

PEDIATRIA DI FAMIGLIA
LA PROTAGONISTA DELLA
RACCOMANDAZIONE VACCINALE

ROMA, 20 APRILE 2024



IO FACCIO COSÌ!
CONDIVISIONE DELLA BEST PRACTICE
Marta Porcari

La mia esperienza: Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale

- 1- Organizzazione della campagna vaccinale: categorie target
- 2- Approvvigionamento/consegna e conservazione dei vaccini
- 3- Organizzazione dello studio per la somministrazione
- 4- Somministrazione dei vaccini
- 5- Possibili problemi/urgenze



1- Organizzazione della Campagna Vaccinale: Categorie Target

- Bambini sani, di età > 6 mesi e < 7 anni
- Bambini di età ≥ 6 mesi con patologie a rischio di complicanze
- Convivente di soggetto ad alto rischio di complicanze

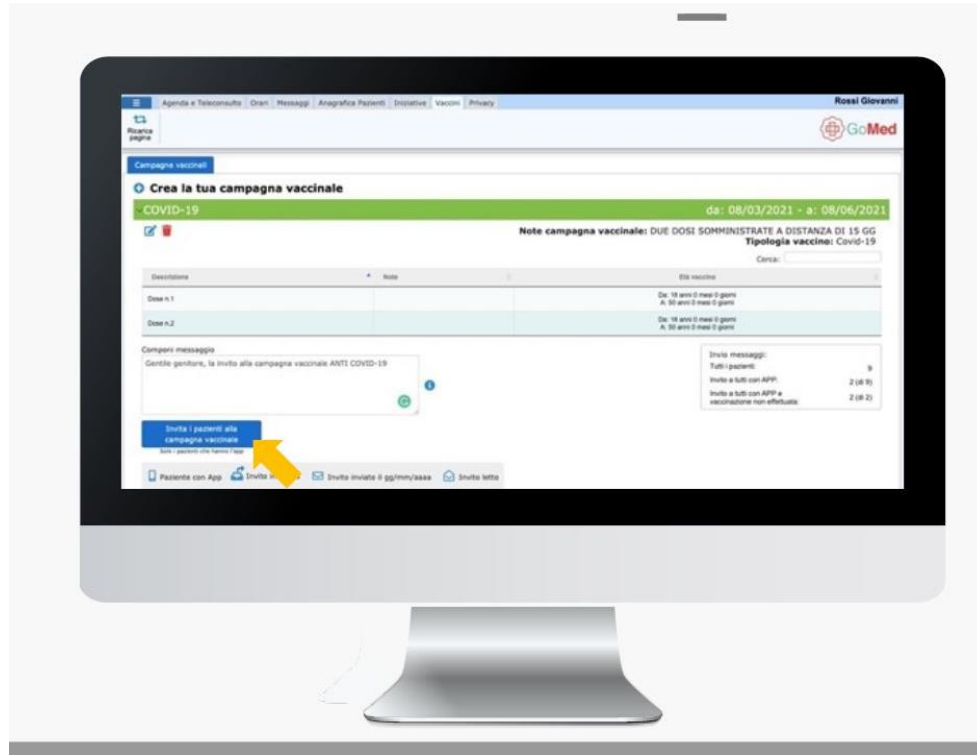


Utilizzo del Gestionale di Studio x numero di pazienti coinvolti



Chiamata attiva del PLS

Invio di un messaggio/mail attraverso la app del GdS per avvisare i pazienti



NB: entro fine agosto/inizio settembre il distretto invia alla mail del PLS le dosi assegnate con la richiesta di indicare quante se ne somministreranno (es. 100%)

2- Approvvigionamento/consegna

Nel nostro distretto l'azienda incaricata della consegna, *Traser*, **contatta telefonicamente** il PLS o il responsabile della UCPP per accordarsi sulla consegna: al mattino durante gli orari di studio

Conservazione dei vaccini

- ❑ **Frigorifero:** situato in una zona appropriata della stanza, al riparo dal sole, con spazio adeguato fra il lato posteriore e il muro per permettere la dispersione di calore;
- ❑ **Accumulatori del freddo** da utilizzare in caso di guasto, sbrinamento del frigo, trasporto in borse termiche



- ❑ **Termometro a massima e minima**, posto al centro del frigorifero, con il quale può essere evidenziata la temperatura più bassa e quella più alta raggiunta all'interno del frigorifero tra una verifica e l'altra.

Conservazione dei vaccini

Il Vaccino Antinfluenzale deve essere conservato a 2-10°C senza superare mai i 20°C



Per una migliore conservazione si consiglia di:

- Ordinare nel frigorifero i vaccini per data di scadenza
- utilizzare prioritariamente i vaccini prossimi a scadere
- stoccare i vaccini avendo cura che non vengano a contatto con le pareti del frigorifero o con l'elemento refrigerante per evitare un possibile congelamento
- ridurre le aperture del frigorifero al minimo indispensabile;
- impartire disposizioni scritte al personale delle pulizie sulle attenzioni da avere quando si opera vicino al frigorifero (spine staccate) da tenere affisse ai frigoriferi stessi;
- Pulire e sbrinare periodicamente il frigorifero.



3- Organizzazione dello studio per la somministrazione

3.1 Stabilire delle priorità

1° BAMBINI «FRAGILI»:

- 2 bambini con AR
- 3 bambini con DM1
- 1 bambino con Asma Grave
- 1 bambino con Trapianto di Midollo
- 1 bambino con Trapianto di Fegato
- 1 bambino con Malattia Genetica Rara
- 1 bambino con Paralisi Cerebrale infantile

2° BAMBINI ETA' < 2 aa che frequentano NIDO

3° BAMBINI ETA' 2-7 aa



3- Organizzazione dello studio per la somministrazione

3.2 Pianificare vaccinazione con Collaboratore di Studio (Segretaria)

1° Durante i Controlli di Crescita/Bilanci di Salute:

La CdS controlla l'agenda per valutare se nel periodo della CVA, ottobre-dicembre, sono previsti appuntamenti per i bambini vaccinabili;



3- Organizzazione dello studio per la somministrazione

3.2 Pianificare vaccinazione con Collaboratore di Studio (Segretaria)



2° Orario Extra Ambulatorio:

Attraverso gestionale di studio la CdS crea un'agenda extra un'ora prima dell'orario ufficiale di apertura dello studio, nei 2 pomeriggi del martedì e giovedì, con appuntamenti ogni 10 minuti.

4- Somministrazione dei Vaccini

4.1 Vaccini antinfluenzali a disposizione e categorie target:

V. INFLUENZA VIRIONE INATTIVATO (*Va....p*): bambini età <2 aa
vaccino I.M.

V. INFLUENZA INATTIVATO (*Fl....ax*): bambini età >2 aa
vaccino I.M.
per Asmatici ed Allergici Alle Proteine dell'Uovo



V. INFLUENZA VIVO ATTENUATO (*Fl...z*): bambini età >2 aa
vaccino E.N.
(endonasale)

NO a: Allergici Gentamicina
Allergici alle Proteine dell'Uovo
Pazienti Oncologici o Immunodepressi
se conviventi di Immunodepressi

4- Somministrazione dei Vaccini

4.2 Prepararsi alle reazioni avverse:

-Pallone Ambu



-Farmaci Per ANAFILASSI:

ADRENALINA: dose 0,01 mg/kg/dose i-m.

(se la soluzione è 0,5 mg/1 ml impostare la proporzione: $0,5: 1 = (\text{peso} \times 0,01): x$)

Quindi: Fai prima il $\text{PESO} \times 0,01 = \text{Risultato}$

$\text{Risultato}/0,5 = \text{Dose di Adrenalina da somministrare con Siringa da Insulina 1 ml}$)



TRIMETON: dose 0,25 mg/kg/dose (fiale 1 ml/10 mg)

FLEBOCORTID: dose 5 mg/kg/dose (fiale 2 ml/100 mg)-ripetibile dopo 6 ore

4- Somministrazione dei Vaccini

10 MINUTI MAX NELLO STUDIO DEL PLS



- Lettino con lenzuolini di carta a perdere
- Lavandino e asciugamani a perdere
- Sapone liquido
- Contenitori per rifiuti speciali
- Presidi medici per intervenire in caso di reazione grave

4- Somministrazione dei Vaccini

10 MINUTI MAX NELLO STUDIO DEL PLS

- Stampa e firma del consenso informato



MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Il/La sottoscritto/a cognome* _____ nome* _____
*(non devono essere forniti se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

sexso M F data nascita _____ luogo nascita _____ codice fiscale / ENI / STP _____

iscritto al SSR: SSR Lazio SSR altra Regione Straniero ENI o STP Altro

residente: nella regione Lazio in altra Regione all'estero

N.B.: se residente in Italia fornire i seguenti dati di residenza:

Via/Piazza _____ N _____

Comune di _____ tel _____

DICHIARA

Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
- benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
- non obbligatorieta di della vaccinazione antinfluenzale;

PERTANTO, ACCONSENTE/NON ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE,

	DATA	NOME E COGNOME (in stampatello)	FIRMA
ASSISTITO			
OP. SANITARIO			

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario:

Motivo della vaccinazione: _____

Luogo della vaccinazione: studio/ambulat. RSA altra strutt. Resid./semiresid. _____

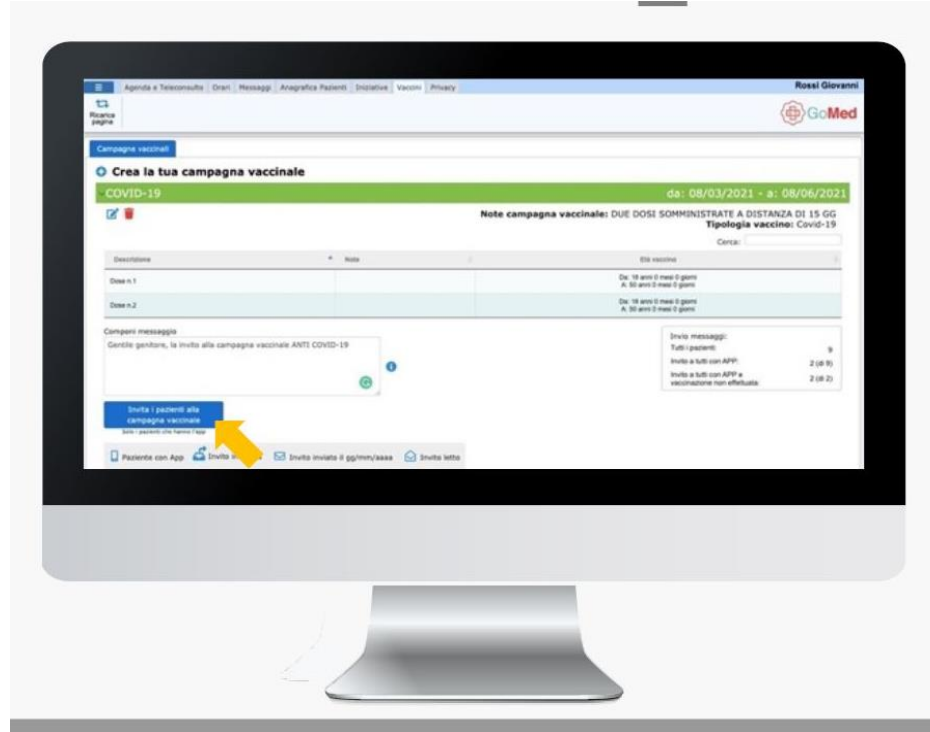
domicilio strutt. Osped. Per acuzie strutt. Osped. Post-acuzie
altro

Nome commerciale del vaccino: _____ lotto N. _____

4- Somministrazione dei Vaccini

10 MINUTI MAX NELLO STUDIO DEL PLS

- Registrazione del vaccino con il gestionale di studio



4- Somministrazione dei Vaccini

15 MINUTI IN SALA D'ATTESA

- La CdS verifica se I o II dose, fissa eventuale appuntamento dopo 4 settimane per II dose e tiene da parte la dose (bb. <9 aa che effettuano la vaccinazione antinfluenzale per la I volta in assoluto)
- «Ricompensa»: Attestato di Coraggio/adesivi e non solo....



5- Possibili problemi/urgenze

5.1 PRIMA DELLA VACCINAZIONE- Malattie Intercorrenti:

Presenza di tosse, raffreddore e/o febbre →

VANTAGGIO:
VISITARE IL PZ. E
DECIDERE SE VACCINARE
O NO



5- Possibili problemi/urgenze

5.2 DOPO LA VACCINAZIONE

-Epistassi: possibile dopo somministrazione del vaccino endonasale

Tamponamento della radice del naso a testa inclinata in avanti

-Episodio Lipotimico: possibile dopo somministrazione di vaccino i.m.

Manovra di Trendelenburg e misurazione della PA

- Episodio di Broncospasmo

Trattamento come da linee guida: Broncodilatatori e CS per os



5- Possibili problemi/urgenze

5.2 DOPO LA VACCINAZIONE- Reazione Avversa



- **Adrenalina**
- **Antistaminico**
(Trimeton®)
- **Cortisonico**
(Flebocortid®,
Solucortef®)
- **Broncodilatatore**
(Ventolin®,
Broncovaleas®)
- **Soluzione**
Fisiologica (flaconi
da 100/250 ml)

GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE

