

## AREA DI SANITÀ PUBBLICA

### LE VACCINAZIONI PROTEGGONO I TUOI BAMBINI DALLE MALATTIE INFETTIVE

#### Cosa sono le vaccinazioni

1. Le vaccinazioni sono una delle cose più importanti che i genitori possono fare per proteggere i loro figli da alcune malattie infettive.
2. Le vaccinazioni agiscono stimolando la produzione di difese del corpo che servono a combattere l'infezione e prevenire una malattia infettiva, dando una protezione che dura nel tempo.
3. Grazie alla presenza di molti bambini vaccinati si riduce la diffusione delle malattie infettive nella popolazione: si ottiene così una protezione anche per chi non può essere vaccinato. Le vaccinazioni rappresentano quindi un beneficio non solo per l'individuo ma anche per l'intera comunità.

#### Chi può essere vaccinato?

- Tutti i bambini in normali condizioni di salute.
- I disturbi lievi (es. raffreddore, tosse) e le comuni allergie non impediscono di effettuare le vaccinazioni.
- I farmaci, tranne alcune eccezioni, non interferiscono con i vaccini.

#### Chi non può essere vaccinato?

- I bambini con malattie importanti (valutazione caso per caso).
- I bambini con febbre (le vaccinazioni vengono rimandate).
- I bambini che hanno avuto gravi allergie.

Se il tuo bambino soffre di qualche malattia parlane con il Pediatra o con il Medico delle vaccinazioni

#### Quali disturbi può provocare la vaccinazione?

- Sono possibili disturbi nel punto di iniezione (gonfiore, rossore, indurimento) oppure malessere generale (febbre, perdita di appetito, sonnolenza o agitazione).
- Le reazioni gravi sono rarissime: sono possibili malattie neurologiche o reazioni allergiche gravi come per ogni tipo di farmaco

Se il tuo bambino ha un disturbo dopo la vaccinazione, chiama il Pediatra o il Medico delle vaccinazioni.

## I Vaccini

Nella tabella seguente sono indicati i vaccini offerti attivamente e gratuitamente a tutti i bambini, e quando devono essere eseguiti:

Età	Vaccinazioni
Dopo 60 giorni dalla nascita	<b>1° Vaccino Esavalente</b> (Tetano, Difterite, Pertosse, Polio, Epatite B, Haemophilus b ) <b>1° Vaccino Anti Pneumococco</b>
15 giorni dopo 1° esavalente e 15 giorni prima della 2° esavalente	<b>1° e 2° Vaccino Anti Meningococco B:</b> (due dosi a distanza di un mese)
Dopo 60 giorni dalla 1° esavalente	<b>2° Vaccino Esavalente</b> <b>2° Vaccino Anti Pneumococco</b>
30 giorni dopo 2° esavalente	<b>3° Vaccino Anti Meningococco B</b>
Dopo 6 mesi dalla 2° esavalente	<b>3° Vaccino Esavalente</b> <b>3° Vaccino Anti Pneumococco</b>
12-14 mesi	<b>1° Vaccino Anti Morbillo-Parotite-Rosolia + Antivaricella</b> <b>1° Vaccino Anti Meningococco C</b>
A distanza di almeno 15 giorni dalle precedenti vaccinazioni	<b>4° Vaccino Anti Meningococco B</b>
5-6 anni	<b>Richiamo Vaccino Anti-Tetano- Difterite- Pertosse-Polio</b> <b>2° Vaccino Anti Morbillo-Parotite-Rosolia</b>
11 anni	<b>Vaccino Anti Papillomavirus</b> per le ragazze (2 dosi)
15 anni	<b>Richiamo Vaccino Anti Tetano- Difterite- Pertosse</b> <b>Vaccino Antimeningococco ACW135Y</b>
Ogni 10 anni	<b>Richiamo Vaccino Anti Tetano- Difterite</b>

Per i nati da madre HB Ag+ sono previste 4 dosi di vaccino anti Epatite B.

Sono disponibili anche le vaccinazioni per i bambini appartenenti a categorie a rischio (ad esempio: antinfluenzale, anti rotavirus, ecc.): puoi chiedere informazioni al tuo Medico di fiducia o al Medico delle vaccinazioni.

Le vaccinazioni sono gratuite per tutti. Non è richiesto permesso di soggiorno.

## Informazioni pratiche

- Se il bambino ha già eseguito vaccinazioni, porta con te la documentazione dei vaccini effettuati o il nostro tesserino delle vaccinazioni
- Rispetta l'appuntamento che ti viene dato
- Per fare le vaccinazioni non serve il digiuno
- Prima delle vaccinazioni ti verranno fatte delle domande sullo stato di salute del bambino: ricorda di segnalare se il tuo bambino soffre di qualche malattia o prende delle medicine
- Dopo la vaccinazione occorre **fermarsi in sala d'attesa per 20 minuti** per l'eventuale comparsa di reazioni allergiche, che possono essere contrastate con efficacia e tempestività dal personale sanitario. Tutti gli ambulatori vaccinali sono infatti attrezzati per gestire queste rarissime emergenze ed il personale adeguatamente addestrato.
- Dopo la vaccinazione non sono necessarie precauzioni per chi cura il bambino
- Se devi partire e rimanere via per molti mesi, ricorda di avvisarci

Se queste informazioni non sono chiare, puoi contattarci o chiedere al tuo medico di fiducia.

**Ti aspettiamo per fare le vaccinazioni!**

## SCHEDA INFORMATIVA: Vaccino Esavalente

La **difterite** è una grave malattia infettiva causata da una tossina prodotta da un batterio. La malattia produce la formazione di membrane nel naso e nella gola che talvolta possono impedire la respirazione.

In alcuni casi la malattia può provocare gravi danni agli organi interni come cuore, reni e sistema nervoso, paralisi e morte per soffocamento. La difterite si trasmette per contatto con un malato o portatore o per contatto indiretto con oggetti contaminati (giocattoli, stoviglie, ecc.).

Il **tetano** è una malattia infettiva non contagiosa dovuta alla tossina prodotta da un batterio molto diffuso nell'ambiente che penetra attraverso ferite, anche piccole, della cute o delle mucose contaminate da terriccio o da oggetti sporchi. Le tossine danneggiano il sistema nervoso causando contrazioni muscolari dolorose e persistenti, l'evoluzione è sempre molto grave e spesso può portare a morte.

La **pertosse** è una malattia infettiva causata da un batterio. È caratterizzata da tosse violenta. Nel primo anno di vita è più grave: a questa età, infatti, durante gli accessi di tosse possono presentarsi crisi di apnea (il bambino non respira) pericolose; può inoltre essere ostacolata la normale alimentazione del bambino. La malattia si associa spesso a complicanze respiratorie (brucopolmoniti, ecc.) e del sistema nervoso centrale (convulsioni, encefaliti, ecc.). È molto contagiosa e si trasmette dalle persone infette con le goccioline di saliva.

La **poliomielite** è una grave malattia infettiva e contagiosa, causata da virus che colpiscono il sistema nervoso. L'infezione solitamente non dà sintomi specifici, in alcuni casi però può provocare una paralisi irreversibile degli arti e a volte anche la morte. Il virus si trasmette con le feci che possono contaminare gli alimenti, l'acqua potabile o le mani. La malattia è ancora presente in alcune zone del mondo con scarse condizioni d'igiene: la vaccinazione sta contribuendo alla sua eradicazione.

L'**epatite B** è una malattia infettiva contagiosa che colpisce il fegato ed è causata da un virus. L'infezione può decorrere senza disturbi o manifestarsi in forma acuta con debolezza, nausea, vomito e ittero (colorazione giallastra della pelle e degli occhi). Raramente la forma acuta porta a morte, nella maggior parte dei casi guarisce spontaneamente ed il virus viene eliminato. In alcuni casi l'infezione persiste, il soggetto diventa così un portatore cronico del virus, anche senza avere disturbi. In altri casi invece la malattia può evolvere in epatite cronica e complicarsi con cirrosi epatica e cancro del fegato.

Il virus dell'epatite B viene trasmesso dalle persone ammalate o dai portatori cronici attraverso il sangue, anche mediante punture (es. uso di droghe per iniezione) o tagli con oggetti contaminati, oppure attraverso i rapporti sessuali. Il virus può essere anche trasmesso dalla madre al figlio al momento del parto. È accertato che le persone che vivono con un ammalato sono a rischio di contagio.

L'**Haemophilus influenzae di tipo b** è un batterio molto diffuso che si trova nel naso e nella gola ed è responsabile di malattie di varia gravità nei bambini di età inferiore ai cinque anni. Tra le forme più gravi ci sono la polmonite, l'infiammazione della gola con difficoltà a respirare, la meningite, la sepsi (infezione diffusa di tutto l'organismo). Prima dell'introduzione della vaccinazione l'Haemophilus era la più frequente causa di meningite batterica nei bambini piccoli. La trasmissione avviene da persona a persona attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni delle vie respiratorie

### VACCINO ESAVALENTE

Questa vaccinazione fa parte del ciclo di base di 3 dosi, viene utilizzato un vaccino combinato (contro le sei malattie sopra descritte) che garantisce un'elevata efficacia protettiva, la somministrazione è per via intramuscolare nella faccia antero-laterale della coscia o nel muscolo deltoide a seconda dell'età.

Le componenti antipertosse e antihaemophilus del vaccino esavalente non sono obbligatorie ma esse sono raccomandate per la loro utilità ed efficacia.

### CONTROINDICAZIONI

- reazione allergica grave (anafilassi) ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente
- malattie neurologiche gravi progressive

È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico.

### EFFETTI COLLATERALI

Entro 24 - 48 ore possono verificarsi effetti collaterali nella sede dell'iniezione: dolore, gonfiore, eritema, indurimento, ingrossamento delle linfoghiandole. Possono verificarsi inoltre febbre anche di grado elevato, vomito, diarrea, esantemi, irritabilità, pianto continuo od anomalo (di solito entro 48 - 72 ore). Nella maggioranza dei casi questi effetti collaterali sono di lieve entità e durata.

Molto raramente possono verificarsi reazioni più gravi a carico del sistema nervoso, dell'apparato gastro-intestinale, della cute e del tessuto sottocutaneo. Tuttavia la frequenza di effetti collaterali gravi è sempre di gran lunga inferiore alle complicanze delle malattie da cui i vaccini proteggono. Solo in casi eccezionali si possono manifestare eventi avversi molto gravi che costituiscono pericolo di vita per il bambino (reazione allergica grave). In questi casi coloro che hanno subito danni certi da una vaccinazione obbligatoria hanno diritto ad un indennizzo (legge n. 210/92).

## **SCHEDA INFORMATIVA: Vaccino Antipneumococco**

Lo pneumococco è un batterio di cui si conoscono oltre 90 tipi ed è responsabile di infezioni di varia gravità che colpiscono soprattutto i bambini nei primi anni di vita e gli anziani. Alcune condizioni espongono ad un maggior rischio di infezione: difetti del sistema immunitario, malattie croniche a carico dei reni, del fegato, del cuore, dei polmoni, del sangue, diabete, nati prematuri.

Le infezioni causate dallo pneumococco colpiscono frequentemente l'orecchio e le prime vie respiratorie causando otite e sinusite (soprattutto in età infantile). Forme di infezione più gravi sono la polmonite, la meningite e la sepsi (infezione diffusa a tutto il corpo) che possono portare anche alla morte.

### **VACCINO**

Sono disponibili due tipi di vaccino:

1. un vaccino "coniugato", che può proteggere da 13 tipi di pneumococco.
2. un vaccino non coniugato che può proteggere da 23 tipi di pneumococco, scarsamente efficace nei bambini di età inferiore a 5 anni, utilizzato prevalentemente nell'adulto e nell'anziano.

Questi vaccini si sono mostrati efficaci nel prevenire le forme più gravi di infezione da pneumococco, mentre la protezione nei confronti delle otiti è risultata essere meno efficace. Il vaccino viene somministrato per via intramuscolare nella faccia antero-laterale della coscia o nel muscolo deltoide a seconda dell'età.

La vaccinazione non è obbligatoria, ma raccomandata ai nuovi nati e ai bambini e adulti affetti da patologie che li espongono a maggior rischio d'infezione.

### **CONTROINDICAZIONI**

- reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente

E' opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico.

### **EFFETTI COLLATERALI**

La vaccinazione è di solito ben tollerata. Le reazioni nella sede dell'iniezione compaiono entro 24 – 48 ore e possono essere: dolore, gonfiore, rossore, indurimento (nodulo). Sono possibili anche reazioni generali: febbre, irritabilità, dolori muscolari, debolezza, rash (eruzioni) cutanei.

Come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.

## **SCHEDA INFORMATIVA: Vaccino Antimeningococco B**

Il **meningococco** è un batterio di cui si conoscono diversi tipi. La maggior parte delle malattie meningococciche nell'uomo è dovuta ai tipi A, B, C, W<sub>135</sub> e Y: in Italia e in Europa i più diffusi sono attualmente il B e il C, mentre in Africa è prevalente il tipo A. Il meningococco può essere responsabile di infezioni di varia gravità e colpire soggetti di tutte le età. Quasi sempre le infezioni non danno sintomi o provocano solo una leggera infiammazione delle alte vie respiratorie. In alcuni casi il meningococco si diffonde al sistema nervoso o in tutto il corpo causando così meningite o sepsi, malattie gravi che possono determinare lesioni permanenti o portare alla morte. La trasmissione della malattia avviene tramite le goccioline di saliva.

### **VACCINO**

A partire da 15 giorni dopo aver eseguito la prima dose di vaccino esavalente viene offerto il vaccino antimeningococco B. E' un vaccino "ricombinante" contro il solo meningococco di tipo B, più frequente nella prima infanzia. Il vaccino è offerto anche ai soggetti affetti da malattie congenite o acquisite del sistema immunitario.

Il vaccino viene somministrato per via intramuscolare nella faccia antero-laterale della coscia o nel muscolo deltoide a seconda dell'età del soggetto da vaccinare.

Successivamente, dopo l'anno di età, sarà offerto il vaccino antimeningococco C e, all'età di 15 anni, il vaccino antimeningococco ACW<sub>135</sub>Y.

### **CONTROINDICAZIONI**

Reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione ad una precedente dose di vaccino o ad un suo componente. Il vaccino non deve essere somministrato a soggetti affetti da qualsiasi patologia della coagulazione che controindichi l'iniezione intramuscolare, a meno che il potenziale beneficio non superi nettamente il rischio della somministrazione. È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico.

### **EFFETTI COLLATERALI**

La vaccinazione è di solito ben tollerata. Le reazioni nella sede dell'iniezione compaiono entro 24 – 48 ore e possono essere: rossore, gonfiore, dolore, irritabilità, prurito, diarrea, nausea, vomito, cefalea, mialgia, febbre. Come per tutti i vaccini, non è possibile escludere l'eventualità di reazioni allergiche anche gravi come lo shock anafilattico.

**Dati anagrafici della persona da vaccinare:**

**Cognome e nome**..... **Sesso:** M F  
**Nato/a a** ..... **il** ..... **Telefono:**.....  
**E-Mail** .....

**SCHEDA ANAMNESTICA PREVACCINALE**

Di seguito riportiamo alcune domande importanti per l'anamnesi, cioè per conoscere lo stato di salute del Vostro bambino, i farmaci che ha assunto, le malattie e gli interventi chirurgici che ha avuto. Vi chiediamo, quindi, di rispondere con attenzione. Se avete dubbi, potete chiedere spiegazioni al personale sanitario dell'ambulatorio vaccinale o al Vostro pediatra.

DATA VACCINAZIONE						
VACCINAZIONE DA ESEGUIRE:	Esavalente Pneumococco	DTPa HPV	IPV Altro _____	MPR _____	HBV _____	Meningococco DOSE: _____
1) Sta bene oggi il bambino?	SI	NO				
2) Ha o ha avuto malattie importanti? Se sì, specificare se - malattia neurologica (del sistema nervoso) - malattia con immunodeficienza (es.: abbassamento delle difese immunitarie da tumori, infezioni da HIV, ecc.)	SI	NO			SI	
3) Ha mai avuto convulsioni? Se sì, specificare se con febbre senza febbre	SI	NO			SI	
4) Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità? Se sì, specificare se - CORTISONICI ad alte dosi (se presi a dosi elevate questi farmaci abbassano le difese immunitarie) - ANTINEOPLASTICI (farmaci usati contro i tumori)	SI	NO			SI	
5) Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a terapia radiante (con radiazioni)?	SI	NO				
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue, come una trasfusione o immunoglobuline?	SI	NO				
7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino? Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI	NO			SI	
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? Se sì, è stata una reazione importante? Se sì, specificare _____	SI	NO			SI	
9) Ha eseguito altre vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale vaccino? _____	SI	NO				
10) E' nato pretermine?	SI	NO				
11) E' in gravidanza?*	SI	NO				

\* Solo per soggetti in età fertile

**Informativa ai sensi della Lgs. 196/2003:** si informa che i dati personali e sensibili acquisiti, verranno trattati ai soli fini della prestazione eseguita.

Ai sensi dell'art. 81 della Lgs.196/2003, si acquisisce il consenso al trattamento dati in

- forma orale (da barrare a cura del personale ATS).

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

Padre (Cognome e Nome)..... nato a ..... il.....

Madre (Cognome e Nome)..... nato a..... il.....

In caso di soggetto incapace:

Rappresentante legale (tutore o altro) .....nato a.....il.....  
identificato tramite..... rilasciato da.....il.....

..l. sottoscritt./.. ..... consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

### DICHIARA sotto la propria responsabilità

#### di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico operatore sanitario;

#### un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;
- di essere a conoscenza che in caso di danni permanenti da vaccinazione è possibile fare richiesta di risarcimento (legge 210/1992);

**di essere stato invitato/a a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'ambulatorio per **i venti minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

#### di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando:

€ **di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

€ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di :

**ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza le vaccinazioni proposte**

Firma del /dei genitore-i/ del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione da parte dei genitori/tutori delle informazioni ricevute.

Data, .....

Timbro e Firma del Medico .....