

Prot. N. 1147

DEC 17/01/2021

Ai Direttori di AV

e pc Ai Direttori  
Distretti sanitari  
Dipartimenti di prevenzione  
UO medicinale legale  
Area dip Affari generali  
LLSS

**Oggetto: gestione del consenso ai sensi del DL 1/2021.**

La gestione della campagna vaccinale contro il SARS-CoV-2 / COVID-19 è definita dalle indicazioni regionali adottate con la DGRM 1699 del 31/12/2020 che individuano gli assistiti nelle diverse tipologie di strutture residenziali come soggetti prioritari e urgenti per la vaccinazione al fine di ridurre i rischi conseguenti all'infezione in tale categoria di soggetti. La gestione della vaccinazione in queste strutture viene garantita con il supporto della medicina generale e allo scopo è stato definito un apposito accordo integrativo recepito con l'atto citato.

Tra le problematiche attuative della campagna vaccinale in questa popolazione è particolarmente critica la raccolta al consenso per la frequenza di condizioni di inabilità naturale e su questo tema è intervenuto il Decreto Legge n. 1/2021 che all'articolo 5 fornisce una specifica procedura per l'attuazione della quale è essenziale una rapida valutazione degli assistiti rispetto alla capacità di esprimere il consenso, sia direttamente sia attraverso l'intervento del tutore, curatore, amministratore di sostegno o fiduciario. In mancanza di una di queste figure il "direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA), o dell'analogha struttura comunque denominata ne assume la funzione di amministratore di sostegno, al solo fine della prestazione del consenso di cui al comma 1" e deve quindi procedere a:

- ✓ verificare lo stato di inabilità naturale,
- ✓ verificare l'indicazione alla vaccinazione,
- ✓ verificare la conformità alla volontà dell'interessato (anticipata o attuale) o in mancanza del coniuge, della persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado.

Nelle strutture nelle quali non è identificata la figura del "direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico" il DL 1/2021 pone in capo al Direttore sanitario aziendali o delegato l'attuazione della procedura per la raccolta del consenso e pertanto al fine di poter garantire l'operatività della procedura in tutto l'ambito aziendale si precisa quanto segue:

- i Direttori di Area vasta, Direttori dei Dipartimenti di salute mentale e i Direttori dei Distretti propongono il soggetto da delegare, stante la specifica procedura, si richiede l'individuazione di un medico, dipendente o convenzionato,
- il delegato di norma non coincide con il medico che effettua la vaccinazione,
- il delegato al termine del periodo di delega trasmette una relazione sintetica circa l'esercizio della stessa.

Nel rimanere a disposizione per quanto ritenuto necessario, si porgono distinti saluti.

Il Direttore sanitario  
(Dott. Remo Appignanesi)



**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan 2 - 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 tel. 071/2911521 fax 071/2911500  
Sito internet: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it) PEC [asur@emarche.it](mailto:asur@emarche.it)



## **Allegato 1. Procedura di manifestazione del consenso per i soggetti incapaci**

Per gli ospiti delle strutture residenziali territoriali trova applicazione quanto disposto dal DL n. 1/2021 del 5/1/2021, Art. 5) *“Manifestazione del consenso al trattamento sanitario del vaccino anti COVID-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso Strutture Sanitarie Assistite”* che si sintetizza come segue:

### **SOGGETTI DEPUTATI ALLA MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO:**

Sono individuate diverse ipotesi, per ciascuna delle quali è previsto il soggetto deputato alla manifestazione del consenso:

- A) tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario,
- B) assenza di tutore, curatore, amministratore di sostegno, fiduciario, per mancata individuazione o non reperibilità per almeno 48 ore: direttore sanitario o responsabile medico della struttura assume la funzione di amministratore di sostegno, al solo fine della vaccinazione,
- C) nel caso non sia individuabile per la struttura la figura del direttore sanitario o responsabile medico della struttura, il Direttore sanitario della ASL territorialmente competente o delegato (Allegato 2);

### **PROCEDURA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DA PARTE DEL SOGGETTO DELEGATO DAL:**

- 1. accertare lo stato d'incapacità naturale dell'interessato;
- 2. accertare che il trattamento vaccinale è idoneo ad assicurare la migliore tutela della salute della persona ricoverata, sentito il medico curante,
- 3. sentire il coniuge, la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado anche al fine di recepire eventuali volontà espresse dal soggetto in precedenza;
- 4. esprimere in forma scritta, ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219, il consenso alla somministrazione del trattamento vaccinale anti COVID-19 e dei successivi eventuali richiami;
- 5. comunicazione del consenso al Dipartimento di prevenzione sanitaria competente per territorio (Allegato 3).

**In caso parere difforme / indisponibilità da parte del coniuge, della persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, del parente più prossimo entro il terzo grado è necessario procedere al ricorso al Giudice tutelare secondo le indicazioni di cui ai commi 4 e 5 dell'art 5 del DL 1/2021.**

**Allegato 2. Modello di conferramento della delega.**

Al Dr./Alla Dr.ssa \_\_\_\_\_  
Sede

**Oggetto: delega ex art. 5 comma 2 D.L. 5 gennaio 2021 "Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".**

Io sottoscritto Dr. Remo Appignanesi, CF: PPGRME67B11E783B, nato LI 11/02/1967 a Macerata, Direttore Sanitario dell'ASUR Marche giusta Determina n. 233 del 15/05/2020,

**considerato che**

- 1) il D.L. 5 gennaio 2021 stabilisce ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- 2) l'art. 5 del suddetto decreto disciplina la manifestazione del consenso al trattamento sanitario del vaccino anti Covid -19 per i soggetti incapaci, ricoverati presso strutture sanitarie assistite;
- 3) la medesima disposizione, al comma 2, stabilisce che «*in caso di incapacità naturale, qualora il fiduciario, il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno mancano o non sono in alcun modo reperibili per almeno 48 ore, il direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA), o dell'analogha struttura comunque denominata, in cui la persona incapace è ricoverata, ne assume la funzione di amministratore di sostegno al solo fine della prestazione del consenso (...)*» al trattamento sanitario per le vaccinazioni anti Covid-19;

**precisato che**

il comma suddetto dispone che, in difetto del direttore sanitario e del responsabile medico della struttura, le attività, riservate agli stessi dalla disposizione in oggetto, siano svolte dal direttore sanitario della ASL territorialmente competente sulla struttura stessa o da un suo delegato;

**dato atto che**

premesso tutto quanto sopra

**delega**

la S.V., (nome – cognome) – (C.F.), nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, Direttore della \_\_\_\_\_ (indicare le funzioni svolte e l'incarico ricoperto che lo rende idoneo a ricevere la delega) \_\_\_\_\_ a svolgere le attività specificatamente individuate dall'art. 5 del D.L. n. 1/2021 che qui si intendono integralmente riportate e in relazione alle quali la S.V. assume diretta responsabilità. La S.V. è tenuta, altresì, a relazionare allo scrivente, a scadenza delle delega, sullo svolgimento delle attività oggetto della presente delega.

La presente delega conserva la sua validità fino al 06/03/2021.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Remo Appignanesi

Data: \_\_\_\_\_ Firma per accettazione: \_\_\_\_\_

**Allegato 3. Modello di attestazione del consenso.**

AI Direttore DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
AV \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_), scrive e sottoscrive la presente richiesta nella sua qualità di delegato del Direttore sanitario aziendale dell'ASUR Marche, per l'assistito/a:

il signor/la signora: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

assistito presso la struttura: \_\_\_\_\_, priva di Direttore sanitario o responsabile medico,

attestando lo stato di inabilità del soggetto confermata dal medico curante e da me direttamente constatata, non avendo egli un fiduciario, tutore, curatore o amministratore di sostegno, non essendo pertanto in condizione di esprimere il consenso libero e consapevole alla somministrazione del vaccino anti COVID-19,

**attestando che la somministrazione è idonea e urgente per assicurargli la migliore tutela della salute, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 1, comma 457, Legge 30 dicembre 2020, n. 178, sentito il medico curante come sotto individuato,**

**il sottoscritto esprime in sua vece, ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, della legge 22 dicembre 2017, n. 219, dell'articolo 5, comma 3 del Decreto-legge n°1 del 5 gennaio 2021 e dell'articolo 404 del codice civile, il consenso alla somministrazione del trattamento anti COVID-19 e dei successivi eventuali richiami.**

Precisa che è stato sentito, come sotto individuato:

- il coniuge / la persona parte di unione civile o stabilmente convivente;
- il parente più prossimo entro il terzo grado: signor/a \_\_\_\_\_

che sottoscrivono la presente a conferma del parere conforme a quello dello scrivente.

La presente comunicazione è fornita ai sensi del citato Decreto-legge n°1 del 5 gennaio 2021, art. 5, comma 3.

Luogo / data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Per presa visione e accettazione:**

Medico curante:

Nome	Cognome	CF	Firma

Familiare / convivente / parente più prossimo entro il terzo grado:

Nome	Cognome	CF	Assenso	Firma
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan 2 - 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 tel. 071/2911521 fax 071/2911500  
Sito internet: [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it) PEC [asur@emarche.it](mailto:asur@emarche.it)

