



**ISTITUTO COMPRESIVO AD INDIRIZZO MUSICALE
"RINA DURANTE"
MELENDUGNO - BORGAGNE**

Scuola dell'infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado ad indirizzo musicale
Sede amministrativa: Via San Giovanni, 1 - 73026 MELENDUGNO - Tel. 0832.834021 - Fax 0832.837175
Ambito 18 Codice Meccanografico: LEIC829006 - Codice fiscale 80010880757
Sito web: www.icsmelendugno.edu.it - e-mail: leic829006@istruzione.it
e-mail certificata: leic829006@pec.istruzione.it



**Al personale della scuola,
Ai docenti scuola secondaria,
ai genitori, agli alunni
scuola secondaria**

Circolare n. 167

OGGETTO: Vaccinazione anti-HPV (seconda dose) e vaccinazione anti-meningococco B (richiamo/ri-vaccinazione) — Somministrazione presso la sede scolastica mediante unità mobile (camper ambulatorio) del Dipartimento di Prevenzione.

Si comunica che, nell'ambito delle attività di prevenzione sanitaria promosse dal Dipartimento di Prevenzione della ASL Lecce, è stata programmata una seduta vaccinale presso l'Istituto, che si svolgerà mediante unità mobile (camper ambulatorio).

Nel corso della seduta saranno effettuate le seguenti vaccinazioni:

- somministrazione della **seconda dose del vaccino anti-HPV**, per gli alunni che hanno già avviato il ciclo vaccinale;
- somministrazione del **vaccino anti-meningococco B**, secondo le indicazioni previste (richiamo, nuovo ciclo o prima somministrazione).

Data e orario:

- 4 maggio 2026
- dalle ore 9:00 alle ore 12:00

Si invitano i docenti a:

- informare tempestivamente gli alunni e le famiglie interessate;
- favorire la raccolta e la consegna della documentazione richiesta;
- collaborare per garantire il regolare svolgimento delle attività durante la mattinata.

Il personale ATA è invitato a:

- supportare l'organizzazione logistica degli spazi;
- agevolare l'accesso e la permanenza dell'unità mobile presso l'Istituto.

Si ricorda che gli alunni potranno essere sottoposti a vaccinazione solo previa consegna del **modulo di consenso informato debitamente firmato** e dell'eventuale documentazione sanitaria richiesta.

Si confida nella consueta collaborazione di tutto il personale per il buon esito dell'iniziativa.

Si allega comunicazione dell'ASL e relativa modulistica da consegnare al momento della vaccinazione.

Il Dirigente Scolastico
Avv. Anna Rita CARATI



Avv. Anna Rita Carati
C.F. CRTNRT66E59E506I
13/04/2026 09:49:20



**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Melendugno**

e, per il Suo tramite,
al Personale Docente e Non Docente
alle Famiglie degli Alunni

OGGETTO: Vaccinazione anti-HPV (seconda dose) e vaccinazione anti-meningococco B (richiamo/rivaccinazione) — Somministrazione presso la sede scolastica mediante unità mobile (camper ambulatorio) del Dipartimento di Prevenzione.

Facendo seguito alla precedente comunicazione relativa all'avvio della campagna vaccinale in ambito scolastico, si informa che è stata programmata una nuova seduta vaccinale presso codesto Istituto, da effettuarsi mediante l'unità mobile (camper ambulatorio) del Dipartimento di Prevenzione della ASL Lecce, nel corso della quale saranno eseguite le seguenti somministrazioni:

1. **Seconda dose del vaccino anti-HPV**, a completamento del ciclo vaccinale già avviato;
2. **Vaccinazione anti-meningococco B** (richiamo ovvero rivaccinazione con nuovo ciclo di due dosi), in conformità alle indicazioni operative regionali di cui alla nota della Regione Puglia — Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Prot. n. 0163486/2026 del 26/03/2026, emanata in attuazione del Calendario Vaccinale per la Vita della Regione Puglia (D.G.R. n. 1589/2021).

Con riferimento alla vaccinazione anti-meningococco B, si precisa che, sulla scorta delle più recenti evidenze scientifiche richiamate nella citata direttiva regionale, per gli adolescenti già vaccinati in età infantile è raccomandata la somministrazione di una dose di richiamo ovvero, qualora siano trascorsi più di sette anni dal completamento del ciclo primario, la rivaccinazione mediante un nuovo ciclo completo di due dosi. Per gli adolescenti non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione del ciclo primario di due dosi.

La seduta vaccinale si svolgerà secondo il seguente calendario:

Data: 4 maggio 2026 dalle ore 9.00 alle ore 12.00

Si invitano le famiglie degli alunni interessati a consegnare al personale scolastico di riferimento, con congruo anticipo rispetto alla data della seduta vaccinale, la seguente documentazione:

- a) modulo di **consenso informato** debitamente compilato e sottoscritto da entrambi i genitori ovvero dagli esercenti la responsabilità genitoriale (o corredato di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 in caso di impossibilità di uno dei firmatari), **comprensivo del consenso alla somministrazione del vaccino anti-meningococco B**;
- b) eventuale **documentazione sanitaria** attestante pregresse vaccinazioni anti-meningococco B ovvero condizioni cliniche rilevanti ai fini della valutazione dell'idoneità alla somministrazione.

Si coglie l'occasione per sottolineare l'importanza della vaccinazione anti-meningococco B quale strumento fondamentale di prevenzione delle malattie meningococciche invasive, la cui incidenza — come confermato dai più recenti dati della sorveglianza nazionale delle malattie batteriche invasive (MaBI) — risulta particolarmente significativa nelle fasce d'età infantile e adolescenziale. La co-somministrazione con il vaccino anti-

HPV è sicura, validata dalle evidenze scientifiche disponibili e consente di ottimizzare le opportunità vaccinali riducendo il numero degli accessi.

Si raccomanda la massima collaborazione da parte della S.V., del personale docente e non docente e delle famiglie, al fine di garantire il regolare svolgimento della seduta vaccinale e il raggiungimento degli obiettivi di copertura ottimale nella popolazione scolastica.

Certo della consueta e fattiva collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Responsabile U.O. SISP di Martano

Dott. Marcello De Simone





ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord

U.O. Martano – V ia F.lli Cervi – 73025 Martano (LE)

Tel. 0836577657 - 0836577655

e-mail: sisp.uo.martano@asl.lecce.it

PEC: sisp.sedemartano.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

Cari Genitori,

la Regione Puglia ha previsto nell'ambito del Calendario Regionale Vaccini l'offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze e i ragazzi nel corso del dodicesimo anno di vita della vaccinazione anti-papillomavirus umano (HPV) e della vaccinazione anti-meningococco B (MenB).

Vaccinazione anti-HPV. L'infezione da HPV causa patologie, sia benigne che maligne, a livello degli organi riproduttivi ed, in particolare, la maggior parte (circa il 70%) dei tumori del collo dell'utero. Il vaccino anti-HPV è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare. Le reazioni più frequenti sono la febbre e le reazioni locali nella sede di iniezione.

Vaccinazione anti-meningococco B. Il meningococco B è uno dei principali agenti eziologici della meningite batterica e della sepsi meningococcica. Il vaccino anti-meningococco B (Bexsero®) è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare. Le reazioni più comuni sono dolore e arrossamento nella sede di iniezione, febbre e malessere generale.

Entrambe le vaccinazioni sono controindicate in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti e devono essere rinviate se è in corso una malattia acuta con febbre. Vanno somministrate con cautela alle persone con deficit della coagulazione.

La seduta vaccinale verrà effettuata presso l'Istituto Scolastico frequentato da Vostro/a figlio/a, in data e orario che saranno comunicati dalla scuola. Si prega di compilare e restituire il modulo di consenso informato e la scheda di anamnesi pre-vaccinale allegata.

F.to Il Referente U.O.
Dott. Marcello De Simone
Servizio Igiene e Sanità Pubblica



ASL Lecce

PugliaSalute

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI-HPV

COGNOME E NOME

NATO/A A IL

SCUOLA CLASSE SEZ.

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

la somministrazione del vaccino anti-HPV al/alla proprio/a figlio/a.

Dichiara inoltre che la vaccinazione potrà essere effettuata:

SENZA la presenza di un genitore/tutore CON la presenza di un genitore/tutore

Data Firma

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI-MENINGOCOCCO B

COGNOME E NOME

NATO/A A IL

SCUOLA CLASSE SEZ. ...

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

la somministrazione del vaccino anti-meningococco B al/alla proprio/a figlio/a.

Dichiara inoltre che la vaccinazione potrà essere effettuata:

SENZA la presenza di un genitore/tutore CON la presenza di un genitore/tutore

Data Firma



ASL Lecce

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene e Sanità Pubblica

DIREZIONE – viale Don Minzoni 8 - 73100 Lecce – tel. e fax 0832.215578 – e-mail: sisp@asl.lecce.it

Anamnesi Pre-Vaccinale di _____

nato/a a _____ il _____

1) Sta bene il vaccinando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• malattia neurologica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• malattia con immunodeficienza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• con febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• senza febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• cortisonici ad alte dosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• antineoplastici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se sì, si è trattato di reazioni importanti? (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma del genitore o del vaccinato _____

Firma degli Operatori Sanitari _____

Data _____ Firma _____



**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Melendugno**

e, per il Suo tramite,
al Personale Docente e Non Docente
alle Famiglie degli Alunni

OGGETTO: Vaccinazione anti-HPV (seconda dose) e vaccinazione anti-meningococco B (richiamo/rivaccinazione) — Somministrazione presso la sede scolastica mediante unità mobile (camper ambulatorio) del Dipartimento di Prevenzione.

Facendo seguito alla precedente comunicazione relativa all'avvio della campagna vaccinale in ambito scolastico, si informa che è stata programmata una nuova seduta vaccinale presso codesto Istituto, da effettuarsi mediante l'unità mobile (camper ambulatorio) del Dipartimento di Prevenzione della ASL Lecce, nel corso della quale saranno eseguite le seguenti somministrazioni:

1. **Seconda dose del vaccino anti-HPV**, a completamento del ciclo vaccinale già avviato;
2. **Vaccinazione anti-meningococco B** (richiamo ovvero rivaccinazione con nuovo ciclo di due dosi), in conformità alle indicazioni operative regionali di cui alla nota della Regione Puglia — Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Prot. n. 0163486/2026 del 26/03/2026, emanata in attuazione del Calendario Vaccinale per la Vita della Regione Puglia (D.G.R. n. 1589/2021).

Con riferimento alla vaccinazione anti-meningococco B, si precisa che, sulla scorta delle più recenti evidenze scientifiche richiamate nella citata direttiva regionale, per gli adolescenti già vaccinati in età infantile è raccomandata la somministrazione di una dose di richiamo ovvero, qualora siano trascorsi più di sette anni dal completamento del ciclo primario, la rivaccinazione mediante un nuovo ciclo completo di due dosi. Per gli adolescenti non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione del ciclo primario di due dosi.

La seduta vaccinale si svolgerà secondo il seguente calendario:

Data: 4 maggio 2026 dalle ore 9.00 alle ore 12.00

Si invitano le famiglie degli alunni interessati a consegnare al personale scolastico di riferimento, con congruo anticipo rispetto alla data della seduta vaccinale, la seguente documentazione:

- a) modulo di **consenso informato** debitamente compilato e sottoscritto da entrambi i genitori ovvero dagli esercenti la responsabilità genitoriale (o corredato di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 in caso di impossibilità di uno dei firmatari), **comprensivo del consenso alla somministrazione del vaccino anti-meningococco B**;
- b) eventuale **documentazione sanitaria** attestante pregresse vaccinazioni anti-meningococco B ovvero condizioni cliniche rilevanti ai fini della valutazione dell'idoneità alla somministrazione.

Si coglie l'occasione per sottolineare l'importanza della vaccinazione anti-meningococco B quale strumento fondamentale di prevenzione delle malattie meningococciche invasive, la cui incidenza — come confermato dai più recenti dati della sorveglianza nazionale delle malattie batteriche invasive (MaBI) — risulta particolarmente significativa nelle fasce d'età infantile e adolescenziale. La co-somministrazione con il vaccino anti-

HPV è sicura, validata dalle evidenze scientifiche disponibili e consente di ottimizzare le opportunità vaccinali riducendo il numero degli accessi.

Si raccomanda la massima collaborazione da parte della S.V., del personale docente e non docente e delle famiglie, al fine di garantire il regolare svolgimento della seduta vaccinale e il raggiungimento degli obiettivi di copertura ottimale nella popolazione scolastica.

Certo della consueta e fattiva collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Responsabile U.O. SISP di Martano

Dott. Marcello De Simone





ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord

U.O. Martano – V ia F.lli Cervi – 73025 Martano (LE)

Tel. 0836577657 - 0836577655

e-mail: sisp.uo.martano@asl.lecce.it

PEC: sisp.sedemartano.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

Cari Genitori,

la Regione Puglia ha previsto nell'ambito del Calendario Regionale Vaccini l'offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze e i ragazzi nel corso del dodicesimo anno di vita della vaccinazione anti-papillomavirus umano (HPV) e della vaccinazione anti-meningococco B (MenB).

Vaccinazione anti-HPV. L'infezione da HPV causa patologie, sia benigne che maligne, a livello degli organi riproduttivi ed, in particolare, la maggior parte (circa il 70%) dei tumori del collo dell'utero. Il vaccino anti-HPV è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare. Le reazioni più frequenti sono la febbre e le reazioni locali nella sede di iniezione.

Vaccinazione anti-meningococco B. Il meningococco B è uno dei principali agenti eziologici della meningite batterica e della sepsi meningococcica. Il vaccino anti-meningococco B (Bexsero®) è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare. Le reazioni più comuni sono dolore e arrossamento nella sede di iniezione, febbre e malessere generale.

Entrambe le vaccinazioni sono controindicate in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti e devono essere rinviate se è in corso una malattia acuta con febbre. Vanno somministrate con cautela alle persone con deficit della coagulazione.

La seduta vaccinale verrà effettuata presso l'Istituto Scolastico frequentato da Vostro/a figlio/a, in data e orario che saranno comunicati dalla scuola. Si prega di compilare e restituire il modulo di consenso informato e la scheda di anamnesi pre-vaccinale allegata.

F.to Il Referente U.O.
Dott. Marcello De Simone
Servizio Igiene e Sanità Pubblica



ASL Lecce

PugliaSalute

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI-HPV

COGNOME E NOME

NATO/A A IL

SCUOLA CLASSE SEZ.

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

la somministrazione del vaccino anti-HPV al/alla proprio/a figlio/a.

Dichiara inoltre che la vaccinazione potrà essere effettuata:

SENZA la presenza di un genitore/tutore **CON** la presenza di un genitore/tutore

Data Firma

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI-MENINGOCOCCO B

COGNOME E NOME

NATO/A A IL

SCUOLA CLASSE SEZ. ...

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

la somministrazione del vaccino anti-meningococco B al/alla proprio/a figlio/a.

Dichiara inoltre che la vaccinazione potrà essere effettuata:

SENZA la presenza di un genitore/tutore **CON** la presenza di un genitore/tutore

Data Firma



ASL Lecce

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene e Sanità Pubblica

DIREZIONE – viale Don Minzoni 8 - 73100 Lecce – tel. e fax 0832.215578 – e-mail: sisp@asl.lecce.it

Anamnesi Pre-Vaccinale di _____

nato/a a _____ il _____

1) Sta bene il vaccinando?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• malattia neurologica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• malattia con immunodeficienza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• con febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• senza febbre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se sì specificare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• cortisonici ad alte dosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• antineoplastici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) È allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se sì, si è trattato di reazioni importanti? (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma del genitore o del vaccinato _____

Firma degli Operatori Sanitari _____

Data _____ Firma _____