Utilizzo:

A fronte del rifiuto del medico di prescrivere gli esami (anche medico vaccinatore) in tutto o in parte, non concede differimento … ci rivolgiamo all’azienda sanitaria …

Spett.le Azienda sanitaria ……

p.c.

Egregio/Gentile Dottore/Dottoressa,

**Oggetto**: vaccinazione obbligatoria anti Sars-Cov2. Decreti-legge e relative conversioni in legge, dal DECRETO-LEGGE 1° aprile 2021, n. 44 al DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1.

Con la presente faccio seguito ai colloqui avvenuti con il dott/dott.sa ………… in data …………, per rappresentare le istanze contenute nella lettera allegata …

(*Rif. comunicazioni allegate intercorse con il proprio MMG e/o medico vaccinatore … in caso di più comunicazioni con più soggetti indicati elencarle in sequenza …*), con particolare riguardo alla formale richiesta di prescrizione dei seguenti accertamenti preventivi - atti a determinare specifiche condizioni cliniche che giustificano il rilascio della certificazione di esenzione dalla vaccinazione anti-COVID-19:

* **Generali**: Fibrinogeno; Anticorpi anti-trombina; Anticorpi anti-PF4; D-dimero; PTT; ePTT; Omocisteina; Emocromo con formula; Elettroforesi; Fattori della coagulazione (FT V, II, XIII, X, vW); Sistema del complemento; Pannello linfocitario completo; Anticorpi circolanti (sierologico) RBD, S1, S2; parte eritrocitaria e ferro (Sideremia, Ferritina, Transferrina, Ferroportina, TIBC, RBC, ematocrito, emoglobina, ecc...); anticorpi anti-fosfolipidi
* **Mutazioni**: FATTORE V DI LEIDEN; FATTORE MTHFR in etero e omozigosi; FATTORE AI-1; FATTORE XIII; FATTORE II;
* **Autoimmunità**: PCR; VES; IL-1beta; IL-6; TNF-alfa; IL-17°;
* **Test allergologici** specifici atti a stabilire ipersensibilità ai principi attivi dei vaccini somministrabili.

Dall’esito dei suddetti colloqui emerge l’indisponibilità di prescrivere (*in tutto o in parte … descrivere …*) gli accertamenti richiesti e, di conseguenza, l’impossibilità di determinare tutte le possibili controindicazioni alla vaccinazione in oggetto.

Senza riformulare le motivazioni che sottendono alle richieste di accertamenti preventivi, come contenuto negli allegati, si ricorda in questa sede che le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate da AIFA[[1]](#footnote-1) (e in generale riportate nei report di EudraVigilance), sono ampiamente note, come pure le relative notizie riportate dalla stampa ma anche le testimonianze dirette.

Inoltre, la natura delle reazioni avverse e la loro potenziale correlazione con stati di comorbidità dei soggetti colpiti impongono un atteggiamento di ragionevole cautela (principio di precauzione[[2]](#footnote-2)) nell’identificare precocemente i rischi potenziali di ogni somministrazione vaccinale.

Va da sé quindi che sia per l’indeterminatezza che per la complessità delle reazioni avverse registrate, risulti di fondamentale importanza - per una corretta e completa valutazione anamnestica e clinica atta a prevenire il rischio di complicanze - lo svolgimento di una serie di esami specifici e di una valutazione specialistica.

*[se applicabile] …* Segnalo infine di aver avviato l’iter vaccinale con (n) dosi di vaccino [*inserire la topologia o le tipologie, se diverse, dei vaccini somministrati …*] in data … [*inserire la data o le date delle vaccinazioni effettuate*] e di aver riscontrato … [*descrivere in estrema sintesi le reazioni avverse subite, possibilmente documentandole con allegati disponibili, come segnalazioni di reazioni avverse effettuate dalla persona stessa o meglio da un medico*] … come testimoniato dagli allegati … [*citare gli allegati*]

In assenza di tali accertamenti:

* Non mi è possibile esercitare il mio diritto al consenso informato;
* Non mi è possibile determinare se il trattamento sanitario (obbligo vaccinale) possa incidere negativamente sulla mia salute;

In considerazione di quanto sopra esposto:

* chiedo all’Azienda Sanitaria in indirizzo di voler provvedere alla prescrizione dei suddetti esami, anche in virtù delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute 0035309-04/08/2021-DGPRE-DGPRE-P;
* chiedo all’Azienda Sanitaria in indirizzo di prescrivere gli accertamenti su indicati a carico del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso il codice di esenzione “P03”, così come previsto dall’art. 1 comma 4 lett. b del D. Lgs.124/1998[[3]](#footnote-3) – prima parte (G.U. n. 99 del 30/04/1998) e DPCM 12/01/2017 (G.U. n. 65 del 18/03/2017).
* chiedo all’Azienda Sanitaria in indirizzo di avvalermi, se necessario e in seguito agli accertamenti richiesti e ad altri che si rendessero utili, del parere della “**Commissione Medica**”, istituita a tale scopo, come da indicazioni contenute nel DPCM 4 febbraio 2022, Allegato A, artt. 3 e 5;
* chiedo all’Azienda Sanitaria in indirizzo di segnalarmi cortesemente, le “Linee Guida” citate DPCM 4 febbraio 2022, Allegato A, artt. 3 e 5, pagina 3 ai punti “*condizione clinica in atto come da linee guida (max. 30 giorni, rinnovabile)*” e “*terapia in atto come da linee guida (max. 30 giorni rinnovabile)*”;
* chiedo all’Azienda Sanitaria in indirizzo di considerare il mio iter vaccinale tutt’ora in corso, in quanto non sono nelle condizioni di esprimere correttamente e completamente il mio consenso informato così come disciplinato dalla Legge n. 219/17 e pertanto di **produrre un idoneo DIFFERIMENTO vaccinale, in attesa di poter concludere il percorso di accertamento necessario**.

**IN CONCLUSIONE,**

sottolineo l’importanza e la fondatezza delle richieste prodotte in questa sede: esse trovano fondamento nel tentativo legittimo di prevenire l’errore che causa l’evento avverso e non l’evento avverso con l’applicazione di metodi meramente a carattere statistico come quello della “Gestione del rischio” che prevedono generiche linee guida valide per tutti, favorendo piuttosto, nel rapporto medico - paziente la migliore decisione possibile.

Nel ringraziare per la gentile attenzione e disponibilità, resto in attesa di un cortese riscontro,

Distinti saluti

Data: ………… Firma: …………………………………………………..

Allegati:

* *Corrispondenza con il proprio MMG*
* *Eventualmente corrispondenza con il medico vaccinatore*
* *Tutti gli altri allegati necessari come da sviluppo della lettera …*
1. Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID-19 Periodo dal 27/12/2020 al 26/12/2021 [↑](#footnote-ref-1)
2. Il principio di precauzione non si applica a rischi già identificati, ma a rischi ipotetici o basati su indizi di cui non si ha ancora conoscenza piena o parziale che sia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia, di garantire l'accesso all'assistenza sanitaria di base, nonché' di assicurare il ricorso all'assistenza ospedaliera ogniqualvolta il trattamento in regime di ricovero ordinario risulti appropriato rispetto alle specifiche condizioni di salute, sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione:

[…] b) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica finalizzate alla tutela della salute collettiva **obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di** situazioni epidemiche, nonché' quelle finalizzate all’avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge; […] [↑](#footnote-ref-3)