



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.: 05841760829 - www.asppalermo.org

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. Sanità Pubblica,
Epidemiologia e Medicina Preventiva
VIA Carmelo Onorato n° 6 - 90129 - PALERMO
TEL. 091 7032341 – 091 7032415 – FAX 091 7035062
WEB : <http://epidemiologia.asppalermo.org>

Prot. n. **5621**/EPI
Rif. Prot. n. del

Palermo, li **- 7 OTT, 2019**

Ai Medici di Medicina Generale
della Città di Palermo
E p.c. Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

OGGETTO: Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2019-2020: Adesione

In vista dell'imminente inizio della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2019-2020 si richiede di compilare il modulo di adesione allegato, da inviare via mail esclusivamente al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org, **entro il 15 ottobre 2019**.

Si ricorda che, ai sensi del D.A. 1829/2019, tutti i MMG ed i PLS, dovranno aderire alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2019/2020; anche coloro che non sono nelle condizioni di somministrare le vaccinazioni, dovranno incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto e trasmettere alla U.O.C. scrivente il numero dei soggetti di età ≥ 65 anni e dei soggetti a rischio.

Come previsto dall'allegato al D.A. i medici che non sono nelle condizioni di somministrare le vaccinazioni sono tenuti a documentare le motivazioni dell'impedimento alla somministrazione del vaccino con apposita relazione, da inviare alla U.O.C. scrivente, che successivamente invierà il dato aggregato al Servizio 4 DASOE.

Si rammenta che la mancata partecipazione alla campagna costituisce elusione degli obblighi sanciti dal CCNL.

Come gli anni precedenti, soltanto per la città di Palermo, si provvederà alla domiciliazione dei vaccini ai MMG che ne faranno richiesta; pertanto nel modello di adesione allegato dovrà essere indicato l'indirizzo dell'ambulatorio in cui dovrà essere effettuata l'eventuale consegna ed il proprio n° di cellulare. I medici saranno informati sul giorno ed orario di consegna del vaccino, che avverrà **anche al di fuori dell'orario di ricevimento dell'ambulatorio**.

Eventuali ulteriori dosi di vaccino potranno essere ritirate presso il Centro Profilattico di via C. Onorato n.6, Palermo.

Non verranno prese in considerazione richieste di consegna a domicilio per dosi inferiori a 100 vaccini.

Coloro i quali non richiederanno la consegna presso il proprio ambulatorio potranno ritirare il vaccino, forniti di borsa isoterma e accumulatori di freddo, presso il Centro Profilattico di via C. Onorato n.6, Palermo.

Ferma restando la possibilità di somministrare le vaccinazioni antipneumococcica e anti herpes zoster in ogni periodo dell'anno, si rappresenta l'opportunità di associare alla vaccinazione antinfluenzale anche quella anti-pneumococcica 13 valente o 23 valente o quella anti Herpes Zoster a coloro che hanno già effettuato negli anni precedenti la vaccinazione antipneumococcica.

Si invitano le SS.LL. ad attenzionare le indicazioni operative sui prodotti da utilizzare contenute nell'allegato alla presente nota.

Il Direttore dell'U.O.C.
Dr. Nicolò Casuccio

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2019-2020

ADESIONE DEI MMG DELLA CITTA' DI PALERMO

(da inviare via mail **esclusivamente** al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org)

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Indirizzo ambulatorio _____ tel. cellulare _____

Visto il D.A.n. 1829/2019 del

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2019-2020.

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla Circolare Assessoriale 1002/99 e di garantire, nella gestione dei vaccini ritirati, la corretta catena del freddo.
- di essere a conoscenza che il proprio studio medico potrà essere soggetto a verifica del possesso dei requisiti, previsti dalla sopracitata circolare, da parte di personale delle UU.OO. di Prevenzione Territoriale
- **che il numero dei propri assistiti di età ≥ 65 anni è** _____
- **che il numero dei propri assistiti a rischio è** _____
- che il numero di dosi di vaccino richiesto per fasce di età è il seguente:
 - Vaccino antinfluenzale per soggetti ≥ 65 anni _____
 - Vaccino antinfluenzale per soggetti a rischio _____
- di essere a conoscenza che, secondo quanto stabilito nel D.A., verrà fornito un n° di dosi di vaccino antipneumococcico pari al 40% di vaccino antinfluenzale consegnato

1) Il sottoscritto **RICHIEDE** di ricevere, per la prima fornitura, il vaccino presso il proprio studio medico sito in via _____ Tel. _____

Data _____

Firma del Medico

2) Il sottoscritto **RITIRERA'** il vaccino presso il Centro Profilattico di via C. Onorato n.6, Palermo

Data _____

Firma del Medico

NB: Firmare solo l'opzione scelta tra 1) e 2)

NON VERRANNO CONSEGNATI VACCINI SENZA L'INDICAZIONE DEL NUMERO ASSISTITI DI ETÀ ≥ 65 ANNI E DEL NUMERO DEI PROPRI ASSISTITI A RISCHIO

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2019-2020
MMG DELLA CITTA' DI PALERMO

MODULO DI ADESIONE SENZA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINAZIONI
(da inviare via mail **esclusivamente** al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org)

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Indirizzo ambulatorio _____ tel.cellulare _____

Visto il D.A.n. 1829/2019 del

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2019-2020.

Le motivazioni dell'impedimento alla somministrazione del vaccino sono le seguenti:

Si impegna altresì :

- Ad incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto
- ad inviare l'elenco nominativo degli assistiti con età superiore o pari a 65 anni compiuti e dei soggetti a rischio di età inferiore a 65 anni compiuti.

A tal fine dichiara:

- che il numero dei propri assistiti di età \geq 65 anni è _____
- che il numero dei propri assistiti a rischio è _____

Data _____

Firma del Medico

**COLORO CHE NON COMUNICHERANNO IL NUMERO DI ASSISTITI DI ETÀ \geq 65 ANNI E DEI
SOGGETTI A RISCHIO VERRANNO CONSIDERATI NON ADERENTI ALLA CAMPAGNA IN
DIFFORMITA' AL D.A. 1829/2019.**

INDICAZIONI OPERATIVE

Vaccino antinfluenzale VAXIGRIP TETRA : Va somministrato in una unica dose a tutti i soggetti, tranne che ai bambini a rischio di età compresa tra i 6 mesi e i 9 anni d'età vaccinati per la prima volta, per i quali è prevista una seconda dose a distanza di almeno 4 settimane.

Vaccino antinfluenzale adiuvato con MF59 FLUAD : per i soggetti di età ≥ 65 anni ed in particolar modo per i soggetti over 75 anni, particolarmente iporesponsivi e fragili, vedi RCP (scheda tecnica) di prodotto e Tabella 2 del D.A.1829/2019.

Vaccino antipneumococcico PREVENAR 13 : soggetti che, nel corso dell'anno 2019 compiono 60 e 65 anni (coorti 1959-1954) e soggetti a rischio per le patologie indicate in tabella 1. Eventuale recupero dei soggetti aventi diritto e non vaccinati appartenenti alle coorti precedenti.

Vaccino antipneumococcico PNEUMOVAX : soggetti che hanno già effettuato almeno un anno prima la vaccinazione con Prevenar 13 valente e soggetti a rischio per le patologie indicate in tabella 1.

TAB. 1		
SOGGETTI DA SOTTOPORRE A VACCINAZIONI ANTI-PNEUMOCOCCICA		
PATOLOGIA CHE PUO' DETERMINARE UNA CONDIZIONE DI RISCHIO	PCV 13	PPS 23
ASPLENIA ANATOMICA E FUNZIONALE	UNA DOSE	UNA DOSE DOPO UN ANNO (NEI CASI DI MAGGIORE RISCHIO - ALMENO DOPO TRE MESI)
IMMUNODEFICIENZE CONGENITE ED ACQUISITE (COMPRESO HIV)	"	"
DEFICIT FATTORI DEL COMPLEMENTO	"	"
EMOGLOBINOPATIE	"	"
TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	"	"
TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI	"	"
PERDITA DI LIQUOR DA CAUSE CONGENITE ED ACQUISITE	"	"
PORTATORI DI IMPIANTO COCLEARE	"	"
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA E SINDROME NEFROSICA	"	"
LEUCEMIE, LINFOMI E MIELOMA MULTIPO	"	"
NEOPLASIE METASTATICHE	"	"
MALATTIE POLMONARI CRONICHE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	"	"
ALTRE MALATTIE POLMONARI CRONICHE	"	"
DIABETE MELLITO CON SCARSO CONTROLLO METABOLICO	"	"
CIRROSI EPATICA, EPATOPATIE CRONICHE EVOLUTIVE	"	"
CARDIOPATIE CRONICHE	"	"

Vaccino anti herpes zoster ZOSTAVAX : per soggetti di età compresa tra 65 e 75 anni e per soggetti a rischio al di sopra dei 50 anni. Si ricorda che l'unica controindicazione è rappresentata da una grave e permanente immunodepressione (vaccino vivo attenuato).