

Il presente allegato è composto da n. 25 pagine

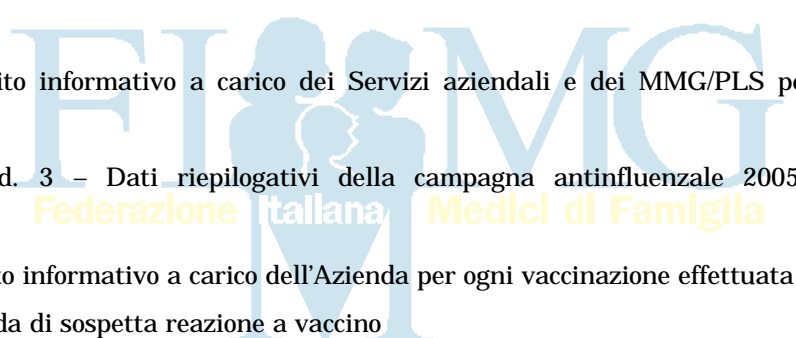
ASP Lazio

Servizio Assistenza Territoriale

“Prevenzione e controllo dell’influenza. Campagna di vaccinazione antinfluenzale e sorveglianza epidemiologica e virologica dell’influenza per la stagione 2005-2006”

Il presente documento contiene:

- Protocollo operativo
- Allegato 1: Note tecniche sull’uso del vaccino antinfluenzale
- Allegato 2: Mod. 1 – Informazioni operative da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS)
- Allegato 3: Esempio di scheda informativa per l’assistito
- Allegato 4: Mod. 2 - Consenso informato / Certificato di vaccinazione / Autorizzazione al trattamento dei dati
- Allegato 5: Debito informativo a carico dei Servizi aziendali e dei MMG/PLS per ogni vaccinazione effettuata
- Allegato 6: Mod. 3 – Dati riepilogativi della campagna antinfluenzale 2005-2006 da parte del MMG/PLS
- Allegato 7: Debito informativo a carico dell’Azienda per ogni vaccinazione effettuata
- Allegato 8: Scheda di sospetta reazione a vaccino
- Allegato 9: Calendario degli adempimenti



PROTOCOLLO OPERATIVO

1. Periodo di svolgimento

La campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2005-2006 si svolge nel periodo 15 ottobre – 30 novembre 2005.

2. Popolazione bersaglio

La popolazione cui la Regione Lazio, attraverso i Servizi vaccinali aziendali, i Medici di Medicina Generale (MMG), ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) eventualmente aderenti su base volontaria ed individuale, offre gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale, sulla base delle indicazioni fornite dalla Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005-2006 ", è costituita dalle seguenti categorie:

- a) Soggetti di età ≥ 65 anni al 31/12/2005
- b) Bambini di età superiore ai 6 mesi e adulti affetti da:
 - malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma persistente, la displasia broncopulmonare e la fibrosi cistica)
 - malattie croniche dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite ed acquisite
 - diabete mellito e altre malattie metaboliche
 - malattie renali con insufficienza renale
 - malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie
 - malattie congenite o acquisite che comportino deficit immunitario
 - sindromi da malassorbimento intestinale
 - patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- c) Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale
- d) Bambini pretermine (nati prima della 37[^] settimana di gestazione) e di basso peso alla nascita (inferiore ai 2500 g), dopo il compimento del 6° mese
- e) Donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica
- f) Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
- g) Medici e personale sanitario di assistenza
- h) Contatti familiari o altro personale di assistenza di soggetti ad alto rischio
- i) Personale delle Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Polizia Provinciale, Polizia Municipale, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia penitenziaria, Guardia Forestale) e Vigili del Fuoco
- l) Personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali
 - detentori di allevamenti
 - addetti all'attività di allevamento
 - addetti al trasporto di animali vivi
 - macellatori e vaccinatori
 - veterinari pubblici e libero-professionisti
- m) Altri soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo

3. Obiettivi della campagna

Obiettivi di copertura

La Regione Lazio, in coerenza con le indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005-2006", individua nel 75% l'obiettivo minimo di copertura da raggiungere, nel tempo, sia sulla popolazione anziana che sui soggetti appartenenti alle categorie bersaglio di cui al precedente punto 2, lettere b) e c).

Obiettivi di performance

La Regione, stabilisce, come obiettivo minimo di performance per la singola Azienda, l'incremento del 2% del numero dei soggetti vaccinati rispetto alla campagna di vaccinazione 2004-2005. Altre variazioni incrementali assolute di performance rispetto alla campagna 2004-2005 vengono valorizzate dalla Regione nei termini e alle condizioni di cui al successivo punto 8.

4. Ruolo delle Aziende USL

Le Aziende nominano, entro il 01/09/2005: a) un Coordinatore per la campagna di vaccinazione, al quale attribuire competenze e funzioni finalizzate all'organizzazione della campagna in tutte le sue fasi, dalla pianificazione all'informatizzazione dei dati; b) un Responsabile del trattamento informatico dei dati. Le Aziende contestualmente comunicano alla Regione, Dipartimento Sociale - Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute - Area Farmaceutica e Cure Primarie e all'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (ASP) nominativi e recapiti del Coordinatore della campagna e del Responsabile del trattamento informatico dei dati, provvedendo a mettere a loro disposizione risorse umane, dotazioni tecnico-strumentali, spazi, ausili informatici o di altra natura esclusivamente dedicati e da essi ritenuti indispensabili allo svolgimento ottimale della campagna.

Le Aziende sollecitano altresì tutti i soggetti aziendali coinvolti, compreso il Comitato Aziendale permanente di cui all'art. 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale (Conferenza Stato-Regioni, Atto di repertorio n. 2272 del 23 marzo 2005), a fornire al Coordinatore piena collaborazione in tutte le fasi della campagna, a segnalare tempestivamente eventuali criticità che si manifestassero durante la conduzione della stessa e ad assicurare il puntuale adempimento di quanto qui previsto.

Il Coordinatore garantisce l'invio del Protocollo operativo entro il 16/09/2005 a tutti i soggetti vaccinatori, MMG/PLS e Servizi aziendali di vaccinazione e, attraverso il Mod. 1 dell'Allegato 2 debitamente compilato, acquisisce entro il 26/09/2005 le stime del numero di dosi di vaccino necessarie dagli stessi indicate.

Considerando la rilevanza assunta dalla campagna di vaccinazione antinfluenzale negli ultimi anni, sotto il profilo dell'intervento di sanità pubblica, dell'impatto economico e dell'impegno richiesto a tutti gli operatori coinvolti ai vari livelli, si raccomanda alle Aziende l'opportunità di identificare, all'interno delle singole articolazioni organizzative, un gruppo di lavoro permanente e strutturato che possa garantire la necessaria continuità e omogeneità alle diverse fasi della campagna che, nell'insieme, coprono un arco temporale corrispondente all'anno solare. Tale autonoma organizzazione interna per la campagna vaccinale non può comunque prescindere dall'attribuzione formale di responsabilità al Coordinatore e al Responsabile del trattamento

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

informatico dei dati, come precedentemente indicato, nonché da un attivo coinvolgimento del Responsabile aziendale per la Medicina di base.

Le Aziende, entro l'11/10/2005, forniscono ad ogni Servizio aziendale che effettua le vaccinazioni e ad ogni MMG/PLS lo strumento, dagli stessi richiesto, per la documentazione della campagna, scelto in modo univoco e alternativo fra i seguenti:

1. software ASP;
 2. scheda cartacea, precompilata per la parte dei dati anagrafici degli assistiti di età = 65 anni.
- Inoltre le Aziende avviano entro la stessa data dell'11/10/2005, per gli utenti del software ASP, un servizio di assistenza informatica mediante numero telefonico dedicato, da mantenersi attivo fino al termine previsto dall'Azienda per la consegna degli archivi da parte dei MMG/PLS.

Le Aziende forniscono ai Servizi e ai MMG/PLS, entro l' 11/10/2005, le dosi di vaccino da questi richieste secondo le modalità concordate, ottimizzandone la distribuzione. Al fine di favorire una migliore organizzazione e programmazione delle attività da parte dei diversi comparti vaccinali, è data facoltà alle Aziende di prevedere, limitatamente al periodo 15 ottobre-5 novembre 2005, che i soggetti appartenenti alle categorie a), b) e c) di cui al punto 2 del Protocollo possano usufruire dei Servizi vaccinali aziendali solo previa prescrizione del proprio MMG/PLS, laddove questi partecipi alla campagna. Di tale eventuale modalità organizzativa deve essere resa dalle Aziende adeguata e tempestiva informazione alla cittadinanza.

5. Supporto dell'ASP alle Aziende USL

L'ASP invia alle Aziende: a) entro il 27/09/2005, un applicativo per la stampa della modulistica cartacea e un software per la registrazione controllata dei dati vaccinali da parte dei MMG/PLS (ASPV2005); b) entro il 10/10/2005, un Documento tecnico che descrive le procedure ottimali adottabili dalle Aziende per le attività di accettazione, gestione e tracciamento del flusso di dati; un Questionario finalizzato alla rilevazione delle informazioni essenziali sull'andamento delle operazioni di informatizzazione dei dati della campagna; un programma per il data entry controllato dei dati dei Servizi vaccinali aziendali (ASPV05SV); c) entro il 30/11/2005, un software per l'accettazione locale o centralizzata dei file dati trasmessi dai MMG/PLS (ASPV05CL); d) entro il 30/12/2005, un applicativo per il data entry controllato dei dati forniti su materiale cartaceo dai MMG/PLS (ASPV05DE); e) entro il 28/02/2006, un programma (ASPV05CF) per l'importazione finale in un unico database dei file provenienti da ASPV05SV, ASPV05DE e ASPV05CL. L'ASP fornisce assistenza informatica telefonica alle Aziende relativamente ai prodotti software da essa rilasciati nell'ambito della campagna.

Gli archivi anagrafici degli assistiti presenti negli applicativi ASP sono estratti dalle basi dati disponibili presso la Società Laziomatica s.p.a. al luglio 2005.

6. Partecipazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

I Medici di Medicina Generale, la cui partecipazione e il cui impegno all'interno del modello organizzativo della campagna sono stati fondamentali e determinanti per il raggiungimento dei risultati sin qui conseguiti, contribuiscono al conseguimento degli obiettivi regionali relativi alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-2006, in conformità a quanto previsto dall' art. 45 comma 4 lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale (Conferenza Stato-

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

Regioni, Atto di repertorio n. 2272 del 23 marzo 2005). Il PLS partecipa alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06 su base volontaria ed individuale, conformandosi a quanto previsto dal presente Protocollo e dalla D.G. R. di cui costituisce parte integrante.

Il MMG/PLS invia, entro il 26/09/2005, il Mod. 1 riportato in Allegato 2, al Distretto della propria Azienda USL di appartenenza, dichiarando la stima del numero di dosi di vaccino di cui chiede di essere approvvigionato, riportando separatamente il numero di dosi previsto per la popolazione degli assistiti di età ≥ 65 anni e il numero di dosi per gli altri assistiti appartenenti alla popolazione bersaglio.

In caso il MMG/PLS non avesse la possibilità di custodire l'intero ammontare di dosi di cui stima di aver bisogno, è possibile prevedere un rifornimento scaglionato, da concordare con il Coordinatore Aziendale della campagna.

Inoltre, sempre nel Mod. 1, il MMG/PLS deve scegliere una sola delle seguenti modalità di registrazione dei dati vaccinali: il software ASP (ASPV2005) o la modulistica cartacea. Il MMG che percepisce l'indennità forfetaria mensile di cui all'articolo 59 lettera B comma 11 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale (Conferenza Stato-Regioni, Atto di repertorio n. 2272 del 23 marzo 2005) è tenuto ad utilizzare il software ASP, compatibilmente alle specifiche tecniche del prodotto.

7. Consenso informato degli assistiti

Prima di effettuare la vaccinazione, il medico vaccinatore informa l'assistito sulla non obbligatorietà della vaccinazione, sul tipo di vaccino che verrà somministrato, sui benefici e i rischi connessi alla vaccinazione, anche in relazione alle condizioni di salute del singolo soggetto. In Allegato 3 è fornito un esempio di scheda informativa sulla vaccinazione antinfluenzale, da allegare al modulo di consenso informato al fine di ottenere il consenso esplicito e documentato dal paziente. In caso di utilizzo di scheda informativa diversa, essa deve costituire comunque parte integrante del modulo di consenso informato.

L'assistito dà il suo consenso firmando, prima della effettuazione della vaccinazione, la parte A del Mod. 2, riportato in Allegato 4. Tale modello va conservato come documentazione ufficiale presso il Servizio aziendale che ha effettuato la vaccinazione o presso lo studio del MMG/PLS.

Per l'assistito di età < 65 anni eleggibile in quanto portatore di patologia, il medico vaccinatore, dopo averlo informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ne acquisisce il consenso scritto al trattamento dei dati sensibili facendogli firmare la parte C del Mod. 2.

Se l'assistito è un minore, o soggetto non in grado di valutare le informazioni fornite dal medico e/o di decidere se effettuare la vaccinazione, possono firmare in sua vece coloro che ne esercitano la potestà genitoriale o la tutela.

8. Finanziamento Regionale (FR) per le Aziende USL

Il Finanziamento Regionale (FR) per le Aziende USL nella campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06 è costituito dalla somma delle seguenti voci:

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

- a) Quota A - Remunerazione delle vaccinazioni erogate da parte dei MMG e dei PLS. La Regione corrisponde a ogni Azienda un finanziamento, pari a € 6,16, per ogni vaccinazione, documentata secondo le modalità previste al successivo punto 11, erogata ad un assistito, appartenente alla popolazione bersaglio di cui al precedente punto 2, da parte dei MMG iscritti all'Azienda e partecipanti alla campagna. La Regione corrisponde a ogni Azienda un finanziamento, pari a quanto stabilito dall'art. 10 della DGR 775/2003, per ogni vaccinazione, documentata secondo le modalità previste al successivo punto 11, erogata ad un assistito, appartenente alla popolazione bersaglio di cui al precedente punto 2, da parte dei PLS iscritti all'Azienda e partecipanti alla campagna.
- b) Quota B - Incentivo di risultato e incentivo software ASP per i MMG e i PLS partecipanti alla campagna. La Regione corrisponde ad ogni Azienda USL un finanziamento di ammontare pari al totale dell'incentivo di risultato e dell'incentivo per l'utilizzo del software ASP dei MMG e dei PLS, iscritti all'Azienda e partecipanti alla campagna, laddove spettanti ai sensi del successivo punto 9, calcolati sulla base delle vaccinazioni documentate secondo le modalità previste al successivo punto 11.
- c) Quota C - Rimborso vaccini. La Regione rimborsa ad ogni Azienda il costo dei vaccini acquistati, il cui utilizzo sia stato documentato secondo le modalità previste al successivo punto 11. Il rimborso avviene sulla base dei prezzi di aggiudicazione per ciascuna tipologia di vaccino, fissati nell'ambito della gara centralizzata regionale vaccini.
- d) Quota D - Remunerazione delle vaccinazioni erogate da parte dei Servizi aziendali. La Regione corrisponde a ogni Azienda un finanziamento, pari a € 6,16, per ogni vaccinazione, documentata secondo le modalità previste al successivo punto 11, erogata ad un assistito, appartenente alla popolazione bersaglio di cui al precedente punto 2, da parte dei Servizi aziendali.
- e) Quota E - Remunerazione di risultato per le Aziende USL. La Regione corrisponde alle Aziende USL, laddove spettante, una remunerazione di risultato, che si compone di: E1) un importo pari a € 30.000 (premio di consolidamento), corrisposto ad ogni Azienda USL che incrementi di almeno il 2% il numero di soggetti vaccinati rispetto alla campagna 2004-2005, sulla base degli archivi aziendali delle vaccinazioni per le campagne 2004-05 e 2005-06 consegnati in ASP. Per agevolare le Aziende USL, si fornisce qui di seguito un'apposita tabella riepilogativa, nella quale vengono indicati il numero di soggetti vaccinati da ciascuna Azienda nella campagna 2004-05 e il numero di soggetti da vaccinare per conseguire il diritto all'attribuzione della subquota E1;

Azienda USL	Soggetti vaccinati campagna 2004-05	Soggetti da vaccinare in campagna 2005-06 per conseguimento subquota E1
Roma A	83.659	85.332
Roma B	112.729	114.984

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

Roma C	100.896	102.914
Roma D	98.056	100.017
Roma E	79.280	80.866
Roma F	41.717	42.551
Roma G	73.954	75.433
Roma H	71.630	73.063
Frosinone	98.880	100.858
Latina	87.787	89.543
Rieti	33.079	33.741
Viterbo	62.688	63.942

E2) un incentivo forfetario pari ad € 4,00 per ogni variazione incrementale di cui alla seguente tabella, calcolato (ed eventualmente corrisposto ad ogni Azienda USL) sulla base degli archivi aziendali delle vaccinazioni per le campagne 2004-05 e 2005-06 consegnati in ASP.

Importo incentivo	Condizione di attribuzione
€ 4,00	a) per ogni soggetto vaccinato in eccesso rispetto al numero di soggetti da vaccinare per conseguire il diritto all'attribuzione della subquota E1
	b) per ogni soggetto vaccinato dai Servizi aziendali in eccesso rispetto al numero di soggetti vaccinati dai Servizi aziendali nella campagna 2004-05
	c) per ogni vaccinazione acquisita tramite ASPV2005 in eccesso rispetto al numero di vaccinazioni acquisite tramite ASPV2004 nella campagna 2004-05

L'utilizzo, da parte delle Aziende, delle quote D) e E) del FR eventualmente spettanti è vincolato a coprire le spese organizzative della campagna (esclusa quella sostenuta per l'acquisto dei vaccini) e a remunerare il personale aziendale partecipante alla realizzazione dell'intervento, sulla base di piani di incentivazione appositamente predisposti dal Coordinatore della campagna.

Per le seconde dosi di vaccino la Regione, in coerenza con le raccomandazioni contenute nella specifica Circolare del Ministero della Salute, riconosce il pagamento delle quote A, B e D del FR esclusivamente per i soggetti al di sotto dei 9 anni di età, ovvero i nati dal 01/01/1997 in poi.

Conformemente a quanto previsto dal successivo punto 11, le Aziende USL consegnano all'ASP l'archivio unico aziendale informatizzato delle vaccinazioni effettuate entro il 31 marzo 2006. Per le Aziende USL che provvedono alla trasmissione tra il 17 aprile e il 15 maggio 2006 viene applicata una decurtazione del FR pari al 20% del suo ammontare complessivo. Per le Aziende che provvedono alla trasmissione tra il 16 maggio e il 16 giugno 2006 la predetta decurtazione sale al 50%. Le suddette decurtazioni, qualsiasi sia la misura applicata, non possono ridurre

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

l'ammontare del FR al di sotto di un importo equivalente alla Quota C - Rimborso vaccini, calcolata secondo i criteri di cui alla lettera c). Le Aziende USL che trasmettono l'archivio tra il 19 giugno e il 29 dicembre 2006 hanno diritto alla sola Quota C - Rimborso vaccini, calcolata secondo i criteri di cui alla lettera c). La trasmissione dell'archivio oltre la data del 29 dicembre 2006, comunque obbligatoria, non dà diritto ad alcun FR.

9. Remunerazione dei MMG e dei PLS

Il MMG riceve una remunerazione base, pari a € 6,16, per ciascun assistito appartenente alle categorie costituenti la popolazione bersaglio che ha vaccinato direttamente durante il periodo di svolgimento della campagna. Il PLS riceve una remunerazione base, pari a quanto stabilito dall'art. 10 della DGR 775/2003, per ciascun assistito appartenente alle categorie costituenti la popolazione bersaglio che ha vaccinato direttamente durante il periodo di svolgimento della campagna.

Il MMG percepisce un incentivo di risultato aggiuntivo alla remunerazione base, al verificarsi delle seguenti condizioni:

1. l'Azienda di riferimento ha conseguito il diritto a percepire la subquota E1 del FR di cui al precedente punto 8, avendo realizzato un incremento, pari ad almeno il 2%, del numero dei soggetti vaccinati rispetto alla campagna precedente;
2. almeno il 60% degli assistiti di età ≥ 65 anni, in carico al MMG, è stato vaccinato dal MMG stesso;
3. la vaccinazione è documentata secondo le modalità e i tempi previsti al punto 10.

L'incentivo di risultato è pari a € 3 per ogni assistito di età ≥ 65 anni al 31/12/2005, vaccinato direttamente dal medico ed eccedente il numero di assistiti vaccinati necessario per raggiungere l'obiettivo di copertura del 60% nella propria popolazione assistita appartenente a detta fascia di età; tale incentivo sale a € 5,00 per ogni assistito di età ≥ 65 anni al 31/12/2005, vaccinato direttamente dal medico ed eccedente il numero di assistiti vaccinati necessario per raggiungere l'obiettivo di copertura del 70% nella propria popolazione assistita appartenente a detta fascia di età.

I medici che forniscono alle Aziende, nei tempi previsti, la documentazione relativa alle vaccinazioni effettuate utilizzando il software ASP (ASPV2005), ricevono un ulteriore compenso pari ad una quota percentuale variabile della remunerazione base prevista per ciascuna vaccinazione, secondo la seguente articolazione:

Categoria	Incentivo per utilizzo software ASP
MMG/PLS che abbiano utilizzato il software ASP nella campagna 2004-05	7% della remunerazione base prevista per ciascuna

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

	vaccinazione
MMG/PLS che non abbiano utilizzato il software ASP nella campagna 2004-05	10% della remunerazione base prevista per ciascuna vaccinazione

La remunerazione complessiva dei MMG e dei PLS è a carico dell'Azienda. L'Azienda avvia la procedura per la corresponsione della remunerazione base ai MMG e ai PLS contestualmente alla consegna all'ASP dell'archivio analitico delle vaccinazioni, di cui al successivo punto 11, sulla base dei dati da esso risultanti.

L'Azienda calcola il numero di dosi non utilizzate, come differenza fra il numero di dosi consegnate al MMG/PLS e il numero di vaccinazioni che risulta dal suddetto archivio. Se tale numero supera il 15% del numero di dosi consegnate, l'Azienda trattiene dalla remunerazione complessiva spettante al MMG/PLS il 50% del costo dei vaccini non utilizzati dallo stesso.

10. Documentazione della vaccinazione da parte del medico vaccinatore

Ogni vaccinazione effettuata dai Servizi aziendali e dai MMG/PLS ai soggetti appartenenti alle categorie della popolazione bersaglio deve essere documentata prevedendo:

- il consenso informato alla vaccinazione (parte A Mod. 2, Allegato 4)
- la certificazione dell'avvenuta vaccinazione (parte B Mod. 2, Allegato 4)
- per i soli assistiti di età < 65 anni eleggibili per patologia, il consenso al trattamento dei dati sensibili (parte C Mod. 2, Allegato 4)
- la registrazione dei dati relativi alla identità del vaccinato e alla vaccinazione. La descrizione dei dati da registrare e le relative codifiche sono riportate nelle Tabelle 1 e 2 dell'Allegato 5. La vaccinazione viene considerata valida, ai fini del calcolo dell'incentivo di risultato, solo qualora siano stati forniti tutti i dati obbligatori e non risulti duplicare altra vaccinazione presente nell'archivio regionale delle vaccinazioni effettuate nell'ambito della campagna.

I MMG/PLS ed i Servizi debbono utilizzare una sola delle seguenti modalità di registrazione dei dati:

- a) il software dedicato realizzato dall'Asp;
- b) la modulistica cartacea fornita dall'Azienda.

A partire dal 10 dicembre 2005 ed entro il 31 gennaio 2006, il MMG/PLS consegna all'azienda in una unica soluzione i dati analitici delle vaccinazioni effettuate e, se ha utilizzato il software, in un solo file. Contestualmente il MMG/PLS deve consegnare all'azienda il Mod. 3 in Allegato 6, con cui dichiara il numero di vaccinazioni effettuate per fascia di età e l'ammontare delle eventuali dosi non utilizzate. I dati analitici trasmessi sono sottoposti dall'Azienda a una procedura di accettazione al fine di verificare che il supporto su cui sono registrati sia idoneo e leggibile, e, in caso di supporto cartaceo, che siano soddisfatti i requisiti minimi di qualità individuati dall'Azienda stessa. Il MMG/PLS la cui documentazione non supera la procedura di accettazione, viene informato dall'Azienda sui motivi della mancata accettazione e ha tempo fino al 10 febbraio

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

2006 per produrre una documentazione idonea a superare detta procedura. Se tuttavia il MMG non consegna all'azienda i dati analitici delle vaccinazioni effettuate entro il 31 gennaio 2006 o se, pur avendo rispettato tale scadenza, non produce entro il 10 febbraio 2006 una documentazione in grado di superare la procedura di accettazione, egli perde il diritto a percepire l'incentivo di risultato di cui al precedente punto 9. Il MMG/PLS è comunque tenuto a consegnare all'Azienda i dati analitici delle vaccinazioni effettuate, anche decorso il termine del 10 febbraio 2006 ed entro la data del 1° marzo 2006. Trascorso anche quest'ultimo termine senza che egli abbia ottemperato, perde il diritto a ricevere l'incentivo per l'eventuale utilizzo del software ASPV2005; in assenza di specifica documentazione di utilizzo gli verrà inoltre trattenuto, dagli emolumenti ordinariamente riconosciuti, l'intero costo dei vaccini a lui consegnati ad inizio campagna.

Il software ASP permette di stampare il Mod. 2 e il Mod. 3, riportati in allegato, già compilati sulla base dei dati inseriti dal medico.

11. Documentazione della campagna da parte delle Aziende USL

Le Aziende sottopongono i dati analitici delle vaccinazioni trasmessi dai MMG/PLS a una procedura di accettazione finalizzata a verificarne idoneità e leggibilità del supporto di registrazione e standard di qualità. Al fine di rendere uniforme a livello regionale le attività di accettazione, gestione e tracciamento del flusso di dati, le Aziende USL si attengono il più possibile alle procedure ottimali descritte nel Documento tecnico di cui al punto 5, con gli eventuali adattamenti che le specifiche realtà aziendali richiedono.

Le Aziende informatizzano i dati trasmessi su supporto cartaceo utilizzando esclusivamente i software dedicati rilasciati dall'ASP: ASPV05DE, per il data entry controllato dei dati forniti su materiale cartaceo dai MMG/PLS, e ASPV05SV, per il data entry controllato dei dati dei Servizi vaccinali aziendali.

Il Coordinatore per la campagna vaccinale, con l'ausilio del Responsabile per il trattamento informatico dei dati, informa l'ASP sull'andamento del processo di informatizzazione dei dati tramite l'invio, entro le date del 2 febbraio e 1 marzo 2006, del questionario di cui al punto 5, compilato in ogni sua parte con dati aggiornati alla rispettiva data di invio. Il Coordinatore inoltre segnala tempestivamente all'ASP, mediante una relazione, le eventuali problematiche, di qualsiasi natura, che possano comportare il mancato rispetto del termine del 31 marzo 2006 per l'invio dell'archivio unico aziendale informatizzato delle vaccinazioni effettuate.

Le Aziende collazionano i dati di tutte le vaccinazioni effettuate in un unico archivio aziendale informatizzato, i cui contenuti sono specificati in Allegato 7, utilizzando l'apposito applicativo fornito dall'ASP (ASPV05CF), in grado di estrarre i dati che documentano la campagna vaccinale in un unico file crittato da consegnare all'ASP stessa entro il 31 marzo 2006. Alle Aziende che non rispettano tale termine, si applicano le penalizzazioni di cui al precedente punto 8.

Contestualmente alla trasmissione dell'archivio informatizzato all'ASP, sulla base dei dati contenuti in tale archivio, le Aziende calcolano, per ogni MMG/PLS, il numero di vaccinazioni correttamente documentate per fascia di età, utilizzando una funzionalità appositamente predisposta nel software ASP, e avviano la procedura per la corresponsione della remunerazione base al MMG/PLS. La remunerazione base deve essere comunque corrisposta al MMG/PLS entro il 30/06/2006.

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005-06

La vaccinazione viene considerata valida, ai fini del calcolo di tutte le quote del finanziamento regionale (eccezion fatta per la Quota E) solo qualora siano stati forniti tutti i dati obbligatori e non risulti duplicare altra vaccinazione presente nell'archivio regionale delle vaccinazioni effettuate nell'ambito della campagna. Ai fini del calcolo della Quota E, sono considerate valide tutte le vaccinazioni presenti nell'archivio aziendale consegnato in ASP.

12. Valutazione dei risultati della campagna

L'ASP verifica i risultati della campagna e fornisce alla Regione i dati necessari alla determinazione del finanziamento regionale spettante ad ogni Azienda USL e dell'incentivo di risultato spettante ad ogni MMG entro il 30 giugno 2006, per le Aziende che consegnano gli archivi informatizzati delle vaccinazioni effettuate entro il 14 aprile 2006. Per le Aziende che non rispettano tale termine, l'ASP fornisce i suddetti dati entro 90 giorni dalla consegna del relativo archivio vaccinale aziendale informatizzato.

ALLEGATO 1

NOTE TECNICHE SULL'USO DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

TALI NOTE NON SOSTITUISCONO LE INFORMAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA TECNICA
PREDISPOSTA DALLA CASA FARMACEUTICA PRODUTTRICE DELLO SPECIFICO VACCINO UTILIZZATO

Tipologie di vaccino disponibili

Sono attualmente in commercio quattro tipologie di vaccino antinfluenzale:

- ▣ Vaccino inattivato preparato con virus frammentati (split virus)
- ▣ Vaccino inattivato contenente l'antigene di superficie (subunità)
- ▣ Vaccino inattivato contenente l'antigene di superficie adiuvato con MF59
- ▣ Vaccino inattivato contenente l'antigene di superficie con l'utilizzo di strutture virosomali come carrier e adiuvante

Dosaggio e modalità di somministrazione

Vaccini split e subunità

- ▣ Nei bambini di età > 6 mesi e < 3 anni: ½ dose (0.25 ml)
- ▣ Nei bambini fra i 3 e i 9 anni: 1 dose (0.50 ml)
- ▣ Nei bambini > 9 anni e negli adulti: 1 dose (0.50 ml)

Vaccini adiuvati con MF59

- ▣ Nei soggetti di età ≥ 65 anni: 1 dose (0.50 ml)

Vaccini adiuvati virosomali

- ▣ Nei bambini di età > 6 mesi e < 3 anni: ½ - 1 dose (0.25-0.50 ml) (dati clinici limitati)
- ▣ Nei bambini di età ≥ 3 anni e negli adulti: 1 dose (0.50 ml)

N.B. Una sola dose di vaccino è sufficiente per i soggetti di tutte le età. Una seconda dose di vaccino è raccomandata solo per i bambini al di sotto dei 9 anni di età mai precedentemente vaccinati contro l'influenza. Si raccomanda di somministrare l'eventuale seconda dose a distanza di almeno 4 settimane dalla prima

Via e sedi di somministrazione

La via di somministrazione è intramuscolare

Le sedi raccomandate sono:

- ▣ il muscolo deltoidee negli adulti e nei bambini > 9 anni
- ▣ la faccia anterolaterale della coscia nei lattanti e nei bambini < 9 anni

N.B. Il vaccino non deve essere somministrato per via sottocutanea o intravascolare

Simultanea somministrazione di altri vaccini

La simultanea somministrazione di altri vaccini è consentita a patto che le siringhe e le sedi di inoculo siano diverse (arto controlaterale)

Conservazione e uso del vaccino

- ▣ Il vaccino antinfluenzale deve essere conservato a temperature comprese fra 2°C e 8°C, al riparo dalla luce e da fonti di calore e non deve essere congelato
- ▣ E' consigliabile portare il vaccino a temperatura ambiente prima di somministrarlo; agitare delicatamente prima dell'uso

Controindicazioni alla vaccinazione

1. Ipersensibilità alle proteine dell'uovo o ad altre componenti del vaccino (in questo caso il medico è tenuto a valutare attentamente il rapporto rischio/beneficio)
2. Sintomatologia febbrile acuta

N.B. Non costituiscono controindicazione assoluta le affezioni minori delle prime vie aeree con o senza lieve rialzo termico

ALLEGATO 1

Altre note sull'uso del vaccino

- ▣ Nei soggetti con malattie autoimmuni il vaccino va somministrato dopo un'attenta valutazione caso per caso del rapporto rischio/beneficio
- ▣ Nei soggetti con malattia da infezione da HIV in fase avanzata il vaccino potrebbe evocare una risposta immunitaria non protettiva; d'altra parte, nei soggetti HIV-positivi, non è stata dimostrata l'associazione tra vaccinazione antinfluenzale e deterioramento immunologico e/o progressione verso l'AIDS
- ▣ Nei soggetti con alterazione dell'immunocompetenza per effetto di trattamenti immunosoppressori la risposta anticorpale protettiva può essere insufficiente; in questi ultimi è consigliabile, sulla base, comunque, di un'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio, differire la vaccinazione, finché non sia trascorso almeno un mese dall'interruzione del trattamento
- ▣ Il trattamento cortisonico, se per uso locale o sistemico a basso dosaggio, non costituisce motivo per differire la vaccinazione
- ▣ In persone con storia di pregressa sindrome di Guillain-Barré è prudente limitare l'uso del vaccino a coloro che sono effettivamente a rischio di severe complicanze da malattia influenzale; d'altra parte non è stata dimostrata l'associazione tra vaccinazione antinfluenzale e aumento della frequenza di sindrome di Guillain-Barré
- ▣ La gravidanza non costituisce controindicazione alla somministrazione del vaccino. Nelle donne in gravidanza che per condizioni mediche predisponenti necessitano di protezione immunitaria, il vaccino può essere somministrato indipendentemente dal periodo di gestazione; nelle donne in gravidanza prive di condizioni mediche predisponenti, in via cautelativa, è opportuno rimandare la vaccinazione all'inizio del terzo trimestre di gestazione, effettuando comunque una valutazione rischio/beneficio
- ▣ Non esistono controindicazioni alla somministrazione del vaccino durante l'allattamento: l'allattamento, d'altra parte, non interferisce sfavorevolmente con la risposta immunitaria.

Effetti collaterali

Di natura locale

Possono verificarsi dolore, eritema e tumefazione nella zona di inoculo

Di natura sistemica

- ▣ Febbre, malessere generale, dolori muscolari e dolori articolari possono verificarsi più spesso in persone mai vaccinate precedentemente: compaiono di norma 6-12 h dopo la vaccinazione e durano 1-2 giorni
- ▣ Reazioni allergiche del tipo ipersensibilità immediata (orticaria, angioedema, asma) possono presentarsi soprattutto in persone con ipersensibilità nota alle proteine dell'uovo o ad altre componenti del vaccino; sono anche possibili reazioni locali da ipersensibilità ritardata, dovute ad alcune componenti del vaccino

N.B. Si raccomanda di tenere sempre a disposizione, in caso di reazione anafilattica, farmaci di pronto intervento

Tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi e non gravi, attese ed inattese, devono essere segnalate inviando tempestivamente l'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile della Farmacovigilanza dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.

ALLEGATO 2 – Mod. 1

**INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL MMG/PLS
(DA INVIARE AL COORDINATORE DELLA CAMPAGNA ENTRO IL 26/09/2005)**

Alla Azienda USL _____

Distretto _____

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

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

N° codice regionale _____

Dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dallo standard qualitativo espresso dal Piano Nazionale Vaccini, con particolare riferimento all'attrezzatura in grado di garantire la corretta conservazione del farmaco.

Richiede contestualmente:

a) la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino antinfluenzale, corrispondente al fabbisogno stimato di dosi per i propri assistiti di età ≥ 65 anni al 31/12/2005;

n. _____ dosi di vaccino antinfluenzale, corrispondente al fabbisogno stimato di dosi per i propri assistiti bersaglio di età inferiore a 65 anni al 31/12/2005;

per un totale di n. _____ di dosi di vaccino.

b) che per la registrazione dei dati della vaccinazione, gli/le venga fornito:

(barrare **una sola** casella)

- software dedicato sviluppato dall'Agenzia di Sanità Pubblica, **impegnandosi ad inserire i dati delle vaccinazioni tramite un unico PC e a trasmetterli all'Azienda in un unico file;**

specificare il/i sistema/i operativo/i installato/i sul PC utilizzato (*si possono barrare più caselle*):

- Microsoft Windows NT 4.0/ Microsoft Windows 2000/ Microsoft Windows XP
 Microsoft Windows 95/ Microsoft Windows 98/ Microsoft Windows Millennium

- modulistica cartacea.

Data, _____

Firma del medico

ALLEGATO 3

ESEMPIO DI SCHEDA INFORMATIVA PER L'ASSISTITO

L'influenza è una malattia provocata da un virus, si trasmette per via respiratoria e si ripete, sotto forma di epidemia, ogni anno, nella stagione autunnale e invernale.

Rispetto ad altre infezioni respiratorie virali, come il comune raffreddore, l'infezione influenzale può provocare una malattia seria e indurre complicazioni soprattutto in persone particolarmente vulnerabili, come gli anziani, o persone di qualunque età affette da patologie croniche.

La vaccinazione è al momento attuale lo strumento di prevenzione della malattia influenzale più semplice ed efficace e ogni anno viene confezionato un nuovo vaccino, in grado di difendere l'organismo da un virus che, di anno in anno, può modificare le proprie caratteristiche.

Il vaccino antinfluenzale è tanto più efficace quanto maggiore è la corrispondenza tra i ceppi virali che lo compongono e i ceppi virali circolanti.

La vaccinazione viene generalmente somministrata nei mesi di ottobre-novembre di ogni anno, nel periodo che precede l'epidemia influenzale, e in un'unica dose (con l'eccezione dei bambini a rischio mai vaccinati prima).

L'efficacia del vaccino, valutata da numerose ricerche su diversi gruppi di persone, è stata ripetutamente dimostrata. In alcuni casi può non evitare del tutto la malattia, ma è generalmente in grado di prevenirne le complicanze riducendo sensibilmente la gravità del quadro clinico.

Il vaccino viene iniettato nel muscolo del braccio o della coscia, sotto controllo medico.

Sono attualmente disponibili in commercio 3 diversi tipi di vaccino:

- Vaccino contenente solo gli elementi superficiali del virus (a subunità)
- Vaccino costituito da virus "frammentati" (split virus)
- Vaccino a subunità potenziato (adiuvato con MF59 e virosomale)

I primi due tipi di vaccino sono abitualmente utilizzati per coloro per i quali esiste una specifica indicazione alla vaccinazione e anche per qualsiasi cittadino che intenda proteggersi dalla malattia. L'uso della terza tipologia è invece raccomandato limitatamente ai soggetti in cui il rischio di complicanze è particolarmente elevato per condizioni di salute che possono compromettere l'efficacia della risposta immunitaria.

La vaccinazione non provoca generalmente alcun disturbo. In alcuni casi possono verificarsi alcuni inconvenienti, generalmente di lieve entità, come:

- reazioni locali, come arrossamento e gonfiore nella sede di iniezione
- reazioni generali, come febbre, malessere, dolori muscolari che scompaiono in 1-2 giorni (più frequenti nelle persone mai vaccinate in precedenza)

In casi molto rari si possono verificare:

- reazioni allergiche rappresentate da orticaria e asma e, nei casi più gravi, da reazione anafilattica. Queste ultime possono comparire in soggetti allergici alle proteine dell'uovo in quanto i vaccini sono prodotti coltivando il virus in uova embrionate di pollo
- diminuzione transitoria delle piastrine, nevralgie e disturbi neurologici.

Le uniche controindicazioni vere alla vaccinazione sono:

- malattie febbrili in atto
- allergia alle proteine dell'uovo.

Nel caso di comparsa di effetti secondari è opportuno consultare il medico di famiglia o il medico del Servizio che ha effettuato la vaccinazione.

Nota bene:

il vaccino antinfluenzale offre una protezione specifica esclusivamente nei confronti del virus dell'influenza, per cui durante il periodo invernale possono insorgere malattie respiratorie acute, provocate da altri virus o da batteri, anche in soggetti vaccinati contro l'influenza.

ALLEGATO 4 - Mod. 2

CONSENSO INFORMATO/ CERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE/ AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

(i dati anagrafici e amministrativi dell'assistito devono essere compilati in stampatello a cura del medico vaccinatore)

DATI ANAGRAFICI E AMMINISTRATIVI DELL'ASSISTITO

Cognome e nome* _____ Sesso M F

*(non devono essere rilevati se l'assistito è uno Straniero Temporaneamente Presente-STP)

Nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ Tel _____

Iscrizione al SSR

- SSR della Regione Lazio: Codice Regionale _____ SSR di altra Regione
 Straniero Temporaneamente Presente (STP): Codice STP _____ non iscritto ad alcun SSR

Residenza

Residente: in Italia all'estero (se residente all'estero non compilare i restanti dati di questo riquadro)

Comune _____ (Prov) _____

Via/Pza _____ N° _____
(solo per Roma) (solo per Roma)

SE RESIDENTE FUORI REGIONE: Codice fiscale _____

Parte A - CONSENSO INFORMATO LETTO E FIRMATO DALL'ASSISTITO PRIMA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Il sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, dichiara di: essere a conoscenza che la vaccinazione antinfluenzale non è obbligatoria secondo le vigenti leggi; essere stato/a adeguatamente informato/a dal medico vaccinatore sui rischi e i benefici legati alla vaccinazione antinfluenzale e sul tipo di vaccino che gli/le verrà inoculato; aver compreso tali informazioni. Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio consenso ad essere sottoposto/a a vaccinazione antinfluenzale.

Firma dell'assistito

Data ___ / ___ / _____

Parte B - CERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

In data ___ / ___ / _____ il Dr. _____ in qualità di MMG/PLS oppure medico del presidio aziendale _____ ha vaccinato contro l'influenza l'assistito le cui generalità sono sopra riportate.

L'assistito è un soggetto a rischio perché _____
(indicare la causa solo se il vaccinato ha meno di 65 anni compiuti al 31/12/2005)

Sede somministrazione: studio/ambulat. domicilio residenza ospedale/lungod. altro

Vaccino inoculato _____ prodotto dall'Azienda _____ lotto N. _____

Firma del medico

Parte C - AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI (solo per gli assistiti di età < 65 anni eleggibili per patologia)

Il sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse, o per ricerche scientifiche statistiche.

Firma dell'assistito

Data ___ / ___ / _____

Per l'assistito impossibilitato a causa delle proprie condizioni cliniche o perché minore o incapace, ha firmato il/la Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____ (specificare) dell'assistito.

ALLEGATO 5**DEBITO INFORMATIVO A CARICO DEI SERVIZI AZIENDALI E DEI MMG/PLS PER OGNI VACCINAZIONE EFFETTUATA****(N.B.: tutti i dati sono obbligatori salvo ove diversamente specificato)****TABELLA 1 - DESCRIZIONE DEI DATI**

DESCRIZIONE	NOTE
Tipologia assistito non presente in anagrafe	Solo se l'assistito non è presente in anagrafe
Codice regionale assistito	Solo se l'assistito è iscritto al SSR del Lazio
Codice fiscale assistito	Obbligatorio se l'assistito è residente in altra regione e assistito dal SSR della Regione Lazio o di altra Regione; o residente nella regione Lazio ma in carico al SSR di altra Regione
Codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)	Solo se l'assistito è STP
Cognome dell'assistito	Non deve essere rilevato per gli STP
Nome dell'assistito	Non deve essere rilevato per gli STP
Data di nascita	Facoltativo per gli STP
Sesso	
Condizione di residenza dell'assistito	
Comune di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente in Italia
Indirizzo di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente nel comune di Roma
Data di vaccinazione 2005	
Luogo di somministrazione del vaccino	
Motivo della vaccinazione	
Numero ordinale di dose	
Tipologia vaccino	

TABELLA 2 - CODIFICA DEI DATI

Tipologia assistito non presente in anagrafe	1=iscritto al SSR regione Lazio; 2=iscritto al SSR di altra regione; 3=Straniero Temporaneamente Presente (STP); 4=altro non iscritto ad alcun SSR
Sesso	M=maschio; F=femmina
Condizione di residenza	1=residente regione Lazio; 2=residente in altra regione; 3=residente all'estero
Comune di residenza dell'assistito	Se si usa il software ASP, codice Istat del comune di residenza (inserito automaticamente in base al nome del comune indicato dal medico); se si usa il cartaceo, nome del comune
Luogo di somministrazione del vaccino	1=studio medico/ambulatorio; 2=struttura residenziale/semiresidenziale; 3=domicilio dell'assistito; 4=struttura ospedaliera/lungodegenza; 5=altro
Motivo	1=età ≥ 65 anni; 2=malattie croniche dell'apparato respiratorio; 3=malattie croniche dell'apparato cardio-circolatorio; 4=diabete mellito; 5=altre malattie metaboliche; 6=malattie renali con insufficienza renale; 7=malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie; 8=malattie congenite o acquisite che comportino deficit immunitario; 9=sindromi da malassorbimento intestinale; 10=patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici; 11=bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; 12=bambini pretermine e di basso peso alla nascita; 13=donne nel 2° e 3° trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica; 14=individui di qualunque età ricoverati in strutture per lungodegenti; 15=medici e personale sanitario di assistenza; 16=contatti familiari o altro personale di assistenza di soggetti ad alto rischio; 17= personale delle Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Polizia Provinciale, Polizia Municipale, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia penitenziaria, Guardia Forestale) e Vigili del Fuoco; 18=personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali; 19=altri soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo.
Numero ordinale dose	1= 1ª dose; 2= 2ª dose
Tipologia vaccino	1= vaccino split/subunità; 2= vaccino adiuvato MF59; 3= vaccino virosomale

ALLEGATO 6 - Mod. 3

**DATI RIEPILOGATIVI DELLA CAMPAGNA ANTINFLUENZALE 2005-06 DA PARTE DEL MMG/PLS
(DA CONSEGNARE ENTRO IL 31/01/2006)**

All'Azienda USL _____

Distretto _____

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

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

N° codice regionale _____

Dichiara di aver effettuato il seguente numero di vaccinazioni per classe di età:

Classe di età	N° vaccinazioni
< 65 anni	
≥ 65 anni	
STP senza data di nascita (*)	
Totale	

(*) STP: Straniero temporaneamente presente

Dichiara contestualmente il seguente numero di dosi di vaccino non utilizzate: n° _____

® **(Compilare obbligatoriamente la parte sottostante se i dati delle vaccinazioni sono su supporto cartaceo)** ↯

Il medico, le cui generalità sono sopra riportate, dichiara di essere reperibile, per le eventuali integrazioni dei dati che si rendessero necessarie, presso i recapiti telefonici di seguito riportati negli orari indicati (indicare almeno tre giorni settimanali di reperibilità):

Giorno	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Num. telef.						
Orario						

Data, _____

Firma del medico

ALLEGATO 7

DEBITO INFORMATIVO A CARICO DELL'AZIENDA PER OGNI VACCINAZIONE EFFETTUATA (N.B.: tutti i dati sono obbligatori salvo ove diversamente specificato)

TABELLA 1 - DESCRIZIONE DEI DATI

DESCRIZIONE	NOTE
Codice regionale medico	Solo se la vaccinazione è stata effettuata da un MMG/PLS
Cognome MMG/PLS	Solo se la vaccinazione è stata effettuata da un MMG/PLS
Nome MMG/PLS	Solo se la vaccinazione è stata effettuata da un MMG/PLS
Tipologia assistito non presente in anagrafe	Solo se l'assistito non è presente in anagrafe
Codice regionale assistito	Solo se l'assistito è iscritto al SSR del Lazio
Codice fiscale assistito	Obbligatorio se l'assistito è residente in altra regione e assistito dal SSR della Regione Lazio o di altra Regione; o residente nella regione Lazio ma in carico al SSR di altra Regione
Codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)	Solo se l'assistito è STP
Cognome dell'assistito	Non deve essere rilevato per gli STP
Nome dell'assistito	Non deve essere rilevato per gli STP
Data di nascita	Facoltativo per gli STP
Sesso	
Condizione di residenza dell'assistito	
Codice ISTAT del comune di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente in Italia; inserito automaticamente dal software ASP in base al nome del comune residenza
Codice ISTAT dell'Azienda USL di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente in Italia; inserito automaticamente dal software ASP in base al codice Istat del comune residenza
Indirizzo di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente nel comune di Roma
Municipio di residenza dell'assistito	Solo se l'assistito è residente nel comune di Roma; inserito automaticamente dal software ASP in base all'indirizzo di residenza
Data di vaccinazione 2005	
Luogo di somministrazione del vaccino	
Motivo della vaccinazione	
Numero ordinale dose	
Tipologia vaccino	
Tipologia soggetto vaccinatore	Inserito automaticamente dal software ASP
Tipologia software	Inserito automaticamente dal software ASP

TABELLA 2 - CODIFICA DEI DATI

Tipologia assistito non presente in anagrafe	1=iscritto al SSR regione Lazio; 2=iscritto al SSR di altra regione; 3=Straniero Temporaneamente Presente (STP); 4=altro non iscritto ad alcun SSR
Sesso	M=maschio; F=femmina
Condizione di residenza	1=residente regione Lazio; 2=residente in altra regione; 3=residente all'estero
Luogo di somministrazione	1=studio medico/ambulatorio; 2=struttura residenziale/semiresidenziale; 3=domicilio dell'assistito; 4=struttura ospedaliera/lungodegenza; 5=altro
Motivo	1=età ≥ 65 anni; 2=malattie croniche dell'apparato respiratorio; 3=malattie croniche dell'apparato cardio-circolatorio; 4=diabete mellito; 5=altre malattie metaboliche; 6=malattie renali con insufficienza renale; 7=malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie; 8=malattie congenite o acquisite che comportino deficit immunitario; 9=sindromi da malassorbimento intestinale; 10=patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici; 11=bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; 12=bambini pretermine e di basso peso alla nascita; 13=donne nel 2° e 3° trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica; 14=individui di qualunque età ricoverati in strutture per lungodegenti; 15=medici e personale sanitario di assistenza; 16=contatti familiari o altro personale di assistenza di soggetti ad alto rischio; 17= personale delle Forze dell'Ordine (Polizia di Stato, Polizia Provinciale, Polizia Municipale, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia penitenziaria, Guardia Forestale) e Vigili del Fuoco; 18=personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali; 19=altri soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo.
Numero ordinale dose	1= 1ª dose; 2= 2ª dose
Tipologia vaccino	1= vaccino split/subunità; 2= vaccino adiuvato MF59; 3= vaccino virosomale
Tipologia soggetto vaccinatore	1= Servizio aziendale; 2=MMG/PLS
Tipologia software	0= Software ASP per i Servizi aziendali; 1=Software ASP per data entry del cartaceo; 2= Software ASP per MMG/PLS

ALLEGATO 8

SCHEDA DI SOSPETTA REAZIONE A VACCINO

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)					
<i>(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)</i>					
1. INIZIALI DEL PAZIENTE	2. DATA DI NASCITA	3. SESSO	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI* <small>* se il segnalatore è un medico</small>				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE:	
				<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO OSPED. <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/ DEFICIT NEL NEONATO	
				<input type="checkbox"/> NON GRAVE	
8. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti				9. ESITO	
10. AZIONI INTRAPRESE: specificare				<input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL __/__/__ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL __/__/__	
				<input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO(I) SOSPETTO (il nome della sostanza merittoria*)					
A) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
B) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
C) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO: DAL _____ AL _____			
<small>* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo e l'ora della somministrazione</small>					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?		A: si / no	B: si / no	c: si / no	
17. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?		A: si / no	B: si / no	c: si / no	
18. IL FARMACO E' STATO RIPRESO?		A: si / no	B: si / no	c: si / no	
19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?		A: si / no	B: si / no	c: si / no	
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO:					
A:					
B:					
C:					
21. FARMACO(I) CONCOMITANTE(I), DOSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO					
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, OMEOPATICI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ECC. (specificare):					
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI PREDISPONENTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)					
INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE					
24. QUALIFICA DEL SEGNALATORE			25. DATI DEL SEGNALATORE		
<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA	NOME E COGNOME			
<input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> FARMACISTA	INDIRIZZO			
<input type="checkbox"/> SPECIALISTA	<input type="checkbox"/> ALTRO	TEL E FAX	E-MAIL		
26. DATA DI COMPILAZIONE			27. FIRMA DEL SEGNALATORE		
28. CODICE ASL			29. FIRMA DEL RESPONSABILE DI FARMACOVIGILANZA		

Guida alla Compilazione

Premessa

La segnalazione spontanea è una comunicazione relativa all'insorgenza di una reazione avversa che si sospetta si sia verificata dopo l'assunzione di un farmaco. E' uno strumento semplice, pratico ed economico applicabile a tutte le tipologie di pazienti e a tutti i farmaci, che consente di rilevare potenziali segnali di allarme. A tal fine la qualità e la completezza delle informazioni riportate sono fondamentali. La qualità dell'informazione è determinata dalla congruità dei dati, dalla loro completezza e dalla precisione con cui sono riportati. Ogni sezione della scheda ha una ragione di esistere e dovrebbe essere adeguatamente compilata.

Una scheda incompleta non consente di valutare il nesso di causalità tra farmaco e reazione. Indipendentemente dall'algoritmo che verrà usato non si può fare a meno di conoscere la relazione temporale, se esistono o meno spiegazioni alternative sia per quanto riguarda le condizioni cliniche che per quanto riguarda l'utilizzo di altri prodotti, e cosa ha determinato la sospensione del farmaco ritenuto sospetto.

E' stata quindi eliminata la differenziazione in campi obbligatori e facoltativi, prevista nel precedente modello, in quanto essa poteva portare ad una compilazione parziale che non consentiva di fatto la valutazione del nesso di causalità tra farmaco e reazione.

Infine è predisposto un unico modello di scheda per segnalare le sospette reazioni avverse a **tutti i farmaci inclusi i vaccini**.

I vaccini sono infatti soggetti al doppio monitoraggio della farmacovigilanza (come per tutti i farmaci) e della prevenzione, con il principale obiettivo di identificare e correggere rapidamente eventuali errori nel programma di immunizzazione al fine di garantire, in modo più efficiente e più sicuro, quel diritto alla salute rappresentato dalle vaccinazioni.

L'adozione di un modello unico di scheda, che tiene conto degli standard internazionali, semplifica la segnalazione di reazione avversa a vaccino, limita i possibili duplicati e velocizza le operazioni di inserimento in banca dati essendo previsto il suo invio al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria.

COMPILAZIONE

Vengono di seguito riportate alcune motivazioni relative all'esistenza dei diversi campi che dovrebbero essere tenute in considerazione durante la compilazione.

Paziente e data di insorgenza: i dati di questa sezione sono importanti per l'identificazione del caso ed il riconoscimento di duplicati (insieme alle informazioni su farmaco e reazione).

Per motivi di privacy non è possibile scrivere per esteso il nome e cognome del paziente; sarà comunque sufficiente riportare prima la lettera iniziale del nome seguita dalla lettera iniziale del cognome. L'indicazione della data di nascita, invece che dell'età, risulta essere particolarmente importante in caso di segnalazioni di reazioni avverse a vaccino: infatti, le vaccinazioni dell'età evolutiva vengono somministrate, di norma, ad età prestabilite. Le iniziali, insieme alla **data di nascita**, consentono di distinguere i casi, operazione necessaria soprattutto in occasione di segnalazioni di cluster di reazioni avverse da vaccini derivanti da una stessa struttura.

Inoltre la data di insorgenza della reazione insieme alle date di inizio e fine terapia sono indispensabili perché consentono di stabilire la correlazione temporale tra assunzione del farmaco e reazione avversa.

Il campo codice della reazione va compilato dal responsabile di farmacovigilanza dopo l'avvenuto inserimento della scheda in banca dati.

Reazione: la compilazione di questo campo e' ovviamente fondamentale, oltre alla descrizione della reazione è prevista anche la sua diagnosi ed i risultati di eventuali accertamenti diagnostici. E' opportuno che tale descrizione avvenga nel modo più chiaro e meno fantasioso possibile considerato che la descrizione dovrà poi essere interpretata e codificata da un altro operatore all'atto dell'inserimento della scheda in banca dati. Nel caso di segnalazione di reazioni avverse **a vaccini** e' necessario riportare anche l'orario di insorgenza della reazione. In appendice sono riportati alcuni suggerimenti relativi alla descrizione delle reazioni da vaccino e alla definizione di caso.

Nella sezione "esami di laboratorio e strumentali" vanno riportati i risultati, rilevanti ai fini della reazione avversa, degli esami effettuati e possibilmente le date a cui si riferiscono. La sola citazione dell'esame senza conoscere il risultato non è dirimente.

E' importante anche precisare se la reazione è stata trattata e come. Il segnalatore può allegare alla scheda eventuali referti, lettere di dimissioni ospedaliera, relazioni cliniche rispettando comunque la tutela della privacy del paziente.

Gravità: l'importanza d una reazione avversa varia anche in relazione alla sua gravità; va ricordato che la gravità non deve essere stabilita su base soggettiva per cui non hanno senso le affermazioni media gravità' o gravità' moderata ecc.

Una reazione e' grave solo se:

è fatale

ha provocato o prolungato l'ospedalizzazione

ha provocato invalidità grave o permanente

ha messo in pericolo la vita del paziente

Sono da considerare gravi anche le anomalie congenite e i difetti alla nascita in neonati le cui madri avevano assunto i farmaci sospetti in gravidanza.

In questo ultimo caso la scheda sarà compilata con i dati della madre, ma alla scheda stessa dovrà essere allegata un'accurata relazione clinica che oltre ai dati anamnestici dettagli la reazione a carico del feto o del neonato e l'esito della stessa.

ALLEGATO 8

Esito: analogamente alla gravità è importante riportare l'esito della reazione facendo attenzione alle voci poste al di sotto dell'esito "decesso": infatti ad esempio le frasi "il farmaco può aver contribuito" oppure "non dovuto al farmaco" sono relativi ai casi fatali. Nel campo esito andranno riportate anche le date di guarigione o di decesso.

Farmaco sospetto: È importante riportare il nome commerciale del farmaco e non solo il principio attivo sia per consentire eventuali accertamenti legati alla produzione dello stesso sia per consentire alle aziende farmaceutiche titolari del farmaco sospetto di assolvere ai numerosi obblighi di farmacovigilanza nazionale ed internazionale previsti dalla legge. Inoltre nel caso dei farmaci generici, al nome del principio attivo deve essere aggiunto il nome dell'azienda. Senza questa informazione non sarà possibile procedere all'identificazione del medicinale coinvolto.

Deve essere indicato il dosaggio e non solo l'unità posologica (infatti per un dato farmaco potrebbero ad esempio esserci compresse da 250, 500 o 1000 mg).

In questa sezione è importante fornire anche le informazioni relative all'eventuale miglioramento della reazione avversa dopo la sospensione del farmaco e quando disponibile anche il dato sulla risomministrazione del farmaco (rechallenge).

Nel caso di segnalazione di reazioni avverse **a vaccini** è necessario riportare anche l'ora della somministrazione ed il numero di dose (I, II o di richiamo). Inoltre vanno specificati il lotto e la data di scadenza.

Non va tralasciata l'indicazione terapeutica per la quale il farmaco è stato assunto: da tale indicazione potrebbero emergere spiegazioni alternative all'insorgenza della reazione osservata che potrebbe essere in realtà un aspetto della patologia trattata. Anche le indicazioni vanno riportate nel modo più preciso possibile tenendo presente la classificazione internazionale delle malattie (ICD IX: International classification disease).

Condizioni predisponenti: la disponibilità di queste informazioni consente di accertare la presenza o meno di cause alternative al farmaco nel determinare la reazione avversa. In particolare nel caso di segnalazione di reazioni avverse **a vaccini** è necessario riportare i dati anamnestici, la storia clinica e farmacologica rilevante. È opportuno anche specificare la sede dove è avvenuta la vaccinazione: ASL, studio privato, scuola, altro (specificare) ed il sito di inoculo del vaccino.

Farmaci concomitanti: l'informazione di eventuali farmaci concomitanti va acquisita soprattutto in relazione alle possibili interazioni. Nell'apposita sezione andrebbero riportate anche le altre possibili interazioni con integratori alimentari, prodotti erboristici ecc. Nel caso di segnalazione di reazioni avverse a vaccini è necessario riportare anche i vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione.

Fonte e segnalatore: il segnalatore deve essere chiaramente identificabile, anche se i suoi dati sono tutelati, in primo luogo perché spesso c'è la necessità di contattare il segnalatore per chiarimenti o follow-up ed inoltre non sono accettabili schede anonime. Qualora la fonte venga riportata come "Altro" deve essere specificato chiaramente la tipologia di segnalatore.

Per le reazioni gravi, tanto più se non previste nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) o per le quali l'esito non è conosciuto al momento della segnalazione stessa è opportuno far seguire la segnalazione iniziale da un aggiornamento sul caso.

La scheda compilata va inviata al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza per i successivi adempimenti ai sensi del D.Lgs.95/2003.

Per approfondimenti sulla Farmacovigilanza si rimanda alla lettura del volume IX di EudraLex disponibile all'indirizzo:

<http://pharmacos.eudra.org/F2/eudralex/index.htm>

SUGGERIMENTI RELATIVI ALLA DESCRIZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA A VACCINO

Locale, nel punto di inoculo

- reazione locale estesa
 ascesso sterile
 ascesso settico
 necrosi/ulcerazione
 anestesia/parestesia

altro (3) _____

Generale

- adenopatia
 artralgia
 artrite cronica
 anestesia/parestesia
 convulsioni afebrili
 convulsioni febbrili
 encefalopatia
 iperpiressia = 39,5° C (4)
 ipersensibilità immediata (5):
 specificare _____
 altre manifestazioni ipersensibilità
 specificare _____
- ipotonia - iporesponsività
 meningite/encefalite
 neurite brachiale
 pianto persistente
 paralisi flaccida acuta
 porpora trombocitopenica
 shock anafilattico
 S.di Guillan Barrè /
 poliradicoloneurite
 vomito e/o diarrea gravi(7)
 altro (3)

DEFINIZIONI DI CASO

Anestesia/parestesia: vanno segnalate le condizioni che perdurino per più di 24 ore

Artrite cronica: può essere presa in considerazione in un soggetto senza storia di artropatia nei 3 anni precedenti la vaccinazione sulla base di: comparsa di segni di artrite acuta (gonfiore articolare) che sia insorta tra i 7 e i 42 giorni seguenti la vaccinazione antirosolia; persistenza di segni obiettivi di artrite intermittente o continua per più di 6 mesi dopo la vaccinazione; risposta anticorpale al virus della rosolia. L'artralgia o rigidità articolare senza gonfiore non è considerata artrite cronica.

Convulsioni: attacchi di spasmi tonico-clonici, o di altri attacchi epilettici dell'infanzia (es: spasmi infantili, tic di saalam) con durata variabile da alcuni minuti a più di 15 minuti, in assenza di lesioni neurologiche preesistenti.

A seconda della temperatura corporea, le convulsioni vanno distinte in: **febbrili** (temperatura > 38° C) o **afebbrili**

Encefalite: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 1 – 4 settimane dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, cambiamenti evidenti del comportamento per almeno due giorni, che non si risolvono entro 24 ore, accompagnati da segni di infiammazione celebrale, con evidenti alterazioni del liquor, in assenza di altre cause dimostrabili.

Encefalopatia: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 72 ore dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da due o più dei seguenti sintomi: (I) convulsioni, (II) alterazione dello stato di coscienza e/o cambiamenti evidenti del comportamento per almeno due giorni, (III) segni neurologici focali che non si risolvano entro 24 ore.

Ipotonia-iporesponsività: nei **bambini di età inferiore a 24 mesi**, episodi che si manifestano con diminuzione o perdita acuta del tono muscolare, perdurante per almeno 10 minuti, accompagnata da cianosi o pallore, o da mancata risposta agli stimoli ambientali, o da torpore prolungato, o da arresto respiratorio, **in un periodo di tempo compreso tra 0 e 24 ore dalla vaccinazione**. Da non confondere con lipotimia o con stato post-convulsivo

Manifestazioni ipersensibilità immediata: orticaria, rinite, asma, broncospasmo, edema della glottide, angioedema, che si manifestino entro pochi minuti dalla somministrazione del vaccino, in assenza di stato di shock .

Meningite/Encefalite: quadro clinico di meningite, con insorgenza entro 15 gg dalla somministrazione del vaccino; la sintomatologia può essere sfumata e subdola, oppure molto simile a quella dell'encefalite.: quadro clinico ad inizio acuto, con insorgenza entro 1 – 4 settimane dalla somministrazione del vaccino, caratterizzato da convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, cambiamenti evidenti del comportamento per almeno due giorni, che non si risolvono entro 24 ore, accompagnati da segni di infiammazione celebrale, con evidenti alterazioni del liquor, in assenza di altre cause dimostrabili.

Neurite brachiale: quadro clinico con insorgenza entro 2-28 giorni dalla somministrazione di vaccini tossoide tetanico caratterizzato da disfunzione limitata all'estremità superiore del plesso brachiale (tronco, dermatomeri) senza coinvolgimento di altre strutture del sistema nervoso periferico (radice nervosa o singolo nervo periferico) o centrale (midollo spinale). Un dolore profondo, continuo, spesso severo alla spalla e alla radice del braccio annuncia di solito la comparsa della condizione. Il dolore è seguito, a distanza di giorni o di settimane, da debolezza o atrofia dei gruppi muscolari dell'estremità prossimale. La perdita di sensibilità può accompagnare il deficit motorio, mentre la debolezza è un dato necessario perché sia fatta la diagnosi. La neurite può essere presente sia dallo stesso lato sia dal lato opposto rispetto al punto in cui è stata eseguita l'iniezione; talvolta è bilaterale, colpendo entrambe le radici degli arti superiori.

Paralisi flaccida acuta: paralisi flaccida ad inizio improvviso che si manifesti in un periodo di tempo compreso tra 4 e 30 giorni dalla somministrazione di OPV nel soggetto vaccinato e tra 4 e 75 giorni in un contatto persistente anche dopo 60 giorni dal suo manifestarsi.

Pianto persistente: pianto inconsolabile che si prolunghi **ininterrottamente per un periodo superiore alle 3 ore, durante il quale il bambino non si alimenta e non dorme**, oppure pianto o grido di alta o inconsueta tonalità,

Porpora trombocitopenica: quadro clinico con insorgenza entro 2 mesi dalla somministrazione di vaccini contenenti il virus morbilloso caratterizzato da una conta piastrinica sierica inferiore a 50.000/ml. La porpora trombocitopenica non include casi di trombocitopenia associate ad altre cause come ipersplenismo, disordini autoimmunitari (compresi alloanticorpi da pregresse trasfusioni), mielodisplasie, malattie linfoproliferative, trombocitopenia congenita o sindrome emolitico-uremica; non include casi di porpora trombocitopenica immune mediata, per esempio, da infezioni virali o fungine, da tossine o da farmaci né casi di trombocitopenia associati a coagulazione intravasale disseminata come si osservano nelle infezioni batteriche o virali.

Reazione locale estesa: area di arrossamento, indurimento, tumefazione con diametro superiore a 5 cm, estesa fino alla radice dell'arto

Shock anafilattico: reazione allergica con stato di shock (insufficienza circolatoria, ipotensione arteriosa, polsi periferici deboli o assenti, alterazione del

ALLEGATO 8

livello di coscienza, sudorazione) con o senza broncospasmo e/o laringospasmo o edema della glottide, che si manifesti **immediatamente dopo l'inoculazione del vaccino**.

Sindrome di Guillain-Barré/poliradicoloneurite: paralisi flaccida ad inizio acuto, simmetrica, ascendente, rapidamente progressiva, con perdita di sensibilità periferica, in assenza di iperpiressia. L'esame del liquor evidenzia dissociazione albumino-citologica. L'associazione a vaccino è ritenuta certa o probabile in caso di Sindrome di Guillain-Barré insorta entro 60 giorni dalla somministrazione del vaccino.

Allegato 9 – Calendario degli adempimenti

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2005/06		
01/09/05	ASL	nomina un Coordinatore e un Responsabile del trattamento informatico dei dati e contestualmente ne comunica nominativi e recapiti a Regione e ASP
16/09/05	ASL	il Coordinatore garantisce l'invio del Protocollo Operativo a tutti i soggetti vaccinatori
26/09/05	MAP	invia al Distretto della propria ASL il Mod. 1 - All. 2, indicando il numero di dosi di vaccino richieste e lo strumento prescelto per la registrazione dei dati
	ASL	il Coordinatore acquisisce dai MAP, attraverso il Mod. 1 - All. 2, l'indicazione relativa al numero di dosi di vaccino richieste e allo strumento prescelto per la registrazione dei dati
27/09/05	ASP	rilascia un applicativo per la stampa della modulistica cartacea e un software per la registrazione controllata dei dati vaccinali da parte dei MAP (ASPV2005)
10/10/2005	ASP	invia un Documento tecnico sulle procedure ottimali di accettazione, gestione e tracciamento del flusso di dati
	ASP	invia alle ASL un Questionario finalizzato a raccogliere le informazioni essenziali sull'andamento delle operazioni di informatizzazione dei dati
	ASP	rilascia un programma per il data entry controllato dei dati dei Servizi vaccinali aziendali (ASPV05SV)
11/10/05	ASL	fornisce ai Servizi aziendali e ai MAP lo strumento, dagli stessi richiesto, per la documentazione della campagna
	ASL	fornisce ai Servizi e ai MAP le dosi di vaccino da questi richieste, secondo le modalità concordate, ottimizzandone la distribuzione
	ASL	avvia, per gli utenti del software ASP, un servizio di assistenza informatica mediante numero di telefono dedicato
30/11/05	ASP	rilascia un software per l'accettazione locale o centralizzata dei file dati trasmessi dai MAP (ASPV05CL)
10/12/05*	MAP	data di inizio per la consegna all'Azienda, in un'unica soluzione, della documentazione delle vaccinazioni effettuate e per la contestuale consegna del Mod. 3 - All. 6 debitamente compilato
30/12/05	ASP	rilascia un applicativo per il data entry controllato dei dati forniti su materiale cartaceo dai MAP (ASPV05DE)
31/01/06	MAP	termine ultimo per la consegna all'Azienda, in un'unica soluzione, della documentazione delle vaccinazioni effettuate e per la contestuale consegna del Mod. 3 - All. 6 debitamente compilato, decorso il quale il MMG perde il diritto all'incentivo di risultato
02/02/06	ASL	trasmette all'ASP il Questionario sulle operazioni di informatizzazione con tutti i dati richiesti
10/02/06	MAP	termine ultimo, per il MAP che abbia consegnato i dati entro il 31/01/06, per la produzione di una documentazione idonea a superare la procedura di accettazione, decorso il quale il MMG perde il diritto all'incentivo di risultato
28/02/06	ASP	rilascia un programma (ASPV05CF) per l'importazione finale, in un unico database, dei file provenienti da ASPV05SV, ASPV05DE e ASPV05CL
01/03/06	ASL	trasmette all'ASP il Questionario sulle operazioni di informatizzazione con tutti i dati richiesti aggiornati
	MAP	termine ultimo per consegnare all'Azienda i dati analitici delle vaccinazioni effettuate, decorso il quale egli perde il diritto a ricevere l'incentivo per l'eventuale utilizzo del software ASPV2005 e gli viene trattenuto, dagli emolumenti ordinariamente riconosciuti, l'intero costo dei vaccini a lui consegnati a inizio campagna
31/03/06	ASL	termine ultimo per la consegna all'ASP, in un unico file, dell'archivio aziendale delle vaccinazioni prodotto tramite il software ASPV05CF
	ASL	avvia la procedura per la corresponsione della remunerazione base ai MAP, utilizzando i dati contenuti nell'archivio trasmesso all'ASP
14/04/06	ASL	termine ultimo per la consegna all'ASP dell'archivio, decorso il quale si applica una decurtazione progressiva del finanziamento regionale
15/05/06	ASL	termine per la consegna all'ASP dell'archivio, entro il quale si applica una decurtazione del 20% del finanziamento regionale
16/06/06	ASL	termine per la consegna all'ASP dell'archivio, entro il quale si applica una decurtazione del 50% del finanziamento regionale e decorso il quale perde il diritto all'intero finanziamento regionale, eccezion fatta per la Quota C sempre previa consegna dell'archivio entro il 29/12/06
30/06/06	ASL	termine ultimo per completare la procedura di corresponsione della remunerazione base ai MAP
	ASP	fornisce alla Regione, per le sole Aziende USL che hanno consegnato l'archivio entro il 14/04/06, i dati necessari alla determinazione del finanziamento regionale spettante a ciascuna Azienda e dell'incentivo di risultato spettante a ciascun MMG di tali Aziende
29/12/06	ASL	termine per la consegna all'ASP dell'archivio, entro il quale viene corrisposta la quota C e decorso il quale l'Azienda, pur avendo ancora l'obbligo della trasmissione dell'archivio, non ha più diritto ad alcun finanziamento regionale
Entro 90 gg. dalla consegna del relativo archivio	ASP	fornisce alla Regione, per le Aziende USL che non hanno consegnato l'archivio entro il 14/04/06, i dati necessari alla determinazione del finanziamento regionale spettante a ciascuna Azienda e dell'incentivo di risultato spettante a ciascun MMG di tali Aziende

N. B. : Le date suindicate (con l'eccezione segnalata da *) si riferiscono al termine temporale entro cui svolgere il relativo adempimento. Per MAP si intende Medico di Assistenza Primaria (MMG o PLS).