



VACCINAZIONE COVID-19

Note operative

Dott. Paolo Antonucci

Fonti Normative

"Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS - CoV-2. Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021."

PROTOCOLLO D'INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA MEDICINA GENERALE

Determinazione 22 febbraio 2021, n. G01850

Aggiornamento della Determina G01526 del 15/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS - CoV-2. Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021."

ADDENDUM ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Ministero della Salute: Vaccinazione dei soggetti che hanno avuto un'infezione da SARS-CoV-2.

16/02/2021 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 15 - Supplemento n. 2

Gestione delle richieste di approvvigionamento vaccini - da parte dei Medici di Medicina Generale - attraverso la piattaforma ReCUP

Fonti Normative

Istruzione Operativa per l'implementazione del Piano vaccinale COVID-19 IO_SQRM_41
Rev.0 del 26.12.2020

Approvazione del Piano Regionale Vaccinazione anti SARS – CoV2: prima fase. 24-12-2020

Vaccinazione anti COVID-19 con vaccino Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty) - AIFA

ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE
LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

coronavirus_dossier_Spallanzani_12_02_2021_FadInMed

La gestione della malattia COVID-19, Documento di indirizzo AIPO-ITS METIS

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DA PARTE DEGLI ALLERGOLOGI DEI PAZIENTI A RISCHIO DI REAZIONI
ALLERGICHE AI VACCINI PER COVID-19

<https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-vettore-virale>

Ministero della Salute: Utilizzo del vaccino COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA nei soggetti di età superiore ai 65 anni.

Livello Nazionale

Popolazione da vaccinare: **56.000.000**

Medici di Medicina Generale: **45.000**

Ciascun medico dovrebbe vaccinare circa **1.250** assistiti

I vaccini oggi disponibili:

Pfizer, Moderna o Astra Zeneca

necessitano per immunizzazione di 2 dosi

N.B.:

vanno sottratti a questi numeri gli assistiti che vengono vaccinati nei CVO o CVT

Significa 2.500 dosi da somministrare

Dosi settimana	settimane	Mesi
11	227	56
22	113	28
33	76	19
44	57	14
55	45	11

Ogni vaccinazione richiede:

**Accoglienza, consenso informato, vaccinazione,
attesa post vaccinazione, invio dati vaccinazione**

15 minuti x 11 vaccinazioni = 165 minuti

165 minuti = 3 ore

Valutazione tramite Impegno orario

15 minuti x 2.500 dosi = 37.500 minuti

37.500 minuti / 60 minuti = 625 ore

625 ore / 3 ore (seduta vaccinale 11 dosi) = 208 giorni

Sedute/settimana	1	2	3	4	5
Numero settimane	208	104	69	52	41
Anni/mesi	4 anni	2 anni	1anno e 5 mesi	1 anno	11 mesi

Determinazione 15 febbraio 2021, n. G01526

"Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS - CoV-2.
Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021."

Tabella 1 Popolazione assistita al 01/01/2020, per classe di età. Fonte Anagrafe Assistiti.

Classi di Età (anni)	Assistiti (N)	%
<18 anni	793.741	14,1
18-55	2.701.107	47,8
56-79	1.727.189	30,6
>80	424.346	7,5
totale	5.646.380	100,0

Regione Lazio

Popolazione da vaccinare: **5.646.380**

Medici di Medicina Generale: **4.400**

Ciascun medico dovrebbe vaccinare circa **1.250** (1.280) assistiti

I vaccini oggi disponibili:

Pfizer, Moderna o Astra Zeneca

necessitano per immunizzazione di 2 dosi

N.B.:

vanno sottratti a questi numeri gli assistiti che vengono vaccinati nei CVO o CVT

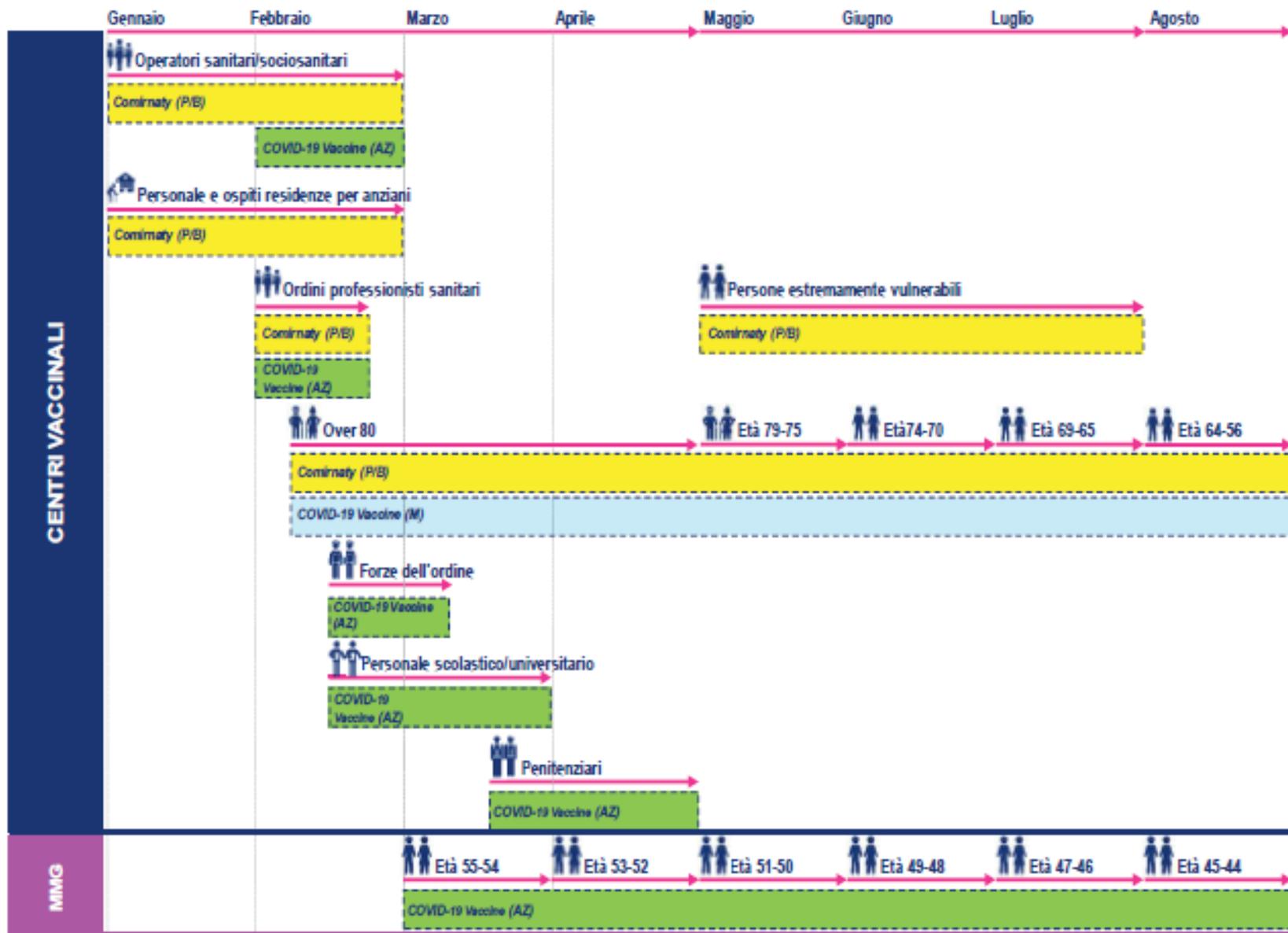


Tabella 1 Popolazione assistita al 01/01/2020, per classe di età. Fonte Anagrafe Assistiti.

Classi di Età (anni)	Assistiti (N)	%
18-55	2.701.107	61,0
56-79	1.727.189	39,0
totale	4.428.296	100,0

Tabella 2 Assistiti in fascia di età 50-55 anni, per corti di nascita. Vaccino AstraZeneca.

50-55	coorte di nascita	N	1° dose
	1966	96.500	<i>marzo</i>
	1967	96.075	
	1968	95.827	<i>aprile</i>
	1969	96.953	
	1970	95.576	<i>maggio</i>
	1971	95.884	
	Totale	576.815	

Assistiti in fascia di età 50-55 :

Circa 95.000 per coorte di nascita

Assegnazione vaccini:

95.000 assistiti / 4.400 MMG = 21 assistiti/MMG

**Quindi con distribuzione di 11 dosi a settimana
in due settimane si vaccina una coorte di nascita.**

Regione Lazio

Popolazione da vaccinare: 4.428.296

Medici di Medicina Generale: **4.400**

Ciascun medico dovrebbe vaccinare circa **1.000** assistiti

Vaccini oggi disponibile: **Astra Zeneca** necessitano per immunizzazione di 2 dosi

N.B.:
vanno sottratti a questi numeri gli assistiti che vengono vaccinati nei CVO o CVT

Valutazione tramite Impegno orario

$$15 \text{ minuti} \quad \times \quad 2.000 \text{ dosi} \quad = \quad 30.000 \text{ minuti}$$

$$30.000 \text{ minuti} \quad / \quad 60 \text{ minuti} \quad = \quad 500 \text{ ore}$$

$$500 \text{ ore} \quad / \quad 3 \text{ ore (seduta vaccinale 11 dosi)} \quad = \quad 167 \text{ giorni}$$

Sedute/settimana	1	2	3	4	5
Numero settimane	167	83	56	42	33
Anni/mesi	3 anni	1 anno e 8 mesi	1 anno e 4 mesi	10 mesi	8 mesi

Criteri

Priorità alla vaccinazione ai soggetti con patologie gravi, estremamente vulnerabili, secondo l'elenco delle patologie inserite nell'aggiornamento del Piano Nazionale e nell'Allegato 3 della Circolare del Ministero della Salute n. prot. 0005079 del 9 febbraio 2021.

L'identificazione dei soggetti estremamente vulnerabili avverrà attraverso l'utilizzo combinato dei codici di esenzione, delle banche dati informative (regionale e aziendali), dell'individuazione da parte dei MMG e dei Medici Specialisti.

Saranno altresì utilizzati da subito tutti i contesti di assistenza per intercettare e sottoporre a vaccinazione i soggetti aventi diritto indicati nell'Allegato 3 della Circolare del Ministero della Salute n. prot. 0005079 del 9 febbraio 2021, al fine di raggiungere la più ampia copertura di questa categoria target.

Parallelamente alle categorie vulnerabili, la programmazione regionale prevede l'arruolamento delle persone da sottoporre a vaccinazione secondo una priorità anagrafica, partendo dalle classi di età più avanzate.

Medici di Medicina Generale

Il modello organizzativo regionale prevede la chiamata attiva dei propri assistiti in fascia target da parte del Medico di Medicina Generale, secondo l'accordo regionale di cui alla nota Prot. n. U0144624 del 15 febbraio 2021 le procedure operative in esso disciplinate.

Il MMG potrà vaccinare presso il proprio studio o UCP di afferenza, a domicilio dei pazienti non autosufficienti.

Il kit vaccinale, che include una fiala di colorante per inibire il residuo del prodotto, è fornito dalla farmacia dell'Hub e/o Spoke di riferimento territoriale, in grado di assicurare la catena del freddo, previa comunicazione da parte del MMG dell'elenco e delle dosi necessarie alle sedute vaccinali da eseguire.

In ogni caso è necessario che il medico, preliminarmente alla richiesta delle dosi di vaccino necessarie:

1- Acquisisca la preventiva adesione dei pazienti da vaccinare secondo il modello di consenso informato previsto dal Ministero della Salute e allegato al Piano Regionale.

2- Calendarizzi le sedute vaccinali per un numero di pazienti tale da consentire il pieno utilizzo delle dosi di vaccino ricavabili dalle singole fiale di prodotto secondo le specifiche descritte nelle relative schede tecniche delle diverse tipologie di vaccino, ciò al fine di utilizzare pienamente la disponibilità fornita.

3- Indichi con congruo anticipo (al massimo entro le 72 ore precedenti la seduta vaccinale programmata) alla farmacia HUB/Spoke di riferimento, tramite portale web dedicato, il fabbisogno di vaccini limitato alle dosi utilizzabili nelle sedute vaccinali (**comunicando i nominativi dei pazienti da vaccinare**); si precisa che il numero di vaccinazioni effettuabili deve

essere commisurato al numero di dosi ricavabili dagli specifici prodotti, utilizzando siringhe senza spazio morto fornite nei kit vaccinali; a questo proposito Il SSR metterà a disposizione un video esplicativo e condiviso da divulgare alla classe medica in merito alle diverse modalità di preparazione delle dosi.

4- Concordi con la farmacia le modalità del ritiro dei kit vaccinali (presso la UCP o presso la farmacia di riferimento) nei tempi utili alle sedute vaccinali programmate, e comunque, nel rispetto delle specifiche indicazioni previste per la conservazione e il trasporto in sicurezza delle singole tipologie di vaccino.

Una volta effettuata la vaccinazione il MMG deve:

- 1) **registrare contestualmente** alla singola vaccinazione su Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR), attraverso cooperazione applicativa, l'avvenuta somministrazione, programmando il richiamo per la seconda dose nei tempi indicati secondo le specifiche del prodotto utilizzato; i sistemi gestionali di studio dovranno essere aggiornati secondo le specifiche tecniche pubblicate su portale regionale salute Lazio (www.salutelazio.it) nell'area dedicata agli sviluppatori;
 - 2) **rilasciare alla persona vaccinata una attestazione** della esecuzione del vaccino con riportato il riferimento del lotto utilizzato, data e ora esecuzione, **scaricabile da AVR**.
 - 3) **calendarizzare**, nel caso di vaccini che necessitano di doppia somministrazione, la data della **seconda dose** in relazione alle specifiche tecniche del prodotto utilizzato;
 - 4) **conferire**, in occasione del ritiro delle nuove dosi secondo le procedure previste, alle farmacie di riferimento **le fiale di vaccino utilizzate**, previa inoculazione di una goccia colorante per inibire i residui del prodotto.
- E' previsto che il MMG possa effettuare la vaccinazione presso strutture messe a disposizione dalla ASL.**

**Persone con patologie per le quali viene raccomandato preferenzialmente
l'utilizzo di vaccini a mRNA***



Persone estremamente vulnerabili

Intese come persone affette da condizioni che per danno d'organo pre-esistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19, a partire dai 16 anni di età (come definizione indicata in tabella)

Aree di patologia	Definizione
Malattie respiratorie	Fibrosi polmonare idiopatica; altre patologie che necessitano di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	Scompenso cardiaco in classe avanzata (IV NYHA); pazienti post shock cardiogeno.
Condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)	Sclerosi laterale amiotrofica; sclerosi multipla; paralisi cerebrali infantili; pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive e conviventi; miastenia gravis; patologie neurologiche disimmuni.
Diabete/altre endocrinopatie severe quali morbo di Addison	Soggetti over 18 con diabete giovanile, diabete di tipo 2 e necessitano di almeno 2 farmaci ipoglicemizzanti orali o che hanno sviluppato una vasculopatia periferica con indice di Fontaine maggiore o uguale a 3.
Fibrosi cistica	Pazienti da considerare per definizione ad alta fragilità per le implicazioni respiratorie tipiche della patologia di base.
Insufficienza renale/patologia renale	Pazienti sottoposti a dialisi.
Malattie autoimmuni - immunodeficienze primitive	Grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza e conviventi. Malattie autoimmuni con associata immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico e conviventi.
Malattia epatica	Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica.
Malattie cerebrovascolari	Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto. Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking maggiore o uguale a 3.
Patologie onco-ematologiche ed emoglobinopatie	Pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure e conviventi. Genitori di pazienti sotto i 16 anni di età. Pazienti affetti da talassemia e anemia a cellule falciformi.
Sindrome di Down	Tutti i pazienti con sindrome di Down in ragione della loro parziale competenza immunologica e della assai frequente presenza di cardiopatie congenite sono da ritenersi fragili.
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche (in lista di attesa e sottoposti a trapianto emopoietico dopo 3 mesi dal trapianto ed entro 1 anno dalla procedura)	Trapianto di organo solido o emopoietico al di fuori delle tempistiche specificate, che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica in terapia immunosoppressiva e conviventi.
Grave obesità	Pazienti con BMI maggiore di 35.

Elenco Patologie
Allegato 3
circ_0005079
Del 09_02_21

DEFINIZIONE E CRITERI DI SELEZIONE	ESENEZIONE	SIO CODICI ICD-9-CM	FARM/FILE F	REGISTRI DI PATOLOGIA REGIONALI	DATABASE AZIENDALI	VALUTAZIONE CLINICA
Fibrosi Polmonare idiopatica	RHG010 Fibrosi Polmonare idiopatica	516.3X Fibrosi Polmonare idiopatica	X			
Patologie che necessitano di ossigenoterapia					Informazioni disponibili a livello aziendale	
Scoppio cardiaco in fase avanzata	021.428 Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)					Necessaria valutazione clinica per identificazione della classe IV N.Y.H.A.
Paziente post shock cardiogeno		785.51 Shock Cardiogeno				
Sclerosi laterale amiotrofica	RF0100 Sclerosi laterale amiotrofica	335.20 Sclerosi laterale amiotrofica				
Sclerosi multipla	046.340 Sclerosi multipla	340.XX Sclerosi multipla	X			
Paralisi cerebrali infantili		343.XX Paralisi cerebrale infantile				
Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunosoppressive e conviventi			X			
Miastenia gravis	RF0101 Miastenia gravis	358.0 Miastenia grave				
Patologie neurologiche disimmuni	RF0180 Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante RF0181 Neuropatia motoria multifocale RF0182 Sindrome di Lewis-Sumner RF0183 Sindrome di Guillain Barré	356.9 Multipla (acuta) (cronica) (v. anche polineuropatia) 357.0 Polineurite infettiva acuta Sindrome di Guillain-Barre Polineurite postinfettiva 357.8 Altre neuropatie tossiche e infiammatorie				
Soggetti over 18 con diabete giovanile, diabete di tipo 2 e necessitano di almeno 2 farmaci ipoglicemizzanti orali o che hanno sviluppato una vasculopatia periferica con indice di Fontaine maggiore o uguale a 3	013.250		X			Necessaria valutazione clinica
Fibrosi Cistica	018.277.0 Fibrosi Cistica	277.0X Fibrosi cistica				

Aggiornamento della Determina G01526 del 15/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS – CoV-2. Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021.

DEFINIZIONE E CRITERI DI SELEZIONE	ESENZIONE	SIO CODICI ICD-9-CM	FARM/FILE F	REGISTRI DI PATOLOGIA REGIONALI	DATABASE AZIENDALI	VALUTAZIONE CLINICA
Pazienti sottoposti a dialisi				Registro Dialisi regionale		
Grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza e conviventi; immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico e						Necessaria valutazione clinica
Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica	008.571.2 Cirrosi epatica alcolica 008.571.5 Cirrosi epatica senza menzione di alcol 008.571.6 Cirrosi biliare	571.XX Malattia epatica cronica e cirrosi				
Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto						Necessaria valutazione clinica
Persone che hanno subito uno stroke nel 2020 e per gli anni precedenti con rankin maggiore o uguale a 3		433.X1, 434.X1, 436 Ictus ischemico 430, 431, 432.X Ictus emorragico				
Pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure e conviventi e genitori di pazienti sotto i 16 anni di età		140.xx - 239.xx	X			
Pazienti affetti da talassemia	RDG010 Talassemie	282.4 Talassemie				
Sindrome di Down	065.738.0 Sindrome di Down	738.0 Sindrome di Down				

Aggiornamento della Determina G01526 del 15/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS – CoV-2. Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021.

DEFINIZIONE E CRITERI DI SELEZIONE	ESENZIONE	SIO CODICI ICD-9-CM	FARM/FILE F	REGISTRI DI PATOLOGIA REGIONALI	DATABASE AZIENDALI	VALUTAZIONE CLINICA
Trapianto di organo solido o emopoietico al di fuori delle tempistiche specificate, che abbiamo sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica in terapia immunosoppressiva e conviventi		V38.44 Trapianto d'organo, 00.91 Trapianto da donatore parente, vivente 00.92 Trapianto da donatore non-parente, vivente 00.93 Trapianto da cadavere 07.94 Trapianto del timo 33.5 Trapianto del polmone 33.6 Trapianto combinato cuore polmone 37.5 Procedure di sostituzione cardiaca 41.0 Trapianto del midollo osseo o di cellule staminali ematopoietiche 41.94 Trapianto di milza 46.97 Trapianto dell'intestino 50.5 Trapianto del fegato 52.8 Trapianto del pancreas 53.6 Trapianto renale 65.92 Trapianto di ovaio 996.8 Complicazioni di trapianto di organo (2020)		Centro Regionale Trapianti		
Pazienti con BMI maggiore di 35						Necessaria valutazione clinica

Aggiornamento della Determina G01526 del 15/02/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Campagna di Vaccinazione anti SARS – CoV-2. Documento ad Interim. Aggiornamento febbraio 2021.

**VACCINAZIONE PAZIENTI ESTREMAMENTE VULNERABILI
 PATOLOGIE E CODICI ESENZIONE PER LA PRENOTAZIONE**

DEFINIZIONE	CODICE ESENZIONE
Fibrosi Polmonare idiopatica	RHG010 Fibrosi Polmonare idiopatica
Sclerosi Laterale Amiotrofica	RF0100 Sclerosi laterale amiotrofica
Sclerosi multipla	046.340 Sclerosi multipla
Miastenia gravis	RFG101 Miastenia gravis
Patologie neurologiche disimmuni	RF0180 Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante RF0181 Neuropatia motoria multifocale RF0182 Sindrome di Lewis-Sumner RF0183 Sindrome di Guillan Barrè
Fibrosi Cistica	018.277.0 Fibrosi Cistica
Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica	008.571.2 Cirrosi epatica alcolica 008.571.5 Cirrosi epatica senza menzione di alcol 008.571.6 Cirrosi biliare
Pazienti affetti da talassemia	RDG010 Talassemie
Sindrome di Down	065.758.0 Sindrome di Down

Personae con aumentato rischio clinico se infettate da SARS-CoV-2

Intese come persone affette da patologie o situazioni di compromissione immunologica che possono aumentare il rischio di sviluppare forme severe di COVID-19 seppur senza quella connotazione di gravità riportata per le persone estremamente vulnerabili, in relazione alle seguenti aree di patologia, come da relativi codici di esenzione:

Aree di patologia

Malattie respiratorie

Malattie cardiocircolatorie

Condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)

Diabete/altre endocrinopatie

HIV

Insufficienza renale/patologia renale

Iperensione arteriosa

Malattie autoimmuni/Immunodeficienze primitive

Malattia epatica

Malattie cerebrovascolari

Patologia oncologica

Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche

Ciascun medico ha ricevuto un file con elenco persone suscettibili

C	CO	N	N R	USO	ETA	1.SC	2.IPE	3.ALT	4.D	5.	6.INSUF	7.INSUFF	8.ON	VE
F	GN	O	ICO	_AC	_CL	OMP	RTEN	RE_C	IAB	B	F_RESPI	_RENALE	COL	RIF
	OM	M	VER	E_IN	ASS	ENS	SION	ARDI	ET	P	RATORI	_CRONIC	OGIC	IC
	E	E	I	IB	E	O	E	O	E	C	A	A	O	A

PROTOCOLLO D'INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA MEDICINA GENERALE

NAZIONALE

Sottoscritto in data **21 febbraio 2021**

L'approvvigionamento delle dosi di vaccino per ciascun medico di medicina generale dovrà avvenire **in tempi certi e in quantità** tali da consentire ad ogni medico la possibilità di garantire ai propri assistiti le somministrazioni del vaccino, coerentemente alle diverse fasi della campagna vaccinale ed ai relativi target di riferimento.

Garantire l'aggiornamento, in tempo reale, "dell'anagrafe vaccinale"

Tra le prestazioni aggiuntive di cui all' "Allegato D" del vigente ACN 23 marzo 2005 e smi per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, rientrano, come specificato nella parte B del nomenclatore tariffario incluso, le "prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria" le quali contemplano (punto 4) le "vaccinazioni non obbligatorie" alle quali è possibile ricondurre la vaccinazione anti Covid-19.

Gli eventuali Accordi regionali integrativi disciplineranno le attività dei mmg per il rafforzamento della campagna vaccinale anche in relazione alle diverse modalità organizzative regionali e alle caratteristiche territoriali nonché alle modalità concrete di vaccinazione della popolazione individuata.

Il presente Protocollo trova applicazione anche per il coinvolgimento nella campagna di vaccinazione nazionale anti COVID-19 dei professionisti appartenenti agli altri settori della medicina generale.

ACCORDO ,PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Regionale

La funzione vaccinale è prerogativa della medicina generale.

Nel vigente AIR si sono individuate le **UCP in sede unica** come le Unità Associate di Cure Primarie in grado di poter erogare l'assistenza primaria in forma coordinata ed associativa, con una **continuità temporale 10-19**, con una **logistica organizzativa** tale da poter consentire, in sicurezza, lo svolgimento delle pratiche e funzioni previsti dagli Accordi vigenti, nazionali e regionali.

La **funzione vaccinale può essere svolta con autonoma** organizzazione nell'ambito delle prerogative oggi previste nell'ACN e nell'AIR. L'attività vaccinale potrà essere effettuata anche **presso il domicilio dei pazienti non autosufficienti**, impossibilitati a raggiungere in maniera autonoma lo studio o altro punto sanitario di vaccinazione posti i requisiti di sicurezza e buona pratica clinica.

ACCORDO ,PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Regionale

La tipologia di attività richiesta prevede nell'anno 2021 le stesse misure e procedure previste nel protocollo di vaccinazione antiinfluenzale, che si richiamano per chiarezza:

- la disponibilità di DPI, farmaci e attrezzature secondo la buona pratica clinica (come specificato di seguito nelle appendici 1 e 2);
- la conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, **acquisite anche tramite formazione a distanza;**
- la conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;
- la conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione,

Appendice 1

-:

L'Allegato D dell'ACN prevede che per la conservazione del vaccino lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Si raccomandano comunque le dotazioni di sicurezza per attività vaccinale negli studi di medicina generale:

Sfigmomanometro

DPI

Bornbola d'ossigeno

Saturimetro

AMBU

Siringhe da tuberculina con ago idoneo per iniezione intramuscolare

Appendice 2

FARMACI PER LA GESTIONE DI EVENTI EMERGENZIALI

- Adrenalina: regione anterolaterale del quadricipite 0,01 ml/kg per dose - (max 0.5 mg), da ripetere ogni 10-20 minuti
- ANTISTAMINICI es. Clorfenamina maleato (Trimeton), .
- BRONCODILATA TORI es. salbutamolo (Broncovaleas, Vento lin)
- CORTICOSTEROIDI es. Idrocortisone (Flebocortid)
- Sodio cloruro al 5%

REMUNERAZIONE MMG PER LA CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS-COV-2.

- Remunerazione base: euro 6,16

Regionale

- Ulteriore remunerazione se la vaccinazione è effettuata a domicilio del paziente 18,90, tetto massimo di remunerabilità delle vaccinazioni domiciliari pari al 2,5% della popolazione da questi assistita

- Il MMG percepirà per ogni assistito vaccinato un contributo pari a euro 2,50 per la "funzione organizzativa vaccinale ANTI SARS-COV-2" e un contributo di 1,50 quale ristoro per i DPI utilizzati.

Incentivo per l'incremento della copertura vaccinale sulla popolazione target . Il MMG percepirà un ulteriore incentivo per ogni soggetto vaccinato se vaccina oltre il 60 % dei propri assistiti compresi nella fascia di popolazione target di volta in volta individuata .

I soggetti in carico al singolo MMG, che risultino già vaccinati in altri setting assistenziali non verranno considerati nel computo del denominatore per il calcolo del livello di copertura, ai fini dell'attribuzione al MMG stesso dell'Incentivo per l'incremento della copertura sulla popolazione assistita.

Nel caso in cui un **medico di assistenza primaria non potesse o non volesse** effettuare la vaccinazione per ANTI SARS-COV-2, tale funzione potrà essere espletata con le seguenti modalità:

- Da **colleghi** componenti della stessa **UCP**
- Da **medici di assistenza primaria** della stesso ambito territoriale distrettuale, delegati dallo stesso (la registrazione di queste vaccinazioni dovrà essere attuata con la piattaforma regionale AVR).
- Da **medici delle USCAR** o comunque da medici indicati dalla ASL di appartenenza soprattutto per quanta riguarda la somministrazione domiciliare

Resta comunque **l'obbligo della immediata registrazione** della avvenuta vaccinazione.

ATTIVITA' DI VACCINAZIONE PRESSO STRUTTURE MESSE A DISPOSIZIONE- DALLE ASL

Il MMG può manifestare la propria disponibilità ad **effettuare la vaccinazione presso strutture messe a disposizione dalla ASL**, premesso il possesso dei requisiti personali già indicati e in particolare:

- conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, **acquisite anche tramite formazione a distanza;**
- conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;
- conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione
- essere stato vaccinato (I e II dose).

Verrà riconosciuta al professionista la remunerazione di 6,16 per ogni vaccinazione effettuata.

ADDENDUM ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Regionale

Fatta salva l'attività vaccinale per la popolazione eleggibile con il prodotto AstraZeneca, i MMG **partecipano** in modo proattivo **anche alla vaccinazione prioritaria dei soggetti estremamente vulnerabili.**

Al fine di facilitare il compito nella identificazione dei soggetti eleggibili **Regione mette a disposizione** delle ASL e **dei singoli MMG (nella pagina personale del sito Salute Lazio) l'elenco**, necessariamente non esaustivo **dei loro assistiti con le caratteristiche della "estrema vulnerabilità"** desumibili dai sistemi informativi regionali o banche dati aziendali, secondo quanto definito dalla Determinazione della Direzione Salute n.G01850 del 22/2/2021. A questo elenco andranno ovviamente aggiunti i soggetti identificabili come eleggibili esclusivamente a seguito di valutazione clinica del professionista.

ADDENDUM ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Regionale

Detti soggetti estremamente vulnerabili verranno vaccinati con farmaci a mRNA

MMG che non hanno potuto essere vaccinati per motivi di salute o che per motivi organizzativi non sono in grado di assicurare la funzione vaccinale possono delegare un altro professionista, preferibilmente della UCP di appartenenza

Si ribadisce che i **medici debbono in ogni caso assicurare la vaccinazione** dei propri assistiti: il medico titolare della scelta pertanto o provvede direttamente a vaccinare i propri assistiti o delega per la funzione un collega della stessa UCP o altro sostituto, in ogni caso è a suo carico la predisposizione degli elenchi degli assistiti compresa la valutazione della eventuale anamnesi di reazioni allergiche a farmaci, che può essere raccolta, per ottimizzare i tempi, anche in modalità asincrona rispetto alla seduta vaccinale.

ADDENDUM ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

Regionale

I MMG aderenti alla campagna vaccinale, previo accordo con le Asl di riferimento che dovranno assicurare i relativi aspetti organizzativi, potranno rendersi disponibili per le vaccinazioni anche di pazienti in carico ad altri MMG che non intendono effettuare direttamente la vaccinazione e che non abbiano ancora formalmente delegato altri professionisti per tale funzione.

Resta comunque in capo al medico titolare delle scelte rappresentare ai propri assistiti la soluzione alternativa.

Al professionista che assicurerà la vaccinazione verrà riconosciuta la remunerazione per le prestazioni effettuate (presso la Asl o a domicilio) ma non il contributo organizzativo in quanto tale funzione in questo caso è garantita dalla ASL.

Tale opportunità è estesa anche ai medici della Continuità Assistenziale o Medicina dei Servizi che oltre il proprio incarico intendano aderire alla campagna vaccinale. Si concorda di definire i dettagli operativi e la remunerazione di tale attività con successivo specifico documento.

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER L'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV- 2 PRESSO SEDE VACCINALE ASL

(ai sensi Accordo regionale 15.2.2021 et Protocollo D' Intesa Nazionale 21.2.2021)

Alla ASL _____ Al Distretto _____

OGGETTO: dichiarazione di disponibilità per l'esecuzione della vaccinazione anti SARSCoV- 2 (ai sensi dell'Accordo Regionale Integrativo del 15.2 terzultimo capoverso et Protocollo d' intesa nazionale Comma 3 Terzo capoverso)

Il sottoscritto nato il a
..... e residente in
..... via
..... n. codice
fiscale..... codice regionale..... in qualità di MMG di assistenza primaria
convenzionato con la ASL.....
distretto..... telefono e-mail (PEC)

DICHIARA la propria disponibilità a partecipare alla campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2 presso una sede messa a disposizione dalla ASL _____

e **DICHIARA** Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del DPR 445/2000:

- Di essere MMG titolare di incarico con la ASL _____;
- Di essere stato vaccinato (data I dose _____ ; data II dose _____)
- Di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale richiesti e in particolare: Di avere conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, **acquisite anche tramite formazione a distanza**;
- Di avere conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;
- Di avere conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione
- Di accettare la remunerazione prevista pari ad €6,16 **stante la organizzazione assolta presso i centri vaccinali ASL individuati** e impegnarsi al rispetto dell'Accordo regionale del 15 febbraio 2021 st. succ.modifiche

..... li FIRMA (MMG)

ADDENDUM ACCORDO PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLA CAMPAGNA PER EFFETTUARE LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2 SECONDO IL RELATIVO PIANO REGIONALE E S.M.I.

NOTE

Termine di adesione non sono previsti limiti temporali per l'adesione

Opzioni di partecipazione sono due:

A – presso i propri studi

B – presso sedi individuate dalle ASL

o collaborare presso i Centri Vaccinali territoriali

Semplificazione delle modalità di richiesta vaccini e inserimento nominativi

Evidenziare la possibilità per i pazienti, di Medici che non possono aderire o non trovano sostituti, di inserire il proprio nominativo sulla Piattaforma di Prenotazione senza blocchi

Definire la questione della prenotabilità dei pazienti fragili (eleggibili solo Pfizer) Presso il MMG. Ai MMG è stato assegnato solo Astra Zeneca. Le difficoltà organizzative a gestire due procedure vaccinali diverse è evidentemente molto difficoltosa.

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19



PUNTI VACCINALI COVID-19 SOMMINISTRAZIONE ASTRAZENECA



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

ASL	CENTRI VACCINALI	INDIRIZZO
ASL Roma I	Termini	Piazza del Cinquecento - Roma
	Policlino Umberto I	Viale del Policlino 155 Roma - centro CUPA
	Ospedale Sant'Andrea	Via di Grottarossa, 1035/1039 - Roma

SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILI

Per i soggetti estremamente vulnerabili, così come individuati dal piano vaccini del Ministero della Salute, ([All. 3 della Circolare del Ministero della Salute del 9 febbraio 2021](#)), sono attivate 3 modalità di reclutamento:

1. attraverso le strutture dove sono in carico per le cure e le terapie, da subito;
2. attraverso il [medico di famiglia](#), da subito;
3. attraverso la prenotazione online, attiva **da giovedì 4 marzo**.

La prenotazione online riguarda i pazienti titolari dei seguenti codici esenzione:

[RHG010 - RF0100 - 046.340 - RFG101 - RF0180 - RF0181 - RF0182 - RF0183 - 018.277.0 - 008.571.2 - 008.571.5 - 008.571.6 - RDG010 - 065.758.0.](#)

In tutti gli altri casi l'accesso alla vaccinazione avviene attraverso le modalità 1 e 2.

Per la prenotazione sarà necessario il **codice esenzione** e la **tessera sanitaria**.

Al momento della prenotazione sarà possibile scegliere il [luogo dove vaccinarsi](#), in base alla prima disponibilità utile.

I genitori/caregiver dei **soggetti in Assistenza Domiciliare Integrata sottoposti a ventilazione meccanica assistita** possono prenotare la vaccinazione attraverso il numero 06164161841 a partire dalle ore 7:30 del 4 marzo.

POPOLAZIONE FASCIA 79-78 ANNI

Da venerdì **5 marzo** le persone [nate negli anni 1942 e 1943](#) potranno prenotare on-line il proprio vaccino anti COVID-19.

Per la prenotazione sarà necessaria la tessera sanitaria.

Al momento della prenotazione sarà possibile scegliere il [luogo dove vaccinarsi](#), in base alla prima disponibilità utile.

POPOLAZIONE FASCIA 65-64 ANNI

Da lunedì **8 marzo** le persone [nate negli anni 1956 e 1957](#) potranno prenotare la vaccinazione, oltre che dal proprio medico di medicina generale, anche online.

Per la prenotazione sarà necessaria la tessera sanitaria.

Al momento della prenotazione sarà possibile scegliere il [luogo dove vaccinarsi](#), in base alla prima disponibilità utile.

SOGGETTI ESTREMAMENTE VULNERABILI:

dalle ore 00:00 del 4 marzo in poi

CAREGIVER DEI SOGGETTI IN ADI CON VENTILAZIONE MECCANICA ASSISTITA:

dalle ore 7:30 del 4 marzo **solo tramite il numero 06164161841**

FASCIA 79 - 78 anni: dalle ore 00:00 del 5 marzo in poi

FASCIA 65 - 64 anni: dalle ore 00:00 del 8 marzo in poi

Possono prenotare la vaccinazione le persone assistite dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Regione Lazio, ovvero tutti coloro che sono assistiti da un medico di famiglia convenzionato con il SSR della Regione Lazio.

buon lavoro



VACCINO ANTI COVID-19

PRENOTAZIONI ONLINE PER CLASSI DI ETÀ

Aggiornamento

10 MARZO h.00:00 → **77-76 anni**

12 MARZO h.00:00 → **75-74 anni**

15 MARZO h.00:00 → **73-72 anni**

<https://prenotavaccino-covid.regione.lazio.it/welcome>



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

Vaccinazione dei soggetti che hanno avuto infezione sars-CoV-2.

È possibile la somministrazione di un'unica dose di vaccino anti-SARS-CoV-2/COVID19 nei soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2 (decorsa in maniera sintomatica o asintomatica), purchè la vaccinazione venga eseguita ad almeno 3 mesi di distanza dalla documentata infezione e preferibilmente entro 6 mesi dalla stessa.

Ciò non è applicabile ai soggetti che presentino condizioni di immunodeficienza, primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici.

Si raccomanda di proseguire con la schedula vaccinale proposta (doppia dose per i vaccini oggi disponibili).

Lettera convocazione assistito

Gent.ma/o Assistita/o,

sto organizzando le sedute vaccinali per Covid-19, purtroppo oggi ancora fortemente condizionate dalle scarse dosi disponibili.

Ricevi questa mail in quanto appartieni alla fascia di età, unico criterio di scelta consentito, che attualmente posso vaccinare con il vaccino Astra Zeneca.

L'organizzazione della seduta vaccinale risulta particolarmente complessa per le misure precauzionali che siamo obbligati ad applicare e per le modalità di preparazione delle dosi, pertanto ti invio indicazioni e informazioni su come verrà svolta la seduta vaccinale.

La seduta vaccinale si svolge esclusivamente presso lo studio di _____ nella giornata di _____ i in un orario compreso tra le ore _____ e le ore _____.

Con successiva mail ti verrà comunicato il giorno e l'ora a te assegnato per la vaccinazione.

Ti chiedo pertanto di procedere alle seguenti azioni:

- Rispondere a questa mail esprimendo la tua volontà ad essere vaccinato o il tuo rifiuto ed inoltre a fornirmi un recapito cellulare per le comunicazioni urgenti.
- In allegato troverai il foglietto illustrativo con le caratteristiche del vaccino che ti verrà somministrato (Astra Zeneca), da leggere con attenzione e se vi fossero domande me le potrai sottoporre.
- Sempre in allegato è presente il Consenso Informato che potrai compilare direttamente dal tuo personal computer e poi stampare, oppure lo potrai stampare direttamente e poi compilarlo a mano.
- **Importante portare il Consenso Informato già compilato con se il giorno della vaccinazione.**
- Il giorno della vaccinazione, dati i tempi ristretti e la necessità di permanere per almeno 15 minuti, è necessario un abbigliamento consono per effettuare la vaccinazione che, come per la vaccinazione antinfluenzale, viene effettuata nella parte superiore del braccio.

Ricordati di portare:

- Carta Identità
- Tessera Sanitaria
- Consenso Informato compilato e firmato.

Rimango disponibile per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Il tuo Medico di Medicina Generale.

N.B. Attualmente In revisione

Nome e Cognome: _____	
Data di nascita: _____	Luogo di nascita: _____
Residenza: _____	Telefono: _____
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale: _____	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la **Nota Informativa** in **Allegato 1**, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica** in **Allegato 2**. In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per **almeno 15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Modulo consenso:

- Da stampare e compilare

- Da compilare e memorizzare

ACCONSENSO E AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".	RIFIUTO la somministrazione del vaccino " COVID-19 Vaccine ASTRAZENECA".
Data e luogo: _____	Data e luogo: _____
Firma della persona che riceve il vaccino o del Rappresentante legale _____	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del Rappresentante legale _____
Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6) <input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. <i>Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i>	
Data e luogo: _____	Firma del Familiare: _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo _____	2. Nome cognome e ruolo _____
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato _____ Firma	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato _____ Firma

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotte n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
1° dose	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input checked="" type="checkbox"/> Braccio sinistro	_____	_____	_____	_____	_____
2° dose	<input type="checkbox"/> Braccio destro	<input type="checkbox"/> Braccio sinistro	_____	_____	_____	_____	_____

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione

Scheda anamnestica:

- Da stampare e compilare

- Da compilare e memorizzare

Nome e Cognome: _____		Telefono: _____		
Data e luogo di nascita: _____				
ANAMNESI		SI'	NO	Non so
Attualmente è malato?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne:		SI'	NO	Non so
È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sta allattando?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____ _____				
ANAMNESI COVID-CORRELATA		SI'	NO	Non so
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifesta uno dei seguenti sintomi:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dolore addominale/diarrea?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST COVID-19				
<input type="checkbox"/> Nessun test COVID-19 recente				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 negativo (Data: _____)				
<input type="checkbox"/> Test COVID-19 positivo (Data: _____)				
<input type="checkbox"/> In attesa di test COVID-19 (Data: _____)				
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute: _____ _____				
Data e luogo	_____	Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale	_____	

Uffa !

.... Non vi sopporto più!

