

Prot. 0373
del 16/06/2017

Ai Direttori Sanitari dei Distretti ASL Napoli 3 Sud

e per il loro tramite

ai Medici di M.G., ai Pediatri di libera scelta,

ai Responsabili dei Centri Vaccinali e delle

UU.OO. Assistenza Anziani, UU.OO.M.I.,

Medicina di Base, al Medico Competente

Ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri

e per il loro tramite al Medico Competente

Ai Direttore U.O. C. Protezione e Prevenzione

p. c. Al Direttore Sanitario ASL NA 3 Sud

Al Direttore S.A.D.

Al Direttore M.I. Territoriale

Al Direttore Dipartimento Farmaceutico

Al Responsabile Vaccinazioni soggetti a rischio

Divisione di Pediatria Ospedale S. Leonardo

Castellammare di Stabia

Oggetto: integrazione nota prot.0352 del 07/06/2017,

"campagna antinfluenzale 2017-2018".

Ad integrazione della nota in oggetto, si trasmette l'allegato schema, relativo alla richiesta di dosi di vaccino antinfluenzale ed antipneumococcico distinte per tipologia, che medici MG e Pls dovranno trasmettere ai Distretti di appartenenza entro il prossimo 30 giugno; i Direttori Sanitari dei PP.OO. e UOC Prevenzione e Protezione trasmetteranno detta richiesta al Dipartimento Farmaceutico.

Inoltre, a parziale rettifica della nota in oggetto, laddove è riportato che "...i medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta a trasmettere gli elenchi nominativi dei soggetti cui prevedono di praticare la vaccinazione entro il termine stabilito del 30 giugno 2017.." deve intendersi, conformemente a quanto riportato nel DCA n.149 del 24/12/2014 "Modifiche ed integrazioni all'Accordo Integrativo Regionale ...", che MMG e Pls "...presentano al Distretto il numero degli assistiti da sottoporre a vaccinazione antinfluenzale...".

Confidando nel consueto spirito di collaborazione, porgo distinti saluti.

Il Direttore
Dr. Francesco Giugliano

TIPO DI VACCINO RICHIESTO	N° DOSI
Vaccino antinfluenzale split trivalente (dose da 0.25 ml nella fascia di età da 06 a 36 mesi, ripetuta dopo almeno 4 settimane in caso di prima vaccinazione)	
Vaccino antinfluenzale tetravalente	
Vaccino antinfluenzale intradermico mg.15 HA (dose unica da 0,1 ml) nella fascia di età pari o superiore a 60 anni	
Vaccino antinfluenzale adiuvato MF59 (dose unica da 0.50 ml) nella fascia di età pari o superiore a 75 anni)	
Vaccino anti pneumococcico 23-valente, (polisaccaridico) da richiamare ogni cinque anni	
Vaccino antipneumococcico 13-valente (coniugato) da somministrare una sola volta	
Medico richiedente dr:	Firma
Struttura di appartenenza:	/MMG () Pls ()
Data	