

Alla Cortese Attenzione del reparto di Ginecologia
dell'Ospedale _____ di _____ (____)

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in via _____, in qualità di genitore del/la minore
_____, prossimo/a alla nascita, con la presente DIFFIDO e AVVISO codesta
struttura dal somministrare qualsivoglia trattamento sanitario, inclusi vaccini, profilassi o altre
pratiche mediche preventive o terapeutiche, senza il mio preventivo e formale consenso informato.

Riferimenti Normativi

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – La normativa italiana in materia di consenso informato, ribadita dalla Legge n. 219/2017, stabilisce che ogni trattamento sanitario è subordinato al consenso libero e informato dell'interessato, o, in caso di minori, dei loro rappresentanti legali. Ogni decisione deve rispettare la volontà del genitore, tutelando la sua responsabilità e il diritto di autodeterminazione.
2. Legge 31 luglio 2017, n. 119 – La legge sulle vaccinazioni obbligatorie prevede che, pur essendo alcuni vaccini obbligatori per l'infanzia, il diritto all'informazione e al consenso informato rimane imprescindibile, con una piena comprensione dei benefici e dei rischi potenziali delle vaccinazioni.
3. Art. 32 della Costituzione Italiana – La Costituzione della Repubblica Italiana stabilisce che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge," confermando che anche in caso di obbligatorietà di un trattamento, il rispetto della dignità della persona deve prevalere.

Richiesta di Rispetto dei Diritti Genitoriali

In qualità di genitore, esigo che sia rispettato il diritto alla piena informazione e al consenso informato riguardo a qualsiasi pratica vaccinale o profilattica riguardante il/la mio/a figlio/a. Diffido pertanto il personale sanitario dall'eseguire somministrazioni di vaccini o altre terapie senza la mia approvazione scritta e formale, come stabilito dai regolamenti nazionali e dal Codice di Deontologia Medica.

Specificazioni sul Consenso

1. Nessun trattamento senza consenso: Ribadisco che qualsiasi vaccino, terapia genica, o trattamento di profilassi potrà essere somministrato esclusivamente previa espressa approvazione da parte mia, una volta ricevute tutte le informazioni necessarie riguardanti:

Gli effetti collaterali, anche rari, dei vaccini proposti.

La possibilità di alternative vaccinali o di dilazioni, se consentite.

L'efficacia clinica e le possibili reazioni avverse di breve e lungo termine.

2. Monitoraggio e Comunicazione di Eventuali Complicazioni: Richiedo che, per qualsiasi evento avverso post-vaccinale, sia informato tempestivamente e, ove necessario, sia attivato un protocollo di emergenza per garantire il benessere del/la minore.

3. Eventuale Rifiuto del Trattamento: Nel caso in cui ritenessi di non acconsentire alla somministrazione di uno o più vaccini, questo diritto sarà esercitato conformemente alla

legislazione vigente, e senza pregiudizio per l'assistenza sanitaria che il/la mio/a figlio/a ha diritto a ricevere.

Richiesta di Conferma Scritta

In aggiunta, vi invito a confermare per iscritto di aver ricevuto e accettato la presente diffida, impegnandovi a rispettare quanto richiesto in conformità alla normativa vigente.

Sono consapevole delle indicazioni dell'OMS e delle linee guida nazionali sulle vaccinazioni pediatriche, ma ribadisco la necessità che ogni procedura sia eseguita con trasparenza e nel rispetto dei diritti dei genitori, come previsto dalle leggi italiane e internazionali in materia di tutela dei minori e di consenso informato.

Distinti Saluti,

Firma: _____

Data: // _____