

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

oooooooooooooooooooooooooooo

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 23 NOV. 2001

ADDI' 23 NOV. 2001 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

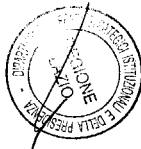
| | | | | | |
|---------------|-------------|-----------------|------------|----------------|-----------|
| STORACE | Francesco | Presidente | GARGANO | Giulio | Assessore |
| SIMEONI | Giorgio | Vice Presidente | IANNARILLI | Antonello | " |
| ARACRI | Francesco | Assessore | ROBILOTTA | Donato | " |
| AUGELLO | Andrea | " | SAPONARO | Francesco | " |
| CIARAMELLETTI | Luigi | " | SAPACENI | Vincenzo Maria | " |
| DIONISI | Armando | " | VERZASCHI | Marco | " |
| FORMISANO | Anna Teresa | " | | | |

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
.....OMISSIS

ASSENTI: IANNARILLI-ROBILOTTA

DELIBERAZIONE N° 1456

OGGETTO: Rettifica, D.G.R. 1220/01 sulla campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2001-02





1456

22 NOV. 2001

Oggetto: Rettifica D.G.R. 1220/01 riguardante la campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2001-2002

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO il D.lgs. 30/12/1992 n. 502, così come modificato ed integrato dal D.lgs. 7/12/1993 n. 517, nonché dal D.lgs. 19/06/1999 n. 229 concernente "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", che ha avviato il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione del SSN e fatto assumere responsabilità diretta della spesa e dell'organizzazione alle Regioni e alle Aziende Sanitarie Locali;

VISTE le leggi regionali n. 18 e n. 19 del 1994 e successive modificazioni ed integrazioni concernenti l'attuazione delle norme di riordino e l'istituzione delle Aziende USL ed Ospedaliere;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che ha individuato i livelli uniformi di assistenza da assicurare alla popolazione in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e nel contesto dell'Obiettivo II "Contrastare le principali patologie" consente di includere come area prioritaria di intervento la prevenzione mediante vaccini allo scopo di ridurre l'incidenza dell'influenza nelle categorie di persone maggiormente a rischio per l'insorgenza di complicazioni e che, nell'ambito degli obiettivi di salute citati, il Piano Nazionale Vaccini ha incluso la vaccinazione antinfluenzale tra le priorità dell'immediato futuro;

VISTO il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 concernente l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, che al Capo II art. 31 prevede tra i compiti del medico "l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate" e che nell'allegato D sulle prestazioni aggiuntive, al punto B4 del relativo nomenclatore delle prestazioni e attività aggiuntive, richiama espressamente le vaccinazioni eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda;

VISTA la circolare 31 maggio 2001 n. 8, emanata dal Ministero della Sanità, avente per oggetto "Prevenzione e controllo dell'influenza - raccomandazioni per la stagione 2001-02", con la quale sono state diramate specifiche raccomandazioni per l'attività di prevenzione e controllo dell'influenza relativamente alla stagione 2001-2002, rappresentando lo specifico compito assegnato alla Regione di sorveglianza del fenomeno epidemiologico, come attività istituzionale ed ordinaria, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

VISTA la propria deliberazione del 3/08/2001 n. 1220, concernente il Protocollo operativo della campagna di vaccinazione antinfluenzale nella popolazione a rischio, realizzato per la stagione 2001-2002;

PRESO ATTO, inoltre, che per la definizione del progetto di campagna di vaccinazione per la stagione 2001-2002 sono state coinvolte le strutture tecnico-organizzative delle Aziende USL per acquisire e valutare ogni elemento utile per il perseguimento dell'obiettivo di salute, relativo alla copertura vaccinale contro l'influenza di almeno il 65% della popolazione di età \geq 65 anni;



Eu

1456 23 NOV. 2001

RILEVATO che dopo le riunioni effettuate con i coordinatori aziendali della campagna vaccinale, si è reso necessario apportare alcune modifiche agli allegati 3, 4 e 5 del *Protocollo operativo*, parte integrante della D.G.R. 1220/01;

RITENUTO necessario inserire nel debito informativo dei Medici di Medicina Generale e delle Aziende USL l'obbligo di indicare l'indirizzo e l'Azienda USL di residenza del vaccinato - o nel caso l'assistito risieda fuori della Regione Lazio, l'indirizzo e l'Azienda USL di domicilio - per i soli vaccinati nel Comune di Roma o residenti fuori della Regione ma domiciliati nel Comune di Roma;

RILEVATO che tale modifica è finalizzata all'attribuzione di una Azienda USL di residenza/domicilio ad ogni vaccinato, per poter calcolare il tasso di copertura vaccinale aziendale uniformemente in tutto il Lazio come numero di vaccinati residenti/domiciliati nell'Azienda USL sul numero di residenti dell'Azienda;

RITENUTO inoltre necessario inserire nel debito informativo delle Aziende USL l'obbligo di indicare, per ogni vaccinato, se si tratta della prima o seconda dose, con lo scopo di tenere sotto controllo le dosi multiple;

CONSIDERATO peraltro opportuno alleggerire il debito informativo delle Aziende USL eliminando la richiesta dei dati <Ex USL del medico> e <Ex USL di residenza/domicilio del vaccinato>, in quanto informazioni già presenti negli archivi del CED regionale e dell'Azienda USL di Viterbo;

VISTO l'articolo 17, punto 32 della legge 15 maggio 1997 n. 127

all'unanimità

DELIBERA

- di modificare per le motivazioni espresse in premessa il *Protocollo operativo della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2001-2002*, parte integrante della D.G.R. 1220/01, negli allegati n. 3, 4 e 5, che vengono riproposti con le necessarie modifiche e sono parte integrante del presente provvedimento;

- di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende USL per gli adempimenti di competenza.

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art. 17 punto 32 della legge 15 maggio 1997 n. 127

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE

Ca

1956
DEL 3 NOV 2001

CONSENSO/CERTIFICATO

- Studio Medico Presidio Sanitario.....
(nome presidio della Azienda USL)

Cm

(Parte A e Parte B devono essere compilate in stampatello a cura del medico vaccinatore)

Parte A

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE LETTO E FIRMATO DALL'ASSISTITO PRIMA DELLA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residenza (N.B.: se l'assistito non risiede nella regione Lazio, i dati da indicare nel riquadro sono da riferirsi al luogo di domicilio)

Comune _____ (Prov) _____ Circoscr. _____
(solo per Roma)Via/Pza _____ N° _____ AUSL _____
(solo per Roma)

Codice Regionale _____ Codice Fiscale _____

Tel _____

Dichiara di: essere a conoscenza che la vaccinazione antinfluenzale non è obbligatoria secondo le vigenti leggi; essere stato/a informato/a dal medico vaccinatore sui rischi e i benefici legati alla vaccinazione antinfluenzale, sul tipo di vaccino che gli verrà inoculato, sui rischi e benefici legati all'uso di questo tipo di vaccino.

Firma dell'assistito

Data ____/____/____

Parte B

CERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

In data ____/____/____ il Dr. _____ ha vaccinato contro l'influenza l'assistito le cui generalità sono riportate nella Parte A del presente modulo. L'assistito è un soggetto a rischio perché

(indicare la causa solo se il vaccinato ha meno di 65 anni compiuti al 30/11/2001)

Tipo di vaccino inoculato: virus intero inattivato split virus solo antigeni di superficie

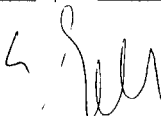
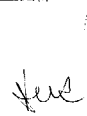

prodotto dall'Azienda lotto N.

Firma dell'assistito

Firma del medico

Per l'assistito impossibilitato a causa delle proprie condizioni cliniche, ha firmato il/la Sig./Sig.ra

_____ in qualità di _____ (specificare il legame di parentela o di convivenza) dell'assistito.

4.   

ALLEGATO 4

Contenuti, formati e codifiche dell'archivio informatico degli assistiti per la campagna vaccinale (AACV)

Per tutte le Aziende USL, con l'eccezione di Viterbo, l'AACV sarà estratto dall'anagrafe degli assistiti del CED regionale, aggiornata ad agosto 2001 (il giorno esatto sarà specificato con l'invio del file). Per la popolazione di età ≥ 65 anni al 30/11/2001, l'AACV conterrà sia gli assistiti dall'Azienda USL (cioè gli assistiti dai MMG iscritti all'Azienda) sia i residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda USL assistiti da MMG iscritti ad altre Aziende. Per la popolazione di età < 65 anni al 30/11/2001, l'AACV conterrà solo gli assistiti dall'Azienda USL. L'AACV sarà fornito in un formato testo senza delimitatori di campo con il tracciato record e le codifiche riportati rispettivamente nella Tabella 1 e nella Tabella 2.

TABELLA 1 - TRACCIATO RECORD DELL'AACV

| NOME CAMPO | FORMATO e AMPIEZZA | DESCRIZIONE | DATO OBBLIGATORIO |
|------------|-------------------------------|---|--------------------|
| MEDCOG | Testo - 25 caratteri | Cognome del medico | SI |
| MEDNOM | Testo - 15 caratteri | Nome del medico | SI |
| MEDCOD | Testo - 6 caratteri | Codice del medico | SI |
| COGNOME | Testo - 25 caratteri | Cognome dell'assistito | SI |
| NOME | Testo - 15 caratteri | Nome dell'assistito | SI |
| DATANAS | Data (ggmmaaaa) - 8 caratteri | Data di nascita | SI |
| SESSO | Testo - 1 carattere | Sesso | NO |
| CRA | Testo - 9 caratteri | Codice regionale assistito | SI |
| COD_FISC | Testo - 16 caratteri | Codice fiscale assistito | NO |
| CODCOM | Testo - 6 caratteri | Codice Istat del comune di residenza dell'assistito* | SI |
| INDIRIZZO | Testo - 55 caratteri | Indirizzo di residenza dell'assistito (solo per il comune Roma)* | SI (solo per Roma) |
| CIRCRM | Testo - 2 caratteri | Circoscrizione di residenza dell'assistito (solo per il comune Roma)* | SI (solo per Roma) |
| USLRM | Testo - 3 caratteri | Azienda USL di residenza dell'assistito (solo per il comune Roma)* | SI (solo per Roma) |
| DATA2001 | Data (ggmmaaaa) - 8 caratteri | Data di vaccinazione 2001 | SI |
| TIPOVAC | Testo - 1 carattere | Tipo di vaccino | NO |
| MOTIVO | Testo - 2 caratteri | Motivo della vaccinazione | SI |
| TIPOREC | Testo - 1 carattere | Tipo di record | SI |
| SERMMG | Testo - 1 carattere | Vaccinazione effettuata da Servizio di Azienda USL o da Medico di Medicina Generale | SI |

* Se l'assistito non risiede nella regione Lazio, indicare il comune di domicilio e, solo per il comune di Roma, l'indirizzo del domicilio nonché la Circoscrizione e l'Azienda USL nel cui ambito territoriale si trova il domicilio.

TABELLA 2 - CODIFICHE DELL'AACV

| | |
|---------|---|
| SESSO | M=maschio; F=femmina |
| CIRCRM | Per Roma i codici sono i numeri interi da 1 a 13 e da 15 a 20; per gli altri comuni il campo deve restare vuoto |
| USLRM | Per Roma i codici sono: RMA, RMB, RMC, RMD, RME; per gli altri comuni il campo deve restare vuoto |
| TIPOVAC | 1= split virus vaccino; 2= vaccino contenente soltanto gli antigeni di superficie emoaagglutinina e neuro aminidasi; 3=vaccino a virus intero inattivato |
| MOTIVO | 1=età ≥ 65 anni; 2=malattie croniche dell'apparato cardiovascolare; 3=malattie croniche dell'apparato respiratorio; 4=malattie croniche dell'apparato urinario; 5=malattie ematologiche; 6=diabete; 7=altre malattie diabetologiche; 8=sindromi da malassorbimento intestinale; 9=fibrosi cistica; 10=malattie congenite o acquisite che comportino deficit di produzione di anticorpi; 11=patologie per le quali sono programmati interventi chirurgici importanti; 12= infezione da HIV; 13=Bambini reumatici soggetti a somministrazione prolungata di acido acetilsalicilico e a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; 14=Personale sanitario; 15=Familiari conviventi e tutti coloro che assistono soggetti a rischio |
| TIPOREC | 1= 1ª vaccinazione dell'assistito; 2= 2ª vaccinazione dell'assistito (solo nei casi per cui il medico vaccinatore ne ravvisa la necessità sulla base delle note tecniche fornite dalla Azienda UsL) |
| SERMMG | 1= Servizio vaccinazioni Azienda USL; 2=Medico di Medicina Generale |

Handwritten signature and date:
 10/7/01
 [Signature]

CONTENUTI INFORMATIVI CHE IL MMG DEVE FORNIRE ALL'AZIENDA PER OGNI VACCINAZIONE EFFETTUATA**TABELLA 1 - DESCRIZIONE DEI DATI**

| DESCRIZIONE | DATO OBBLIGATORIO |
|---|--------------------|
| Cognome dell'assistito | SI |
| Nome dell'assistito | SI |
| Data di nascita * | SI |
| Sesso | NO |
| Codice regionale assistito | SI |
| Codice fiscale assistito | NO |
| * Codice Istat del comune di residenza dell'assistito (se si usa il cartaceo indicare il nome del comune di residenza dell'assistito) | SI |
| * Indirizzo di residenza dell'assistito (solo per il comune di Roma) | SI (solo per Roma) |
| * Circoscrizione di residenza dell'assistito (solo per il comune di Roma) | SI (solo per Roma) |
| * Azienda USL di residenza dell'assistito (solo per il comune di Roma) | SI (solo per Roma) |
| Data di vaccinazione 2001 | SI |
| Tipo di vaccino | NO |
| Motivo della vaccinazione | SI |

* Se l'assistito non risiede nella regione Lazio, indicare il comune di domicilio e, solo per il comune di Roma, l'indirizzo del domicilio nonché la Circoscrizione e l'Azienda USL nel cui ambito territoriale si trova il domicilio.

TABELLA 2 CODIFICA DEI DATI

| | |
|---|---|
| Sesso | M=maschio; F=femmina |
| Circoscrizione di residenza dell'assistito | Per Roma i codici sono i numeri interi da 1 a 13 e da 15 a 20; per gli altri comuni il campo deve restare vuoto |
| Azienda USL di residenza dell'assistito | Per Roma i codici sono: RMA, RMB, RMC, RMD, RME; per gli altri comuni il campo deve restare vuoto |
| Codice Istat comune di residenza dell'assistito | Tabella dei codici assegnati ai comuni del Lazio (gestita automaticamente dal software ASP) |
| Tipo di vaccino | 1= split virus vaccino; 2= vaccino contenente soltanto gli antigeni di superficie emoaagglutinina e neuro aminidasi; 3=vaccino a virus intero inattivato |
| Motivo | 1=età ≥ 65 anni; 2=malattie croniche dell'apparato cardiovascolare; 3=malattie croniche dell'apparato respiratorio; 4=malattie croniche dell'apparato urinario; 5=malattie ematologiche; 6=diabete; 7=altre malattie dismetaboliche; 8=sindromi da malassorbimento intestinale; 9=fibrosi cistica; 10=malattie congenite o acquisite che comportino deficit di produzione di anticorpi; 11=patologie per le quali sono programmati interventi chirurgici importanti; 12=infezione da HIV; 13=Bambini reumatici soggetti a somministrazione prolungata di acido acetilsalicilico e a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; 14=Personale sanitario; 15=Familiari conviventi e tutti coloro che assistono soggetti a rischio |

Ciao

s. Ferr