

ASL NAPOLI 3 SUD

Registro di Protocollo - Partenza

N. 0061393 del 24/04/2018 - 13:27



* 0 0 0 4 2 6 5 6 5 0 *

Ai Direttori dei Distretti Sanitari

Ai PLS

per il tramite del Direttore del Distretto Sanitario

Al Direttore UOC Epidemiologia e Prevenzione
Dott. Francesco Giugliano

Al Direttore U.O.C. Materno Infantile Territoriale
Dott. Luigi Granato

Al Direttore Dipartimento Farmaceutico
Dott. Eduardo Nava

Al Presidente ex art 23 PLS
Dott. Primo Sergianni

Al Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico
Dott.ssa Angela Improta

OO.SS. Pediatria di Libera Scelta
FIMP Dott. Antonio D' Avino
CIPE Dott. Gerardo Napolitano
LL. Sedi

Oggetto: programma di collaborazione con la Pediatria di Libera scelta in ambito vaccinale.

Valutato quanto definito nella riunione del Comitato aziendale ex Art. 23 – PLS del 17/04/2018 relativamente al protocollo operativo da mettere in atto in ottemperanza a quanto disposto con nota prot. 35657 del 07/03/2018 “PNPV 2017-2019 nuovo calendario vaccinale, introduzione offerta attiva nuove vaccinazioni - autorizzazione collaborazione attività vaccinale attiva con la Pediatria di libera scelta”;

visto il PNPV 2017-2019 che introduce l'obbligo dell'offerta attiva di diverse vaccinazioni tra cui le vaccinazioni anti Rotavirus e anti Meningococco B;

considerato quanto previsto dal Decreto Legge n. 73 del 07 giugno 2017, convertito con modifiche dalla Legge del 119 del 31.07.2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, relativamente al recupero dei soggetti inadempienti;

atteso che tutti i vaccini contenuti nel calendario del Pnpv 2017-2019 sono stati inseriti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) per cui i cittadini che rientrano tra le categorie target per la vaccinazione hanno il diritto a usufruirne gratuitamente, secondo il predetto calendario;

vista la nota a firma del Direttore SEP, prot. 0210 del 29/03/2018, che rileva coperture non in linea con quanto previsto dagli attuali obiettivi LEA ed indica gli obiettivi di copertura previsti per l'anno in corso per tutte le classi di età comprese nel PNPV 2017-2019;

valutato necessario coinvolgere tutte le forze in campo al fine di raggiungere gli obiettivi di salute previsti dalle normative attualmente vigenti.

SI DISPONE CHE

I Direttori dei Distretti:

provvedano a comunicare ai singoli pediatri giornate, orari e modalità di accesso al Centro Vaccinale distrettuale;

provvedano a consegnare ai genitori (attraverso il personale preposto), all'atto della iscrizione del neonato al proprio pediatra di famiglia, specifica informativa (che sarà consegnata ai distretti sanitari appena disponibile) sulle vaccinazioni previste dal PNPV 2017 – 2019;

provvedano ad acquisire, entro e non oltre 10 gg. dalla ricezione del presente programma, da tutti i pediatri operanti nel proprio distretto l'apposita dichiarazione di adesione/non adesione al programma (Mod.A1), dandone comunicazione alla Direzione Sanitaria aziendale, al Presidente Comitato ex Art.23 ed alla UOC Epidemiologia e Prevenzione;

provvedano a definire modalità e tempi per la richiesta ed il ritiro dei vaccini da parte dei PIs nonché percorsi operativi per i pediatri che opereranno all'interno del Centro Vaccinale, attraverso apposita UCAD da tenersi entro e non oltre 15 gg. dalla ricezione della presente, le cui risultanze saranno comunicate al Presidente Comitato ex Art.23 PLS ed alla UOC Epidemiologia e Prevenzione;

provvedano, attraverso il Centro Vaccinale, ad inoltrare alla Farmacia distrettuale apposito ordine comprensivo dei fabbisogni del Centro Vaccinale e delle richieste dei PIs (Mod.A2);

provvedano alla liquidazione mensile dei compensi previsti per singolo atto vaccinale secondo l'Accordo Integrativo Regionale PLS vigente (euro 13,00 per vaccinazione praticata presso centro vaccinale; euro 15,00 per vaccinazione praticata presso ambulatorio pediatrico convenzionato ed euro 25,00 se eseguita contestualmente a Bilancio di Salute).

Atteso che l'attuale calendario vaccinale prevede un accesso precoce per la vaccinazione anti rotavirus (già dalla 6^a settimana di vita) oltre che per quella anti meningococco B che va iniziata dopo la 1^a esavalente, nel corso del 3° mese di vita, i genitori del neonato vanno informati precocemente e considerato che il neonato entra in contatto con il proprio pediatra di famiglia molto precocemente, spesso già nella prima settimana di vita, si affida a tutti i Pediatri di famiglia il compito di informare i genitori nei tempi previsti consegnando loro la lettera di invito alle vaccinazioni ed il relativo opuscolo (che saranno consegnati ai distretti sanitari appena disponibili), acquisendone formale ricevuta che va tenuta agli atti del singolo pediatra. In questa occasione il PIs potrà concordare la data delle vaccinazioni anti rotavirus ed anti meningococco B da praticarsi presso il proprio studio o, in alternativa, presso il Centro Vaccinale distrettuale.

I Pediatri di Libera Scelta:

devono presentare il modulo di adesione/non adesione al programma al Distretto Sanitario di competenza (Mod.A1);

i pediatri che vaccinano presso il proprio studio provvederanno alla contestuale registrazione nell'anagrafe vaccinale informatizzata di tutte le vaccinazioni praticate;

i pediatri devono consegnare, entro e non oltre il 10° giorno del mese, la rendicontazione delle vaccinazioni praticate mediante apposito Mod. A5 o A6.

Il Direttore del Dipartimento Farmaceutico:

provveda ad evadere, attraverso le Farmacie distrettuali, nei tempi e nei modi concordati in sede locale, le richieste di vaccini inoltrate dai Centri Vaccinali, comprensive anche di quanto richiesto dai PIs.

Il Direttore U.O.C. Materno Infantile Distrettuale:

proceda a monitorare la corretta applicazione del presente programma presso tutti i Distretti Sanitari di questa Azienda, dandone comunicazione alla Direzione Sanitaria aziendale, al Presidente Comitato ex Art.23 PLS ed alla UOC Epidemiologia e Prevenzione trascorsi 45 gg. dalla ricezione della presente e successivamente con cadenza trimestrale, evidenziando eventuali criticità riscontrate.

Il Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico:

predisponga, utilizzando tutti gli strumenti necessari, apposita campagna informativa, su quanto messo in campo da questa Azienda per promuovere la pratica delle vaccinazioni.

I rappresentanti delle OO.SS. dei PLS sono invitati a fornire fattiva collaborazione ed a dare ampia diffusione di quanto concordato con la Direzione Strategica in merito al presente programma di collaborazione coinvolgendo tutti i pediatri di libera scelta operanti in questa Azienda.

Distinti Saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Luigi Caterino



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Antonietta Costantini



Dott. _____

Codice Regionale: _____

ASL _____ Distretto Sanitario N. _____

AL DIRETTORE GENERALE

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO N. _____

OGGETTO: PROGETTO DI COLLABORAZIONE VACCINALE ROTAVIRUS E MENINGOCOCCO B

La/Il sottoscritta/o d.ssa/dr. _____, Pediatra di LS nel Distretto N° _____, con studio/i in _____ la presente dichiara di

- ☐ NON voler aderire al progetto di cui all'oggetto per i seguenti motivi _____

- ☐ VOLER aderire al progetto di cui all'oggetto rendendosi disponibile alla:

- | | |
|---|--|
| ☐ esecuzione diretta della vaccinazione anti-MenB presso: | proprio ambulatorio ☐ |
| | Centro Vaccinale ☐ |
| ☐ esecuzione diretta della vaccinazione anti-Rotavirus presso: | proprio ambulatorio ☐ |
| | Centro Vaccinale ☐ |
| ☐ esecuzione diretta recupero vaccinazioni presso: | proprio ambulatorio ☐ |
| | Centro Vaccinale ☐ |

*Dichiara di disporre, presso il proprio studio, dei presidi necessari per affrontare eventuali reazioni avverse.

La suddetta adesione può essere modificata in qualsiasi momento con comunicazione a codesta ASL.

Timbro e firma

D.ssa/Dr. _____

_____, li _____

Al Responsabile del Centro Vaccinale del Distretto

per il successivo inoltro

Al Responsabile della Farmacia Distrettuale

Il sottoscritto dr.,
avendo aderito al progetto di collaborazione alla pratica vaccinale, richiede le seguenti dosi di vaccino:

- MENINGOCOCCO B n. dosi
- ANTIROTAVIRUS n. dosi
- n. dosi
- n. dosi

Dichiara di essere garante della corretta conservazione e somministrazione dei vaccini richiesti garantendo il corretto trasporto e la corretta conservazione dei vaccini ritirati.

In particolare si impegna a garantire e rispettare le seguenti prescrizioni:

1. Il Pediatra aderente al progetto deve possedere idoneo frigorifero dotato di un termometro con rilevazione della temperatura minima e massima raggiunta.
2. Il termometro deve consentire con facilità la rilevazione di temperature non idonee alla conservazione dei vaccini (inferiori a +2 °C o superiori a +8°C).
3. Il trasporto dei vaccini deve avvenire in contenitori per il trasporto di alimenti surgelati nei quali sia presente almeno un elemento refrigerante con il quale il vaccino non venga a diretto contatto.
4. I vaccini vanno portati, nel più breve tempo possibile, allo studio e collocati nel frigorifero in posizione idonea ad assicurare la conservazione a temperatura tra +2°C e +8°C.
5. Il Pediatra che evidenzia un'eventuale inadeguata conservazione dei vaccini per imperfezioni nella catena del freddo o imprevisti legati a eventi accidentali, eliminerà tali vaccini.
6. Il Pediatra è responsabile dell'intero processo di conservazione consecutivo al ritiro dei vaccini e fino alla somministrazione degli stessi.
7. Il Pediatra si impegna a somministrare i vaccini ricevuti in carico dal Distretto Sanitario di competenza, seguendo le modalità di preparazione e somministrazione indicate dal Ministero della Salute e riportate anche sui foglietti illustrativi dei vaccini stessi.

FIRMA

Data,

La/Il sottoscritta/o d.ssa/dr. _____, Pediatra di LS dichiara di ricevere le seguenti dosi di vaccino:

- MENINGOCOCCO B n. dosi
- ANTIROTAVIRUS n. dosi
- n. dosi
- n. dosi
- n. dosi

Data,

FIRMA

SCHEDA DI AVVENUTA VACCINAZIONE

PEDIATRA:

DATA

Certifico di aver eseguito, in data odierna alla/al piccola/o,

nato a, il,

residente in, indirizzo,

singola dose del seguente vaccino:

- MENINGOCOCCO B dose prep. scadenza
- ANTIROTAVIRUS dose prep. scadenza
- dose prep. scadenza
- dose prep. scadenza
- dose prep. scadenza

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL GENITORE

.....

.....

SCHEDA RIASSUNTIVA VACCINAZIONI ESEGUITE IN AMBULATORIO PEDIATRA

PEDIATRA

DATA

N. DI VACCINAZIONI ESEGUITE NEL MESE DI ANNO

- MENINGOCOCCO B n. dosi
- ANTIROTAVIRUS n. dosi
- n. dosi
- n. dosi
- n. dosi

FIRMA DEL PEDIATRA

FIRMA PER RICEVUTA

.....

.....

SCHEDA RIASSUNTIVA VACCINAZIONI ESEGUITE PRESSO IL CENTRO VACCINALE

PEDIATRA

DATA

N. DI VACCINAZIONI ESEGUITE IL

- **MENINGOCOCCO B** n. dosi
- **ANTIROTAVIRUS** n. dosi
- n. dosi
- n. dosi
- n. dosi

FIRMA DEL PEDIATRA

FIRMA PER RICEVUTA

.....

.....

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

Dati identificativi del vaccinando

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Dati identificativi dei genitori

Padre: Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Madre: Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Dati identificativi del tutore

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Il/La

sottoscritto/a.....

In qualità di ☐ genitore ☐ tutore

in relazione alla vaccinazione/i

alla/e quale/i in data odierna si sottopone mio/a figlio/a dichiaro:

- ☐ di avere ricevuto sufficienti informazioni sulle malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e nonché sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata vaccinazione
- ☐ di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente sulle malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e
- ☐ di avere avuto informazioni sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i
- ☐ di avere avuto informazioni sulla necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 20 minuti, dopo la/e vaccinazione/i e di comunicare eventuali reazioni avverse
- ☐ di aver riferito correttamente informazioni sullo stato di salute di mio/a figlio/a
- ☐ di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore da me personalmente informato della necessità di effettuazione dell'atto vaccinale
- ☐ di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente

Pertanto, dichiaro di

- ☐ ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la/le Vaccinazione/i proposta/e
- ☐ NON ACCETTARE liberamente e in piena coscienza la/le Vaccinazione/i proposta/e

Data..... Firma.....