



## **Informativa per la vaccinazione contro il Papillomavirus (HPV – Human Papilloma Virus)**

### **Il Papilloma Virus (HPV)**

Il Papillomavirus umano (HPV) è un virus molto diffuso che si trasmette in particolare attraverso i rapporti sessuali, anche non completi. L'infezione è spesso asintomatica, per questo in molti casi chi ne è colpito non sa di esserlo, aumentando notevolmente il rischio di trasmissione del virus.

Tutte le persone sessualmente attive sono esposte al rischio di contrarre l'HPV. Nelle donne, generalmente, i picchi di infezione si registrano tra i 20 e i 30 anni di età, anche se il rischio di contrarre l'infezione non si annulla mai del tutto. Nei maschi, invece, l'infezione da HPV rimane elevata e costante nel corso di tutta la vita.

L'infezione da HPV è molto diffusa; di fatto circa 8 donne su 10 nel corso della loro vita entrano in contatto con il virus, che conta più di 100 varianti, di cui 13 definite ad alto rischio e collegate all'insorgenza di tumori (donne: tumore al collo dell'utero; donne e uomini: carcinomi orofaringei e genitali, condilomi) anche dopo decenni. Sebbene nella maggior parte dei casi, il virus viene eliminato dal sistema immunitario senza conseguenze per la salute, l'infezione persistente dell'HPV è riconosciuto come un importante fattore di rischio per la carcinogenesi dei tumori sopra menzionati.

### **Il vaccino**

Il vaccino anti HPV previene oltre il 90% dei tumori associati al Papilloma virus e può essere somministrato anche qualora l'infezione sia già in atto, perché aumenta le difese immunitarie del soggetto colpito e riduce il rischio di recidive tumorali. Di recente è disponibile un nuovo vaccino contro 9 ceppi di HPV (vaccino 9-valente), indicato in entrambi i sessi a partire, come previsto dalla scheda tecnica, dai 9 anni di età. Tuttavia, l'età consigliata per la vaccinazione è l'undicesimo anno di vita, perché in questa fascia di età il beneficio è massimo.

**La più importante modalità di prevenzione per le patologie HPV correlate durante l'adolescenza è la vaccinazione, maggiormente efficace prima dell'inizio dei rapporti sessuali.**

Il vaccino previene: le lesioni precancerose e cancerose del collo dell'utero, della vulva, della vagina, dell'ano, causate dai vari tipi oncogenici di Papilloma Virus Umano (HPV); lesioni genitali (condilomi acuminati) causati da tipi specifici di HPV. Il vaccino ha un buon profilo di sicurezza ed efficacia, è ben tollerato dalla maggior parte dei soggetti. Gli effetti collaterali che possono manifestarsi dopo la vaccinazione sono modesti e generalmente di breve durata, per lo più reazioni locali (arrossamento, gonfiore, indolenzimento o più raramente ematoma) o si può verificare un rialzo della temperatura corporea, cefalea e senso di affaticamento.

Il vaccino è gratuito nelle donne fino ai 26 anni e negli uomini fino ai 18. La vaccinazione è gratuita e raccomandata anche per gli adulti appartenenti alle categorie a rischio.

**SI RICORDA CHE IL VACCINO NON SOSTITUISCE LO SCREENING PERIODICO PER IL TUMORE AL COLLO DELL'UTERO (PAP TEST/HPV TEST).**

### **Modalità di somministrazione**

Tra gli 11 e i 14 anni inclusi, il vaccino 9-valente viene somministrato in due dosi mediante iniezioni intramuscolari nel deltoide (la parte alta del braccio) nell'arco di circa sei mesi. Dai 15 anni in poi, invece, il vaccino viene somministrato in tre dosi, sempre nell'arco di sei mesi.

### **Dove vaccinarsi**

La vaccinazione per HPV viene eseguita in tutti i centri vaccinali della ASP di riferimento

**Contatti istituzionali:** [epid@asptrapani.it](mailto:epid@asptrapani.it) ; [hpv@asptrapani.it](mailto:hpv@asptrapani.it)

**Per ulteriori informazioni:** <https://www.vaccinarsinsicilia.org/> ; <https://www.vaccinarsi.org/>;



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS (HPV) E SULLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE/RACCOMANDATE PREVISTE NEL CALENDARIO VACCINALE NEI MINORENNI**

In occasione dell'intervento informativo svolto presso la Scuola frequentata da Vostro/a figlio/a, i Medici dell'U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva dell'ASP di Trapani offrono la possibilità di eseguire la vaccinazione per i Vostri figli a seguito della compilazione del presente modulo di consenso informato

**Dati identificativi del soggetto vaccinando**

Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../...../.....

**Dati identificativi dei genitori**

**Padre:** Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../...../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

**Madre:** Nome.....Cognome.....  
Nata a.....il ...../...../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

**Eventualmente dati identificativi del Tutore**

Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../...../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

**Recapito telefonico di riferimento per inviare promemoria sulle vaccinazioni**

Tel/cell.....email:.....

**Eventuale esecuzione vaccinazione anti-HPV in precedenza**

1° dose..... 2° dose..... Centro di Vaccinazione.....

*Si raccomanda di portare il proprio libretto vaccinale in caso di consenso all'esecuzione della vaccinazione*

## Dichiarazione del consenso informato

---

Il/la sottoscritto/a .....  
in qualità di: padre  madre  tutore  del/la vaccinando/a

### DICHIARA

di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento, che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto. Inoltre, di avere ricevuto adeguate informazioni:

- sulla modalità di effettuazione della vaccinazione/i e la via di somministrazione del vaccino/i;
- sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione/i nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione/i;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione/i;
- sugli eventuali effetti collaterali della vaccinazione/i e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per acquisire ulteriori informazioni tramite mail indicate nella scheda informativa.

### *Dichiara, inoltre:*

- di aver riferito correttamente informazioni sullo stato di salute del vaccinando.

Dichiara infine:

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale 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 e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta
- NON ACCETTARE** liberamente e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta

Data...../...../..... Firma .....

