



SCHEMA DI ACCORDO REGIONALE INTEGRATIVO DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
6 MARZO 2025 PER LA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINI PRESSO LE FARMACIE DI COMUNITA'
-art. 1, comma 2, lett. e-*quater*, D.Lgs n. 153/2009-

TRA

REGIONE DEL VENETO

rappresentata da XX che interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto della Giunta regionale del Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, codice fiscale n. 80007580279, nella sua qualità di
_____ – *giusta* XX

E

UNIONE REGIONALE TITOLARI DI FARMACIA
(Federfarma Veneto)

rappresentata dal Presidente pro-tempore – XX –, che interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto di Federfarma Veneto con sede in Venezia-Mestre, via A. Costa n. 19, codice fiscale n. 90000100272;

FEDERAZIONE DELLE AZIENDE E SERVIZI SOCIO-FARMACEUTICI
(Assofarm)

rappresentata dal Coordinatore pro-tempore Assofarm per la Regione Veneto – XX - con sede presso A.M.E.S. SpA -Isola Nova del Tronchetto 14, 30135 Venezia- che interviene al presente atto non per sé, ma in nome e per conto di Assofarm con sede in Roma, via Cavour n. 147, codice fiscale n. 97199290582.

PREMESSO CHE

- in data 6 marzo 2025 è entrato in vigore il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui all'articolo 8, comma 2, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che in particolare:
 - all'art. 2 declina i due livelli di negoziazione, nazionale e regionale;
 - all'art. 3 definisce la rappresentanza e rappresentatività sindacale;
 - al Capo III disciplina la “Farmacia dei servizi” e in particolare all'art. 18, comma 3 stabilisce che, ai fini di una possibile remunerazione, i servizi ivi previsti devono essere di reale utilità per le Regioni e poter essere misurati e all'art. 20 detta disposizioni in ordine alla somministrazione di vaccini, prestazioni analitiche di prima e seconda istanza, test diagnostici, attività di telemedicina e utilizzo di dispositivi strumentali;
- in data 20 ottobre 2025 è entrato in vigore, ai sensi del relativo art. 3, l'Accordo Integrativo Regionale per l'utilizzo di spazi/locali da parte delle farmacie, destinati all'erogazione dei servizi sanitari di cui al D.Lgs. n. 153/2009 e s.m.i. -*giusta* Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 152 del 13 ottobre 2025;
- la legge 2 dicembre 2025, n. 182 “*Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese*” all'art. 60, comma 1, lett. c) sostituisce la lett. e-*quater* dell'art. 1, comma 2, D.Lgs. n. 153/2009, estendendo la possibilità di somministrare in farmacia i vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età



non inferiore a 12 anni e non più quindi i soli vaccini antinfluenzali e anti Covid-19 e stabilendo che detti servizi possono essere erogati in aree, locali o strutture esterne alla farmacia compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa, senza stabilire distanze minime. Inoltre, il medesimo art. 60 al comma 4 stabilisce che: *“L'erogazione dei servizi sanitari nei locali di cui al comma 3 è soggetta alla previa autorizzazione da parte dell'amministrazione sanitaria territorialmente competente”*;

- la Legge 30 dicembre 2025, n. 199 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028”* in particolare:
 - all'art. 1, comma 351 stabilisce, in particolare, che i servizi resi dalle farmacie pubbliche e private convenzionate ai sensi del D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 sono stabilmente integrati nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
 - all'art. 1, comma 352 vincola, per le finalità di cui al citato comma 351, una quota pari a 50 milioni di euro annui nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale standard a decorrere dall'anno 2026, al cui riparto si provvederà in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno di riferimento;
 - all'art. 1, comma 353 stabilisce che la remunerazione dei servizi venga definita nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali tra Regioni/Province autonome con le Organizzazioni di Categoria maggiormente rappresentative delle farmacie nei limiti del citato comma 352;
- il *“Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025”*, unitamente al *“Calendario Nazionale Vaccinale”*, rappresenta il documento nazionale di riferimento per la definizione delle strategie vaccinali, in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di interventi efficaci e omogenei da implementare sull'intero territorio nazionale. In linea con i Piani precedenti, anche nel PNPV 2023-2025 la protezione del soggetto, sia come singolo individuo che come appartenente ad una collettività, attraverso la vaccinazione assume rilevanza sotto il profilo umano, etico e sociale. L'offerta delle vaccinazioni, infatti, oltre a rispondere a considerazioni di costo-efficacia, deve garantire la migliore protezione possibile secondo principi di equità, efficacia, durata di protezione e adesione da parte della popolazione;
- con l'Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21.5.2026 (Rep. Atti n. 69/CSR) è stato approvato il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031, che prevede nel Macro Obiettivo 6 *“Malattie infettive prioritarie”* uno specifico Programma Predefinito (PP) 10, *“Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”*, con l'obiettivo di mettere in atto azioni di promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio;
- Federfarma Veneto con nota del 30.7.2025, prot. n. 266/2025 ha comunicato che per stipulare eventuali Accordi Integrativi Regionali in applicazione dell'ACN, necessita della previa approvazione del preposto organo federale (Federfarma nazionale);
- Federfarma Veneto, con nota del 16.9.2026, prot. n. 277/2026, acquisita al protocollo regionale n. 516215 in data 17.9.2026, ha comunicato formale approvazione.

PRESO ATTO

- che per effetto di quanto riportato in premessa relativamente alla legge n. 182/2025, l'Accordo Integrativo Regionale di cui al succitato DDR n. 152/2025 è da intendersi modificato, prevedendo la possibilità di ubicare i locali esterni, destinati all'erogazione dei servizi sanitari di cui al D.Lgs. n. 153/2009 e s.m.i., anche ad una distanza inferiore a 200 metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie, sempreché autorizzati preventivamente dall'Azienda ULSS di afferenza della farmacia.



VISTE

- La Deliberazione della Giunta regionale n. 990 dell'11 agosto 2023 di recepimento dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025" e sul documento recante "Calendario nazionale vaccinale" (Rep. Atti n. 193/CSR del 02/08/2023) e di rafforzamento delle strategie di prevenzione vaccinale con contestuale aggiornamento dell'offerta della Regione del Veneto;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. XX del XX

Tutto ciò premesso e considerato

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**Art. 1****Ambito di applicazione**

Il presente Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR) si applica a tutte le farmacie pubbliche e private convenzionate (di seguito farmacie) presenti nel territorio regionale, secondo modalità e requisiti stabiliti dall'Accordo Integrativo Regionale per l'utilizzo di spazi/locali da parte delle farmacie, destinati all'erogazione dei servizi sanitari di cui al D.Lgs. n. 153/2009 e s.m.i., in premessa richiamato.

Sono oggetto del presente AIR i seguenti servizi sanitari di cui all'art. 1, comma 2, lettera e-*quater* del D.Lgs. n. 153/2009 e ss.mm.ii.,

somministrazione di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale

- vaccinazioni antinfluenzali (FLU)
- vaccinazioni anti Covid-19 (COV 19)
- vaccinazioni anti-Difterite-Tetano-Pertosse (dTpa*)
- vaccinazioni anti-Pneumococco coniugato (PCV)
- vaccinazioni anti-Encefalite da Zecca (TBE)

Le vaccinazioni sono effettuate da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento dei seguenti corsi abilitanti:

- vaccinazioni *antinfluenzali/anti Covid-19*: corso obbligatorio abilitante/successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità (ex art. 1, comma 2, lett. e-*quater*, D.Lgs. n. 153/2009). E' raccomandata la partecipazione a specifico corso ECM organizzato dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSSP) della Regione del Veneto;
- vaccinazioni *dTpa/PCV/TBE*: corso obbligatorio abilitante/successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità (ex art. 1, comma 2, lett. e-*quater*, D.Lgs. n. 153/2009) e corso FAD regionale della durata di 4 ore obbligatorio, accreditato ECM. Tale ultimo corso è finalizzato a garantire adeguati livelli di sicurezza e qualità dell'offerta regionale, anche in relazione alle modalità organizzative proprie della Regione del Veneto e quindi in sinergia con i Servizi vaccinali regionali e alle specifiche caratteristiche regionali dell'offerta vaccinale.

Il superamento dei corsi obbligatori costituiscono *condicio sine qua non* per poter procedere con le vaccinazioni.

* la sigla dTpa si riferisce alla formulazione vaccinale adulti



Art. 2 Somministrazione di vaccini

2.1 - Indicazioni generali

In nessun caso, né a carico del SSN né a carico del cittadino, possono essere vaccinati in farmacia, i soggetti aventi almeno una delle seguenti caratteristiche:

- età inferiore ad anni 18 ad eccezione dell'offerta vaccinale anti-influenzale e anti Covid-19 per la quale è prevista la vaccinazione in farmacia a partire da anni 12 (art. 1, comma 2, lett. e-*quater*, D.Lgs n. 153/2009 e s.m.i.);
- avere avuto una pregressa reazione allergica/anafilattica ad una vaccinazione o ad altre sostanze (es. farmaci o alimenti);
- presentare condizioni di immunocompromissione legata a terapie o condizioni cliniche, ad eccezione dell'offerta vaccinale anti-influenzale e anti Covid-19 per la quale è prevista la vaccinazione in farmacia anche in queste condizioni specifiche;
- presentare una controindicazione o una precauzione (incluso lo stato di gravidanza anche presunto, ad eccezione dell'offerta vaccinale anti-influenzale che può essere erogata in farmacia per la donna in gravidanza) alla vaccinazione rilevata al *triage* pre-vaccinale. I termini "precauzione" e "controindicazioni" sono da intendersi così come definiti nel documento "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni" redatto a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, che costituisce supporto tecnico per una corretta valutazione di controindicazioni o di precauzioni alla somministrazione di un vaccino.

In presenza di una di tali caratteristiche, il farmacista rimanda l'utente al medico curante o al Servizio vaccinale dell'Azienda ULSS territorialmente competente, per una completa valutazione del rapporto rischio/beneficio alla vaccinazione.

2.2 - Soggetti beneficiari vaccini antinfluenzali (FLU)

- In farmacia, possono essere vaccinati:
 - a carico del SSN i soggetti di età pari o superiore a 60 anni, nonché i soggetti di età compresa tra i 12 e 59 anni compiuti, specificamente individuati dal Ministero della salute con propria circolare relativamente alla specifica stagione di circolazione del virus;
 - a carico del cittadino anche i soggetti non aventi diritto alla gratuità, previo assolvimento di quanto disposto al punto 2.11 relativamente al *triage* pre-vaccinale.
- Delle determinazioni a riguardo assunte dal Ministero della salute e/o dalla Regione verrà data comunicazione alle Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie di comunità da parte di quest'ultima.
- In nessun caso possono essere vaccinati in farmacia i soggetti aventi almeno una delle caratteristiche esplicitate al paragrafo 2.1 "*Indicazioni generali*".

2.3 - Soggetti beneficiari vaccini anti Covid-19 (COV 19)

- La Regione dà debita informazione alle farmacie, per il tramite delle Associazioni di Categoria, circa la popolazione target a cui raccomandare l'offerta di vaccinazione, tenuto conto delle disposizioni statali e/o della pianificazione regionale della campagna vaccinale qualora lo richieda.
- In nessun caso possono essere vaccinati in farmacia i soggetti aventi almeno una delle caratteristiche esplicitate al paragrafo 2.1 "*Indicazioni generali*" nonché i soggetti estremamente vulnerabili, puntualmente declinati nella Tabella 1 del documento "*Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/Covid-19*" del 10.3.2021, allegato al Decreto del Ministro della salute 12 marzo 2021.
In presenza di una di dette condizioni, il farmacista rimanda l'utente al medico curante per una completa valutazione del rapporto rischio/beneficio alla vaccinazione.



2.4- Soggetti beneficiari vaccino anti-Difterite-Tetano-Pertosse (dTpa)

- a. In farmacia, possono essere vaccinati a carico del SSN i soggetti contro Difterite, Tetano e Pertosse (con vaccino trivalente combinato dTpa), già immunizzati con ciclo primario, e che necessitano di un richiamo secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale vigente o i pazienti con prescrizione medica specifica.
- b. In nessun caso possono essere vaccinati in farmacia i soggetti aventi almeno una delle caratteristiche esplicitate al paragrafo 2.1 “*Indicazioni generali*”.

2.5 - Soggetti beneficiari vaccino anti-Pneumococco (PCV)

- a. In farmacia, possono essere vaccinati a carico del SSN i soggetti che nel corso dell’anno solare compiono dai 66 ai 70 anni, non ancora immunizzati ma già invitati attivamente alla vaccinazione contro il pneumococco dall’Azienda ULSS competente, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale vigente.
- b. La somministrazione del vaccino anti-PCV deve essere conforme a quanto previsto dalle indicazioni regionali che verranno periodicamente aggiornate in funzione del tipo di vaccino utilizzato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria.
- c. Il farmacista effettua un’azione di recupero dei soggetti non aderenti all’offerta ricevuta dal Servizio vaccinale per quanto riguarda il Pneumococco, che nel corso dell’anno solare compiono dai 66 ai 70 anni, utilizzando l’accesso in Farmacia come occasione opportuna per promuovere l’offerta.
- d. In nessun caso possono essere vaccinati in farmacia i soggetti aventi almeno una delle caratteristiche esplicitate al paragrafo 2.1 “*Indicazioni generali*”.

2.6 - Soggetti beneficiari vaccino anti-Encefalite da zecca (TBE)

- a. Limitatamente alle Farmacie dislocate nel territorio di competenza dell’Azienda ULSS 1 — territorio ove sussiste un rischio epidemiologico per Encefalite da Zecca valutato e calcolato sulla base dei criteri WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) tali da giustificare una campagna vaccinale di sanità pubblica attiva rivolta a tutta la popolazione residente — possono essere vaccinati contro encefalite da zecca a carico del SSN i soggetti residenti in ULSS 1:
 - già immunizzati con ciclo primario che necessitano di richiamo secondo il *timing* vaccinale previsto.
 - che hanno iniziato il ciclo primario a 3 dosi, già immunizzati con le prime due dosi, e che richiedono la 3° dose del ciclo primario secondo il *timing* vaccinale previsto.
- b. In nessun caso possono essere vaccinati in farmacia i soggetti aventi almeno una delle caratteristiche esplicitate al paragrafo 2.1 “*Indicazioni generali*”.

Con riferimento ai punti da 2.2 a 2.6, sono fatte salve eventuali nuove disposizioni statali e/o regionali in materia di prevenzione.

2.7 - Remunerazione vaccini antinfluenzali

- *Compenso per singolo inoculo*, euro 7,50 comprensivi di euro 6,16 per l’atto professionale e di euro 1,34 a ristoro delle spese sostenute, tenuto conto anche degli oneri inerenti la distribuzione intermedia.
- In caso di somministrazione a favore di soggetti non aventi diritto alla gratuità e quindi a carico degli stessi, il costo comprende la tariffa di euro 6,16 per l’inoculo più il prezzo al pubblico di acquisto del vaccino somministrato, così come era stato stabilito nel Protocollo d’Intesa Nazionale tra il Governo, le Regioni/Province autonome e le Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie di comunità.



2.8 - Remunerazione vaccini anti Covid-19

- *Compenso per singolo inoculo*, euro 10,66 comprensivi di euro 6,16 per l'atto professionale e di euro 4,50 a ristoro delle spese sostenute, tenuto conto anche degli oneri inerenti la distribuzione intermedia oltre che della complessità che la gestione del vaccino richiede nel suo complesso, incluso l'allestimento in dose unitaria;

2.9 - Remunerazione vaccini dTpa - PCV – TBE

- *Compenso per singolo inoculo*, euro 8,16 comprensivi di euro 6,16 per l'atto professionale e di euro 2,00 a ristoro delle spese sostenute, tenuto conto anche degli oneri inerenti la distribuzione intermedia.

2.10 - Adesione delle farmacie alla somministrazione di vaccini

- Tutte le farmacie che intendono aderire all'attività di vaccinazione e i cui farmacisti sono abilitati alla somministrazione dei vaccini per aver superato i previsti corsi di formazione secondo quanto stabilito all'art. 1 devono preventivamente inoltrare all'Azienda ULSS di riferimento territoriale specifica comunicazione, utilizzando il Modulo 1 del presente AIR.
Copia dell'attestato abilitante alla vaccinazione deve essere conservato in farmacia per eventuali controlli da parte dell'Autorità preposta.
- L'adesione delle farmacie all'attività di somministrazione dei vaccini di cui agli artt. 1 e 2, comporta il coinvolgimento delle stesse nella conduzione della campagna vaccinale, con conseguente partecipazione, quindi, alle iniziative a riguardo poste in essere dalla Regione, inclusa la partecipazione, qualora previsti, ai "Vax Day" regionali specificamente dedicati alle sedute vaccinali che riguardano tutti gli attori coinvolti nell'attività di vaccinazione. Inoltre, la partecipazione delle farmacie prevede l'adesione alle specifiche campagne di comunicazione regionali, ove presenti, nel rispetto delle relative disposizioni regionali.
- Le farmacie aderenti all'attività di somministrazione dei vaccini di cui agli artt. 1 e 2 garantiscono il rispetto delle buone prassi vaccinali, la segnalazione di eventuali *Adverse Event Following Immunization* (AEFI) secondo le modalità regionali e nazionali volte a garantire la vaccinovigilanza e la gestione dei farmaci nel rispetto della catena del freddo.

2.11 - Triage pre-vaccinale per la somministrazione di vaccini

- Il farmacista in sede di *trriage* acquisisce il modulo di consenso alla vaccinazione -Modulo 2 del presente AIR o Modulo 3 in caso di minore per le vaccinazioni consentite- e raccoglie, ai fini della valutazione dell'idoneità/inidoneità alla vaccinazione, le informazioni strutturate secondo il *format* che sarà fornito da Regione.
- Il farmacista, sempre in sede di *trriage* prevaccinale, qualora autorizzato dall'assistito, consulta il Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr) relativamente allo storico vaccinale disponibile del soggetto per le vaccinazioni di cui all'art. 1, erogabili in Farmacia.

Art. 3**Sistemi informativi**

Sono confermate le seguenti, consolidate modalità.

Le funzionalità informatiche per consentire la registrazione nel Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale -WebApp di SIAVr- sono in carico ad Azienda Zero, competente in materia ai sensi della LR n. 19/2016.

Le farmacie dovranno registrare in tempo reale la somministrazione del vaccino rivolta al singolo soggetto (sia eleggibile a carico SSN che non eleggibile a carico del cittadino) nel succitato applicativo informatico,



riportando i relativi dati a garanzia di sicurezza, tracciabilità e monitoraggio, secondo le indicazioni fornite da Azienda Zero.

Le farmacie che intendono approcciarsi all'iniziativa in questione per la prima volta e che non sono già abilitate all'accesso alla WebApp di SLAVr con riferimento alla somministrazione dei vaccini di cui all'art. 1 dovranno fornire al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di propria afferenza, ai fini dell'utilizzo degli applicativi informatici inerenti il processo di somministrazione, i seguenti moduli compilati disponibile al link <https://salute.regione.veneto.it/web/fser/documentazione-vaccinazione>:

A) Modulo di richiesta account

La farmacia è tenuta a:

- ✓ compilare la sezione Ente/Organizzazione/Struttura di appartenenza/Sede;
 - ✓ compilare la sezione Dati Utente da Abilitare; nello specifico nel campo Competenze da richiedere necessita indicare il codice regionale della farmacia nel formato 050UUU99999 (UUU Ulss di riferimento 99999 progressivo provinciale con zeri a sinistra) e il ruolo dell'utente da censire (indicando 'V' se trattasi di vaccinatore o 'R' se trattasi di operatore autorizzato alla sola registrazione);
 - ✓ apporre la propria firma sotto la voce "Firma dell'Utente";
- detto modulo essendo nominale (riferito a singola persona fisica) deve essere compilato per ciascun utente. Tutti i farmacisti vaccinatori devono essere obbligatoriamente profilati con "V".

B) Modulo riepilogativo delle utenze richieste

C) Modulo per il censimento della Farmacia a sistema

modulo necessario per collegare ciascun utente alla Farmacia in cui lavora.

L'Azienda ULSS, di conseguenza, attiverà le necessarie procedure.

Attraverso detto applicativo informatico, le farmacie possono inoltre:

- verificare la presenza di pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini, se il farmacista è stato autorizzato dall'assistito secondo espressa indicazione presente nel Modulo 2 del presente AIR.
- rilasciare l'attestato di avvenuta vaccinazione da consegnare all'assistito.

Ogni eventuale chiarimento di natura tecnico-informatico andrà rivolto per competenza alla UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.

Art. 4 Fornitura vaccini

A carico del SSN

- Le farmacie, ai fini del rifornimento dei vaccini, faranno ricorso all'ordinario canale della DPC, tramite la Distribuzione Intermedia, inserendo gli ordinativi direttamente nella piattaforma WEBDPC secondo le puntuali indicazioni tecniche operative fornite da Azienda Zero;
- le farmacie, in caso di giacenze di vaccini non somministrati, provvedono ad effettuare il reso delle confezioni integre, secondo le procedure ordinarie della DPC, ovvero entro 30 giorni;
- a fine campagna vaccinale, eventuali vaccini non utilizzati saranno smaltiti direttamente dalle farmacie secondo le modalità in uso.

A carico del cittadino

- Le farmacie si approvvigionano autonomamente del vaccino antinfluenzale -unico vaccino somministrabile in farmacia a carico del cittadino (art.2), presso le Aziende produttrici.



Art. 5**Rendicontazione e Fatturazione**

Riguardo alla rendicontazione/fatturazione delle attività oggetto del presente AIR, è confermata la consueta modalità già adottata in analoghi precedenti accordi tra le Parti, ovvero: *“Le Aziende ULSS provvedono a liquidare le spettanze dovute alle farmacie per le attività oggetto del nuovo Protocollo entro 60 giorni dalla data di ricezione della fattura elettronica emessa dalla farmacia sulla base della rendicontazione mensile fornita il 15 del mese successivo a quello di competenza, sulla base delle operazioni tracciate tramite il Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr).”*.

Art. 6**Privacy**

Le Aziende ULSS e le farmacie in ragione delle proprie funzioni garantiscono l'assoluto rispetto della normativa vigente in materia di *privacy* e adottano gli atti che dovessero rendersi necessari per la definizione dei rispettivi ruoli correlati alla tutela e alla protezione dei dati personali.

Art. 7**Durata dell'Accordo**

Il presente AIR decorre dalla data dell'ultima sottoscrizione e fino al 30 giugno 2029, fatta salva eventuale antecedente stipula del successivo ACN.

E' in ogni caso fatta salva altresì la possibilità di proroga fino alla stipula del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Art. 8**Disposizioni finali**

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente Accordo, si fa espresso rinvio all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche del 6.3.2025, all'Accordo Integrativo Regionale per l'utilizzo di spazi/locali da parte delle farmacie, destinati all'erogazione dei servizi sanitari di cui al D.Lgs. n. 153/2009 e s.m.i entrato in vigore il 20.10.2025, come sopra modificato.

Il presente Accordo, qualora il contesto normativo nazionale/regionale di riferimento dovesse cambiare e/o dovessero intervenire nuove esigenze nell'interesse generale, potrà essere modificato e/o integrato.

Letto, approvato e sottoscritto

Per Regione del Veneto, _____

Per Federfarma Veneto, _____

Per Assofarm, _____



Modulo 1**MODULO DI ADESIONE****SOMMINISTRAZIONE VACCINI IN FARMACIA**

(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Associazione provinciale di appartenenza

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia “_____” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Comunico di voler somministrare i seguenti vaccini:

- ☐ vaccinazioni antinfluenzali (FLU)
- ☐ vaccinazioni anti Covid-19 (COV 19)
- ☐ anti-Difterite-Tetano-Pertosse (dTpa)
- ☐ anti-Pneumococco coniugato (PCV)
- ☐ anti-Encefalite da Zecca (TBE) (esclusivamente ULSS 1 “Dolomiti”)

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 conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall’Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell’articolo 1, comma 2, lett. e-quarter, D. Lgs 153/2009 nonché dei corsi di formazione regionale organizzati dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica – FSSP laddove obbligatoriamente previsti (dTpa, PVC, TBE).

(In caso di farmacisti abilitati a seguito della partecipazione ad uno solo dei previsti corsi (ISS o FSSP) ne deve essere data evidenza nel presente modulo.)

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto stabilito dal relativo vigente Accordo regionale, integrativo dell’Accordo Collettivo Nazionale del 6.3.2025;

Dichiaro di osservare le disposizioni di cui all’Accordo Integrativo Regionale entrato in vigore il 20.10.2025 e s.m.i. per l’utilizzo di spazi/locali da parte delle farmacie, destinati all’erogazione dei servizi sanitari di cui al D.Lgs. n. 153/2009 e 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.



L'attività di somministrazione dei vaccini si svolge:

- ☐ in area interna alla farmacia durante l'orario di apertura
- ☐ in area interna alla farmacia durante l'orario di chiusura
- ☐ in locali esterni, distaccati dalla farmacia autorizzati dall'Azienda ULSS
- ☐ in locali esterni, distaccati dalla farmacia comunicati all'Azienda ULSS e per i quali mi impegno a presentare apposita domanda di autorizzazione all'ampliamento entro 60 giorni dalla data della comunicazione stessa (art. 6, comma 1, Allegato 4 dell'ACN).

Nell'ipotesi di cui all'art. 6, comma 10, Allegato 4 dell'ACN

Dichiaro di avvalermi della facoltà di esercitare in comune i servizi sanitari oggetto della presente comunicazione con le seguenti farmacie, in ragione del seguente Contratto di Rete _____ (indicare relativi estremi)

Titolare/legale delle seguenti Farmacia: “_____” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Dichiaro di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni modifica/integrazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nel presente modulo.

Data _____

Timbro Farmacia e Firma del Titolare/Direttore (per esteso e leggibile) _____



Modulo 2**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA**

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Tessera sanitaria: _____

- ☐ somministrazione vaccino antinfluenzale
- ☐ somministrazione vaccino anti Covid-19
- ☐ somministrazione vaccino anti Difterite Tetano Pertosse
- ☐ somministrazione vaccino anti Pneumococco
- ☐ somministrazione vaccino anti TBE

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “_____”.

Ho preso visione dell’Informativa *privacy* e ho prestato il mio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre 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.

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

Accetto di rimanere nell’area d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino.

Qualora non in possesso di informazione/documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione:

- Autorizzo il Farmacista a verificare, al fine di erogare la vaccinazione secondo la schedula vaccinale prevista, tramite la consultazione dell’applicativo WebApp di SIAVr (anagrafe regionale vaccini), la presenza di eventuale pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini registrati in Anagrafe Vaccinale della Regione del Veneto SI ☐ NO ☐



Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “_____”.

Data e Luogo _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”.

Data e Luogo _____

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

Nome e Cognome del Farmacista _____

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

Firma



Modulo 3**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E ANTI COVID-19 IN FARMACIA - MINORI**

Nome e Cognome: _____

In qualità di: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Nome e Cognome: _____

In qualità di: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

☐ somministrazione vaccino antinfluenzale☐ somministrazione vaccino anti Covid-19

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “_____”.

Ho preso visione dell’Informativa *privacy* e ho prestato il mio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre 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.

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



Accetto di rimanere nell'area d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino.

Qualora non in possesso di informazione/documentazione certa in ordine a precedente analoga vaccinazione:

- Autorizzo il Farmacista a verificare, al fine di erogare la vaccinazione secondo la schedula vaccinale prevista, tramite la consultazione dell'applicativo WebApp di SIAVr (anagrafe regionale vaccini), la presenza di eventuale pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini registrati in Anagrafe Vaccinale della Regione del Veneto SI ☐ NO ☐

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “_____”

a mio/a figlio/aa _____

nato/a a _____ il _____

Data e Luogo _____

Firma dei genitori o del Rappresentante Legale

N.B. in caso di presenza di un solo genitore/rappresentante legale, *firma il consenso solo il genitore presente*, assumendo la responsabilità della scelta nei confronti dell'altro genitore.

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”.

Data e Luogo _____

Firma dei genitori o del Rappresentante Legale

Nome e Cognome del Farmacista _____

Confermo che per il Vaccinando i genitori/il genitore presente/ il rappresentante legale hanno/ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

