

**I: Vaccinazione covid 19 personale scolastico –DGR n.2132 del 22.12.2020 - Piano Strategico di vaccinazione anti Covid-19 - Aggiornamento programmazione regionale - INDICAZIONI OPERATIVE - INTEGRAZIONE nota prot. n. 17250 del 15/2/2021.**

USP di Brindisi <usp.br@istruzione.it>

mar 16/02/2021 10:55

**A:** Lista degli istituti comprensivi della provincia di BR <comprensivi.br@istruzione.it>; Lista delle scuole elementari della provincia di BR <elementari.br@istruzione.it>; Lista delle scuole medie della provincia di BR <medie.br@istruzione.it>; Lista delle scuole superiori della provincia di BR <superiori.br@istruzione.it>; ARCADIA ITE <info@istitutoarcadia.it>; Armando Franco <scuolacattolicaarmandofranco@gmail.com>; Liceo Europeo TORRE SANTA SUSANNA <brpl7d500d@liceoeuropeo.it>; Superiori ITC Padre Pio SAN PIETRO VERNOTICO <school-padrepio@libero.it>; Superiori Lic.della Comunicazione S.M.degli Angeli SANDONACI <liceosandonaci@libero.it>; Superiori Lic.Ling.M.Immacolata TORRE SANTA SUSANNA <info@liceoeuropeo.it>

5 allegati (3 MB)

m\_pi.AOOSPBR.REGISTRO UFFICIALE(U).0002024.16-02-2021.pdf; MODULO CONSENSO 2.pdf; Manifestazione interesse vaccinazione Covid insegnanti.pdf; CODICE-ISTITUTO\_NOME-ISTITUTO Integrazione.xlsx; VACCINAZIONE COVID.pdf.pdf;

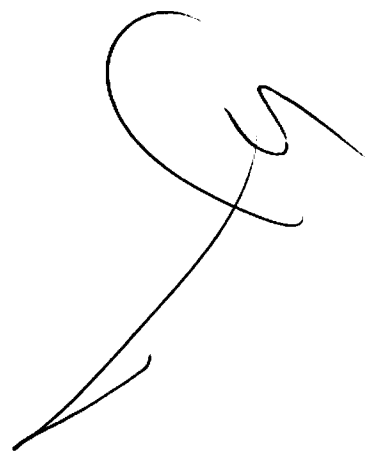
Si trasmettono file allegati relativi all'oggetto.

U.S.T.BRINDISI

Documentazione trasmessa per posta elettronica ai sensi dell'art. 47 del D.L. 82/2005

AL

PERSONALE  
SCOLASTICO  
TURNO



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
*Dott.ssa Angela Albanese*



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia UFFICIO IV**  
**Ambito Territoriale per la Provincia di Brindisi**

Via Dalmazia 1, Brindisi Tel. 0831/589111- c.a.p. 72100 - Codice iPA: m\_pi P.E.C.:  
**P.E.C.:** uspbr@postacert.istruzione.it - **PEO:** usp.br@istruzione.it

Il Dirigente: Dott.ssa Giuseppina Lotito

Brindisi, fa fede la data del protocollo

AI DIRIGENTI SCOLASTICI  
DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

AI COORDINATORI  
DELLE SCUOLE PARITARIE

p.c

Alla Direzione Generale  
dell'Asl di Brindisi  
protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it  
prevenzione.asl.brindisi.it@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Vaccinazione covid 19 personale scolastico –DGR n.2132 del 22.12.2020 - Piano Strategico di vaccinazione anti Covid-19 - Aggiornamento programmazione regionale - INDICAZIONI OPERATIVE - **INTEGRAZIONE nota prot. n. 17250 del 15/2/2021.**

Si trasmette ad integrazione della nota prot. n. 16141 dell'11-02-2021 la nota in oggetto prot. n. 17250 del 15/02/2021 della Direzione Generale dell'ASL BRINDISI e relativi allegati, inerenti l'oggetto, a seguito delle note Regione Puglia ed Usr per la Puglia.

Se non già fatto, codeste scuole vorranno dare riscontro direttamente all'ASL all'indirizzo [vaccinocovid.scuole@asl.brindisi.it](mailto:vaccinocovid.scuole@asl.brindisi.it) entro il 18.2.2021.

Si ringrazia per la fattiva e solerte collaborazione.

Il Dirigente

Giuseppina Lotito



**MODULO DI CONSENSO**

**ALLA**

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19**

**DELLA**

**POPOLAZIONE GENERALE**

**Versione 08.02.2021**  
**COVID-19 Vaccine AstraZeneca**

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19**  
**MODULO DI CONSENSO**

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria (se disponibile): N. ....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

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

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

**1. Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Ruolo** \_\_\_\_\_

**Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**2. Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Ruolo** \_\_\_\_\_

**Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.**

**Firma** \_\_\_\_\_

Dettagli operativi della vaccinazione

	<b>Sito di iniezione</b>		<b>LOT. N°</b>	<b>Data di scad.</b>	<b>Luogo di sommini- strazione</b>	<b>Data e ora di Sommini- strazione</b>	<b>Firma Sanitario</b>
<b>1a dose</b>	<b>Braccio destro</b>	<b>Braccio sinistro</b>					
<b>2° dose</b>	<b>Braccio destro</b>	<b>Braccio sinistro</b>					

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
NOTA INFORMATIVA

1. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.
2. Il vaccino stimola le difese naturali dell'organismo (il sistema immunitario) a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati che agiscono contro il virus, fornendo così protezione contro COVID-19. Nessuno dei componenti di questo vaccino può provocare COVID-19.
3. Il vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" è somministrato ad adulti di età pari o superiore a 18 anni. Al momento sono disponibili dati limitati sull'efficacia di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" in soggetti di età pari o superiore a 55 anni.
4. In base alle attuali conoscenze scientifiche la somministrazione del vaccino non può essere raccomandata né controindicata alle donne in gravidanza e in fase di allattamento. La somministrazione del vaccino potrà essere effettuata solo successivamente all'analisi, caso per caso con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto e il neonato. Non è noto se "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" sia escreto nel latte materno.
5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione per via intramuscolare, preferibilmente nel braccio.  
Esso richiede 2 dosi, a distanza di 4-12 settimane (da 28 a 84 giorni) l'una dall'altra.

**È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.**

Se viene somministrata la prima iniezione di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca", per completare il ciclo di vaccinazione anche la seconda iniezione dovrà essere con "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".



Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.

6. La protezione inizia da circa 3 settimane dopo la prima dose di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca". I vaccinati potrebbero non essere completamente protetti fino a 15 giorni dopo la somministrazione della seconda dose.

Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 59,5% e potrebbe essere inferiore in persone con comorbidità e problemi immunitari.

Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, si **raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.

7. Una dose (0,5 mL) di "COVID-19 Vaccine AstraZeneca" contiene non meno di  $2,5 \times 10^8$  unità infettive di un vettore rappresentato da un Adenovirus di scimpanzé (coltivato su cellule renali embrionali umane) modificato con tecnologia del DNA ricombinante in modo da codificare la glicoproteina spike del SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S)

Sono inoltre presenti i seguenti eccipienti:

- L-istidina
- L-istidina cloridrato monoidrato
- Magnesio cloruro esaidrato
- Polisorbato 80 (E 433)
- Etanolo
- Saccarosio
- Sodio cloruro
- Disodio edetato (diidrato)
- Acqua per preparazioni iniettabili

Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 stimola gli anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari, che possono contribuire alla protezione contro COVID-19.

## 8. Il vaccino può causare reazioni avverse.

Tali reazioni possono essere:

**Molto comuni** (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- dolorabilità, dolore, calore, prurito o lividi nel punto in cui viene praticata l'iniezione;
- sensazione di stanchezza (affaticamento) o sensazione di malessere generale;
- brividi o sensazione di febbre;
- mal di testa;
- nausea;
- dolore alle articolazioni o dolore muscolare.

**Comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 10):

- tumefazione o eritema nel punto in cui viene praticata l'iniezione;
- febbre (>38°C);
- vomito o diarrea.

**Non comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- sonnolenza o sensazione di vertigini;
- diminuzione dell'appetito;
- ingrossamento dei linfonodi;
- sudorazione, prurito o eruzione cutanea.

### **Reazioni allergiche**

In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere a strutture di pronto soccorso.

I sintomi di una reazione allergica includono:

- sensazione di svenimento o stordimento;
- cambiamenti nel battito cardiaco;
- fiato corto;
- respiro sibilante;
- gonfiore delle labbra, del viso o della gola;
- orticaria o eruzione cutanea;
- nausea o vomito;
- mal di stomaco.

Negli studi clinici non sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione.

*L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".*

*Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.*

9. Non si può contrarre la malattia COVID-19 in seguito alla somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

10. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

**VACCINAZIONE ANTI-COVID-19**  
**SCHEMA ANAMNESTICA**

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Nome e Cognome:	Telefono:		
<b>Anamnesi</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:..... .....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			

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?			
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 attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
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?			
- sta allattando?			

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:

---



---



---



---



---



---



---



---

<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
• Dolore addominale/diarrea?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<b>Test COVID-19:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessun test COVID-19 recente</li> <li>• Test COVID-19 negativo (Data: _____)</li> <li>• Test COVID-19 positivo (Data: _____)</li> <li>• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)</li> </ul>			

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

---



---



---



---



---



---



---



---



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Servizio di Igiene Pubblica**

Piazza A. Di Summa - 72100 BRINDISI  
Tel. 0831/510375 - Fax. 0831/510376  
E-mail: [sisp@asl.brindisi.it](mailto:sisp@asl.brindisi.it)  
[sisp.asl.brindisi@pec.reupar.puglia.it](mailto:sisp.asl.brindisi@pec.reupar.puglia.it)

## COVID-19 - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE VACCINAZIONE RISERVATA AL PERSONALE SCOLASTICO

Il presente modulo è rivolto alla raccolta delle manifestazioni di interesse alla vaccinazione anticovid-19 delle figure appartenenti alle categorie individuate come prioritariamente destinatarie dell'offerta vaccinale.

La manifestazione d'interesse alla vaccinazione anticovid-19 ha lo scopo di effettuare una ricognizione della domanda al fine di garantire un'adeguata offerta in termini di risorse tecnologiche ed organizzative.

Si specifica che l'adesione è libera e volontaria, non è vincolante e deve essere resa per accedere alla vaccinazione all'atto dell'avvio della campagna.

I soggetti aderenti alla vaccinazione riceveranno successivamente da questa ASL tutte le informazioni dovute sulle caratteristiche del vaccino ai fini della sottoscrizione del Consenso Informato, necessaria prima della somministrazione dello stesso.

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Numero di cellulare \_\_\_\_\_

Denominazione del Istituto scolastico \_\_\_\_\_

Provincia dell'Istituto scolastico \_\_\_\_\_

Esprimo la mia volontaria adesione alla campagna di vaccinazione, autorizzando le strutture preposte ad effettuare quanto di competenza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (Art. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).

(segnare una casella tra si o no)       SI  NO

La/il sottoscritta/o dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali della Azienda sanitaria Locale della Provincia di Brindisi, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, rinvenibile sul sito web <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/privacy2> e autorizza l'Azienda Sanitaria della Provincia di Brindisi al trattamento dei dati personali esclusivamente per la finalità di vaccinazione.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



ASL Brindisi

PugliaSalute

SEGRETERIA DIREZIONALE

Tel. 0831/536701-702-703-704.

Fax 0831/536707

[direzionegenerale@asl.brindisi.it](mailto:direzionegenerale@asl.brindisi.it)

Prot. n. 17250

Brindisi, 16.2.2021

Al Responsabile per la Provincia di Brindisi USR

Prof.ssa Giuseppina Lotito

[giuseppina.lotito@istruzione.it](mailto:giuseppina.lotito@istruzione.it)

Al Coordinatore Servizio Integrazione Scolastica Disabili

Avv. Alessandro Nocco

[brindisi@socioculturale.it](mailto:brindisi@socioculturale.it)

**OGGETTO:** Vaccinazione Covid-19 personale scolastico – INTEGRAZIONE.

Ad integrazione della Nota 16141 del 11.02 u.s., si conviene sulla proposta dell'Avv. Nocco pervenuta a questa Asl sull'opportunità di estendere la vaccinazione in oggetto al personale del Servizio Integrazione Scolastica Disabili (educatori, assistenti alla comunicazione per i disabili sensoriali e OSS).

Si chiede di compilare l'allegato file con i nominativi di coloro che intendono aderire alla campagna vaccinale in argomento.

Si chiede, altresì, di non modificare la struttura del file excel, avendo cura di inserire esclusivamente le informazioni richieste e che corrispondono ai campi del modulo "manifestazione d'interesse"; si precisa che per "COMUNE\_DOMICILIO" si intende il Comune di domicilio del soggetto interessato.

Ogni Istituto Scolastico compilerà il proprio file, rinominandolo con codice e nome dell'Istituto; si prega di far pervenire tutti i files entro Giovedì 18 Febbraio p.v. all'indirizzo mail: [vaccinocovid.scuole@asl.brindisi.it](mailto:vaccinocovid.scuole@asl.brindisi.it)

Si allega, altresì, il modulo di consenso informato alla vaccinazione che dovrà essere compilato da ciascun vaccinando e consegnato agli operatori sanitari in occasione delle sedute vaccinali eseguite presso gli stessi Istituti.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE SISP

Dott. Stefano Termitte

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Andrea Gigliobianco





