

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 00199 DEL 31 GEN. 2023

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Igiene e Sanità Pubblica

Oggetto: approvazione protocollo operativo tra REMS-RELIVI e Servizio Vaccinale Aziendale, quale strumento per facilitare l'accesso alle vaccinazioni per le persone affette da varie patologie croniche e più vulnerabili da un punto di vista sociale.

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegata)data, 31 GEN. 2023

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

D.ssa Valia Bruno

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegata)data, 31 GEN. 2023

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

 Senza osservazioni Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. ✓ _____del 23-01-2023Il Dir. ad interim UOC Bilancio e Contabilità
(Dott. Fabio Filippi)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il Responsabile del Procedimento
(Dott. Valerio Dell'Orco)Il Direttore UOC
(Dott. Alberto Perra)La presente deliberazione è costituita da n. 3 pagine
di n. 1 allegati composti da un totale di pagine n. 4

Il Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica relazione al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Al sensi e per gli effetti della Deliberazione n.933 del 19/07/2019, parzialmente modificata con Deliberazione n.1126 del 10/09/2019, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n.84 del 17/10/2019 e della deliberazione n.993 del 07/06/2022 con la quale sono state proposte modifiche all'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16/06/2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n.56, suppl. I, del 05/07/2022,

PRESO ATTO del Piano Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 febbraio 2019, che ha approvato la nuova offerta vaccinale in regime di SSN, come strumento per ridurre le disuguaglianze e garantire la tutela della salute in attuazione delle più attuali evidenze scientifiche;

PRESO ATTO delle integrazioni apportate dalla nuova definizione dei LEA, per cui oltre alle già incluse vaccinazioni contro difterite, tetano, polio, epatite B, Hib, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze undicenni e influenza nei soggetti di età ≥ 65 anni, vengono introdotte le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e anti-varicella nei nuovi nati, la vaccinazione anti-HPV nei maschi undicenni, la vaccinazione anti-meningococcica tetravalente ACWY135 e richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; nonché viene prevista la chiamata attiva e la gratuità di vaccinazioni a molteplici gruppi di adulti a rischio individuati dal PNPV e le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Zoster nei sessantacinquenni;

PRESO ATTO che le categorie dei gruppi di popolazione a rischio per patologia è costituita da individui che presentano determinate caratteristiche e particolari condizioni morbose (patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, immunodepressione, ecc.) e che tali gruppi di popolazione vanno garantiti attraverso l'offerta attiva e l'accessibilità alle vaccinazioni previste;

CONSIDERATO il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 06 agosto 2020, in cui si ribadisce l'importanza degli interventi di prevenzione e del miglioramento delle coperture vaccinali;

CONSIDERATO il PRP 2021-2025 che prevede come linea di intervento PLI2 Vaccinazioni in cui sono previste azioni aggiuntive volte a promuovere la vaccinazione in gruppi fragili e svantaggiati;

CONSIDERATA la Circolare Regionale n. 233999 del 23/04/2018 avente per oggetto "PNPV 2017-19. Revisione ed aggiornamento delle Circolari Regionali n. 215428 del 28/04/2017 e n.291856 del 08/06/2017", in cui è prevista per tutte le vaccinazioni garantite dai nuovi LEA la chiamata attiva;

CONSIDERATA la Circolare Regionale n. 360551 del 11/04/2022 avente per oggetto: "nota regionale Prot. N. 927983 del 12 novembre 2021. Vaccino ricombinante adiuvato Shingrix. Ripartizione tra le aziende USL dell'approvvigionamento annuale di prodotti ed ulteriori indicazioni per il suo utilizzo";

CONSIDERATO che la ASL Roma5 con delibere 1910 e 1911 del 10.11.2022 ha già approvato un protocollo operativo con le RSA e i Presidi Ospedalieri quale strumento per facilitare l'accesso alle vaccinazioni per le persone affette da varie patologie croniche e più vulnerabili da un punto di vista sociale;

CONSIDERATO che anche nelle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) e nell'istituenda RELIVI (residenza per i liberi vigilati) risiedono persone affette da varie condizioni di rischio, al fine di garantire come previsto dal PNPV 2017-2019 e dal PRP 2021-25 un'adeguata copertura vaccinale, si ritiene utile estendere le procedure adottate verso le RSA e i Presidi Ospedalieri, come da delibere sopra citate, anche alle REMS-RELIVI ed adottare il protocollo operativo riportato in allegato al fine di facilitare l'accesso alle vaccinazioni richieste dai LEA;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. di adottare il protocollo operativo standard tra SISP e REMS -RELIVI ASL Roma 5, quale strumento per facilitare l'accesso alle vaccinazioni per le persone affette da varie patologie croniche e più vulnerabili da un punto di vista sociale;
2. disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Attesta, altresì, che la presente proposta a seguito dell'istruttoria effettuata nella forma e nella sostanza è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica
Dr. Alberto Perra

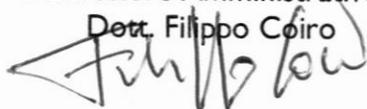


SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere Favorevole

Data 13 1 GEN. 2023

Il Direttore Amministrativo
Dott. Filippo Coiro



Parere Favorevole

Data 13 1 GEN. 2023

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Velia Bruno



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n.T00096 del 11 Luglio 2022,

- Vista superiore proposta di deliberazione formulata dal Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;
- Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta:

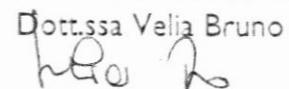
DELIBERA

- di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata e sottoscritta dal Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009 .

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro


Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Velia Bruno


Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito


PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: _____

~~31 GEN. 2023~~

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani

Tivoli, _____

Allegato

MODALITA' DI OFFERTA VACCINALE NELLE REMS-RELIVI

Protocollo operativo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si rende disponibile a fornire i vaccini alle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) ed alle RELIVI (residenze per i liberi vigilati) del proprio territorio che ne facciano domanda per i loro ospiti, a condizione che tali soggetti presentino i requisiti previsti dal PNPV 2017-2019 e dal PNP 2020-2025 e che non abbiano garantita la prestazione da parte dei loro MMG o dal personale medico della struttura stessa.

Le REMS-RELIVI garantiscono l'offerta tramite:

- l'identificazione dei propri ospiti applicando i criteri per le condizioni di rischio previste dal PNPV, PNP e dalle Circolari Regionali esplicative
- la richiesta di vaccini alla ASL Roma 5
- il ritiro dei vaccini presso la Farmacia ospedaliera competente per territorio
- l'acquisizione del consenso informato
- la somministrazione diretta tramite proprio personale
- la trasmissione di tutti i dati alla UOS vaccinazioni (campagne.vaccinali@aslroma5.it) per permettere la registrazione sull'Anagrafe Vaccinale Regionale.

Le REMS-RELIVI si impegnano a somministrare i vaccini ricevuti entro 14 giorni dal ritiro. I vaccini non somministrati entro 14 giorni dal ritiro saranno restituiti alle ASL con dichiarazione scritta del corretto mantenimento della catena del freddo.

La UOS Vaccinazioni assicura un supporto per tutte le fasi del processo, si impegna ad ordinare i quantitativi di vaccino richiesti dalla struttura e provvede alla registrazione sulla Anagrafe Vaccinale Regionale, tramite il software in uso in ASL, dei vaccini somministrati.

In allegato:

- Modulo richiesta vaccini e dichiarazione requisiti
- Scheda utente
- Modulo consenso informato adulti
- Modulo consenso informato minori
- il formato excel da compilare per la richiesta dei vaccini
- il formato excel da compilare, dopo l'avvenuta vaccinazione, per permettere la registrazione

RICHIESTA VACCINI E DICHIARAZIONE REQUISITI

NOME STRUTTURA _____

Alla ASL Roma 5

Reparto _____

campagne.vaccinali@aslroma5.it

Il Responsabile della Struttura o Medico Incaricato del Reparto

Dott./Dott.ssa _____ Codice Fiscale _____
(nome e cognome in stampatello)

Tel. Cellulare _____

E-mail _____

Dichiara di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo.

Richiede inoltre la fornitura dei seguenti vaccini:

Nome commerciale _____ **n° dosi** _____

Nome commerciale _____ **n° dosi** _____

Nome commerciale _____ **n° dosi** _____

Indirizzo e numero di telefono per la consegna vaccini:

Via/P.zza _____ Comune _____

Cellulare _____

Data, _____

Firma del medico

**SCHEDA UTENTE****Dati anagrafici**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Medico di famiglia _____

Motivo della vaccinazione _____

Anamnesi pre-vaccinaleIn questo momento gode di buona salute? sì noPresenta attualmente o ha avuto malattie importanti? sì no

Se sì, specificare quali (es. neurologica, da immunodeficienza, tumori, altro)

.....
.....Sta assumendo farmaci? sì no

Se sì, specificare quali

È allergico a componenti di farmaci, alimenti o altre sostanze? sì no

Se sì, specificare quali

Ha manifestato reazioni avverse gravi in seguito alla somministrazione di altri vaccini? sì no

Se sì, specificare quali

.....

E' IN GRAVIDANZA? sì no

Eventuali altre malattie di rilievo o terapie particolari

.....

Dichiaro di aver ricevuto e compreso informazioni sulla/e malattie/a da prevenire, sulle caratteristiche dei vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazioni/e e sul numero delle somministrazioni previste dal calendario vaccinale vigente.

DATA _____

FIRMA dell'assistito _____

FIRMA del medico _____



IL/LA SOTTOSCRITTO/A
ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali per la gestione del processo vaccinale;

Vaccino	Acconsente	Non acconsente	Nome commerciale	LOTTO
anti Difterite-Tetano- Pertosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Polio-dift.Tetano- Pertosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Epatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti Epatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Haemophilus HiB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco A-C- W135-Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Pneumococco (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Papillomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Morbillo-Parotite- Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-MPRV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Data _____

Firma _____

Firma del Medico che ha ricevuto il consenso

Trattamento dei dati personali: ai sensi art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria. Il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale <https://www.aslroma5.info/web/privacy>

DATA _____

Firma _____

Autorizzo l'eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato, anche per SMS, per informative da parte di questa azienda sanitaria.

DATA _____

Firma _____

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE PER MINORI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ il _____ C.F.* _____
 Residente in* _____ Via/Piazza _____ N° _____
 Recapito telefonico _____

*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

Identificato con documento _____ N° _____
 Scadenza ____/____/____ Rilasciato da _____
 E _____

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ il _____ C.F.* _____
 Residente in* _____ Via/Piazza* _____ N° _____
 Recapito telefonico _____

*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

Identificato con documento _____ N° _____
 Scadenza ____/____/____ Rilasciato da _____

NELLE RISPETTIVE QUALITA' DI **Genitore/i o** **Tutore/Legale rappresentante di:**

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ____/____/____

DICHIARA/ DICHIARANO

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del/i vaccino/i; sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione; sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione; sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- di essere stato invitato/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
- di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

Esprime il proprio consenso/diniego alla effettuazione del ciclo di base e dei successivi richiami per le seguenti vaccinazioni, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e del DL 7 giugno 2017 n. 73, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017 n. 119:

Vaccino	Acconsente		Data	Firma
	SI	NO		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-haemophilusB-epatiteB (Esavalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-tetanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-poliomielitica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-Morbillo-parotite-rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-Morbillo-parotite-rosolia-varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco A-C-W135-Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Pneumococco (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Papillomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Epatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Acconsente alla somministrazione delle seguenti vaccinazioni facoltative soggette a contributo di spesa (c.d. ticket):

1. _____
2. _____

Data

Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante

PRESIDIO

Firma del Medico che ha ricevuto il consenso

Trattamento dei dati personali: ai sensi art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria. Il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale <https://www.aslroma5.info/web/privacy>

Data

Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante

Autorizzo l'eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato, anche per SMS, per informative da parte di questa azienda sanitaria.

Data

Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante

