

Obbligo di notifica di vaccinazione

In base all'art. 184 del T. U. Leggi Sanitarie (R.D. n. 1265 del 27 luglio 1934), il medico vaccinatore ha l'obbligo di notificare la vaccinazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente territorialmente, comunicando i seguenti dati del vaccinato:

- cognome e nome;
- Comune (o Nazione) di nascita;
- data di nascita;
- indirizzo di residenza per esteso (e di domicilio se diverso dal primo);
- tipo di vaccino somministrato;
- data della somministrazione;
- numero della dose, se si tratta di un ciclo vaccinale a due o più dosi.

Dal 2015 l'Azienda USL di Bologna ha adottato la **scheda di notifica della vaccinazione** di seguito riportata.

La notifica di vaccinazione consente l'aggiornamento dell'anagrafe vaccinale informatizzata e, di conseguenza, il rilascio di certificati vaccinali completi.

Inoltre è importante che il medico vaccinatore disponga di un sistema di registrazione delle vaccinazioni, preferibilmente informatizzato, in cui registrare anche il numero di lotto e la scadenza di ogni tipo di vaccino in uso.

Infine è altrettanto utile che il medico vaccinatore consegni al vaccinato un certificato o tesserino vaccinale che attesti l'avvenuta vaccinazione.

SCHEDA DI NOTIFICA DI VACCINAZIONE

all'U.O.S. Profilassi Malattie Infettive - Dipartimento di Sanità Pubblica – AUSL di Bologna

- CARATTERISTICHE DEL SOGGETTO VACCINATO -

Cognome e Nome _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nato/a _____ il _____	
Residente a _____ in via _____	
Domiciliato/a _____ in via _____	
Condizione sanitaria prevalente: (indicare il numero dal menù di pag. 2)	
Condizione di esposizione o rischio (se presente): (indicare il numero dal menù di pag. 2)	
Se non residente nell'AUSL di Bologna, specificare:	
Cittadinanza _____	
Cod. fisc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (o Codice STP, ENI, PSU, AS)	

- CARATTERISTICHE DELLA VACCINAZIONE SOMMINISTRATA -

<input type="checkbox"/> Antitetanica	<input type="checkbox"/> Antidiftotetanica	<input type="checkbox"/> Antiepatite B
<input type="checkbox"/> Antipneumococcica	<input type="checkbox"/> Antimeningococcica tetravalente coniugato (A, C, W135, Y)	
<input type="checkbox"/> Antimeningococcica B	<input type="checkbox"/> Antiemofilo tipo B	<input type="checkbox"/> _____ (specificare)
NOME COMMERCIALE _____		
Data di somministrazione		
Via di somministrazione:	intramuscolo <input type="checkbox"/>	sottocute <input type="checkbox"/>
	intradermica <input type="checkbox"/>	orale <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>
Sito di inoculazione:	deltoide sinistro <input type="checkbox"/>	deltoide destro <input type="checkbox"/>
	quadricipite coscia sinistra <input type="checkbox"/>	quadricipite coscia destra <input type="checkbox"/>
	altro <input type="checkbox"/>	

Il Medico Vaccinatore
(firma e timbro con C.F.)

N.B. SI PREGA DI COMPILARE IN MODO LEGGIBILE TUTTE LE VOCI

e di inviare per posta o fax o mail all'U.O.S. Profilassi Malattie Infettive, competente per territorio:

Distretto Città di Bologna fax 051 6079704 - profilassi@ausl.bologna.it

Distretto San Lazzaro di Savena fax 051 6224338 - profilassi@ausl.bologna.it

Distretti Pianura Est e Pianura Ovest fax 051 6644734 - mif.pianura@ausl.bologna.it

Distretti Reno, Lavino e Samoggia e Appennino Bolognese fax 051596977 - mif.montagna@ausl.bologna.it

Condizione sanitaria prevalente per cui la vaccinazione è raccomandata

- 00 *Nessuna indicazione*
- 01 *Asplenia funzionale e anatomica*
- 02 *Malattie degli organi emopoietici e emoglobinopatie (compresa talassemia e anemia falciforme)*
- 03 *Immunodeficienza congenita (deficit di linfociti B o T, del complemento, della properdina, dei toll-like receptors tipo 4 ecc.)*
- 04 *Infezione da HIV*
- 05 *Immunodepressione iatrogena (come terapia antineoplastica, terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi ecc)*
- 06 *Trapianto o in attesa di trapianto d'organo, di midollo o di cellule staminali*
- 07 *Neoplasie diffuse, leucemie, linfomi e mieloma multiplo*
- 08 *Malattie cardiovascolari croniche*
- 09 *Broncopneumopatie croniche compresa l'asma grave cronica e la fibrosi cistica*
- 10 *Insufficienza renale cronica e sindrome nefrosica*
- 11 *Cirrosi epatica, epatopatie croniche evolutive*
- 12 *Diabete mellito e altre malattie metaboliche*
- 13 *Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale*
- 14 *Malattie neurologiche o neuromuscolari*
- 15 *Soggetti con impianti cocleari*
- 16 *Perdita di liquido cerebrospinale da cause congenite o acquisite (ad es. frattura della base cranica, fistole liquorali)*
- 17 *Pazienti politrasfusi, emofilici ed emodializzati*
- 18 *Soggetti affetti da lesioni croniche eczematose e psoriasi che della cute delle mani*
- 19 *Persone riceventi concentrati di fattori della coagulazione*
- 20 *Vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti*
- 21 *Bambini pretermine e di basso peso alla nascita*
- 22 *Ferite sporche o lesioni aperte a rischio*
- 99 *Altra indicazione prevalente*

Condizione di esposizione o rischio

- 00 *Nessuna indicazione sociale*
- 01 *Operatore socio sanitario*
- 02 *Altra attività lavorativa a rischio*
- 03 *Ospiti di strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali*
- 04 *Viaggi all'estero*
- 05 *Frequenza comunità (es. asilo)*
- 06 *Contatti: comprende sia i contatti con casi di malattia (es. morbillo, epatite A, epatite B, ecc.) sia i contatti familiari di soggetti ad alto rischio*
- 07 *Soggetti con comportamenti a rischio (tossicodipendenti, alcolisti, soggetti alla prostituzione, omosessuali)*
- 08 *Detenuti*
- 09 *Donatori di sangue e midollo*
- 10 *Donne in gravidanza*
- 11 *Età >= 65 anni*
- 12 *Donne in età fertile*
- 13 *Adolescenti suscettibili per specifiche malattie infettive*
- 99 *Altra indicazione*

Obbligo di notifica di sospetta reazione avversa a vaccinazione (ADR)

Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse (ADR, Adverse Drug Reaction) costituiscono un'importante fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza. La normativa europea sulla farmacovigilanza richiede a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare qualsiasi sospetta reazione avversa (grave e non grave, nota e non nota).

Il Decreto del Ministero della Salute 30 aprile 2015⁴ ha ribadito l'obbligo di segnalare tempestivamente le sospette reazioni avverse da farmaci e da vaccini e ha definito i limiti di tempo entro cui gli operatori sanitari sono tenuti ad effettuare la segnalazione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) dell'AIFA.

In particolare:

- le sospette reazioni avverse da medicinali vanno segnalate entro 2 giorni da quando il medico o l'operatore sanitario ne viene a conoscenza;
- l'obbligo di segnalazione scende a 36 ore in caso di ADR da medicinali di origine biologica (inclusi i vaccini).

Come segnalare:

E' possibile effettuare una segnalazione spontanea di sospetta reazione avversa secondo una delle seguenti modalità:

- direttamente online sul sito www.vigifarmaco.it seguendo la procedura guidata;
- compilando la scheda (elettronica o cartacea) di seguito riportata, da inviare al Responsabile della Farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza oppure al Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) del medicinale che si sospetta abbia causato la reazione avversa. Sarà cura di quest'ultimo inoltrarla al Responsabile di Farmacovigilanza della struttura di appartenenza del segnalatore.

⁴ Decreto 30 aprile 2015. Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza. Ministero della Salute

