



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

ORIGINALE

Delibera n. 096

OGGETTO: vaccinazione in ambiente protetto: protocollo operativo

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Materno Infantile

Data di presentazione della proposta _____

In data 17 MAR. 2017, nella Sede Legale dell'ASP, sita in Crotone via Mario Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio", il Commissario Straordinario Dr. Sergio ARENA, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Direttore del Dipartimento Materno Infantile Dr. Francesco Paravati, su conforme proposta del responsabile del procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dal Direttore dell'U.O. di Pediatria Dr. Francesco Paravati

PREMESSO che le reazioni a vaccinazioni rappresentano eventi di non raro riscontro e costituiscono motivo di ansia nei genitori, che per tale motivo spesso interrompono il programma vaccinale;

CHE solo una piccola parte delle reazioni a vaccini sono costituite da reazioni di ipersensibilità, pertanto è importante il loro immediato riconoscimento attraverso una corretta valutazione allergologica in modo da garantire le

CHE nel caso di allergia a un vaccino, nella maggior parte dei casi è possibile la normale prosecuzione del calendario vaccinale, purché le successive vaccinazioni siano eseguite con le giuste modalità descritte in letteratura e in strutture idoneamente attrezzate;

CONSIDERATO che nell'UOC di Pediatria sono presenti le condizioni strutturali e professionali per eseguire questa tipologia di prestazioni, secondo le modalità espresse nel protocollo operativo e negli allegati 1_invio da curante ad ambulatorio vaccinazioni, 2_consenso vaccino, 3_certificato vaccinazione in ambiente protetto;

RILEVATO che è opportuno dotare l'ASP di un protocollo operativo sulle vaccinazioni in ambiente protetto al fine di uniformare le procedure su tutto il territorio dell'Azienda.

PROPONE

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

1. Prendere atto del protocollo operativo sulla vaccinazione in ambiente protetto e dei relativi allegati 1_invio da curante ad ambulatorio vaccinazioni, 2_consenso vaccino, 3_certificato vaccinazione in ambiente protetto, che costituiscono parte integrante e sostanziale della deliberazione;
2. Trasmettere il presente atto agli Uffici Affari generali, al Dipartimento di Prevenzione, alle UUOC di Pediatria e Anestesia e Rianimazione e al Distretto Unico per gli adempimenti di competenza

Il Responsabile del Procedimento

Dr. Francesco Paravati



Il Direttore del Dipartimento

Dr. Francesco Paravati



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

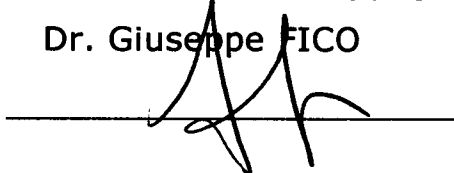
Ritenuto di condividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

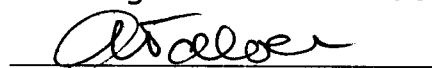
Il Direttore Amministrativo

Dr. Giuseppe FICO



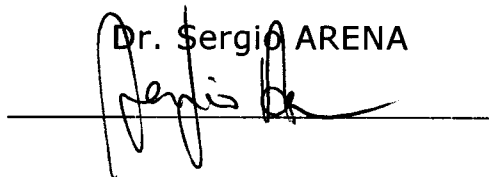
Il Direttore Sanitario

Dr. Agostino TALERICO



Il Commissario Straordinario

Dr. Sergio ARENA



UFFICIO AFFARI GENERALI

SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

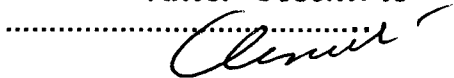
Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge

all'Albo pretorio dell'Azienda in data **17 MAR.2017** con protocollo

n. **024**

Il Responsabile del procedimento

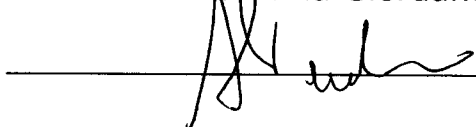
Valter Cosentino



Il Direttore U.O. Ufficio

Affari Generali e Legali

Dr.ssa Anna Giordano



VACCINAZIONE IN AMBIENTE PROTETTO DI PAZIENTI PEDIATRICI A RISCHIO DI REAZIONI AVVERSE

PROTOCOLLO DI INTERFACCIA TRA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – DISTRETTO (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, MEDICI DI MEDICINA GENERALE – U.O.C ANESTESIA E RIANIMAZIONE – U.O.C PEDIATRIA).

DATA	REDATTO	CONDIVISO	APPROVATO
	Dr.ssa A. Cirisano - UOC Pediatría	Dr. F. Paravati- direttore UOC Pediatría	Dr. A. Carcea – Dirigente Sanitario P.O.
		Dr. F. Tancioni - direttore UOC Anestesia Rianimazione	
		Dr. D. Tedesco - direttore Dip. Di Prevenzione	
		Dr. S. D'Ippolito - direttore Distretto	

PREMESSA

Le reazioni a vaccinazioni rappresentano eventi di non raro riscontro e costituiscono motivo di ansia nei genitori, che per tale motivo spesso interrompono il programma vaccinale.

Considerando che solo una piccola parte delle reazioni a vaccini sono costituite da reazioni di ipersensibilità, è importante il loro immediato riconoscimento attraverso una corretta valutazione allergologica. In tale maniera sarà possibile garantire le migliori condizioni di sicurezza per le vaccinazioni successive del minore.

Nel caso di allergia a un vaccino, nella maggior parte dei casi è possibile la normale prosecuzione del calendario vaccinale, purché le successive vaccinazioni siano eseguite con le giuste modalità descritte in letteratura e in strutture idoneamente attrezzate.

SCOPO

Il protocollo operativo descritto ha lo scopo di indicare le modalità operative che il personale medico ed infermieristico devono seguire per l'esecuzione in sicurezza di vaccinazioni di pazienti pediatrici a rischio di sviluppare reazioni avverse gravi.

APPLICABILITA'

Il presente protocollo operativo viene applicato nell'U.O.C di Pediatria con personale medico e infermieristico della U.O.C stessa e con il supporto (in consulenza) del Medico Anestesista – Rianimatore per la gestione di eventuali emergenze.

MODALITA' OPERATIVE

La vaccinazione in ambiente protetto si attua in pazienti pediatrici con:

- soggetti con reazione anafilattica a precedente vaccinazione
- soggetti con reazione anafilattica da altra causa (es: farmaci, alimenti, punture insetto ecc.)
- soggetti con asma bronchiale allergico e non persistente e grave
- soggetti che abbiano manifestato gravi reazioni avverse al latte
- soggetti con orticaria generalizzata insorta entro un'ora dalla vaccinazione

Il presente protocollo non viene applicato nei pazienti pediatrici con controindicazioni anche temporanee all'esecuzione delle vaccinazioni (es. sindrome di Guillian Barré, piastrinopenia, etc.).

Il medico vaccinatore del Distretto Sanitario e/o il Pediatra di Famiglia invia una richiesta motivata al Medico dell'UOC di Pediatria, tramite mail pediatriapo@asp.crotone.it previo contatto telefonico con lo stesso al N° **0962924225-87**

Tale richiesta (*Allegato 1. Richiesta di vaccinazione in ambiente protetto*) deve contenere i dati anagrafici del soggetto, l'indirizzo di residenza ed il numero telefonico di riferimento, la motivazione della richiesta, il tipo di vaccino da eseguire.

Le sedute vaccinali vengono programmate mensilmente in numero di 2 (due) al mese (in genere il 1° e 3° mercoledì di ogni mese), si eseguono presso i locali dell'UOC di Pediatria a partire dalle ore 09:00 compatibilmente con l'attività di emergenza – urgenza dell'U.O.C..

Il numero massimo di soggetti vaccinabili per seduta è di due.

La vaccinazione, secondo la procedura del caso, sarà eseguita dal personale medico (medico vaccinatore) e infermieristico dell'UOC di Pediatria, il Medico Anestesista – Rianimatore, precedentemente allertato telefonicamente, si rende disponibile per la durata della seduta vaccinale ed interviene, su richiesta del medico Vaccinatore, nel caso si verificano gravi reazioni avverse tali da compromettere le funzioni vitali del paziente.

Il medico vaccinatore ha il compito di:

1. Raccogliere e verificare preliminarmente i dati anamnestici del potenziale evento avverso.
2. Eseguire una valutazione clinica globale del paziente.
3. Informare adeguatamente i familiari del bambino sulla procedura di vaccinazione e sulla possibile comparsa di reazioni avverse anche di grave entità.
4. Richiedere la sottoscrizione del *Consenso Informato alla vaccinazione in ambiente protetto* (*Allegato 2. Consenso Informato alla vaccinazione in ambiente protetto*).
5. Controllare la disponibilità dei farmaci e dispositivi dell'emergenza, compresa l'adrenalina in formulazione iniettabile.
6. Preparare il vaccino ed eseguire la vaccinazione.
7. Monitorare il paziente, almeno per le successive due ore, per individuare l'esordio di un'eventuale reazione anafilattica.
8. Valutazione clinica globale conclusiva prima della dimissione del paziente a domicilio.
9. Rilasciare il certificato di avvenuta vaccinazione da presentare all'ufficio Vaccinazioni competente per la registrazione (*Allegato 3. Certificato di vaccinazione*).

Il personale Infermieristico ha il compito di:

1. Registrare l'accesso in ambulatorio del paziente
2. Verificare la disponibilità dei farmaci/dispositivi dell'emergenza
3. Eseguire il monitoraggio dei parametri vitali (FC., Sat. O2, p.a.) prima della vaccinazione
4. Eseguire la vaccinazione
5. Rivalutare il paziente insieme al Medico Vaccinatore durante le fasi del monitoraggio clinico
6. Rilevare i parametri vitali del paziente prima della sua dimissione.

Il paziente, dopo che sono state espletate le pratiche preliminari (registrazione, raccolta dell'anamnesi familiare personale e vaccinale, firma del consenso informato, etc.), viene sottoposto ad una valutazione clinica generale da parte del Medico Vaccinatore, vengono monitorati i parametri vitali (FC e Sat. O2), viene altresì posizionato un accesso venoso periferico per l'eventuale intervento terapeutico.

Il Medico Vaccinatore, supportato dall'infermiere, esegue la vaccinazione prevista. Segue il periodo di osservazione del minore con valutazione dei parametri clinici.

Al termine di tale periodo, in assenza di reazioni avverse, il paziente viene ulteriormente rivalutato dal medico vaccinatore e rilevati i parametri vitali e, in caso di normalità, lo stesso rilascia la certificazione di avvenuta vaccinazione e rinvia a domicilio il paziente. In presenza di reazioni avverse di minore entità (reazioni locali nel punto di inoculo, manifestazioni di irrequietezza o irritabilità del bambino, etc.) il medico vaccinatore può decidere per un prolungamento del periodo di osservazione del bambino o per una osservazione temporanea presso il Reparto di Pediatria.

Nel caso dovessero presentarsi reazioni più gravi, il minore verrà gestito e trattato dal Medico vaccinatore anche con l'eventuale ausilio del Medico Anestesista – Rianimatore tempestivamente allertato.

Il Medico Vaccinatore, inoltre, fornisce indicazioni circa la possibilità di eventuali reazioni tardive descrivendone le caratteristiche e raccomandando, in caso di comparsa, un immediato controllo in Pronto Soccorso o presso il medico curante.

NOTA FINALE

Le modalità di esecuzione della vaccinazione in ambiente protetto seguiranno le stesse descritte dalla letteratura più recente letteratura.

RIFERIMENTI

1. F. Franceschini et. al.: *“Come riconoscere le reazioni di ipersensibilità a vaccini e proseguire le vaccinazioni”*. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2016; 4:3-11
2. F. Franceschini et al. *“La vaccinazione del bambino allergico a sostanze contenute nei vaccini”* Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2016; 1:33-41

LEGENDA e ACRONIMI

FC.: frequenza cardiaca

Sat. O2: saturazione ematica di ossigeno

p.a.: pressione arteriosa

U.O.C.: Unità Operativa Complessa



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Allegato 1

Caro collega,

Invio in ospedale

Nato a..... il..... Residente a

via..... Tel.

Per eseguire in ambiente protetto, le seguenti vaccinazioni:

.....
.....

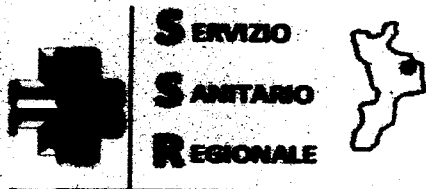
poiché ha presentato (descrizione dell'evento avverso)

.....
.....
.....
.....
.....

Crotone li.....

Dott.....

Tel.....



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Allegato 2

Consenso informato per vaccinazione in ambiente protetto

II/La sottoscritto.....

nato/a il..... genitore di

..... nato/a il.....

dichiaro

di avere ricevuto dal Dr/D.ssa

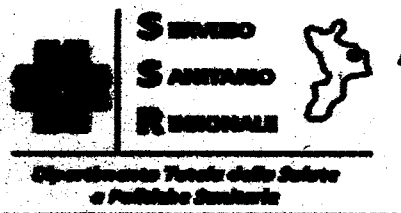
in maniera esaustiva le informazioni dettagliate in merito alle motivazione e ai
rischi per l'esecuzione del vaccino....., insieme alle

procedure in sicurezza che verranno attuate per l'esecuzione dello stesso.

Acconsento , pertanto , che lo stesso venga somministrato a mio figlio/a.

Crotone li.....

Firma genitore



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Unità Operativa di Pediatria
Direttore Dr. Francesco Paravati

Allegato 3

Certificato di vaccinazione in ambiente protetto

Certifico che in data odierna nato/a a

..... il.....

ha eseguito la vaccinazione con vaccino

..... Lotto scadenza

Data.....

Il medico