

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 1/16
---	---	--

GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI

	NOME E FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	Dr.ssa Rosalia Ragaglia Direttore del Dipartimento di Prevenzione	
	Flavia Conti IFP – Staff di Direzione Dipartimento di Prevenzione	
	Dr.ssa Maria Adelia Aini Responsabile Centri Vaccinali Sisp	
	Dr.ssa Daniela Addis IFO Sisp	
VERIFICA	Roberto DS Dr. Antonio Passaro DA Dr. Michele Baffigo	
APPROVAZIONE - VALIDAZIONE - EMISSIONE	Direttore Generale Ing. Antonio Irione	

Verifica formale di qualità'
SSD Qualità, Risk Management

Data di approvazione / applicazione:

STATO DELLE REVISIONI

REV. N°	DATA	SEZIONI REVISIONATE / PAGINE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE
			-

INDICE

PREMESSA -----	3
1.SCOPO -----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
2. CAMPO DI APPLICAZIONE -----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'-----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO-----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI-----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
6. CONTENUTO -----	7
7. ALLEGATI -----	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

PREMESSA

La Legge 31 luglio 2017 n. 119 recante “Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 7 giugno 2017, n.73 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale” viene emanata al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura e volta alla garanzia del conseguimento degli obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale nonché il rispetto dell’obbligo vaccinale per i minori di età compresa tra zero e sedici anni.

Il Dipartimento di Prevenzione riveste un ruolo essenziale e primario nelle attività di verifica dell’adempimento dell’obbligo vaccinale. E’ infatti principalmente compito del Dipartimento di Prevenzione assicurare la chiamata di tutti i minori residenti sul territorio di competenza per l’effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal Calendario Vaccinale di cui al Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione Vaccinale.

1.SCOPO

La presente procedura è volta ad assicurare la regolare e coordinata applicazione di quanto previsto dal decreto Legge n. 73 del 07/6/2017 convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017 n. 119 recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”.

La Legge 119/2017 all’art. 1 “Vaccinazioni obbligatorie” stabilisce che *al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale per i minori di età compresa tra i zero e sedici anni sono obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni del calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna corte di nascita le seguenti vaccinazioni:*

- anti- poliomelitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti- varicella

Dall’obbligo vaccinale è esonerato il minore che per avvenuta malattia risulti immunizzato: stato che deve essere certificato presentando attestazione di avvenuta immunizzazione rilasciato dal MMG o Pediatra di Libera Scelta,

Le vaccinazioni obbligatorie possono essere omesse o differite nel caso in cui sia stato accertato un pericolo per la salute in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate che controindichino, in maniera permanente o temporanea, l’effettuazione di una specifica o più vaccinazioni. Tali specifiche condizioni cliniche devono essere attestate dal MMG o Pediatra di Libera Scelta.

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 4/16
---	---	--

Gli accertamenti necessari alla verifica sierologica del titolo anticorpale sono a totale carico dei genitori. E non possono essere usati codici di esenzione.

La Legge 119/2017 al comma 4 dell'art. 1 dispone che *“in caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale di cui al presente articolo i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, ai tutori ~~e~~ o i soggetti affidatari sono convocati dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente per un colloquio al fine di fornire ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e di sollecitarne l'effettuazione. In caso di mancata effettuazione delle vaccinazioni di cui ai commi 1 e 1 bis, ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale, ai tutori o ai soggetti affidatari ai sensi della legge 4 maggio 1983 n. 184, è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro cento a euro cinquecento”*

La Circolare attuativa del Ministero della Salute 0025233 del 16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P, precisa che “in linea generale ciascuna Asl una volta accertato che un minore di età compresa tra zero e sedici anni non sia stato sottoposto alle vaccinazione secondo il Calendario relativo alla propria coorte di nascita, convoca i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, i tutori o i soggetti affidatari rivolgendo loro invito scritto alla vaccinazione, eventualmente corredato di materiale informativo. Nel caso in cui non rispondano all'invito, i genitori, i tutori o i soggetti affidatari vengono convocati nuovamente con raccomandata A/R per un colloquio al fine di comprendere le motivazioni della mancata vaccinazione e di fornire, eventualmente anche con il coinvolgimento del Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale, una corretta informazione sull'obiettivo individuale o collettivo della pratica vaccinale e i rischi derivanti dalla mancata prevenzione”.

Inoltre la medesima Circolare raccomanda che si predisponga o venga aggiornata una procedura per il recupero delle vaccinazioni.

Alla luce di quanto sopra al fine di uniformare le modalità operative si predispone il presente documento che fornisce le indicazioni operative per la gestione dell'invito dei minori che non risultano in regola con le vaccinazioni e il percorso di recupero.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica ai Centri vaccinali aziendali, il Dipartimento di Prevenzione e l'ufficio amministrativo competente nonché al personale sanitario e amministrativo coinvolto.

Sono esclusi dal campo di applicazione i minori per i quali sussistano controindicazioni cliniche alla vaccinazione certificate secondo le modalità previste dalla normativa vigente

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA' / FUNZIONE	Direttore del Dipartimento	Direttore Sisp	Dirigente Medico Incaricato	Incaricato Funzione Professionale	Incaricato Funzione organizzativa
FASE 1	I	R	R	I	R
FASE 2	I	R	R	R	R

4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Decreto Legge 7 giugno 2017 n. 73 Disposizione urgenti in materia di prevenzione vaccinale

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 5/16
---	---	--

- Legge 31/07/2017 n. 119 di conversione del DL 7 giugno 2017 n. 73 recante “ Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”.
- Circolare attuativa del Ministero della Salute 0025233 del 16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P,
- Documento del Ministero della Salute prot. 1174 del 15/01/2018 DGPRES.
- Legge 689 del 24 novembre 1981 capo I, sezioni I e II

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AVACS = Anagrafe Vaccinale Sardegna

SISP = Servizio Igiene e Sanità Pubblica

6. CONTENUTO

FASE 1 - GESTIONE DEI MINORI RISULTATI IRREGOLARI ALL'ANAGRAFE VACCINALE

Alle famiglie dei minori che non risultano in regola con le vaccinazioni a seguito di verifica dell'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVACS) viene trasmesso un invito scritto per effettuare la vaccinazione. Il primo invito viene effettuato attraverso lettere semplice anche Postel (allegato A) e deve contenere:

- a) la data di prenotazione della prima somministrazione
- b) il Centro vaccinale di riferimento

Se i genitori si presentano all'appuntamento l'operatore sanitario al momento del colloquio preliminare all'effettuazione delle vaccinazioni fornirà ai genitori le informazioni relative al percorso vaccinale e procederà ad acquisire il consenso informato ma solo per le vaccinazioni raccomandate. Infatti riguardo alla modalità di acquisizione del consenso, la Circolare del Ministero della Salute 0025233 del 16/08/2017 prevede che il *“modulo di consenso informato sia limitato alle sole vaccinazioni raccomandate, per le vaccinazioni obbligatorie verrà consegnato esclusivamente un modulo informativo”*. Non è previsto dunque che il consenso informato alla esecuzione delle vaccinazioni sia acquisito in forma scritta, tuttavia si ritiene opportuno che la scheda anamnestica venga sottoscritta dall'operatore sanitario e dal genitore per tutte le vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, quale attestazione di presa visione della scheda anamnestica e della tipologia dei vaccini somministrati.

Se si presenta un solo genitore questi esprime il consenso alla vaccinazione anche per l'altro genitore non presente.

Nel caso in cui nessuno dei due genitori possa essere presente può delegare una terza persona con delega scritta e fotocopia di un documento di identità del delegante e del delegato (ALLEGATO A1). La persona delegata dovrà essere in grado di fornire le informazioni anamnestiche richieste.

Se i genitori sono impossibilitati a presentarsi al primo appuntamento possono concordare un secondo appuntamento contattando direttamente il servizio vaccinale attraverso mail a vaccinazioniperlavita@asl.gallura.it, entro i 7 sette giorni precedenti alla data riportata nella lettera di invito.

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 6/16
---	---	--

Nel caso in cui i genitori non si presentino al primo appuntamento e non giustifichino la loro assenza, oppure non si presentino alla data richiesta dagli stessi, oppure si presentino e non acconsentano alla somministrazione dei vaccini obbligatori, si procede con l'invito ad un colloquio informativo tramite l'invio della raccomandata AR (Allegato B)

Il colloquio avrà lo scopo di chiarire dubbi e incertezze relativamente alle vaccinazioni offerte al minore e verterà principalmente sui seguenti argomenti: caratteristiche proposte e delle malattie prevedibili e precauzioni/controindicazioni, possibili reazioni avverse ai vaccini. Al termine del colloquio verrà consegnato il piano vaccinale contenente tutte le dosi e i richiami previsti in base all'età e alla situazione vaccinale del minore e la data per l'effettuazione della prima dose. Tale piano vaccinale sarà firmato dal medico che ha fatto il colloquio e dai genitori.

Il colloquio avrà una durata massima di 45 minuti e l'operatore dovrà acquisire i dati personali dei genitori (data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, mail o eventuale pec) nonché fotocopia del documento di identità e del colloquio viene definita data e ora e relativi risultati nel campo NOTE della piattaforma AVacS - gestione paziente.

L'appuntamento al colloquio deve essere fissato garantendo un intervallo di 30 giorni rispetto alla data di spedizione della lettera raccomandata.

Se i genitori non si presentano al colloquio o si presentano e non acconsentono già in via definitiva alla somministrazione dei vaccini obbligatori, dal giorno successivo viene contestata agli stessi formalmente l'inadempimento dell'obbligo vaccinale inviando lettera di diffida (Allegato C) mediante raccomandata AR con l'avvertimento che in caso di mancata somministrazione del vaccino al minore o l'inizio/completamento del ciclo (nei casi in cui l'immunizzazione di base completa preveda la somministrazioni di più dosi), sarà loro comminata la sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra E. 100 a Euro 500.

Contestualmente all'invio della lettera di diffida, per i bambini nella fascia da 0 a 6 anni la contestazione dell'inadempienza viene comunicata alla Scuola per l'infanzia sia pubblica che privata frequentata al minore e questo comporterà la sospensione della frequenza.

La sospensione della frequenza rimane in essere anche se viene pagata la sanzione, INFATTI LA SANZIONE ESTINGUE L'OBBLIGO ALLA VACCINAZIONE MA NON PERMETTE COMUNQUE LA FREQUENZA. Alla Fase 1 della procedura il Direttore del Dipartimento di Prevenzione delega il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Nell'allegato D alla presente procedura è presente il nuovo modulo recante: Scheda anamnestica pre vaccinale e contestuale avvenuta informativa e acquisizione consenso.

Uno schema sintetico della presente procedura è illustrato nell'allegata Flow chart.

FASE 2 CONTESTAZIONE DELL'INADEMPIENZA

A conclusione dell'iter attraverso il quale si accerta l'inadempienza vaccinale, il Direttore Sisp o - il Dirigente Medico incaricato, trasmette il fascicolo dell'inadempiente alla Segreteria del Dipartimento di Prevenzione.

Il fascicolo deve contenere tutti gli atti inerenti il percorso di comunicazione con i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, i tutori o i soggetti affidatari di cui alla Fase 1 della presente procedura.

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 7/16
---	---	--

Sarà cura della segreteria amministrativa della macrostruttura attivare il procedimento di irrogazione della sanzione prevista dalla Legge 119/2017.

Per l'accertamento, la contestazione e l'irrogazione amministrativa si applicano, così come disposto dal comma 4 dell'art. 1 della Legge 119/2017, *le disposizioni contenute nel capo I, sezioni I e II della legge n. 689/81 e ss.mm.ii*

La sanzione è irrogata soltanto nell'ipotesi in cui la violazione riguardi un minore di età compresa tra zero e sedici anni e può essere applicata anche quando il minore avrà compiuto sedici anni, purché la violazione sia stata commessa precedentemente al compimento della citata età.

Ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale, tutori o genitori affidatari è applicata una sola sanzione a prescindere dalle vaccinazioni omesse. Infatti si sensi dell'articolo 8 della Legge 24 novembre 1981 n. 689 a chi commette più violazioni della medesima disposizione viene comminata una sanzione maggiorata e non un numero di sanzioni pari alle violazioni commesse.

Di conseguenza i genitori o tutori o affidatari che non provvedano a far somministrare al minore le vaccinazioni previste, soggiacciono all'applicazione di un' unica sanzione *“ai fini della determinazione della quale si terrà conto del numero degli obblighi vaccinali non adempiuti”*.

La sanzione è unica e non sarà comminata nuovamente all'inizio di ogni anno scolastico.

La segreteria del Dipartimento di Prevenzione procede entro 90 giorni dalla data della violazione ad emettere la sanzione attraverso raccomandata A/R e nel caso in cui a seguito di verifica si rileva il non pagamento entro 30 giorni dall'emissione, procede all'invio della documentazione all'Autorità Competente, Ufficio Sanzioni, per il seguito di competenza

RECUPERI VACCINALI IN BASE ALL'ETA' E ALLE VACCINAZIONI GIA' EFFETTUATE

Per i recuperi vaccinali si fa riferimento al documento del Ministero della Salute prot. 1174 del 15/01/2018 DGPRES.

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 8/16
---	---	--

ALLEGATO A

Ai Signori Genitori

Oggetto: Invito formale alla regolarizzazione degli adempimenti vaccinali obbligatori del minore *[Nome Cognome]*

Spett.li Sigg.

[Nome e Cognome genitori/tutori esercenti la responsabilità genitoriale]

[Indirizzo di residenza]

[CAP – Città]

Con la presente, a seguito delle verifiche effettuate presso l'Anagrafe Vaccinale di questa Azienda Sanitaria, si comunica che il/la minore *[Nome Cognome]*, nato/a a *[luogo]* il *[data]*, risulta allo stato non in regola con gli adempimenti vaccinali obbligatori previsti dalla normativa vigente per la fascia d'età 0–16 anni.

Ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di prevenzione vaccinale, le SS.LL., in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale, sono invitate a presentarsi presso il Servizio Vaccinazioni di questa Azienda Sanitaria, al fine di:

- procedere alla verifica della posizione vaccinale del minore;
- ricevere le informazioni sanitarie previste;
- programmare la somministrazione delle eventuali vaccinazioni mancanti ovvero produrre idonea documentazione attestante esonero, omissione o differimento per motivi di salute, o avvenuta immunizzazione.

Appuntamento fissato:

Data: *[data]*

Ora: *[ora]*

Centro vaccinale di _____ (indirizzo completo)

Qualora sussistano impedimenti alla presentazione nella data indicata, le SS.LL. sono tenute a contattare il Servizio entro e non oltre *[n.]* giorni dal ricevimento della presente, al recapito *[telefono/e-mail]*, per la riprogrammazione dell'appuntamento.

Si rappresenta che la mancata ottemperanza al presente invito e la perdurante inadempienza agli obblighi vaccinali potranno comportare l'attivazione delle procedure previste dalla legge, ivi comprese le conseguenze di natura amministrativa.

La presente comunicazione ha valore di invito formale ai fini della regolarizzazione della posizione vaccinale del minore.

Cordiali saluti

Il Dirigente Medico SISP

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 9/16
---	---	--

ALLEGATO A1

DELEGA PER VACCINAZIONI MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 Io sottoscritto/a (nome e cognome)

_____ Documento _____
 N. _____ Rilasciato da _____ in
 data _____ rec. Telefonico mobile _____ email
 _____ Padre / Madre di (nome e cognome)
 _____ Nato/a a _____ il _

_____ in assenza dell'altro genitore dichiara, sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale e:

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____ Documento
 _____ N. _____ Rilasciato da
 _____ in data _____ AD ACCOMPAGNARE MIO/A
 FIGLIO/A _____ IN DATA _____
 PER ESEGUIRE LE VACCINAZIONI PREVISTE.

La persona da me delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio/a figlio/a. Sono consapevole che il medico vaccinatore, se lo riterrà opportuno, potrà telefonarmi e/o richiedere la mia presenza.

ALLEGO ALLA PRESENTE: - fotocopia del documento d'identità del dichiarante - fotocopia del documento d'identità del delegato

firma del Delegante (luogo, data) _____

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 10/16
---	---	---

ALLEGATO B

RACCOMANDATA A/R

Ai Signori Genitori

Oggetto: Invito al colloquio finalizzato alla regolarizzazione degli adempimenti vaccinali obbligatori del minore [Nome Cognome e dati anagrafici] ai sensi del comma 4 dell'art.1 della Legge 31 luglio 2017, n.119.

Spett.li Sigg.

[Nome e Cognome genitori/tutori esercenti la responsabilità genitoriale]

[Indirizzo di residenza]

[CAP – Città]

Ai sensi della Legge 31 luglio 2017, n.119. le SS.LL. sono convocate per il giorno _____ alle ore ____ presso la sede vaccinale di _____ via _____ stanza ____ piano _____ in relazione al mancato assolvimento dell'obbligo vaccinale del minore _____ di cui le SS.LL. risultano allo scrivente essere, salvo errori, i Genitori esercenti la responsabilità genitoriale, il Tutore ovvero l'Affidatario.

Tale Colloquio è volto, così come previsto dalla ricordata legge, “al fine di fornire ulteriori informazioni sulle vaccinazioni e di sollecitarne l'effettuazione”.

Per qualsiasi ulteriore informazione così come per una eventuale modifica nella data indicata per il Colloquio in relazione a vs. eventuali necessità le SS.LL. potranno contattare lo scrivente ufficio al numero telefonico _____ seguita da e-mail, ovvero inviare direttamente una e mail al seguente indirizzo _____ di posta elettronica.

Corre obbligo ricordare come, in caso di mancata effettuazione delle vaccinazioni di legge, ai Genitori esercenti la responsabilità genitoriale, al Tutore ovvero l'Affidatario è “comminata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro cento a euro cinquecento” (comma 4 art.1 Legge 31/07/'17, n.119). In caso di mancata presentazione al previsto Colloquio ovvero vs. altra documentata comunicazione in merito , provvederà, senza ulteriori avviso ad avviare la procedura per irrorazione della prevista sanzione amministrativa pecuniaria.

In caso di avvenuto regolare assolvimento dell'obbligo vaccinale tale comunicazioni è da considerarsi nulla; si prega di darne in ogni caso comunicazione, con le modalità sopra indicate, all'Ufficio fornendo eventualmente la necessaria documentazione al fine di provvedere all'aggiornamento della banca dati delle vaccinazioni tenuta dall'Azienda e ad interrompere la procedura di irrorazione della sanzione prevista per gli inadempienti.

Cordiali Saluti.

Il Direttore del SISP

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 11/16
---	---	---

ALLEGATO C

RACCOMANDATA A/R

Ai Signori Genitori

Oggetto: Diffida ad adempiere e contestazione di inadempimento agli obblighi vaccinali ai sensi dell'art. 1, Legge 31 luglio 2017, n. 119 – minore [Nome Cognome – dati anagrafici]

Spett.li Sigg.

[Nome e Cognome genitori/tutori esercenti la responsabilità genitoriale]

[Indirizzo di residenza]

[CAP – Città]

Premesso che:

- l'art. 1 della Legge 31 luglio 2017, n. 119, recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73”, ha introdotto disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, prevedendo l'obbligatorietà di specifiche vaccinazioni per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni;
- questa Azienda Sanitaria, tramite l'Anagrafe Vaccinale, effettua il monitoraggio delle coperture vaccinali ai sensi della normativa vigente;
- con nota prot. n. _____ del _____, le SS.LL. venivano invitate a presentarsi presso il Servizio Vaccinazioni per la verifica e regolarizzazione della posizione vaccinale del minore [Nome Cognome], nato/a a [luogo] il [data];
- con nota prot. N. _____ del _____, in assenza del mancato riscontro alla prima lettera di invito, le SS.LL. sono state formalmente invitate con raccomandata AR a presentarsi al colloquio informativo;
- considerata la vostra assenza al colloquio o rifiuto alla vaccinazione;
- dato atto che alla data odierna non risulta effettuata la regolarizzazione richiesta né risulta pervenuta documentazione sanitaria attestante esonero, omissione o differimento per motivi di salute, ovvero avvenuta immunizzazione;

Tutto ciò premesso,

SI CONTESTA FORMALMENTE alle SS.LL., nella qualità di esercenti la responsabilità genitoriale, l'inadempimento agli obblighi vaccinali di cui all'art. 1 della Legge n. 119/2017.

Le SS.LL. sono pertanto DIFFIDATE AD ADEMPIERE entro il termine perentorio di 10 giorni dal ricevimento della presente, presentandosi presso:

Centro Vaccinale di _____

[indirizzo completo]

[recapiti telefonici/e-mail]

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA GESTIONE INADEMPIENTI E RECUPERI VACCINALI	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 12/16
---	---	---

al fine di:

1. provvedere alla somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie mancanti;
2. ovvero produrre idonea certificazione medica attestante esonero, omissione o differimento;
3. ovvero documentare l'avvenuta immunizzazione.

Avvertenze di legge

Si rappresenta che, in caso di mancato riscontro nel termine indicato, questa Azienda procederà agli adempimenti previsti dall'art. 1, commi 4 e 5, della Legge n. 119/2017.

La presente comunicazione costituisce atto formale di diffida e messa in mora ad adempiere agli obblighi di legge.

Distinti saluti.

Direttore del SISP

II

ALLEGATO D

SCHEDA ANAMNESTICA PRE VACCINALE

Vaccinazione/i: _____

Il sottoscritt* _____ nat* il _____ (cognome e nome del genitore)		
Il sottoscritt* _____ nat* il _____ (cognome e nome del genitore)		
Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario di _____ (cognome e nome del figlio/a)		
nato/a a _____ il _____		
Dichiarano che il/la figlio/a (Per il/la bambino/a di età superiore a sei mesi compilare a partire dalla domanda 4):		
1. E' nato prematuro e/o di basso peso	Sì	No
2. Ha avuto una invaginazione intestinale o è affetto da una malformazione congenita non corretta del tratto gastrointestinale che potrebbe predisporre all'invaginazione intestinale	Sì	No
3. Ha familiari (fratelli, genitori o nonni) con immunodeficienza congenita	Sì	No
4. E' nato da madre che ha ricevuto terapie immunosoppressive durante la gravidanza o l'allattamento	Sì	No
5. Ha malattie in atto Se sì, specificare _____	Sì	No
6. Ha malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV) o vive con persone con queste malattie Se sì, specificare _____	Sì	No
7. Ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline o farmaci antivirali nell'ultimo anno Se sì, specificare _____	Sì	No
8. Negli ultimi 6 mesi, ha assunto farmaci con continuità (in particolare immunosoppressori) o è stato sottoposto a radioterapia o dialisi Se sì, specificare _____	Sì	No
9. Ha avuto infezioni ricorrenti o persistenti o gravi Se sì, specificare _____	Sì	No
10. Ha avuto (o hanno avuto i genitori o i fratelli) convulsioni febbrili, epilessia o disturbi neurologici Se sì, specificare _____	Sì	No
11. Ha manifestato allergia a farmaci, alimenti, al lattice o altre sostanze Se sì, specificare _____	Sì	No
12. Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? _____	Sì	No
13. Ha avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino Se sì, specificare _____	Sì	No
14. E' stato sottoposto ad interventi chirurgici Se sì, specificare _____	Sì	No

15. Ha una gravidanza in atto **(solo per le femmine in età fertile)**

Sì

No

NOTE _____

FIRMA dei GENITORI: Genitore _____ Genitore _____FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario *(allegare copia doc. id.)* _____Condizioni sanitarie idonee alla vaccinazione: ☐ Sì ☐ NoData _____ **FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S. / Inf.** _____

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA per	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 15/16
--	----------------------------	---

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE RISPETTO ALL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE

Io sottoscritt* _____ nat* il _____ Io _____

DICHIARIAMO

- di aver ricevuto tutte le informazioni relative al trattamento proposto, ai possibili rischi e complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie), alle possibili conseguenze causate da rifiuto e dalla mancata esecuzione della/e vaccinazione/i proposta/e, di aver ben compreso le informazioni che sono state fornite e di aver ricevuto risposta alla richiesta di chiarimenti
- di essere stati informati della necessità di trattenermi nel Servizio per 15 minuti dopo la vaccinazione e di sorvegliare il proprio figlio durante l'esecuzione della vaccinazione e nel periodo post vaccinale
- di essere stati informati che in data odierna viene/vengono somministrato/i il/i seguente/i **VACCINO/I OBBLIGATORIO/I** ai sensi della L. 31 luglio 2017, n° 119 in tema di obblighi vaccinali di cui ho ricevuto le note informative

☐ Anti Poliomielite	☐ Anti Epatite B
☐ Anti Tetano	☐ Anti Haemophilus Influentiae B
☐ Anti Difterite	☐ Anti Morbillo-Parotite-Rosolia
☐ Anti Pertosse	☐ Anti Varicella per i nati dal 2017

Di esprimere il CONSENSO/DISSENSO ALLA ESECUZIONE DELLA/E SEGUENTE/I VACCINAZIONE/I RACCOMANDATA/E, di cui abbiamo ricevuto le note informative:

Anti Rotavirus	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Pneumococco _____	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Meningococco B	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Meningococco ACWY	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Papillomavirus 9 valente	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Epatite A	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Influenzale	☐ Consenso	☐ Dissenso
Anti Varicella per i nati prima del 2017	☐ Consenso	☐ Dissenso

FIRMA di entrambi i genitori da apporre in presenza in ambulatorio vaccinale* o da consegnare al delegato in caso di impossibilità ad essere presenti.

Genitore _____ Genitore _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (allegare copia doc. id.) _____

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S./ Inf. _____

*in assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertifica

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità Risk Management	PROCEDURA per	M01 - P01 Rev. 00 Pag. 16/16
--	----------------------------	---

REVOCA DEL CONSENSO

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso.

In data ____ / ____ / _____, alle ore ____: ____

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, alla presenza del Dirigente Medico dott./dott.ssa:

Cognome _____ Nome _____

DICHIARO/DICHIARANO di revocare il consenso precedentemente espresso.

Firma dei genitori

Firma del Medico
