


Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento

Dipartimento di Prevenzione

Viale Verona – 38123 Trento

tel. 0461/904634

Class. 1.11

Prot. n. 0103073

28 MAG 2021

Gent.ma Signora
 Stefania Segnana
 Assessore alla Salute, politiche sociali,
 disabilità e famiglia

Egr. Signor
 Dott. Giancarlo Ruscitti
 Dirigente Generale
 Dipartimento Salute e politiche sociali

E p.c.

Egr. Signor
 Ing. Raffaele De Col
 Dirigente Dipartimento protezione civile
 foreste e fauna

Egr. Signor
 Dott. Pier Paolo Benetollo
 Direttore Generale APSS

Oggetto: semplificazione consenso informato e triage vaccinale

Si ritiene quanto mai opportuno in questa fase della campagna vaccinale uno snellimento della procedura di acquisizione del consenso e della raccolta dell'anamnesi definita in modo piu' appropriato "trriage vaccinale".

La proposta contenuta nei 2 allegati, validata da un panel di esperti con professionalità complementari e con una grande esperienza di campo, permette un accorciamento della fase prevaccinale, mantenendo comunque una corretta informazione all'utenza e una adeguata valutazione all'idoneità alla vaccinazione, mettendo in evidenza gli elementi piu' rilevanti per poter procedere.

Vi è anche un notevole risparmio di "carta" (con un unico foglio fronte retro si adempie all'obbligo normativo) e di successiva archiviazione per il periodo previsto dalla normativa (in attesa di un consenso e triage vaccinale informatizzato).

Si ritiene inoltre rilevante sottolineare che il consenso e il triage vaccinale possa essere acquisito non solo dal medico, ma anche da operatori sanitari adeguatamente formati e questo permetterebbe una flessibilità organizzativa e un importante impulso alla "filiera vaccinale".



A questo proposito si fa presente che vi è una sostanziale differenza tra la raccolta di anamnesi e consenso in ambito assistenziale (che non è delegabile ai sensi dell'art 35 del codice di deontologia medica) e la stessa operazione applicata all'ambito preventivo, laddove può essere affidata ad operatori sanitari come assistenti sanitari o infermieri adeguatamente formati, purché vi sia la supervisione del medico in struttura. La proposta vaccinale, infatti, si rivolge elettivamente al paziente sano, ovvero in assenza di stati morbosi acuti in corso di attività, che rappresenterebbero controindicazione alla somministrazione e configurerebbero, solo a quel punto, la necessità di una valutazione medica approfondita.

È questa l'impostazione, oramai applicata nei centri vaccinali di tutta Italia e sostenuta nel tempo da numerosi documenti nazionali e regionali, a partire dalla formulazione del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2003, in cui è stato affermato che l'anamnesi vaccinale può essere raccolta anche da un operatore sanitario mediante apposita scheda/check-list. Non si tratta di una vera e propria anamnesi, ma di un Triage vaccinale (per questo è stata modificata l'intestazione del relativo allegato) che può e deve essere effettuato da personale adeguatamente formato.

Si citano, a titolo meramente esemplificativo, solo alcuni dei riferimenti presentati nel tempo a supporto tale indirizzo, come il "Modello Operativo di Svolgimento della Seduta Vaccinale" elaborato dalla Consulta delle Professioni Sanitarie della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, o le "Linee Guida sul consenso informato alle vaccinazioni" della Regione Toscana (delibera n. 1067/2014) o, il "Manuale di Organizzazione del Centro Vaccinale di Popolazione" della Regione Veneto, approvato con DGR del 2 marzo 2021 nel contesto della campagna vaccinale in corso, ma vi sarebbero altri esempi paradigmatici provenienti da Piemonte e Lombardia e altre Regioni. In tutti questi documenti si rintraccia la medesima impostazione, che individua anamnesi vaccinale organizzata in due livelli distinti:

- Triage prevaccinale, a cura dell'Assistente Sanitaria /Infermiere adeguatamente informato, in cui si effettua una sostanziale verifica dell'idoneità alla vaccinazione e l'eventuale rilevamento di condizioni sanitarie che necessitano di prolungamento del periodo di osservazione post vaccinale. In caso di anamnesi dubbia o con controindicazioni, l'utente deve essere inviato alla valutazione medica dell'idoneità alla vaccinazione per un'ulteriore verifica;
- Valutazione medica di idoneità alla vaccinazione, a cura del medico vaccinatore, che si attiva esclusivamente in caso di storia di allergie, reazioni avverse a vaccini precedenti o situazioni cliniche particolari che possono controindicare la vaccinazione.

D'altronde è la stessa Circolare del Ministero della Salute n. 42164 del 24/12/2020, che nel delineare i possibili modelli organizzativi da applicare nella campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2, probabilmente in un'ottica di efficientamento allocativo del personale nei punti vaccinali, indica chiaramente la strada del task-shifting, ponendo un solo medico a sovrintendere l'attività di 4-5 postazioni vaccinali; questo determina un rapporto numerico tra

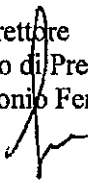


medici e operatori sanitari compreso tra 1 a 4 e 1 a 10, che comporta inevitabilmente un ruolo attivo per questi ultimi in tutte le attività previste, ivi compresa la raccolta dell'anamnesi e di tutta la modulistica allegata al consenso, soprattutto se si considera il notevole impegno in termini numerici a cui sono sottoposti attualmente i centri vaccinali.

Si ritiene pertanto che questa semplificazione del Consenso e del Triage vaccinale non solo abbia importanti vantaggi in termini di tempi e costi per sostenere questa campagna vaccinale, ma sia assolutamente allineata con la normativa e best practices in vigore sul territorio nazionale.

Distinti saluti.

Il Direttore
Dipartimento di Prevenzione
Dott. Antonio Ferro



Il Direttore UO Igiene e Sanità Pubblica
Dott.ssa Maria Grazia Zuccali



Allegati: c.s.



ISO 45001:2018



Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
TRIAGE VACCINALE

Nome e Cognome: Data nascita:	Telefono:		
		SI	NO
Attualmente sta bene?			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino o ai componenti del vaccino?			
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci? Se sì, specificare:			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci immunosoppressori (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto convulsioni o altri disturbi neurologici?			
Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni? Se sì, quale/i?			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

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

Triage Covid - correlato	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
Nessun test COVID-19 recente			
Test COVID-19 negativo , (Data: _____)			
Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Firma del vaccinando o, in sua vece, del soggetto legalmente abilitato o del suo fiduciario

Data e Luogo _____

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

DOCUMENTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(ex art. 1, punto 4, Legge 219/2017)

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

Il sottoscritto dichiara:

- di aver letto la nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) relativa al vaccino:
- di aver compilato e sottoscritto l'allegata scheda di triage vaccinale;
- di aver avuto la possibilità di porre domande al professionista sanitario preposto, in merito al vaccino, alle sue indicazioni, alle sue controindicazioni;
- di essere stato esaurientemente informato, in modo chiaro e comprensibile sulla finalità della specifica profilassi vaccinale, sui benefici attesi e sui rischi prevedibili della stessa;
- di aver compreso che, in assenza di terapie specifiche e validate, la profilassi vaccinale rappresenta - ad oggi - l'unico strumento efficace ad evitare le infezioni da virus SARS-CoV-2 ed i relativi stati patologici;
- di aver, quindi, compreso che sottraendomi alla vaccinazione sarò esposto al rischio pandemico e che esporrò allo stesso rischio i miei contatti.

Per quanto sopra, dichiarandomi soddisfatto dell'informazione ricevuta ed avendo compreso il valore individuale e collettivo della vaccinazione proposta,

ACCONSENTO

all'atto vaccinale, dichiarandomi disposto ad attendere, dopo la vaccinazione, per almeno 15 minuti, nell'apposita area di sorveglianza onde escludere il verificarsi di reazioni avverse immediate ed impegnandomi, in caso di reazioni avverse tardive, a darne pronta indicazione al mio medico curante.

Data e Luogo _____

Firma del vaccinando o, in sua vece, del soggetto legalmente abilitato o del suo fiduciario
