



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 35/55 del 22.11.2022

ACCORDO CON LA FEDERFARMA SARDEGNA PER LA SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTINFLUENZALI E ANTI Covid 19 E DEI TEST DIAGNOSTICI CHE PREVEDONO IL PRELEVAMENTO DI CAMPIONE BIOLOGICO A LIVELLO NASALE, SALIVARE o OROFARINGEO.

L'anno 2022, il giorno 11 del mese di novembre, presso i locali dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, la Regione Autonoma della Sardegna rappresentata dal Dott. Mario Nieddu, nella sua qualità di Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e il Dott. Pierluigi Annis, nella sua qualità di Presidente della Federfarma Sardegna - Unione Sindacale dei Titolari di Farmacia - Regione Sardegna, di seguito chiamate Parti,

PREMESSO

- che l'articolo 2, comma 8-bis, del decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 maggio 2022, n.52, che introduce all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 – la lettera e-quater la possibilità di somministrare, con oneri a carico degli assistiti, vaccini antinfluenzali, vaccini anti Covid 19 e test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità;
- che il 28 luglio 2022 è stato siglato il *“Protocollo d’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo”*;
- che le farmacie convenzionate sono parte integrante del Servizio Sanitario Regionale e presidi sanitari territoriali importanti diffusi su tutto il territorio e nell’ambito della “Farmacia dei servizi”, ai sensi del Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153;
- che la pandemia da SARS-CoV-2 è ancora presente sul territorio nazionale con periodiche recrudescenze e che la partecipazione delle farmacie convenzionate, su base volontaria, consente di aumentare il numero di sedi vaccinali e sedi per l’esecuzione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, garantendo la massima capillarità sul territorio regionale;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tutto quanto sopra premesso le parti concordano

Di avviare la somministrazione dei vaccini antinfluenzali per i cittadini non compresi nelle categorie individuate dal Ministero della Salute per l'offerta gratuita del vaccino, dei vaccini anti Covid 19 da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità; e dei test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo. L'adesione alla campagna vaccinale dovrà essere manifestata dal titolare della farmacia con l'invio del Modulo di Adesione (Allegato 1) all'Azienda regionale per la Salute, all'Azienda socio sanitaria locale competente per territorio, all'Ordine dei Farmacisti e all'Unione dei Farmacisti Titolari di Farmacia (Federfarma Sardegna), che provvederà settimanalmente a inviare l'elenco delle farmacie aderenti alla campagna vaccinale alla Direzione Generale della Sanità.

- Che la somministrazione dei vaccini è eseguita previa verifica dell'identità ed esibizione da parte dell'interessato della Tessera Sanitaria o del codice STP/ENI e previa acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario e valutazione della idoneità/inidoneità del soggetto richiedente a sottoporsi alla vaccinazione sulla base delle informazioni raccolte di cui agli allegati 2 e 3:
- Che il farmacista per quanto attiene la somministrazione della vaccinazione antinfluenzale procede, in questa prima fase, alla vaccinazione dei cittadini non compresi nella popolazione target individuata dal Ministero della Salute, e esclusivamente se, in sede di anamnesi, il richiedente dichiara/certifica pregressa vaccinazione antinfluenzale. In assenza di attestazione/documentazione comprovante la pregressa vaccinazione il farmacista non procede alla somministrazione del vaccino. La somministrazione è eseguita in soggetti di età non inferiore ai 18 anni. L'onorario per la somministrazione è pari a euro 6,16 (sei/16) per singolo inoculo, è sempre a carico del cittadino.
- La vaccinazione anti-Covid 19 da parte delle farmacie convenzionate è garantito alla popolazione target individuata dal Piano Vaccinale nazionale. L'onorario per la somministrazione è pari a euro 6,16 (sei/16) per singolo inoculo, è sempre a carico del cittadino.
- E' esclusa la somministrazione di dosi vaccinali in farmacia a soggetti estremamente fragili o con anamnesi per pregressa reazione allergica grave/anafilattica.
- L'attività di vaccinazione, da eseguirsi preferibilmente previo appuntamento, è eseguibile in area interna della farmacia, purchè separata dagli spazi destinati all'accoglienza dell'utenza e allo svolgimento delle attività di dispensazione del farmaco, o a farmacia chiusa. E' possibile effettuare l'attività anche in aree, locali o strette esterne secondo le modalità individuate nell'art. 4 del *"Protocollo d'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la*



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo” siglato in data 28 luglio 2022.

- Il farmacista o il personale amministrativo sotto la supervisione del titolare o del direttore della farmacia assolve ad eventuali obblighi di comunicazione di dati previsti dalla normativa vigente afferenti all'esecuzione dei vaccini, nel rispetto della normativa vigente a tutela dei dati personali.
- Per il trasporto dei vaccini dai punti di stoccaggio di ATS e la successiva consegna alle farmacie convenzionate aderenti alla campagna vaccinale Federfarma Sardegna si avvale del servizio di trasporto e stoccaggio dei distributori all'ingrosso di medicinali autorizzati dalla Regione Sardegna, che opereranno in ottemperanza alle disposizioni di cui all'Ordinanza del Ministero della Salute 20 maggio 2021.
- Le farmacie aderenti alla campagna vaccinale si impegnano a promuovere, attraverso il rapporto quotidiano con l'utenza e con iniziative di comunicazione l'adesione della popolazione regionale alla campagna vaccinale antinfluenzale e anti SARS-Co V-2.
- Le farmacie sono tenute ai sensi della normativa vigente a segnalare le sospette reazioni avverse (ADR) ai vaccini antinfluenzale e anti SARS-Co V-2 e si impegnano a promuovere la segnalazione di ADR da parte dei cittadini anche con la diffusione di locandine/brochure predisposte dal Centro Regionale di Farmacovigilanza.
-

Per quanto non specificato nel presente Accordo si fa completo riferimento al *“Protocollo d’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, Federfarma, Assofarm e Farmacie Unite per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti-covid19, dei vaccini anti-influenzali e per la somministrazione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo”* del 28 luglio 2022.

Il presente Accordo non comporta oneri a carico del servizio sanitario regionale e decorre dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale.

Letto, confermato e sottoscritto

Per la REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'Assessore Dott. Mario Nieddu

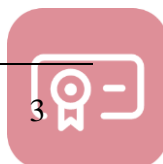
Per la FEDERFARMA SARDEGNA

Dott. Pierluigi Annis

NIEDDU MARIO
2022.11.15 10:21:01

Signer:
CN=NIEDDU MARIO
C=IT
O=Regione Autonoma della Sardegna
2.5.4.97=CF:IT-80002870923
Public key:
RSA/2048 bits

Pierluigi
Annis
21.11.2022
10:56:38
GMT+00:00





REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1

MODULO DI ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI COVID-19, ANTINFLUENZALI ED ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI CHE PREVEDONO IL PRELEVAMENTO DEL CAMPIONE BIOLOGICO A LIVELLO NASALE, SALIVARE O OROFARINGEO
(da inviare se si aderisce ad almeno una delle attività)

da inviare a:

Direzione generale della Sanità

Azienda Regionale per la Salute (ARES)

Azienda socio sanitaria locale territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Federfarma Sardegna

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____,
titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia " _____ "
(indicare l' denominazione della farmacia), codice _____ ubicata
in Via _____ CAP _____
Comune di _____ Fraz _____
Prov. _____ Azienda ASL _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini:

anti COVID-19 SI NO

antinfluenzale SI NO

Aderisco ai sensi di legge all'attività di somministrazione di test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo SI NO

e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

Dichiaro che il dott./i dott. _____ procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla base della positiva



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lett. e-quater), D.Lgs. n. 153/2009.

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del 28 luglio 2022.

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di inoculazione,

- in area interna alla farmacia

mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa SI NO

- in locali, aree o strutture esterne
 - ubicati in via _____;
 - ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica;
 - in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia

l'attività di vaccinazione presso detti locali, aree o strutture è già in essere

- SI NO l'attività di *testing* presso detti locali, aree o strutture è già in essere

- SI NO

Ai fini della prevista autorizzazione, mi impegno a presentare debita domanda all'ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione.

Nell'ipotesi di cui all'art. 4, comma 3 del Protocollo d'Intesa nazionale

Dichiaro di avvalermi della facoltà di esercitare in comune i servizi sanitari oggetto della presente comunicazione con le seguenti farmacie:

titolare /legale rappresentante delle seguenti Farmacie:

(indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata
in Via _____ CAP _____

Comune di _____ Fraz _____

Prov. _____ Azienda ASL _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Si allega il file excel contenente l'elenco dei soggetti da profilare sulle piattaforme informatiche per la registrazione dei dati relativi alle attività per le quali si chiede l'adesione (E' AMMESSO L'INVIO DEL FILE ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO EXCEL).

Data

Firma (*per esteso e leggibile*)

Vaccini anti Covid-19: dati del titolare della farmacia da abilitare sulla piattaforma informatica

FARMACIA	COD. FARMACIA	ASL APPARTENENZA	COGNOME TITOLARE	NOME TITOLARE	CF	EMAIL*	TELEFONO

*NB: indicare solo indirizzi email istituzionali, non verranno inviate comunicazioni ad indirizzi personali

Vaccini antinfluenzali: dati del titolare della farmacia da abilitare sulla piattaforma informatica

FARMACIA	COD. FARMACIA	ASL APPARTENENZA	COGNOME	NOME	CF	EMAIL*	TELEFONO

*NB: indicare solo indirizzi email istituzionali, non verranno inviate comunicazioni ad indirizzi personali

Test antigenici rapidi: elenco personale da abilitare alla piattaforma informatica

COD. FARMACIA	COD. FARMACIA	ASL APPARTENENZA	COGNOME	NOME	CF	EMAIL*	TELEFONO

*NB: indicare solo indirizzi email istituzionali, non verranno inviate comunicazioni ad indirizzi personali