



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 1004 del 10/11/2023

Proponente: Il Direttore UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 26/01/2023. Progetto A.I.L. "Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili" afferenti a questa A.O.R.N.

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 10/11/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Anneschiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 26/01/2023. Progetto A.I.L. "Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili" afferenti a questa A.O.R.N.

Il Direttore UOC AFFARI GENERALI

a conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso che

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 26/01/2023 è stato rinnovato l'accordo con l'A.I.L. *Associazione Italiana contro le leucemie ed i linfomi - Sezione Caserta - Onlus "Valentina Picazio"*, finalizzato al supporto dei servizi socio-assistenziali atti a migliorare la qualità della vita degli ammalati emopatici e delle loro famiglie fino al 13/02/2025;
- la predetta A.I.L., con nota del 31/10/2023, acquisita in data 02/11/2023, al prot. n. 31811/e, ha proposto, in virtù di tale convenzionamento, la realizzazione di un progetto assistenziale volto all'istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili afferenti alle UU.OO.CC/UU.OO.SS.DD. Ematologia ad Indirizzo Oncologico, Oncologia Medica, S.A.T.T.E., Reumatologia, Nefrologia, Malattie Infettive;

Considerato che

- tale progetto permetterebbe a questa A.O.R.N. di implementare l'assistenza ambulatoriale contemperando le risorse umane ed aziendali nell'approccio di presa in carico del paziente fragile e consentirebbe una potenziale riduzione degli accessi incondizionati al pronto soccorso supportata da una adeguata programmazione sia delle ospedalizzazioni che delle gestioni dei posti letto disponibili;
- i patti collaborativi con associazioni presenti sul territorio per tali finalità, rientra negli specifici compiti e obiettivi istituzionali di questa A.O.R.N., meglio delineati nell'Atto Aziendale;
- tale possibilità, tra le altre, è riportata sia nella premessa che all'art. 1, punto 7, dell'atto convenzionale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 26/01/2023;

Preso atto che

il Direttore sanitario, i Direttori Ematologia a I.O. e Oncologia Medica hanno manifestato il loro parere favorevole all'attuazione del progetto;

Letto

lo schema progettuale, allegato e parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e ritenuto di approvarlo;

Precisato che

- l'attuazione del Progetto di cui trattasi non comporta alcun onere economico a carico di questa A.O.R.N. e verrà finanziato con fondi propri dell'A.I.L. *Associazione Italiana contro le leucemie ed i linfomi - Sezione Caserta - Onlus "Valentina Picazio"*;
- le remunerazioni previste in favore del personale in servizio presso questa A.O.R.N., sono da intendersi quali prestazioni occasionali e verranno corrisposte ai sensi dei regolamenti, delle norme generali vigenti e delle condizioni progettuali, ove applicabili;
- l'attività progettuale non implica un servizio sostitutivo delle attività di questa A.O.R.N. ma sono da intendersi di integrazione e supporto all'assistenza generale nei confronti del paziente;

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

- per l'esecuzione del Progetto, sono individuati, quali referenti, il dott. Ferdinando Frigeri, Direttore U.O.C. Ematologia ad Indirizzo Oncologico, ed il dott. Alfredo Matano, Direttore U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari;

Ritenuto

di poter accogliere la proposta dell'A.I.L. *Associazione Italiana contro le leucemie ed i linfomi* - Sezione Caserta - Onlus "Valentina Picazio" finalizzata a realizzare il Progetto "Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili" afferenti a questa A.O.R.N.;

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di accogliere la proposta dell'A.I.L. - *Associazione Italiana contro le leucemie ed i linfomi* - Sezione Caserta - Onlus "Valentina Picazio" e, per l'effetto, attuare il Progetto "Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili" afferenti a questa A.O.R.N., per una annualità con decorrenza dalla data di pubblicazione della presente deliberazione;
2. di realizzare le attività progettuali secondo le condizioni dello schema allegato;
3. di incaricare, quali referenti per l'esecuzione progettuale, il dott. Ferdinando Frigeri, Direttore U.O.C. Ematologia ad Indirizzo Oncologico ed il dott. Alfredo Matano, Direttore U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari;
4. di demandare altresì:
 - a) al Direttore U.O.C. Ingegneria Ospedaliera il compito di realizzare gli ambulatori delineati nel documento progettuale e, precisamente al punto 2. della voce "Prestazioni Previste e Figure Professionali coinvolte" ed al punto 2. della voce "Processi Organizzativi";
 - b) al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane la creazione di un codice identificativo specifico per il marcatempo digitale ai sensi del punto 1. della voce "Processi Organizzativi" e per gli scopi remunerativi di cui al successivo punto 5. lettera b);
5. di precisare che:
 - a) l'attuazione del Progetto di cui trattasi non comporta alcun onere economico a carico di questa A.O.R.N.;
 - b) le remunerazioni previste in favore del personale in servizio presso questa A.O.R.N. sono da intendersi a titolo di collaborazione occasionale e verranno corrisposte ai sensi dei regolamenti, delle norme generali vigenti e delle condizioni progettuali, ove applicabili;
 - c) l'attività progettuale non implica un servizio sostitutivo delle attività di questa A.O.R.N. ma sono da intendersi ad integrazione e supporto all'assistenza per il paziente;
6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, come per legge, e ai Dipartimenti Oncologico, Scienze Mediche, Servizi Sanitari, alle UU.OO.CC. Gestione Economico-Finanziaria, Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Gestione Risorse Umane, Ingegneria Ospedaliera, Ematologia ad Indirizzo Oncologico, Oncologia Medica, Nefrologia, Malattie Infettive, alla U.O.S.D. SATTE, alla U.O.S. Reumatologia ed all'A.I.L. di Caserta;
7. di rendere la presente deliberazione immediatamente eseguibile, vista la concreta possibilità di porre in essere con immediatezza le azioni progettuali di cui in premessa.

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI

dott. Eduardo Chianese

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023
immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore U.O.C. Affari Generali Dott. Eduardo Chianese

Acquisiti i pareri del Direttore sanitario, dott.ssa Angela Annetichiarico, e del Direttore amministrativo, avv. Amalia Carrara, attraverso la modalità telematica descritta all'art. 6, punto 1, lettera e2) del Regolamento per l'adozione degli atti deliberativi di questa A.O.R.N., approvato con Deliberazione C.S. n° 275/2019

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. **ACCOGLIERE** la proposta dell'A.I.L. - *Associazione Italiana contro le leucemie ed i linfomi* - Sezione Caserta - Onlus "*Valentina Picazio*" e, per l'effetto, attuare il Progetto "Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili" afferenti a questa A.O.R.N., per una annualità con decorrenza dalla data di pubblicazione della presente deliberazione;
2. **REALIZZARE** le attività progettuali secondo le condizioni dello schema allegato;
3. **INCARICARE**, quali referenti per l'esecuzione progettuale, il dott. Ferdinando Frigeri, Direttore U.O.C. Ematologia ad Indirizzo Oncologico ed il dott. Alfredo Matano, Direttore U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari;
4. **DEMANDARE** altresì:
 - a) al Direttore U.O.C. Ingegneria Ospedaliera il compito di realizzare gli ambulatori delineati nel documento progettuale e, precisamente al punto 2. della voce "*Prestazioni Previste e Figure Professionali coinvolte*" ed al punto 2. della voce "*Processi Organizzativi*";
 - b) al Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane la creazione di un codice identificativo specifico per il marcatempo digitale ai sensi del punto 1. della voce "*Processi Organizzativi*" e per gli scopi remunerativi di cui al successivo punto 5. lettera b);
5. **PRECISARE** che:
 - a) l'attuazione del Progetto di cui trattasi non comporta alcun onere economico a carico di questa A.O.R.N.;
 - b) le remunerazioni previste in favore del personale in servizio presso questa A.O.R.N. sono da intendersi a titolo di collaborazione occasionale e verranno corrisposte ai sensi dei regolamenti, delle norme generali vigenti e delle condizioni progettuali, ove applicabili;
 - c) l'attività progettuale non implica un servizio sostitutivo delle attività di questa A.O.R.N. ma sono da intendersi ad integrazione e supporto all'assistenza per il paziente;
6. **TRASMETTERE** il presente atto al Collegio Sindacale, come per legge, e ai Dipartimenti Oncologico, Scienze Mediche, Servizi Sanitari, alle UU.OO.CC. Gestione Economico-Finanziaria, Programmazione e Controllo di Gestione, Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, Gestione Risorse Umane, Ingegneria Ospedaliera, Ematologia ad Indirizzo Oncologico, Oncologia Medica, Nefrologia, Malattie Infettive, alla U.O.S.D. SATTE, alla U.O.S. Reumatologia ed all'A.I.L. di Caserta;
7. **RENDERE** la presente deliberazione immediatamente eseguibile, vista la concreta possibilità di porre in essere con immediatezza le azioni progettuali di cui in premessa.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale



SEZIONE AIL

(Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma)
di Caserta Organizzazione di Volontariato “Valentina Picazio”
Iscritta al RUNTS con Repertorio 87266

Progetto

Istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con Anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili afferenti all’AORN “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta

RAZIONALE

La pandemia da SARS COV2 ha provocato, come è noto, un incremento della mortalità nella popolazione cosiddetta fragile sia per l’alto tasso di decessi “virus correlati” e sia, in modo indiretto, per l’interruzione dei trattamenti specialistici per le patologie di cui i soggetti erano affetti, in primis per quelle oncologiche.

L’avvento dei vaccini ha sensibilmente ridotto l’impatto dell’infezione da SARS COV2 sulla popolazione generale sia in termini di riduzione della frequenza che in termini di gravità. *Persiste però una categoria di pazienti, primi fra tutti quelli affetti da patologie onco-ematologiche quali leucemie, linfomi e mielomi* che è ancora altamente vulnerabile alla infezione da COVID 19 in quanto l’efficacia dei vaccini in tali soggetti è ridotta per l’incapacità di produrre anticorpi a causa sia della malattia che colpisce direttamente il sistema immunitario e sia per le immunochemioterapie che ricevono. In tali soggetti l’infezione da SARS COV2 si presenta con una maggiore gravità dei sintomi ed una lunga durata dell’infezione (intesa come positività alla rilevazione del virus con tampone nasofaringeo) che a volte può persistere anche alcuni mesi, compromettendo l’iter terapeutico della malattia di base.

La possibilità, quindi, di avere a disposizione una terapia di profilassi con anticorpi monoclonali ha notevolmente migliorato le chances di tutte quelle persone che non possono vaccinarsi o nelle quali il vaccino potrebbe non generare un’adeguata risposta immunitaria. Tale è il caso, per esempio, dei pazienti che sono sottoposti a chemioterapia o che devono assumere farmaci antirigetto dopo i trapianti di organi, oltre a coloro già affetti da immunodeficienza quali i soggetti HIV+ o coloro che sono in trattamento per patologie reumatologiche o, ancora, in dialisi cronica. Infine, possono giovare di tale terapia di profilassi anche coloro che presentano un alto rischio di effetti collaterali in caso di somministrazione vaccinale.

In Italia, con Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022, è stata autorizzata la temporanea distribuzione per la profilassi di COVID-19 in soggetti adulti (di età pari o superiore a 12 anni), del farmaco Evusheld, costituito da due anticorpi monoclonali (tixagevimab e cilgavimab), capaci di legarsi a due differenti siti della proteina spike del SARS-CoV-2, impedendo al virus di penetrare nelle cellule dell'organismo.

Tale autorizzazione temporanea alla distribuzione del farmaco Evusheld è stata concessa sulla base del parere del CHMP (Comitato per i medicinali per uso umano) dell'EMA che ha valutato i dati provenienti da uno studio condotto su oltre 5000 persone e da cui è emerso che Evusheld ha ridotto del 77% il rischio di COVID-19 con una durata stimata della protezione dal virus pari ad almeno sei mesi. Il profilo di sicurezza di Evusheld è stato favorevole e gli effetti indesiderati sono stati generalmente lievi per cui Il CHMP ha concluso che i benefici del medicinale superano i rischi per l'uso approvato. Pertanto, con la determina pubblicata sulla G.U. n. 42 del 19/02/2022, l'AIFA approvava il trattamento di profilassi pre-esposizione all'infezione da SARS COV2 e l'Unità di Crisi della Regione Campania con Prot. UC2022-000133 del 23/02/2022 recepiva tale determina, invitando tutte le Direzioni Strategiche delle Azienda Sanitarie a richiedere l'abilitazione per Evusheld sul portale Registri AIFA.

Ovviamente l'uso di una profilassi con anticorpi monoclonali anti SARS COV2, non esclude la possibilità di effettuare anche profilassi vaccinale antinfluenzale ed anti Herpes Zoster, così come raccomandato per i pazienti fragili dalle linee guida ministeriali.

La missione dell'AIL, prima associazione in Italia che dal 1969 si occupa delle malattie del sangue, ha come finalità quella di assicurare al malato oncoematologico e alla sua famiglia una migliore qualità di vita attraverso cure sempre più appropriate e progetti socio-assistenziali ed umanitari.

Il progetto, nelle sue finalità ed organizzazioni, mira a favorire quei pazienti/persone fragili (principalmente quelli di area oncoematologica) come declinate ai capi che precedono in carico alle indicate UUOCC sanitarie dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, con un servizio ambulatoriale dedicato alla profilassi sia con i monoclonali anti SARS COV2 e sia vaccinale.

Il progetto, attraverso un uso conveniente delle risorse sanitarie ed umane disponibili (per una presa in carico globale del paziente) e grazie alle sinergie di supporto offerte dall'AIL Caserta, tende tra l'altro a ridurre gli accessi in Pronto Soccorso, favorendo una corretta programmazione delle ospedalizzazioni e una migliore gestione dei posti letto.

IL PROGETTO

PREMESSA

Il progetto prevede la costituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi anti SARS COV2 con Anticorpi monoclonali in pazienti fragili, ed interesserà i pazienti afferenti alle UU.OO.CC. di: I) Ematologia ad indirizzo Oncologico; II) Oncologia Medica; III) SATTE; IV) Reumatologia; V) Nefrologia e VI) Malattie Infettive (limitato ai pazienti HIV+). Il progetto prevede inoltre di offrire agli stessi pazienti, individuati come fragili e su indicazione dei medici delle suddette UU.OO.CC., anche la possibilità di effettuare la profilassi vaccinale anti Herpes Zoster, anti SARS COV2 e antivirus influenzale come indicato nel PNPV (Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale) 2023-2025, che tra l'altro costituisce un LEA con l'implementazione dell'anagrafe vaccinale nazionale (G.U. 194 del 21/08/2023).

Il progetto è reso possibile anche grazie alla convenzione in essere tra l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e la Sezione AIL – Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma- di Caserta Organizzazione di Volontariato “Valentina Picazio”.

Tale progetto, infine, si integrerà con il Progetto di Continuità Assistenziale in Ematologia già attiva da oltre un anno, sempre grazie alla convenzione sottoscritta dall'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta con l'AIL Caserta (Deliberazione del Direttore Generale N. 57 del 26/01/2023), per consentire la profilassi al proprio domicilio anche ai pazienti che temporaneamente non possono raggiungere l'AORN.

OBIETTIVI

1. L'attivazione di un ambulatorio aziendale dedicato per consentire la profilassi, sia con i monoclonali anti SARS COV2 e sia vaccinale, rappresenta il completamento dell'offerta sanitaria a pazienti particolarmente vulnerabili e fragili, perseguendo il principio della completa e globale presa in carico dei pazienti e garantendo quindi anche la prevenzione delle possibili complicanze infettive ai trattamenti in corso o dovute alla patologia di cui sono affetti.
2. La prevenzione di complicanze infettive in pazienti particolarmente fragili contribuisce alla riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, consentendo tra l'altro una corretta programmazione delle ospedalizzazioni e una migliore gestione dei posti letto.
3. Garantire la profilassi anche ai pazienti seguiti in Continuità Assistenziale che non possono raggiungere l'AORN o per momentanei impedimenti fisici (scarsa

mobilità in autonomia, necessità di isolamento per immunodeficienza secondaria ai trattamenti ricevuti, etc) o per assenza di un “care-giver” che possa accompagnare il paziente in Ospedale.

4. La prescrizione e l'erogazione della profilassi (sia vaccinale che con anticorpi monoclonali) da parte della stessa equipe medico/infermieristica che già conosce il caso clinico, rappresenta un elemento rasserenante per il paziente riducendo lo stato d'ansia (di per sé già elevato a causa della patologia di base) correlato alla cattiva informazione circa l'utilizzo di tali presidi terapeutici.

PRESTAZIONI PREVISTE E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

1. ***Attivazione di un ambulatorio aziendale di profilassi anti SARS COV2 con anticorpi monoclonali presso un” locale procedure” sita nel DH di Ematologia ad Indirizzo Oncologico al IV piano ed. F.*** Le attività seguiranno il seguente cronoprogramma procedurale:

- Accettazione del paziente fragile (previa esibizione di un tampone NF antigenico con esito negativo effettuato nelle 48 ore precedenti) afferente alle UU.OO.CC. su indicate con acquisizione della prescrizione effettuata su apposito modulo dal medico che lo ha in cura. Stampa del modulo di consenso informato del paziente (Amministrativo)
- Verifica della adeguatezza prescrittiva, attribuzione del lotto dei monoclonali da somministrare, informativa al paziente e acquisizione della firma del Consenso Informato (Dirigente Medico)
- Somministrazione vaccinale ed osservazione del paziente per 20 minuti (I.P.). Gestione di eventuali complicanze e nullaosta lasciare l'AORN dopo l'osservazione (Dirigente Medico).
- In caso di profilassi effettuata in regime di Continuità Assistenziale (vedi sopra) sarà compito del Dirigente Medico acquisire tutte le procedure amministrative previste sia pre che post somministrazione

2. ***Attivazione di un ambulatorio aziendale di profilassi vaccinale per Virus influenzale, SARS COV2 e Herpes Zoster presso un locale sito al IV piano dell'edificio F presso la UOC di Ematologia a indirizzo oncologico.*** Le attività seguiranno il seguente cronoprogramma procedurale:

- Accettazione del paziente fragile (previa esibizione di un tampone NF antigenico con esito negativo effettuato nelle 48 ore precedenti) afferente alle UU.OO.CC. su indicate con acquisizione della prescrizione effettuata su apposito modulo dal medico che lo ha in cura. Registrazione su piattaforma

regionale vaccinale e stampa del modulo di consenso informato del paziente (Amministrativo)

- Compilazione cartacea del questionario anamnestico e, in caso di nullaosta alla vaccinazione, acquisizione della firma da parte del paziente del Consenso alla vaccinazione (Dirigente Medico)
- Somministrazione vaccinale ed osservazione del paziente per 20 minuti (I.P.). Gestione di eventuali complicanze e nullaosta lasciare l'AORN dopo l'osservazione (Dirigente Medico).
- Registrazione sulla piattaforma regionale vaccinale del questionario compilato dal medico e dei dettagli operativi della somministrazione. Archiviazione del modulo di consenso informato ed eventuale rilascio della ricevuta al paziente che ne fa richiesta (Amministrativo)

DIVISIONE DELLE COMPETENZE

A) Parte riservata all'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

1. Identificazione, da parte dei Dirigenti Medici che li hanno in cura, dei pazienti da sottoporre a profilassi con anticorpi monoclonali o vaccinale afferenti alle UU.OO.CC. di Ematologia ad Indirizzo Oncologico, Oncologia Medica, SATTE, Reumatologia, Nefrologia e Malattie Infettive (per i pazienti HIV+) dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Potranno essere inseriti nel progetto, casi selezionati da altre UUOCC dell'AORN su indicazione del curante.
2. Per la sola UOC di Ematologia ad Indirizzo Oncologico, identificazione da parte dei Dirigenti Medici che li hanno in cura, dei pazienti inseriti nel programma di Continuità assistenziale che necessitano di profilassi con anticorpi monoclonali anti SARS COV2.
3. Identificazione, da parte della UOC OPSOS (Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari), di una figura professionale amministrativa e della Dirigenza medica per le rispettive parti di pertinenza del progetto. Per la parte inerente al profilo infermieristico, gli operatori professionali saranno selezionati all'interno del Dipartimento Oncologico sulla base di una disponibilità volontaria manifestata alla UOC OPSOS, che, tra l'altro provvederà a stabilire un criterio di turnazione.
4. Gli operatori agiranno ad incarico, all'interno di un progetto incentivante, effettuato al di fuori dell'orario di servizio, con creazione di codice specifico da digitare c/o il marcatempo in modo da consentire

l'identificazione dell'operatore e il conteggio del numero di prestazioni rese.

B) Parte riservata all'AIL Caserta

1. Presentazione e cofinanziamento del Progetto. Il cofinanziamento consisterà nel sostenere tutti i costi per le attività svolte dal personale coinvolto, come meglio precisato di seguito nel capitolo **“Remunerazione delle prestazioni”**.
2. Partecipazione a tavoli tecnici con i vertici strategici aziendali sullo stato dell'arte del progetto.

MODULI OPERATIVI PER L'ESECUZIONE DEL PROGETTO

1. Modulo per la prescrizione della profilassi da effettuare.

La selezione del paziente con indicazione della tipologia di profilassi da effettuare è riservata ai Dirigenti Medici delle UU.OO.CC. selezionate per il progetto che provvederanno a compilare tale modulo prescrittivo in ogni sua parte e lo completeranno con firma e timbro.

2. Modulo di consenso informato per la profilassi.

Limitatamente alla profilassi con anticorpi monoclonali, il Dirigente Medico che provvede a dare il nullaosta alla profilassi, dovrà ottenere la firma di tale modulo (preparato dalla UOC OPSOS) da parte del paziente e sullo stesso dovrà indicare il lotto e la scadenza del preparato. Per quanto riguarda la profilassi vaccinale sarà utilizzato lo specifico modulo previsto dalla piattaforma regionale vaccinale.

3. Modulo informativo per il paziente (limitatamente alla profilassi con anticorpi monoclonali).

Il Dirigente medico illustrerà al paziente, consegnando l'informativa AIFA, le caratteristiche del farmaco utilizzato per la profilassi

4. Modulo anamnesi per la profilassi vaccinale antinfluenzale, anti SARS-COV2, anti Herpes Zoster.

Il Dirigente medico compila il modulo in tutte le sue parti e lo firma. Tale modulo sarà inserito dal personale amministrativo nella piattaforma regionale ed il cartaceo sarà conservato agli atti.

PROCESSI ORGANIZZATIVI

Le diverse fasi operative del progetto prevedono:

1. La creazione di un codice identificativo al marcatempo specifico per il progetto
2. Identificazione di 2 stanze dedicate per l'esecuzione del progetto site c/o il Dipartimento Oncologico al IV piano edificio F (vedi sopra). In tali locali la profilassi sarà programmata inizialmente due volte la settimana (implementabile

in caso di grossa richiesta) per un totale massimo di 25-30 pazienti a seduta. La durata di ogni seduta sarà massima di 3 ore ed avrà inizio alle ore 14:30.

3. Gli operatori coinvolti dovranno essere al di fuori dell'orario di servizio e dovranno utilizzare c/o il marcatempo, il codice identificativo del progetto sia all'inizio che alla fine delle sedute.
4. Mensilmente il personale della UOC OPSOS provvederà a comunicare all'AIL, alla UOC Affari Generali ed alla UOC Risorse Umane (e per conoscenza al GEF) i nominativi (con la relativa qualifica) del personale coinvolto nel progetto con il numero di prestazioni effettuate.
5. Viene demandato ad un tavolo tecnico organizzato dall'UOC OPSOS : a) la selezione del personale infermieristico a seguito di manifestazione di interesse; b) la gestione dei processi esecutivi del progetto.

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La disciplina e la quantificazione degli emolumenti da corrispondere al personale coinvolto nel progetto (Amministrativo, Dirigente Medico ed Infermieri, è riservata alla competenza esclusiva dell'A.O). La presente proposta è da intendersi come un progetto incentivante con una remunerazione del personale **“a prestazione”** secondo il seguente schema:

- | | |
|---------------------|------------|
| a) Dirigente Medico | €60,00/ora |
| b) Amministrativo | €40,00/ora |
| c) Infermiere | €40,00/ora |

Sulla base degli elenchi forniti, il GEF emetterà fattura all'AIL che provvederà al pagamento del corrispettivo alla AORN che a sua volta, dopo aver trattenuto il 5% per oneri di segreteria, comunicherà alla UOC Risorse Umane i nominativi e l'importo che dovrà essere versato agli operatori sotto la voce **“progetto incentivante”** sullo stipendio del mese successivo alla/e prestazione/i effettuate

MODULISTICA ALLEGATA

1. **Modulo 1** = Richiesta della profilassi da effettuare
2. **Modulo 2** = Consenso informato per la profilassi (limitatamente alla profilassi con anticorpi monoclonali)
3. **Modulo 3** = Informativa per il paziente per la profilassi con anticorpi monoclonali (AIFA)
4. **Modulo 4** = Modulo anamnesi per la profilassi vaccinale antinfluenzale
5. **Modulo 5** = Modulo anamnesi per la profilassi vaccinale anti SARS-COV2
6. **Modulo 6** = Modulo anamnesi per la profilassi vaccinale anti Herpes Zoster

DURATA DEL PROGETTO

La durata del progetto è stabilita in anni uno. Un eventuale rinnovo, per l'insistenza di nuove esigenze cliniche rappresentate all'AIL Caserta, dovrà essere oggetto di nuovo accordo tra quest'ultima e l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

La capacità dell'Associazione di sostenere, nel tempo, il progetto di istituzione di un ambulatorio aziendale per la profilassi con Anticorpi monoclonali e/o vaccinale in pazienti fragili è in funzione diretta delle sue disponibilità finanziarie. L'associazione si impegna a segnalare con congruo anticipo un eventuale deficit di risorse con conseguente interruzione del progetto e, comunque, garantirà tutte le prenotazioni già in essere.

Periodicamente, l'Azienda Ospedaliera fornirà all'AIL Caserta un resoconto dei costi del progetto nonché dello stato dell'arte dello stesso in rapporto agli obiettivi raggiunti.

REFERENTI E RESPONSABILI DEL PROGETTO

1. Dott. Ferdinando Frigeri, Direttore Dipartimento Oncologico;
2. Dott. Alfredo Matano, Direttore ff UOC Organizzazione e Progettazione Servizi Ospedalieri e Sanitari





**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE PROFILASSI VACCINALE
E/O ANTICORPI MONOCLONALI**

Il Dirigente Medico _____
in servizio presso la UU.OO. _____

CONSIGLIA

per il paziente:

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV(____) DATA DI NASCITA _____

c.f. _____

telefono _____

le seguenti vaccinazioni:

Antinfluenzale FLUAD TETRA

Herpes Zoster SHINGRIX

Covid COMIRNATY X.B.B.1.5.

Anticorpi Monoclonali EVUSHELD

N.B. IL PAZIENTE DOVRÀ PRESENTARSI MUNITO DI TESSERA SANITARIA

Timbro e firma
del Dirigente Medico

Luogo e data _____

Modulo di consenso informato per la profilassi con anticorpi monoclonali

Il sottoscritto/a, in qualità di

Paziente : Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Rappresentante legale: amministratore di sostegno tutore/curatore

Nome e cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato

Presenza di interprete : no si (nome e cognome) _____

Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente alla terapia con **anticorpi monoclonali anti SarS-CoV-2**

Dichiaro di essere stato/i informato/i dal dottor _____ **(stampatello)**

In modo comprensibile esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- le modalità di effettuazione
- le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio
- i potenziali rischi e le possibili complicanze intra- e post-trattamento immediate, a distanza e le modalità di risoluzione
- la possibilità di revocare il consenso in qualunque momento prima dell'inizio dell'infusione
- le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto

Preso atto della situazione illustrata, confermo di aver compreso le informazioni ricevute e pertanto:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla somministrazione di:

Evusheld (Tixagevimab e Cilgavimab)



Caserta

Valentina Picazio

ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO LEUCEMIE - LINFOMI E MIELOMA



REGIONE CAMPANIA

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

AFFERMO:

- di aver ben compreso tutto ciò che è stato spiegato, sia in ordine alle condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla somministrazione del farmaco, sia a quelli che potrebbero derivare in caso di rifiuto e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito
- di aver ricevuto materiale informativo,

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/i avuti con il /i medico/i e con l'informativa ricevuta

Data ____ / ____ / ____

Firma dell'interessato: _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete (firma) _____

In caso di revoca successiva del consenso:

Il sottoscritto _____

REVOCA

il proprio consenso al trattamento sanitario proposto

Data ____ / ____ / ____ **ora** ____ : ____

Firma dell'interessato _____

Firma 1° Genitore _____ **Firma 2° Genitore** _____

Firma, timbro o matricola del Medico _____

Eventuale interprete (firma) _____

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

EVUSHELD 150 mg + 150 mg soluzione iniettabile tixagevimab + cilgavimab

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Lei può contribuire segnalando qualsiasi effetto indesiderato riscontrato durante l'assunzione di questo medicinale. Vedere la fine del paragrafo 4 per le informazioni su come segnalare gli effetti indesiderati.

Legga attentamente questo foglio prima che le venga somministrato questo medicinale perché contiene importanti informazioni per lei.

- Conservi questo foglio. Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
- Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere.
- Se si manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico o all'infermiere. Vedere paragrafo 4.

Contenuto di questo foglio

1. Cos'è EVUSHELD e a cosa serve
2. Cosa deve sapere prima che le venga somministrato EVUSHELD
3. Come viene somministrato EVUSHELD
4. Possibili effetti indesiderati
5. Come conservare EVUSHELD
6. Contenuto della confezione e altre informazioni

1. Cos'è EVUSHELD e a cosa serve

EVUSHELD è costituito da due principi attivi: tixagevimab e cilgavimab. Si tratta di medicinali denominati *anticorpi monoclonali*. Gli anticorpi monoclonali sono proteine si legano a una specifica proteina di SARS-CoV-2, il virus che causa COVID-19. Legandosi a questa proteina, impediscono al virus di penetrare nelle cellule dell'organismo.

EVUSHELD è usato per la profilassi pre-esposizione (prevenzione) di COVID-19 in adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e con un peso corporeo pari ad almeno 40 kg.

2. Cosa deve sapere prima che le sia somministrato EVUSHELD

EVUSHELD non deve esserle somministrato

- se è allergico a tixagevimab, cilgavimab o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati al paragrafo 6).

Avvertenze e precauzioni

Si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere prima che le venga somministrato EVUSHELD

- se ha un basso numero di piastrine nel sangue (cellule che aiutano la coagulazione del sangue), un disturbo di coagulazione o se sta assumendo un medicinale per prevenire la formazione di coaguli di sangue (anticoagulante).

Informi il medico, il farmacista o l'infermiere oppure richieda immediatamente assistenza medica:

- se nota eventuali sintomi di un **evento cardiaco**, come:

- dolore al petto
- respiro affannoso
- sensazione di malessere generale, malattia o mancanza di benessere fisico
- sensazione di stordimento o svenimento
- se nota un qualsiasi segno di **grave reazione allergica**, come:
 - difficoltà a respirare o deglutire
 - gonfiore del viso, delle labbra, della lingua o della gola
 - grave prurito della pelle, con un'eruzione cutanea rossa o vescicole rigonfie.

Bambini e adolescenti

EVUSHELD non deve essere somministrato a bambini di età inferiore a 12 anni o con un peso inferiore a 40 kg.

Altri medicinali ed EVUSHELD

Informi il medico, il farmacista o l'infermiere se sta assumendo, ha recentemente assunto o potrebbe assumere qualsiasi altro medicinale. Non è ancora noto se EVUSHELD influenzi il meccanismo di azione di altri medicinali, o se sia influenzato da questi.

Gravidanza e allattamento

Informi il medico o l'infermiere se è in gravidanza o se potrebbe esserlo.

- Questo perché non sono disponibili informazioni sufficienti per essere certi che questo medicinale sia sicuro per l'uso in gravidanza.
- Questo medicinale sarà somministrato solo se i potenziali benefici del trattamento superano i rischi potenziali per la madre e per il nascituro.

Informi il medico o l'infermiere se sta allattando.

- Questo perché non è ancora noto se questo medicinale passi nel latte materno umano, o quali effetti potrebbe avere sul bambino o sulla produzione di latte.
- Il medico l'aiuterà a decidere se proseguire con l'allattamento o iniziare il trattamento con questo medicinale.

Guida di veicoli e utilizzo di macchinari

È improbabile che EVUSHELD influisca sulla capacità di guidare veicoli o di usare macchinari.

3. Come viene somministrato EVUSHELD

La dose raccomandata è di 300 milligrammi (mg), somministrata sotto forma di due iniezioni:

- 150 mg di tixagevimab
- 150 mg di cilgavimab

EVUSHELD consiste in due soluzioni separate, una contenente tixagevimab e una contenente cilgavimab. Queste le saranno somministrate dal medico o dall'infermiere **che inietteranno ciascuna delle soluzioni in un muscolo separato**, di solito ciascun gluteo. Le 2 iniezioni saranno somministrate una dopo l'altra.

Il medico o l'infermiere deciderà per quanto tempo sarà monitorato/a dopo la somministrazione del medicinale, nel caso si verificassero eventuali effetti indesiderati.

4. Possibili effetti indesiderati

Come tutti i medicinali, questo medicinale può causare effetti indesiderati sebbene non tutte le persone li manifestino.

Effetti indesiderati

Comuni (possono interessare fino a 1 persona su 10)

- reazione di ipersensibilità (eruzione cutanea o eruzione cutanea rossa associata a prurito o vescicole rigonfie)
- reazione nel sito di iniezione (dolore, rossore, prurito, gonfiore vicino al sito di iniezione)

Non comuni (possono interessare fino a 1 persona su 100)

- reazione correlata all'iniezione (per esempio, mal di testa, brividi e arrossamento, fastidio o dolore in prossimità del punto in cui è stata eseguita l'iniezione)

Segnalazione degli effetti indesiderati

Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere. Può inoltre segnalare gli effetti indesiderati direttamente tramite il sistema nazionale di segnalazione riportato nell'[allegato V](#). Segnalando gli effetti indesiderati può contribuire a fornire maggiori informazioni sulla sicurezza di questo medicinale.

5. Come conservare EVUSHELD

Conservi questo medicinale fuori dalla vista e dalla portata dei bambini.

Il medico, il farmacista o l'infermiere sono responsabili della conservazione di questo medicinale e dello smaltimento corretto del prodotto non utilizzato. Le seguenti informazioni sono destinate esclusivamente agli operatori sanitari:

Non usi questo medicinale dopo la data di scadenza che è riportata sulla scatola dopo "Scad." e sul flaconcino dopo "EXP". La data di scadenza si riferisce all'ultimo giorno di quel mese.

Flaconcini non aperti:

- Conservare in frigorifero (2 °C – 8 °C).
- Non congelare.
- Non agitare.
- Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce.

Le siringhe preparate devono essere usate immediatamente. Se necessario, conservare le siringhe preparate per non più di 4 ore ad una temperatura compresa tra 2 °C e 25 °C.

6. Contenuto della confezione e altre informazioni

Cosa contiene EVUSHELD

I principi attivi sono:

- tixagevimab – 150 mg in 1,5 mL di soluzione
- cilgavimab – 150 mg in 1,5 mL di soluzione.

Gli altri componenti sono istidina, istidina monoclorigrato monoidrato, saccarosio, polisorbato 80, e acqua per preparazioni iniettabili.

Descrizione dell'aspetto di EVUSHELD e contenuto della confezione

EVUSHELD contiene due flaconcini di vetro trasparente di soluzione iniettabile:

- tixagevimab soluzione iniettabile (tappo del flaconcino di colore grigio scuro) è una soluzione da limpida a opalescente, da incolore a leggermente gialla
- cilgavimab soluzione iniettabile (tappo del flaconcino di colore bianco) è una soluzione da limpida a opalescente, da incolore a leggermente gialla.

Ogni confezione contiene 2 flaconcini: 1 flaconcino di tixagevimab e 1 flaconcino di cilgavimab.

Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio e produttore

AstraZeneca AB
SE-151 85 Södertälje
Svezia

Produttore

AstraZeneca AB
Sweden BioManufacturing Center,
Byggnad B921,
Gärtunavägen,
Södertälje, 151 85,
Svezia

ANAMNESI VACCINO ANTINFLUENZALE

La persona sta bene oggi?		SI	NO
Se NO Indicare la gravità della malattia:	LIEVE	MODERATA	GRAVE
La persona ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		SI	NO
Se SI Specificare:			
La persona è allergica a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		SI	NO
Se SI Indicare l'allergia:	FARMACI ALIMENTI	LATTICE	ALTRO
Se SI Indicare la gravità dell'allergia:	ANAFILASSI	LOCALE	NON GRAVE
Se SI Indicare il tipo di farmaco/alimento/altro:			
Se SI Indicare i tempi di insorgenza:			
La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?		SI	NO
Se SI Indicare a quale vaccino:			
Se SI Indicare la gravità della reazione:	ANAFILASSI	LOCALE	NON GRAVE
Se SI Indicare il tempo di insorgenza della reazione:			
Se SI Indicare la durata della reazione:			
La persona ha malattie del sistema immunitario?		SI	NO
Se SI Indicare il deficit:			
La persona ha malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV ?		SI	NO
Se SI Indicare la malattia:	TUMORE	LEUCEMIA	HIV
La persona ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?		SI	NO
Se SI Indicare il tipo di malattia:			
Se SI Indicare la gravità:	LIEVE	MODERATA	NON GRAVE
Se SI Indicare la terapia in atto o pregressa:			
Negli ultimi 6 mesi, la persona è stata sottoposta a radioterapia?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Negli ultimi 6 mesi la persona è stata sottoposta a dialisi?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Negli ultimi 6 mesi, la persona ha assunto farmaci con continuità?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Indicare il tipo di farmaco usato:			
Indicare il dosaggio:			
La persona è mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?		SI	NO
Se SI Indicare il tipo di intervento:			
Se SI Indicare la data intervento:			
La persona ha ricevuto vaccini ultimo mese?		SI	NO
Se SI Indicare il vaccino a cui si è sottoposto:			
Se SI Indicare la data del vaccino:			
Se donna, è in gravidanza o la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?		SI	NO
Se SI Indicare la settimana di gestazione:			
Note			

Data e firma medico _____

ANAMNESI VACCINO SARS-COV2

Attualmente è malato?	SI	NO	NON SO
Ha febbre?	SI	NO	NON SO
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?	SI	NO	NON SO
Se sì, specificare:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	SI	NO	NON SO
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	SI	NO	NON SO
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?	SI	NO	NON SO
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?	SI	NO	NON SO
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	SI	NO	NON SO
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	SI	NO	NON SO
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?			
Se sì quale/i?			
Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	SI	NO	NON SO
Per le donne: sta allattando?	SI	NO	NON SO
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:			
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	SI	NO	NON SO
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil- influenzali?	SI	NO	NON SO
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	SI	NO	NON SO
Dolore addominale/diarrea?	SI	NO	NON SO
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	SI	NO	NON SO
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	SI	NO	NON SO
Test COVID-19:	nessun test COVID 19 recente	Test COVID 19 negativo	Test COVID 19 positivo
ID tampone			In attesa di test COVID 19
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti	SI	NO	NON SO

Data e firma medico _____

ANAMNESI VACCINO HERPES ZOSTER

La persona sta bene oggi?		SI	NO
Se NO Indicare la gravità della malattia:		LIEVE	MODERATA
La persona ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		SI	NO
Se SI Specificare:			
La persona è allergica a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		SI	NO
Se SI Indicare l'allergia:	FARMACI	ALIMENTI	LATTICE
Se SI Indicare la gravità dell'allergia:	ANAFILASSI	LOCALE	NON GRAVE
Se SI Indicare il tipo di farmaco/alimento/altro:			
Se SI Indicare i tempi di insorgenza:			
La persona ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino?		SI	NO
Se SI Indicare a quale vaccino:			
Se SI Indicare la gravità della reazione:		ANAFILASSI	LOCALE
Se SI Indicare il tempo di insorgenza della reazione:			
Se SI Indicare la durata della reazione:			
La persona ha malattie del sistema immunitario?		SI	NO
Se SI Indicare il deficit:			
La persona ha malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV ?		SI	NO
Se SI Indicare la malattia:	TUMORE	LEUCEMIA	HIV
La persona ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?		SI	NO
Se SI Indicare il tipo di malattia:			
Se SI Indicare la gravità:		LIEVE	MODERATA
Se SI Indicare la terapia in atto o pregressa:			
Negli ultimi 6 mesi, la persona è stata sottoposta a radioterapia?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Durata della terapia: (indicare in numero di giorni)			
Negli ultimi 6 mesi la persona è stata sottoposta a dialisi?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Durata della terapia: (indicare in numero di giorni)			
Negli ultimi 6 mesi, la persona ha assunto farmaci con continuità?		SI	NO
Se SI La terapia è ancora in atto?		SI	NO
Indicare il tipo di farmaco usato:			
Indicare il dosaggio:			
Durata della terapia: (indicare in numero di giorni)			
La persona è mai stata sottoposta ad interventi chirurgici?		SI	NO
Se SI Indicare il tipo di intervento:			
Se SI Indicare la data intervento:			
La persona ha ricevuto vaccini ultimo mese?		SI	NO
Se SI Indicare il vaccino a cui si è sottoposto:			
Se SI Indicare la data del vaccino:			

ANAMNESI VACCINO HERPES ZOSTER _____

Se donna, è in gravidanza o la possibilità che sia in gravidanza nel prossimo mese?	SI	NO	
Se SI Indicare la settimana di gestazione:			
La persona, nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	SI	NO	
Specificare	SANGUE INTERO	EMODERIVATO	IMMUNOGLOBULINA
La persona vive con persone che hanno malattie che riducono immunità (es. Leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a terapia immunodepressiva (es. Trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia) ?	SI	NO	
Indicare la malattia o il trattamento:			
La persona vive con una donna in gravidanza?	SI	NO	
Note			

Data e firma medico _____