

## **Circolare n. 6 del 20 aprile 2000**

### **Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione**

La situazione epidemiologica corrente ed alcune modifiche intervenute di recente nel quadro normativo riguardante le misure di profilassi in sanità pubblica, suggeriscono l'opportunità di procedere ad un aggiornamento delle indicazioni fornite con la Circolare n. 25 del 24 giugno 1992, sia per quanto riguarda i minori ospitati nei centri di vacanza che per quanto riguarda il personale impegnato nella gestione dei centri stessi.

#### **1 . Aspetti normativi ed epidemiologici**

##### **1. 1 Minori ospiti dei soggiorni di vacanza**

a) *vaccinazioni*. Il D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355, concernente le modifiche al D.P.R. 1518/67, prevede l'ammissione alla frequenza scolastica, anche in assenza di certificazioni di avvenuta vaccinazione o di dichiarazioni sostitutive ai sensi della Legge 4 gennaio 1968, n. 15; si ritiene che tali disposizioni possano essere considerate valide anche ai fini dell'ammissione ad altre collettività.

b) *vaccinazione antitifica*. La Circolare n°25 del 1992 rimetteva alla prudente valutazione delle Regioni la decisione di richiedere o meno la vaccinazione antitifica sulla base della situazione epidemiologica locale. L'esame dell'epidemiologia della febbre tifoide relativa all'ultimo decennio (tabella 1) mostra, a partire dal 1993, un trend in decremento su tutto il territorio nazionale, con l'eccezione di un lieve aumento nel 1996; l'incidenza della febbre tifoide, negli ultimi 5 anni, è stata inferiore a 2 casi per 100.000 abitanti. Nel 1998 in nessuna Regione è stato superato il tasso di incidenza di 5 casi per 100.000 abitanti, tasso al di sopra del quale si può ritenere motivata la richiesta della vaccinazione antitifica. L'esame del trend decennale, per tutto il Paese, mostra la relazione lineare con l'età, relazione, peraltro, inversa, essendo la classe d'età più giovane la più colpita (figura 1).

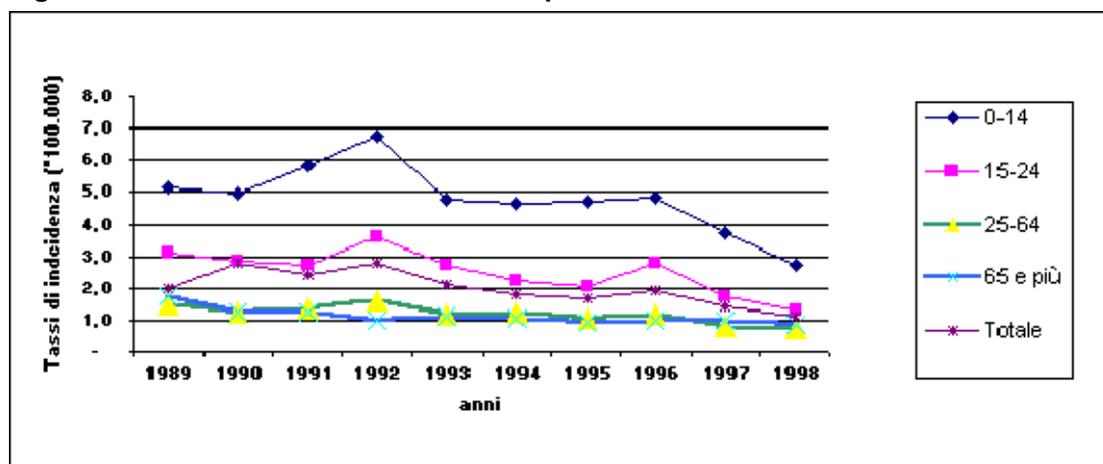
c) *Test di screening per la malattia tubercolare*. Il Documento di Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare (Provvedimento 17 dicembre 1998) indica l'opportunità di effettuare test di screening solo nelle situazioni epidemiologiche caratterizzate da incidenza di malattia tubercolare superiore a 50 casi per 100000 abitanti; poiché in Italia si rileva, nell'ultimo decennio un'incidenza costantemente inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti (figura 2) non si ritiene opportuno che venga richiesto il risultato del Tine test ai fini dell'ammissione ai centri di vacanza.

**Tabella 1 - Febbre Tifoide: Tassi di incidenza (\* 100.000) per Regione e per anno**

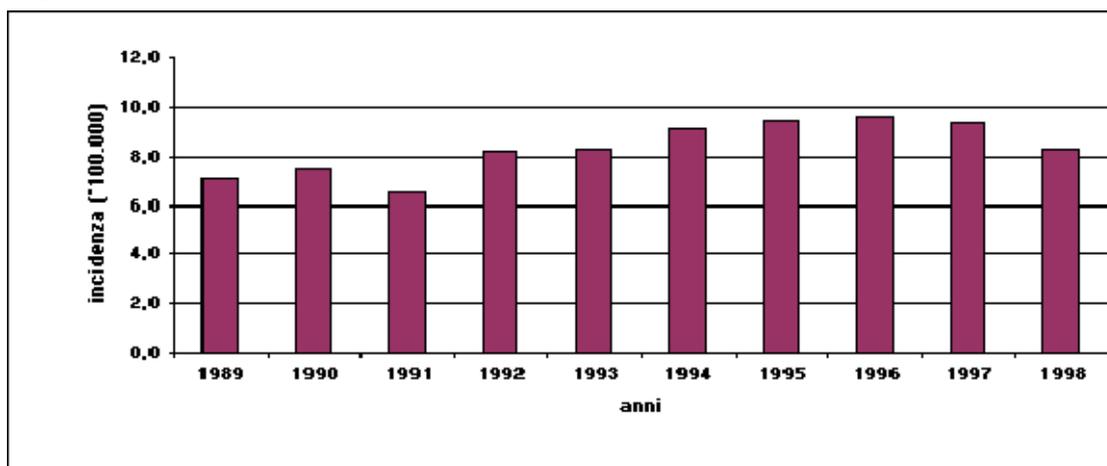
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Piemonte	1,3	2,0	0,2	0,8	0,5	0,5	0,3	0,6	0,3	0,4
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	0,8	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
Bolzano	0,2	-	0,7	0,2	0,2	-	-	0,2	-	0,4
Trento	0,9	0,9	0,2	0,4	-	0,4	-	0,6	0,2	0,6
Veneto	0,8	1,0	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,1
Friuli-Venezia Giulia	0,1	0,3	0,3	0,2	0,8	0,3	0,2	0,1	-	0,1
Liguria	0,9	0,1	1,0	1,7	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	-
Emilia-Romagna	0,5	0,5	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Toscana	1,5	1,1	0,5	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2
Umbria	2,2	1,6	1,0	0,9	0,2	0,2	0,4	0,4	0,2	0,1
Marche	1,4	1,7	2,2	3,0	0,6	0,9	0,2	0,3	0,3	0,3
Lazio	1,5	1,7	1,4	1,8	1,5	1,7	2,7	2,4	1,0	0,6
Abruzzo	2,4	0,4	0,9	2,2	2,1	3,1	1,6	1,3	1,0	0,5
Molise	<b>5,8</b>	4,5	3,9	<b>5,1</b>	1,2	2,7	0,6	-	-	1,5
Campania	0,7	<b>5,6</b>	<b>6,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,4</b>	4,6	4,5	<b>5,6</b>	3,8	3,1
Puglia	<b>11,1</b>	<b>12,5</b>	<b>10,9</b>	<b>12,0</b>	<b>7,5</b>	<b>6,3</b>	4,8	<b>6,3</b>	<b>5,1</b>	4,4
Basilicata	3,3	<b>5,7</b>	<b>8,0</b>	<b>6,1</b>	3,6	3,3	3,3	2,8	1,2	1,6
Calabria	1,2	1,8	2,6	<b>6,7</b>	5,6	2,6	2,9	3,2	3,2	1,1
Sicilia	2,5	<b>6,0</b>	3,3	4,3	3,6	3,7	3,5	3,4	2,7	3,0
Sardegna	2,4	2,5	1,6	3,0	1,9	1,3	2,4	1,8	1,6	0,9
ITALIA	2,0	2,8	2,4	2,8	2,1	1,8	1,7	1,9	1,4	1,1

NB: in grassetto sono evidenziati i tassi di incidenza maggiori del 5 per 100.000

**Figura 1 - Febbre tifoide: trend decennale per classi d'età**



**Figura 2 - Tubercolosi: incidenza nel decennio 1989-1998 sul territorio nazionale**



## **1.2 Personale impegnato nella gestione dei soggiorni di vacanza**

L'art. 32 della Legge 27 dicembre 1997 n. 449 ha, di fatto, abrogato l'obbligatorietà della vaccinazione antitifo-paratifica (e di altre vaccinazioni) per il personale addetto alla produzione, manipolazione, preparazione e distribuzione di alimenti.

In considerazione della peculiarità delle mansioni svolte nelle collettività infantili andranno ricercate tutte le possibili occasioni al fine di educare e formare tale personale sulle norme igienico sanitarie più appropriate.

## **2. Indicazioni**

### **2.1 Ospiti dei soggiorni di vacanza**

E' opportuno che per i minori che frequentano i soggiorni di vacanza sia documentata l'assenza di malattie contagiose, nonché l'eventuale suscettibilità alle stesse, sulla base di mancata immunizzazione naturale o indotta da vaccinazioni.

Pertanto, i minori, dovranno essere muniti di cartella sanitaria conforme al modello riportato nell'allegato A, compilata dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale, o dal personale medico in servizio presso la competente struttura dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di residenza, cui i genitori del minore forniranno, sotto la propria responsabilità, le informazioni eventualmente richieste e/o non deducibili dalla visita medica e dalla scheda personale del minore.

A giudizio del medico curante o della Azienda Unità Sanitaria Locale, potranno essere richiesti ulteriori accertamenti diagnostici ritenuti necessari in seguito al risultato dell'esame clinico.

La cartella sanitaria, compilata in data non anteriore a 5 giorni, dovrà essere presentata al Responsabile del Centro nel momento dell'arrivo presso il Centro stesso.

Nella cartella sanitaria andranno riportate informazioni relative ai seguenti punti:

- la situazione vaccinale del soggetto, con indicazione delle vaccinazioni eseguite, dei cicli vaccinali completati e dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanico-difterica; in caso di mancata presentazione delle certificazioni attestanti l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie, della dichiarazione sostitutiva o della attestazione di esonero sulla base delle motivazioni contenute nella Circolare n. 9 del 1991, valgono le disposizioni di cui al D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355
- l'assenza di sintomi e segni di malattie trasmissibili in atto
- l'esclusione della convivenza con persone affette da malattie trasmissibili in atto
- l'assenza di ectoparassitosi

Nella cartella sanitaria andranno altresì riportate notizie relative alle condizioni generali di salute del soggetto, con particolare riferimento ad allergie e/ o intolleranze alimentari, che potrebbero richiedere un particolare regime dietetico, a terapie farmacologiche in corso, all'uso di dispositivi protesici o altri ausili.

Come sopra accennato, la situazione epidemiologica nazionale non richiede l'effettuazione della vaccinazione antitifica per la frequenza dei soggiorni di vacanza.

Tuttavia, vista la particolare incidenza della febbre tifoide nella classe d'età 0 –14 anni, in casi particolari e sulla base della situazione epidemiologica locale, qualora i soggiorni estivi siano situati in località in cui la morbosità per febbre tifoide abbia superato i 5 casi per 100.000 abitanti nell'anno precedente, le Regioni possono richiedere tale vaccinazione come condizione, dandone comunicazione alle altre Regioni ed al Ministero della Sanità.

## **2.2 Personale impegnato nella gestione dei soggiorni di vacanza**

Il personale destinato alla preparazione ed alla distribuzione dei pasti deve essere munito del libretto di idoneità sanitaria ai sensi dell'art. 14 della Legge 283/62, dell'art 37 del D.P.R. 327/80 e delle successive modifiche.

Il restante personale destinato ad operare nel soggiorno deve essere munito, all'entrata in servizio, della certificazione sanitaria di legge.

## **2.3 Accompagnatori e/o volontari**

Le persone adulte, presenti nei soggiorni di vacanza in qualità di accompagnatori e/o di volontari, devono essere munite di una certificazione attestante, ai fini dell'ammissione in comunità, l'assenza di malattie trasmissibili in atto, secondo il modello riportato nell'allegato B, rilasciata dal medico curante o dal Personale sanitario del competente servizio della AUSL di residenza, in data non anteriore a 5 giorni all'arrivo nel Centro.

AP  
LV  
DC

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
Dr. Fabrizio OLEARI

Regione: \_\_\_\_\_

Azienda USL: \_\_\_\_\_

Distretto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**cognome**

\_\_\_\_\_

**nome**

nato/a a: \_\_\_\_\_

il: /\_\_/\_/\_\_\_\_/

residente a: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Esame obiettivo generale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Malattie pregresse

- morbillo
  - parotite
  - pertosse
  - rosolia
  - varicella
  - scarlattina
  - altro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergie

(specificare il tipo)

- farmaci \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- pollini \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- polveri \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- muffe \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- alimenti \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- veleno insetti \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- altro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Patologie in atto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ectoparassitosi \_\_\_\_\_

### Terapie in corso

(specificare farmaci e posologia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dieta speciale

(specificare alimenti vietati)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Apparecchi protesici e/o altri ausili

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stessa/a in comunità

**Vaccinazioni eseguite**

	I dose	II dose	III dose
<b>DT</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
<b>DTP</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
<b>polio</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
<b>antiepatite B</b>			
<b>MPR</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>morbillo</b>	___/___/___	___/___/___	
<b>parotite</b>	___/___/___		
<b>rosolia</b>	___/___/___		
<b>haemophilus b</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<b>altre (specificare)</b>	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Allegato A  
Alla Circolare  
Ministero Sanità  
n° ... del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA  
PER MINORI  
OSPITI  
DI SOGGIORNI  
DI VACANZA**



Medico compilatore  
\_\_\_\_\_

- Qualifica:
- Medico di medicina generale
  - Pediatra di libera scelta
  - Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

**Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy**

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione

Allegato B  
Alla Circolare  
Ministero Sanità  
n° ... del \_\_/\_\_/\_\_

**SCHEDA SANITARIA  
PER ACCOMPAGNATORI  
E/O VOLONTARI  
DI SOGGIORNI  
DI VACANZA  
PER MINORI**

**Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy**

**Regione:** \_\_\_\_\_

**Azienda USL:** \_\_\_\_\_

**Distretto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**cognome**

\_\_\_\_\_  
**nome**

nato/a a: \_\_\_\_\_

il: /\_\_/\_/\_\_\_\_/

residente a: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Si attesta

che il/la Sig./a \_\_\_\_\_

non presenta sintomi o segni riferibili a malattie  
trasmissibili in atto.

Dagli elementi anamnestici non risulta che abbia  
avuto contatti recenti con persone affette da  
malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali  
da controindicare l'ammissione in collettività

Luogo \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Medico compilatore

\_\_\_\_\_  
Qualifica:

Medico di medicina generale

Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Il sottoscritto dichiara di avere riferito fedelmente  
le informazioni relative al proprio stato di salute e  
ad eventuali contatti recenti con persone affette  
da malattie trasmissibili in atto

FIRMA LEGGIBILE