# INFORMAZIONI SULLE VACCINAZIONI DEL PRIMO ANNO DI VITA

La legge 119/2017 prevede due vaccini obbligatori:

* nel primo anno di vita il vaccino esavalente (contro 6 malattie: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed Haemophilus b)
* tra i 12 e i 15 mesi il vaccino quadrivalente (contro morbillo, parotite, rosolia e varicella).

In occasione della prima vaccinazione vi verranno fornite informazioni sulla possibilità di effettuare anche i seguenti vaccini non obbligatori, ma raccomandati per proteggere il vostro bambino:

* nel primo anno di vita i vaccini contro rotavirus, pneumococco e meningococco B
* tra i 12 e i 15 mesi il vaccino contro il meningococco C.

Sono tutte vaccinazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, ossia le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire gratuitamente ai cittadini.

Come tutti i farmaci, anche i vaccini possono presentare effetti indesiderati, in genere di lieve entità. Alcuni effetti indesiderati possono essere estremamente rari ed essere rilevati solo quando il vaccino viene somministrato ad un numero molto elevato di soggetti. Per questo motivo la sorveglianza della sicurezza prosegue anche dopo l’immissione in commercio, attraverso Agenzia Italiana del Farmaco che raccoglie segnalazioni relative a eventi avversi o presunti tali, da parte di centri vaccinali, operatori sanitari e cittadini. Per segnalare una sospetta reazione avversa, ci si può collegare al portale di AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e seguire la proceduta guidata.

I vaccini somministrati nel corso del primo anno di vita del bambino sono rivolti contro gravi malattie infettive. Si forniscono di seguito alcune brevi informazioni riguardo le malattie prevenibili mediante le vaccinazioni.

**POLIOMIELITE:** è una malattia virale a trasmissione fecale‐orale; può causare paralisi e morte. Nonostante gli enormi risultati ottenuti nella lotta contro la malattia essa è ancora presente allo stato endemico in alcuni paesi. Pertanto è importante mantenere, anche nei bambini che vivono in Italia, una elevata copertura vaccinale contro la polio, perché sussiste ancora il rischio di importazione da questi paesi.

**DIFTERITE:** è una malattia trasmessa per via aerea causata dalla tossina di un batterio in grado di provocare febbre, infiammazione della gola con "placche" sanguinanti, miocardite, nefrite e paralisi nervose. E’ importante mantenere una elevata copertura nei confronti del batterio che provoca la difterite, poiché esiste sempre il rischio di una ricomparsa della malattia. In Europa si sono recentemente verificati, dopo molti anni, due casi di difterite in bambini non vaccinati con un decesso in Belgio.

**TETANO:** è una tossinfezione causata dalla tossina di un batterio che penetra attraverso le ferite della cute e può provocare contrazioni muscolari e convulsioni (circa i due terzi dei pazienti muoiono).

**EPATITE B:** è causata da un virus che si trasmette attraverso il sangue ed i rapporti sessuali. Può anche essere trasmesso al neonato al momento del parto da una mamma portatrice del virus. Oltre a provocare un'epatite acuta fulminante esso può causare epatite cronica, cirrosi e cancro del fegato. In Italia circa un milione e mezzo di persone è portatore del virus dell'epatite B.

**PERTOSSE**: provocata da un batterio, è una malattia molto contagiosa, che causa accessi parossistici di tosse (anche per mesi), spesso con un “urlo” inspiratorio e vomito successivo. Può provocare convulsioni, apnea, polmoniti, encefalopatia, morte. La pertosse può essere molto grave, anche mortale, soprattutto nel neonato sotto l’anno di vita.

**EMOFILO b:** è un batterio che può provocare meningiti (specialmente sotto i 2 anni di età), epiglottite, polmonite, otite, sepsi (infezione generalizzata).

**ROTAVIRUS**: responsabile di circa l’80% dei casi di gastroenterite virale nel bambino sotto i 5 anni di vita. Si manifesta con diarrea, vomito e febbre. Nei casi gravi può determinare disidratazione.

**PNEUMOCOCCO:** e’ responsabile di malattie gravi tra le quali meningite, polmonite, sepsi e otiti. Si trasmette da persona a persona per via respiratoria. Sono a maggior rischio di malattia invasiva i bambini sotto i cinque anni di età.

**MENINGOCOCCO B**: e’ causa di gravi malattie tra cui setticemia e meningite, con possibili sequele gravemente invalidanti. La malattia colpisce specialmente i bambini sotto i 5 anni di età e in particolare nei primi 12 mesi di vita

# EFFETTI COLLATERALI DELLE VACCINAZIONI

## Gli effetti collaterali provocati dalle vaccinazioni sono in genere lievi e si presentano solo in una minoranza dei vaccinati.

Tuttavia le reazioni più frequenti vanno conosciute dai genitori per evitare inutili allarmismi. A tal proposito si forniscono i seguenti suggerimenti.

## Che cosa fare dopo

Dopo la vaccinazione il bimbo può manifestare, anche se raramente, qualche transitorio comportamento insolito. Di seguito riportiamo le risposte alle domande più frequenti; se avete altri dubbi o desiderate altre informazioni chiamate il pediatra di base o il servizio vaccinazioni.

## Dopo la vaccinazione il mio bambino è irrequieto, che cosa devo fare?

Dopo la vaccinazione i bambini possono apparire particolarmente irrequieti a causa del dolore nella sede dell’iniezione. Si può somministrare loro un farmaco, il “paracetamolo”, che aiuta a ridurre il dolore; tale sostanza si trova in commercio con il nome di Tachipirina, Efferalgan, ecc.

Ai bambini **non** deve essere somministrata aspirina perché questo farmaco nel bambino può determinare la comparsa, in qualche caso, di effetti collaterali importanti.

Se lo stato di irrequietezza persiste per più di 24 ore, consultate il pediatra di famiglia o il servizio vaccinale.

## La zona in cui il vaccino è stato iniettato è calda, gonfia e arrossata. Che cosa devo fare?

Per alleviare il fastidio è sufficiente applicare sulla zona gonfia o arrossata un panno pulito e inumidito con acqua fredda oppure la borsa del ghiaccio. Se ritenete che il bambino abbia molto dolore poiché reagisce alla minima pressione sulla zona gonfia e arrossata, potete somministrare il paracetamolo (vedi oltre).

Se dopo 24 ore il rossore tende ancora ad aumentare, chiamate il pediatra di famiglia o il servizio vaccinale.

# Se il bambino ha la febbre:

‐ mantenete la calma e ricordate che la febbre è una normale risposta dell’organismo alla somministrazione del vaccino;

‐ vestitelo in modo leggero: coprire eccessivamente un bambino con la febbre può far salire ulteriormente la temperatura e contribuire ad aggravare il disagio;

‐ il bambino di solito tollera bene la febbre fino a 39°C (ascellare) o 39,5° C (rettale). Tuttavia, anche se la febbre non è elevata ma il bambino è irritabile, molto lamentoso oppure piange a causa del dolore nella sede dell’iniezione, potete somministrare ugualmente il paracetamolo, che possiede anche un’azione analgesica (azione contro il dolore).

Se la febbre persiste o tende ad aumentare, consultate il pediatra di fiducia.

## DOSE DI PARACETAMOLO: la dose deve essere calcolata in base al peso

**del bambino ed è la stessa sia per la febbre sia per l’irritabilità. Nelle tabelle che seguono sono riportate le dosi di Tachipirina. Il paracetamolo è disponibile anche con altri nomi commerciali (per es. Efferalgan ecc.): in questi ultimi il dosaggio è differente (in tal caso controllate il foglietto illustrativo).**

TACHIPIRINA GOCCE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Peso** | **Età**  **(approssimata)** | **Dose singola** | **Dose giornaliera** |
| da 3,2 kg | 0‐30 giorni | **8 gocce** | Fino a 4 volte (ogni  6 ore) |
| da 4,3 kg | 1 mese | **10 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
| da 5,3 kg | 2 mesi | **13 gocce** | 6 ore)  Fino a 4 volte (ogni |
| da 6,1 kg | 3 mesi | **22 gocce** | 6 ore)  Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| da 6,7 kg | 4 mesi | **25 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |
| da 7,2 kg | 5‐6 mesi | **27 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |
| da 8 kg | 7‐10 mesi | **30 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |
| da 9 kg | 11‐14 mesi | **33 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |
| da 10 kg | 15‐19 mesi | **36 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |
| da 11 kg | 20‐23 mesi | **39 gocce** | Fino a 4 volte (ogni |
|  |  |  | 6 ore) |

Qualora il neonato presenti particolari problemi di salute preghiamo di darne comunicazione al personale medico prima della seduta vaccinale, esibendo l’eventuale documentazione sanitaria in possesso dei genitori (in particolare lettere di dimissioni ospedaliere).

Per ulteriori informazioni sui vaccini segnaliamo, tra gli altri, i seguenti indirizzi internet:

[**http://www.seremi.it/content/vaccinazioni**](http://www.seremi.it/content/vaccinazioni)**‐pediatriche‐le‐domande‐difficili** [**http://www.vaccinarsi.org**](http://www.vaccinarsi.org/)

[**http://www.epicentro.iss.it**](http://www.epicentro.iss.it/)[**http://www.genitoripiu.it**](http://www.genitoripiu.it/)

CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

In osservanza delle disposizioni regionali al momento della vaccinazione non sarà richiesta la sottoscrizione di un modulo di consenso. Il personale sanitario rimane comunque a vostra disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento.

Grazie per l’attenzione.

# IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

**Via Don Sturzo, n. 20 – 13900 Biella 🕾 015-15159255**

**LA VACCINAZIONE ANTI – ROTAVIRUS con ROTARIX**

**LA MALATTIA**

Il Rotavirus è la causa più frequente di gastroenterite (GE) acuta durante i primi anni di vita; è responsabile del 40% delle GE e dell’ 80% delle GE virali sotto i 5 anni di età. In base a un modello matematico sono stati stimati ogni anno in Italia circa 322.000 casi domiciliari, 80.000-100.000 visite ambulatoriali e circa 10.000 ricoveri. All’età di tre anni il 95% dei bambini ha avuto almeno un episodio di diarrea da rotavirus. In Piemonte nel periodo 2001-2005 sono stati ricoverati 2909 bambini con infezione da rotavirus come prima o seconda diagnosi. La letalità della malattia è bassa o eccezionale, almeno nei Paesi con sistemi sanitari evoluti; la sua gravità dipende dalle complicanze, soprattutto disidratazione grave, tossicosi e shock, che sono particolarmente temibili nei Paesi meno sviluppati.

**IL VACCINO ANTI-ROTAVIRUS**

Rotarix è un vaccino costituito da un ceppo virale umano monovalente, vivo attenuato, somministrato per via orale che aiuta a proteggere il bambino dalla GE (diarrea e vomito) causata da rotavirus.

**CONTROINDICAZIONI ALLA VACCINAZIONE**

Il vaccino non va somministrato in caso di:

1. ipersensibilità al principio attivo o a uno dei componenti del vaccino;
2. ipersensibilità comparsa dopo precedenti somministrazioni del vaccino;
3. soggetti con malattie febbrili acute, affetti da diarrea o vomito o da immunodeficienza combinata grave ereditaria (SCID);
4. anamnesi positiva di invaginazione intestinale o malformazioni non ancora corrette del tratto gastrointestinale.

**INTERAZIONI**

Il vaccino antirotavirus può essere somministrato insieme agli altri vaccini usati nel primo anno di vita. L’allattamento al seno non riduce la protezione offerta dal vaccino e perciò può essere continuato durante il ciclo di vaccinazione.

Il bambino può essere alimentato sia prima che dopo la vaccinazione.

**EFFETTI COLLATERALI DELLA VACCINAZIONE**

Gli effetti più spesso segnalati durante gli studi clinici sono stati i seguenti: *comuni*: diarrea, irritabilità; *non comuni*: dolore addominale, dermatite. Altri eventi riportati spontaneamente sono stati: presenza di sangue nelle feci, gastroenterite in bambini con immunodeficienza grave, episodi di apnea in bambini nati molto prematuri (≤ 28 settimane di gestazione). Alcuni dati derivanti da studi osservazionali indicano un aumento del rischio di invaginazione intestinale nel mese successivo alla vaccinazione, con un picco nei primi 7 giorni. Questo rischio, per quanto raro, va sospettato in presenza di segni/sintomi quali dolori e gonfiore addominali, vomito, sangue nelle feci, febbre alta e pianto. In casi simili consultare immediatamente il medico.

**EFFICACIA DEL VACCINO E CALENDARIO**

Rotarix viene somministrato in due dosi a distanza di almeno un mese, già a partire dalla 6° settimana di vita. Il ciclo deve essere completato entro le 24 settimane, e preferibilmente entro la 16°.

L’efficacia osservata nei confronti della GE da rotavirus dopo 2 dosi è stata pari a 85% verso tutte le forme e a 100% verso le forme più severe. Si è evidenziata anche una riduzione di circa il 40% dei ricoveri ospedalieri.

Il vaccino viene offerto attivamente ai nuovi nati (a partire dal 2017) ed è prioritario nei nati pretermine o piccoli per l’età gestazionale, nei bambini affetti da patologie croniche cardiorespiratorie, nefrourinarie, metaboliche o del SNC che richiedono ospedalizzazioni frequenti; nei bambini che viaggiano in zone a rischio per inadeguata assistenza sanitaria.

**PRECAUZIONI DA OSSERVARE DOPO LA VACCINAZIONE**

Dato che il virus presente nel vaccino, vivo attenuato, viene eliminato con le feci per circa una settimana esiste un rischio teorico di trasmissione alle persone a più stretto contatto con il bambino.

Per tale motivo si raccomanda un’ attenta igiene delle mani dopo il cambio del pannolino, mentre familiari o persone con immunodepressione grave (per malattia e/o assunzione di farmaci) devono evitare il contatto con le feci del vaccinato.

Il vaccino antirotavirus *non offre protezione nei confronti delle GE da altra causa* (MOD 07/2018)

 

 ***Dipartimento di Prevenzione***

***S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica***

***Via Don Luigi Sturzo n. 20 – 13900 BIELLA***

*Direttore: Dr. Damiano Mones*

*Tel. 015-1515 9255 Fax. 015-15159222*

*dipartimento.prevenzione*[*@aslbi.piemonte.it*](mailto:segreteria.direzione@aslbi.piemonte.it)

*PEC: suap@cert.aslbi.piemonte.it*

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la Sottoscritto/ C.F. \_

nato a \_ ( ) il\_ \_/\_ \_/\_ ,

residente a \_ (\_ \_) in n° \_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Che il bambino/a

nome \_ cognome \_ C.F.\_ \_

nato a \_ ( ) il\_ \_/\_ \_/\_ ,

non può presentarsi all’appuntamento fissato per il giorno alle ore\_ \_

per le seguenti cause: MALATTIA DEL BAMBINO/A

ALTRO (***SPECIFICARE***)

\_ \_ \_

\_ \_ \_

\_ \_ \_

Data Firma del Genitore

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679



Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione ASL Biella

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

***SERVIZIO IGIENE E SANITA’ PUBBLICA***

Via Don Sturzo 20 – 13900 BIELLA

**DELEGA PER VACCINAZIONI DI MINORI**

Il/la sottoscritto/a

genitore di nato il / /

delega il/la ad accompagnare il/la suddetto/a

figlio/a per essere sottoposto/a alla/e Vaccinazione/i in appuntamento per il giorno / /

A tal fine dichiara di aver ricevuto e letto la scheda informativa relativa alla/e vaccinazione/i in appuntamento e di fornire il proprio consenso. Comunica inoltre di essere raggiungibile, in caso di bisogno, durante la fascia oraria prevista per la vaccinazione, al seguente numero telefonico

Dichiara ancora che il/la suddetto/a figlio/a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| Oggi sta bene il bambino? |  |  |
| Ha o ha avuto malattie importanti? |  |  |
| Se si specificare se |  |  |
| * Malattia neurologica |  |  |
| * Malattia con immunodeficienza |  |  |
| Ha mai avuto convulsioni? |  |  |
| Se si specificare se |  |  |
| * Con febbre? |  |  |
| * Senza febbre? |  |  |
| Negli ultimi 3 mesi ha preso farmaci in modo continuativo? |  |  |
| Se si specificare se |  |  |
| * Cortisonici ad alte dosi |  |  |
| * Antitumorali |  |  |
| Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto/a a radioterapia? |  |  |
| Nell’ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline? |  |  |
| E’ allergico/a a qualche: |  |  |
| * Alimento? |  |  |
| * Farmaci? |  |  |
| * Vaccino? |  |  |
| Se si trattasi di un vaccino o di un componente specificare quale: | | |
| Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni? |  |  |
| Se si, si è trattato di reazioni importanti? |  |  |

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell’altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la patria potestà.

Data / /

Firma del genitore

**DEVE ESSERE ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL GENITORE DELEGANTE**

N.B.: Per eventuali chiarimenti o altre necessità telefonare al n. 01515159261 dalle ore 8.30 alle ore 10.30 nei giorni feriali.