristica esecutiva dell'autorizzazione alla immissione in commercio condizionata (a cui sono soggetti questi vaccini) è l'implementazione di **un piano per la gestione del rischio (RMP) da parte dello sviluppatore del vaccino concordato con l'autorità regolatoria prima della autorizzazione.** Consultando questi documenti pubblici [2] si constata che **per l'uso in gravidanza e durante l'allattamento, l'uso in pazienti immunocompromessi, l'uso in pazienti fragili con comorbidità, l'uso in pazienti con malattie autoimmuni o disturbi infiammatori le informazioni sulla sicurezza del medicinale sono attualmente mancanti o carenti e devono essere raccolte.**

Vengono, inoltre, evidenziati **rischi identificati e potenziali fra cui anafilassi, miocardite, pericardite, Vaccine-Associated Enhanced Disease (VAED) [3], inclusa la Vaccine-Associated Enhanced Respiratory Disease (VAERD) e viene indicato che mancano i dati sulla sicurezza a lungo termine.**

Si rileva, altresì, una **mancanza di garanzie sotto il profilo della regolamentazione:**

- Non risulta vi sia una determina AIFA pubblicata in GU che indichi di somministrare dosi vaccinali ai guariti, mentre sono presenti quelle che forniscono indicazioni sulla somministrazione della terza e quarta dose ai vaccinati.
- Non risulta vi siano indicazioni riguardo alla somministrazione ai guariti nel Foglio Illustrativo e nel RCP di questi farmaci, mentre è presente l'indicazione sulla somministra-

<sup>1</sup> <https://snlg.iss.it/?p=384>

<sup>2</sup> [https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf); [https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-risk-management-plan\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-risk-management-plan_en.pdf)

<sup>3</sup> “Non esiste una definizione uniformemente accettata di VAED o VAERD. I termini correlati utilizzati di frequente includono “malattia potenziata mediata dal vaccino (VMED)”, “malattia respiratoria potenziata (ERD)”, “potenziamento dell'infezione indotta dal vaccino”, “potenziamento della malattia”, “potenziamento delle difese immunitarie” e “potenziamento degli anticorpi dipendenti (ADE)”.”  
(v. [https://brightoncollaboration.us/wp-content/uploads/2020/10/JVAC-S-20-02520\\_mzd.pdf](https://brightoncollaboration.us/wp-content/uploads/2020/10/JVAC-S-20-02520_mzd.pdf))

zione della dose booster ai vaccinati; pertanto, nel caso specifico, mancano le indicazioni d'uso da parte del titolare dell'autorizzazione alla commercializzazione. Alcuni esempi:

- Comirnaty [4]: *“È possibile somministrare una dose di richiamo di Comirnaty per via intramuscolare almeno 6 mesi dopo la seconda dose a soggetti di età pari o superiore a 12 anni. La decisione in merito alle tempistiche e ai destinatari della dose di richiamo di Comirnaty deve essere presa sulla base dei dati disponibili sull'efficacia e la sicurezza del vaccino”.*

- Spikevax [5]: *“Spikevax può essere usato come richiamo negli adulti che hanno precedentemente ricevuto un ciclo primario con Spikevax oppure un ciclo primario comprendente un altro vaccino a mRNA o un vaccino a vettore adenovirale”.*

▪ Sullo stesso RCP viene affermato che:

- efficacia Comirnaty: i partecipanti allo studio cardine con evidenza di infezione pregressa da SARS-CoV-2 sono stati esclusi dall'analisi.

- sicurezza Comirnaty: riguardo al profilo di sicurezza soltanto 545 soggetti partecipanti allo studio cardine risultavano positivi al SARS-CoV-2 al basale.

- efficacia Spikevax: lo studio clinico di fase 3, randomizzato, controllato con placebo, con osservatore in cieco (NCT04470427) ha escluso soggetti con una storia nota di infezione da SARS-CoV-2.

- sicurezza Spikevax: riguardo al profilo di reattogenicità e sicurezza soltanto 343 partecipanti trattati con Spikevax risultavano sieropositivi al SARS-CoV-2 al basale.

## IMMUNITÀ DA GUARIGIONE

La protezione offerta da una pregressa malattia risulta comparabile a quella offerta dal vaccino. In un ampio studio svedese [6], dopo i primi 3 mesi, l'immunità naturale era associata con un minor rischio di infezione da SARS-CoV-2 del 95% e con un minor rischio di ricovero dell'87% per circa 20 mesi di follow-up, senza segni di declino. Un ulteriore studio evidenzia che per almeno 9 mesi i guariti hanno una protezione dell'85 % contro l'infezione da Covid e 87 % contro ricovero ospedaliero. [7]

<sup>4</sup> [https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer\\_005389\\_049269\\_RCP.pdf&sys=mobil3](https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_005389_049269_RCP.pdf&sys=mobil3)

<sup>5</sup> [https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer\\_005438\\_049283\\_RCP.pdf&retry=0&sys=mobil3](https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_005438_049283_RCP.pdf&retry=0&sys=mobil3)

<sup>6</sup> [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00143-8/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00143-8/fulltext#%20); Risk of SARS-CoV-2 reinfection and COVID-19 hospitalisation in individuals with natural and hybrid immunity: a retrospective, total population cohort study in Sweden; Peter Nordström, Marcel Ballin, Anna Nordström | March 31, 2022

L'efficacia della vaccinazione tende a decadere più rapidamente nel tempo anche se la dose booster riattiva l'immunità (63% entro 90 giorni vaccinati con ciclo completo, cade a 39,5 dopo i 120 giorni e risale a 67 % dopo la dose booster) [<sup>8</sup>]

Pur essendo l'immunità dei guariti superiore a quella dei vaccinati alcuni autori affermano che l'immunità ibrida (guarigione e vaccinazione) offra la protezione migliore. Indubbiamente la vaccinazione offre una protezione ulteriore all'immunità da guarigione, coerente con un aumento degli anticorpi neutralizzanti (mediante una diminuzione di 3 volte del rischio di nuova malattia, questo dato non tiene conto però della gravità della malattia che sarà asintomatica nella maggior parte dei casi). [<sup>9</sup>]

Perché si dovrebbero vaccinare i guariti?

1. la vaccinazione presenta rischi e la continua stimolazione di tale immunità li aumenta. Se il rischio da vaccino fosse nullo o molto basso potrebbe aver senso procedere con una vaccinazione di massa semestrale (guariti e non), sostanzialmente per ridurre la circolazione del virus, non certo per la protezione del singolo da morte ed ospedalizzazione, che sarebbero comunque molto basse. Oggi abbiamo ampia documentazione che dimostra il contrario: tralasciando la problematica della farmacovigilanza e i recenti lavori sul rischio di perimicardite, con riferimento al recente lavoro israeliano [<sup>10</sup>], abbiamo un aumento di morbilità per arresto cardiaco e malattia coronarica acuta negli under 40 pari al 25 % nel periodo vaccinale. Tale aumento di morbilità non era stato riscontrato nel periodo delle ondate di Covid, prima dell'introduzione del vaccino. Gli episodi aumentano con la seconda dose nei guariti: sembra, quindi, che l'iperstimolazione dell'immunità abbia un ruolo cruciale. È chiaro che questo possibile aumento di eventi avversi sia presente anche nelle altre fasce di età, dove, essendo più frequente questo tipo di mortalità, risulta più difficile la dimostrazione;
2. Il vantaggio dato dal vaccino è di breve durata e per mantenerlo bisognerebbe ripetere frequentemente le dosi. [<sup>11</sup>] La valutazione dell'immunità nei confronti di una malattia specifica può esser valutata in varie maniere. Si può valutare l'immunità umorale (IgG, IgM ed IgA) per uno o più antigeni dell'agente infettivo. Poi si può distinguere fra anticorpi neutra-

<sup>7</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791312>; Rates of COVID-19 Among Unvaccinated Adults With Prior COVID-19; April 20, 2020

<sup>8</sup> [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19\\_2-febbraio-2022.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_2-febbraio-2022.pdf); REPORT ESTESO ISS, COVID-19: SORVEGLIANZA, IMPATTO DELLE INFEZIONI ED EFFICACIA VACCINALE, Aggiornamento nazionale 02/02/2022 – ore 12:00 | DATA PUBBLICAZIONE: 04/02/2022

<sup>9</sup> <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7032e1.htm>; Reduced Risk of Reinfection with SARS-CoV-2 After COVID-19 Vaccination – Kentucky, May–June 2021 | Weekly / August 13, 2021 / 70(32);1081-1083

<sup>10</sup> <https://www.nature.com/articles/s41598-022-10928-z>; Increased emergency cardiovascular events among under-40 population in Israel during vaccine rollout and third COVID-19 wave; Christopher L. F. Sun et al., 28 April, 2022

<sup>11</sup> <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114114>; Waning of BNT162b2 Vaccine Protection against SARS-CoV-2 Infection in Qatar; Hiam Chemaitelly, M.Sc., et al | December 9, 2021

lizzanti o non neutralizzanti (quest'ultima valutazione è molto più onerosa). Si può valutare l'immunità cellulare, indubbiamente più rilevante: sarà proprio l'immunità cellulare alla base della riattivazione dell'immunità umorale anche quando questa sembra esser diminuita. Il sistema di valutazione più sicuro resta sicuramente quello clinico, confrontando 2 gruppi di persone, uno presumibilmente privo di memoria immunitaria specifica ed uno con pregressa malattia o vaccinato. Di questi due gruppi omogenei si valuta la percentuale dei contagiati in un certo periodo ma anche quella della durata della malattia, dei ricoveri ospedalieri, dei ricoveri in terapia intensiva e la mortalità. I diversi lavori scientifici utilizzano uno o più di questi metodi per valutare l'immunità specifica anche se i più numerosi si limitano a valutare l'immunità umorale che solo parzialmente è correlabile con la realtà clinica. Tutti i lavori concordano che l'immunità a seguito di malattia è decisamente superiore a quella vaccinale. L'immunità da vaccino, infatti, ha una durata più limitata specie per la protezione dal contagio (2-3 mesi) mentre rimane sufficientemente alta per le forme più gravi di malattia per circa 6 mesi. Dopo tale periodo alcuni lavori evidenziano una inversione della protezione: ciò significa che, dopo questi mesi, il rischio di infezione aumenta nei vaccinati. Sta inoltre, sempre più emergendo il fenomeno di un calo dell'immunità innata dopo vaccinazioni ripetute con lo stesso antigene (quindi maggior rischio per altre patologie).

3. La protezione ibrida che, in valori assoluti, sembra esser notevole - seppur per breve periodo - in realtà è bassa: bisogna vaccinare circa 800 guariti per prevenire un'infezione [1];

4. Il sopraggiungere delle varianti Omicron 1 e 2 ha portato nuovi argomenti:

1 - i vaccini attualmente in uso danno una protezione inferiore, rispetto a quella data verso le varianti precedenti;

2 - anche l'immunità da guarigione, di varianti precedenti, dà una protezione inferiore. Dall'altra parte ci troviamo di fronte ad una malattia con una letalità mediamente di 1/5° rispetto la variante precedente ed essa si distribuisce prevalentemente nelle fasce alte di età e nella popolazione a rischio [12].

Si può dire che sia la vaccinazione sia la pregressa infezione Delta offrono una protezione limitata ma non assente, specie per le forme più gravi. Pur non avendo dati certi in proposito è facile pensare che la malattia offra dei vantaggi rispetto al vaccino. Il vaccino infatti al momento presenta solo l'Antigene Spike che è proprio quello mutato nella variante Omicron. La malattia offre invece la possibilità di sviluppare una risposta immunitaria anche verso gli altri antigeni presenti nel virus e che si troveranno anche nelle varianti. Inoltre, i guariti presentano una memoria immunitaria legata alle IgA che vengono attivate quando il virus incontra le mucose respiratorie, cosa che non succede

---

<sup>12</sup> [Comparative analysis of the risks of hospitalisation and death associated with SARS-CoV-2 omicron \(B.1.1.529\) and delta \(B.1.617.2\) variants in England: a cohort study \(thelancet.com\)](#); Comparative analysis of the risks of hospitalisation and death associated with SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) and delta (B.1.617.2) variants in England: a cohort study; Tommy Nyberg et al. | March 16, 2022

con gli attuali vaccini iniettati per via parenterale. Quello che si sta osservando infatti è che molti già contagiati con le precedenti varianti, sviluppano una forma lieve di Omicron sicuramente non peggiore rispetto ai vaccinati (al momento mancano studi al riguardo). Resta il problema della durata più limitata dell'immunità da vaccino. Naturalmente il rischio da vaccino rimane identico.

Qualsiasi atto medico deve tener conto del rapporto rischio/beneficio. Quando si tratta di Salute Pubblica il rapporto rischio/beneficio può esser esteso oltre al singolo individuo anche all'intera comunità: un triage pre-vaccinale può aiutare a determinare un corretto rapporto rischio/beneficio in entrambi i casi, in particolare nei guariti e nelle persone con malattia in atto.

In generale i guariti da Covid19 non sarebbero esonerati dalla vaccinazione (ai fini degli obblighi vaccinali possono differire il vaccino da 90 a 120 giorni dall'infezione): questo periodo, sulla base della letteratura scientifica più recente, è da ritenersi inadeguato e comporta un aumento del rischio di malattia e di mortalità. Tale motivo rende indispensabile il triage pre-vaccinale per valutare una pregressa malattia e/o patologia in atto sia con l'anamnesi che con test di laboratorio (immunità umorale o cellulare).

#### **LA VALUTAZIONE DELLO STATO IMMUNOLOGICO: CENNI**

La valutazione dello stato (imprinting) immunologico dovrebbe avere ad oggetto sia il dosaggio anticorpale (sierologico) per l'identificazione di IgG e IgM circolanti specifiche verso antigeni del SARS-CoV-2 sia gli anticorpi neutralizzanti specifici verso l'intera visione (proteina S, M, E, N) che comporta l'identificazione degli anticorpi generalizzati o comunque specifici verso le singole parti che compongono la particella virale.

- Se il soggetto è vaccinato e MAI stato contagiato (cosa peraltro quasi impossibile in quasi 3 anni o più di presenza di questo agente infettivo) risulterà certamente positivo (tranne rare eccezioni) a questi anticorpi;
- Se un soggetto prima e/o dopo la vaccinazione è risultato positivo o risulta (o risulterà) positivo e conseguentemente svolge questo test non si avrà certezza se le IgG deriveranno da malattia (infezione naturale) e/o da vaccino (in quanto il vaccino fa produrre ciò che in esso è "scritto", ovvero la glicoproteina spike);

**Per questo, in tutti i soggetti andrebbe fatta un'analisi differenziale anticorpale, in modo da discriminare eventualmente gli anticorpi presenti (e quindi gli antigeni).**

Dal momento che la parte più conservata si trova nella proteina N (Nucleocapside) risulta chiaro come quest'ultimo test (meno selettivo ma più specifico) abbia una rilevanza fondamentale nel determinare l'immunità adattativa (umorale) del soggetto, prima di sottoporlo ad una vaccinazione che ha come target "solo" la parte variabile (o maggiormente tale) del virus o del virione. È chiaro infatti che il virus e/o il virione tende a mutare nella "chiave di accesso" per l'infezione o per evadere il sistema immunitario, piuttosto che nell'involucro (vedi virus influenzale).

Nel caso di immunità post infezione accade che il virus è entrato “de facto” nella cellula e cercherà di impossessarsi del “macchinario” di traduzione cellulare per replicarsi e successivamente diffondersi: la cellula infettata produce Interferone (beta soprattutto) e ha due strade.

- La prima specifica è l’attivazione ed il reclutamento dei Linfociti NK (Natural Killer) dell’immunità innata;
- la seconda è l’induzione e l’attivazione dei Linfociti T CD8+ citotossici (CTL) e, in alternativa o in parallelo, l’attivazione dei Linfociti T CD4 + helper (cross-presentazione);

Questa immunità specifica adattativa può essere misurata con diverse metodiche. Una di questa è ELISPOT su tutto il comparto delle cellule T verso SARS-CoV-2.

Un recente articolo su Nature Immunology [<sup>13</sup>] ha evidenziato in un lavoro dell’Humanitas e San Raffaele di Milano come in un contesto di contagio siano queste proteine (in particolare modo MBL e PTX3) e dare il loro contributo e ad evitare che l’agente infettivo prendesse contatti con il recettore target cellulare per poi infettare la cellula.

**In pratica l’immunità si gioca su diversi fronti e andrebbe valutata TUTTA:**

- **Immunità Innata (MBL, PTX3);**
- **Immunità Adattativa Specifica (Linfociti B di memoria, Anticorpi totali e specifici verso N e S);**
- **Immunità Adattativa Cellulo-mediata (Linfociti T sia effettori che della memoria anche eterologa).**

Al momento attuale, secondo la letteratura scientifica disponibile, gli individui che hanno una immunità da guarigione manifestano un rapporto rischio/beneficio sfavorevole alla vaccinazione, per loro stessi e per la comunità.

Quindi è indispensabile che, almeno questa condizione sia accertata in un triage pre-vaccinale.

Per quanto concerne le situazioni cliniche pregresse, sono necessari ulteriori studi per esser certi che, ancora una volta, il rapporto rischio/beneficio sia favorevole: il principio di precauzione suggerirebbe una valutazione accurata a livello individuale.

### **TUTTO CIO' PREMESSO**

A parere della scrivente associazione, quindi, la questione di costituzionalità sollevata dalla Corte di Giustizia amministrativa della Sicilia merita pieno accoglimento e la si richiama integralmente anche per gli aspetti non trattati nelle presenti note per mere ragioni di spazio.

Si allegano:

---

<sup>13</sup> <https://www.nature.com/articles/s41590-021-01114-w>



- 1) Statuto associazione;
- 2) Verbale di assemblea nomina Presidente.

Rimini – Torino, 17 maggio 2022

avv. Vincenzo Martino

avv. Monica Seri