

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2021. 0267342 18/05/2021 10,11

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : AI DIRETTORI GENERALI AA.SS.LL. REGIONE CAMPANIA

Classifica : 50.4. Fascicolo : 46 del 2021



Giunta Regionale della Campania D.G. 04 – U.O.D. 06
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
UOD Politica del farmaco e dispositivi

Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL.
Campania

e per il loro tramite
Al Direttore Sanitario Aziendale
Al Direttori dei Distretti Sanitari
Al Direttori Dipartimenti Farmaceutici
Al Responsabili DPC

Alla Soresa S.p.A.

A Federfarma Campania
Ad Assofarm Campania

e per il loro tramite
A tutte le farmacie di comunità pubbliche e
private

Oggetto: Fac-simile scheda di adesione delle farmacie di comunità alla campagna vaccinale

Visto l'allegato 1 dell'Accordo Quadro tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma e Assofarm per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini Anti-SARS COV-2 e considerato che l'Accordo Regione/Federfarma/Assofarm all'art.4 prevede l'obbligo per le farmacie aderenti di comunicare ulteriori informazioni ad integrazione di quelle riportate nell'allegato 1 sopra citato, al fine di uniformare la modulistica di adesione sul territorio regionale all'Accordo in parola, si inoltra fac-simile di scheda di adesione alla campagna vaccinale, che le farmacie di comunità invieranno ai destinatari indicati nel modello.

Si raccomanda a tutte le farmacie di individuare con la massima precisione la propria **capacità vaccinale** (ultimo dato da inserire), in quanto tale informazione risulta particolarmente critica ai fini della corretta distribuzione logistica dei vaccini.

Tale dato dovrà riferirsi alla reale capacità vaccinale della farmacia allo stato dell'adesione e potrà essere aggiornato nel tempo, sia dalla farmacia che dalle AASSLL, in funzione del reale andamento progressivo dell'attività vaccinale espletata dalla farmacia.

Il Dirigente UOD 06
Dott. Ugo Trama

MODULO DI ADESIONE SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI SARS COV-2

Da inviare a:

Azienda Sanitaria territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Associazione provinciale Federfarma o Coordinamenti regionali Assofarm

Io sottoscritto, Dr. / Dott .ssa _____

titolare direttore tecnico legale rappresentate della Farmacia,

Tipologia della farmacia Urbana Rurale Rurale Sussidiata

indirizzo della Farmacia, _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____ Tel. _____

Codice ASL della farmacia _____ Codice NSIS (codice di tracciabilità) _____

Indirizzo mail PEC _____

Indirizzo mail **NON PEC** _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione del vaccino anti SARS- CoV2 in Farmacia e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

Dichiaro che il dott./i dott.:

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

5 _____ 6 _____

7 _____ 8 _____

9 _____ 10 _____

procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla base della positiva conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità a norma dell'art.1, comma 465, della Legge 178/2020. Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini.

A tal fine dichiaro di garantire i seguenti requisiti per la sicurezza

Programmazione dell'attività solo su appuntamento.

Previa acquisizione del consenso informato attraverso la compilazione della scheda per la valutazione dell'idoneità/inidoneità del soggetto a sottoporsi alla somministrazione vaccinale.

Precisazione al cittadino che per ricevere il vaccino non deve avere avuto negli ultimi 10 giorni contatti stretti con persone affette da Covid-19, non deve avere febbre superiore a 37.5°C, non deve avere sintomatologia respiratoria.

Avviso all'ingresso della Farmacia o all'ingresso della struttura esterna (fissa o mobile) dedicata alla vaccinazione, con chiare istruzioni sulle modalità di accesso.

A tal proposito dichiaro di organizzare gli accessi nel rispetto delle seguenti indicazioni: (barrare una o più opzioni)

per farmacie fino a quaranta metri quadrati, ingresso di una persona alla volta da sottoporre a vaccinazione, oltre a un massimo di due operatori;

dimensioni superiori a quaranta metri quadrati, con accesso regolamentato, differenziando, ove possibile, i percorsi di entrata e di uscita

presenza nell'area di soluzioni per l'igiene delle mani e indicazioni per il distanziamento fisico

adeguatezza nei locali della farmacia delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti e mantenimento di adeguati livelli di filtrazione degli impianti di areazione

esecuzione del vaccino in ambiente dedicato o separato dal locale di vendita o, in alternativa, a Farmacia chiusa o con altre modalità che garantiscono la riservatezza e la sicurezza necessarie.

Ai sensi dell'art.4 Accordo attuativo tra la Regione Campania e le Associazioni di Categoria dei titolari delle Farmacie pubbliche e private convenzionate per la distribuzione e somministrazione del vaccino Anti Sars Cov2, dichiaro inoltre che le somministrazioni del vaccino avverranno secondo le seguenti modalità:

Tipologia del punto vaccinale:

Farmacia Locale esterno Tenda da campo Camper Gazebo

Tempo presunto per la operatività delle attività 15 Minuti 20 Minuti 30 Minuti __Minuti

Numero di persone impiegate nelle attività distinte per competenza professionale

Farmacista N____, Infermiere N____, Medico N____, altra figura _____ N____

Capacità vaccinale (numero di vaccinazioni giornaliere che la farmacia può somministrare in base alle capacità operative) N._____

Data _____ Firma_____