



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

DIREZIONE

URGENTE

- Al Direttore Generale
dott. Giovanni Gorgoni
- Al Responsabile del Coordinamento regionale Malattie Rare
dott. Ettore Attolini
- Al Coordinatore regionale Malattie Rare
c.a. dott.ssa Giuseppina Annicchiarico
coordinamento.malattierare@regione.puglia.it

Aress Puglia

e, per conoscenza

- Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Referenti Flussi Informativi
Ai Referenti GIAVA

e, per il loro tramite

a tutte le articolazioni organizzative interne

- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- *delle Aziende Ospedaliere Universitarie*
- *degli IRCCS e degli Enti Ecclesiastici*

- Ai Direttori delle Farmacie sedi HUB

e, per conoscenza

- Ai Componenti Cabina di Regia regionale CovidVacc
Ai Dirigenti delle Sezioni interessate
Ai Coordinatori delle Reti di patologia della Puglia
Al Dirigente Sezione Protezione Civile regionale
Al Dirigente Struttura Comunicazione Istituzionale
Alle Associazioni di rappresentanza delle farmacie
Alle Oo.Ss. del personale medico, dirigenza e comparto SSR
Agli Ordini professionali
All' Assessore alla Sanita e Benessere animale
Al Presidente della Giunta Regionale

OGGETTO: DGR n.472/2021 – Piano Strategico Regionale Vaccinazione anti Covid-19 – Offerta vaccinale in favore delle persone affette da malattie rare.

Con nota prot. AOO/005/002522 del 25.03.2021 sono state impartite le indicazioni operative per avviare la vaccinazione anti Covid-19 delle persone affette da malattie rare e loro caregiver / genitori / tutori / affidatari e familiari conviventi.

In ragione della disponibilità offerta dai Presidi della Rete Nazionale (PRN) e dai Nodi della Rete regionale (PRN) e nodi della Rete Regionale Pugliese (ReRP) delle Malattie Rare e dal Coordinamento regionale Malattie Rare, al fine di potenziare l'offerta in favore di questa categoria di persone e delle loro famiglie, la Cabina di Regia regionale del Piano Strategico di Vaccinazione anti Covid-19 ha convenuto circa l'opportunità che i Presidi e i Centri della Rete assicurino la vaccinazione anti Covid-19.



Pertanto, si invita il CoReMaR Aress Puglia ad informare, con la massima urgenza, tutti i Centri e i Nodi della Rete regionale affinché sia assicurata, con effetto immediato, la vaccinazione in favore:

- a) delle persone di età superiore ai 16 anni, affette da malattie rare a cui offrire i vaccini a mRNA;
- b) dei genitori / tutori / affidatari / *caregiver* / familiari conviventi della persona affetta da malattia rara (tutte le età).

Per l'identificazione delle persone cui offrire la vaccinazione anti Covid-19, i Presidi e i Nodi della Rete utilizzeranno la base dati del Sistema Informativo delle Malattie Rare della Regione Puglia (SIMaRRP).

Per l'esecuzione della vaccinazione, i genitori, i tutori, gli affidatari, i *caregiver*, i familiari conviventi della persona affetta da malattia rara (tutte le età) dovranno:

- presentarsi muniti di documento di identità e di tessera sanitaria;
- rilasciare apposita autodichiarazione, resa ai sensi e per gli effetti del DPR n.445/2000, utilizzando i fac simili qui trasmessi in allegato.

La vaccinazione delle persone sopra indicate dovrà avvenire con la massima urgenza e dovrà concludersi **entro il 18.04.2021**.

Gli operatori dei Presidi e dei Nodi della Rete regionale dovranno utilizzare il sistema informativo regionale "GIAVA" in versione semplificata e con accesso web (cd. GIAVA light) raggiungibile all'indirizzo <https://giava.sanita.puglia.it/mcnds/> per la registrazione dei dati di somministrazione del vaccino anti Covid-19.

Ai fini del rilascio delle credenziali in favore degli operatori dei Presidi e dei Nodi della Rete regionale, si chiede al CoReMaR di distribuire l'allegato foglio elettronico affinché sia debitamente compilato in tutti i campi previsti e trasmesso urgentemente a mezzo e-mail all'help desk "GIAVA" all'indirizzo helpdeskgiava@sanita.puglia.it.

Le credenziali saranno generate dall'help desk e inviate direttamente all'indirizzo e-mail indicato per ciascun operate nel foglio elettronico.

Gli operatori addetti alla somministrazione del vaccino dovranno attenersi alle istruzioni operative pubblicate nella home page del sistema "GIAVA" nonché a quanto specificato nella nota prot. AOO/082/0001826 del 07.04.2021 che, ad ogni buon fine, si allega.

Il servizio help desk del sistema informativo regionale "GIAVA light", attivo dal lunedì al venerdì (non festivi) dalle ore 8:30 alle 13:30 e dalle 14:30 alle 17:30, contattabile, via e-mail all'indirizzo helpdeskgiava@sanita.puglia.it e telefonicamente al numero 099-7798776.

Posizione Organizzativa Prevenzione e Promozione della Salute

Nehلودoff Albano

NEHLUDOFF ALBANO Firmato digitalmente da NEHLUDOFF
ALBANO
Data: 2021.04.08 10:44:36 +02'00'

Il Coordinatore della Cabina di Regia

Michele Conversano

Il Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Onofrio Mongelli

 MONGELLI
ONOFRIO
08.04.2021
09:24:02 UTC

Il Direttore del Dipartimento

 Vito Montanaro
MONTANARO VITO
08.04.2021
11:17:51 UTC

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19-38-47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

del genitore / tutore / affidatario / *caregiver* / familiare / convivente

Il/la sottoscritto/a:

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico	e-mail

consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, ai fini di ottemperare a quanto previsto dalle vigenti disposizioni in tema di vaccinazione anti Covid-19 per le persone in condizione di elevata fragilità e per i familiari conviventi e *caregiver* dei soggetti fragili,

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di essere:

<input type="checkbox"/> genitore	<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> affidatario	<input type="checkbox"/> <i>caregiver</i>	<input type="checkbox"/> familiare convivente: _____
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	---	--

e di prendersi cura, di assistere e supportare nei momenti di malattia e di difficoltà la persona sotto indicata che si trova in condizione di:

- paziente in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive;
- paziente con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza;
- paziente con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico;
- paziente oncologico / onco-ematologico in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure;
- pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido;
- pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva;
- pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica, in terapia immunosoppressiva;
- disabile grave, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n.104/92

Nome	Cognome	Codice fiscale

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Il sottoscritto è informato che i propri dati e quelli del soggetto in condizione di fragilità saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, per le finalità connesse al Piano Strategico di Vaccinazione anti Covid-19.

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

- si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.