



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

### Informazioni sulla vaccinazione

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.

Esistono più di 100 tipi di HPV in natura, ognuno identificato con un numero. L'infezione da HPV è molto diffusa. Colpisce, infatti, 8 persone su 10 anche se, nella maggior parte dei casi, viene eliminata dal nostro sistema immunitario senza conseguenze per la salute.

Quando non è eliminata l'infezione persiste nell'organismo e alcuni tipi di HPV "ad alto rischio" possono essere causa, anche dopo decenni, dell'insorgenza del tumore del collo dell'utero (nelle donne), di carcinomi orofaringei e genitali sia nel maschio che femmina, nonché condilomi.

Di recente è disponibile un nuovo vaccino contro 9 ceppi di HPV (vaccino 9-valente), indicato in entrambi i sessi per l'impiego a partire dai 9 anni di età per la prevenzione di: lesioni precancerose e cancerose del collo dell'utero, della vulva, della vagina, dell'ano, causati da vari tipi oncogenici di Papillomavirus Umano (HPV); lesioni genitali (condilomi acuminati) causate da tipi specifici di HPV. Il vaccino ha un buon profilo di sicurezza ed efficacia; inoltre, non contiene il virus, né sue particelle, quindi non può in alcun modo causare infezioni o malattie da HPV.

### La più importante modalità di prevenzione per le patologie HPV correlate durante l'adolescenza è la vaccinazione, maggiormente efficace prima del debutto sessuale.

Dal momento che i vaccini non proteggono da tutti i tipi di HPV, è comunque importante per le donne, continuare a sottoporsi a controlli regolari con il Pap-Test/HPV-Test anche dopo la vaccinazione. Lo screening per il tumore del collo dell'utero è raccomandato a partire dai 25 anni di età.

#### Effetti collaterali

Le ricerche e la vasta esperienza già maturata sul campo hanno evidenziato che il vaccino ha un buon profilo di sicurezza ed è ben tollerato. Gli effetti collaterali più comuni dopo la vaccinazione consistono in reazioni locali (arrossamento, gonfiore, dolore o, più raramente, prurito ed ematoma) nella zona in cui è stato inoculato il vaccino.

Talora, si possono verificare un rialzo della temperatura corporea, cefalea e senso di affaticamento, ma generalmente sono sintomi di modesta entità e di breve durata.

Inoltre, seppure molto raramente, dopo la vaccinazione è possibile – come per ogni tipo di farmaco e per qualsiasi sostanza estranea all'organismo – il verificarsi di reazioni allergiche cutanee (come orticaria) o respiratorie (come broncospasmo).

#### Controindicazioni

È opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati importanti dal medico. Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino. La vaccinazione deve essere sospesa in coloro che hanno manifestato una reazione allergica o gravi reazioni avverse riferibili ad una precedente somministrazione del vaccino. Inoltre, poiché i dati clinici attualmente disponibili sono insufficienti per raccomandare la vaccinazione contro l'HPV durante la gravidanza, la vaccinazione va posticipata al termine della stessa.

#### 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.

#### Contatti istituzionali:

Dott. Gaspare Canzoneri (ASP Trapani): [uocspemp@asptrapani.it](mailto:uocspemp@asptrapani.it)

Dott. Vincenzo Di Gaetano (ASP Trapani): [epid@asptrapani.it](mailto:epid@asptrapani.it)



**MODULO DI ANAMNESI E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLA  
VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS (HPV)**

A seguito 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

**Dati identificativi del soggetto vaccinando**

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il ...../...../.....

**Dati identificativi dei genitori / tutore**

**Padre:** Nome.....Cognome.....

Nato a.....il ...../...../.....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../...../.....

**Madre:** Nome.....Cognome.....

Nata 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.....

ANAMNESI PRE-VACCINALE HPV (da compilare a cura del genitore/tutore prima della vaccinazione)	
1. Sta bene attualmente?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare quale malattia.....	
3. Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare.....	
4. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare quale.....	
5. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
6. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, si è trattato di reazioni importanti? Quali? .....	
	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

7. Allergie gravi (anafilassi) connessi ad alimenti o farmaci?	
Se sì, specificare.....	
8. Ha o ha avuto coagulopatie?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Se sì, specificare.....	
9. Per le donne, è in gravidanza o potrebbe esserlo?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
10. Ha mai avuto svenimenti/sincope in occasione di prelievi o vaccinazioni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

### 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 .....

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

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. (SPEMP) Sanità Pubblica, Epidemiologica e Medicina Preventiva

Via Amm. Staiti, 95 – Trapani

Tel. 0923543011 – Fax 092326363

Mail: [epid@asptrapani.it](mailto:epid@asptrapani.it)

## FAQ - Vaccinazione contro l'HPV (scuola secondaria di I grado)

### 1) Cos'è l'HPV e come si trasmette?

Il Papillomavirus umano (HPV) è molto diffuso e si trasmette principalmente per via sessuale, anche con contatti incompleti. Spesso l'infezione è asintomatica: chi è infetto può non saperlo e trasmetterla.

### 2) Cos'è il vaccino contro l'HPV? Chi può farlo?

È un vaccino inattivato che protegge da 9 tipi di Papillomavirus umano: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. Il vaccino è somministrabile da 11 anni compiuti. È un vaccino sicuro ed efficace.

### 3) Da quali malattie protegge?

Previene lesioni precancerose e cancerose del collo dell'utero, vulva, vagina, ano e alcuni tumori dell'orofaringe; riduce in parte il rischio di condilomi e verruche.

### 4) Il vaccino contro l'HPV può causare l'infezione?

No. È un vaccino composto da alcuni particelle simil-virali (VLP), che inducono la risposta immunitaria ma che non possono causare infezioni o malattie correlate all'HPV.

### 5) Perché farlo a 11-14 anni e a scuola?

Perché il vaccino funziona meglio prima dell'inizio dell'attività sessuale. Inoltre, dai 15 anni è prevista una dose aggiuntiva. La scuola permette un'offerta universale, riducendo disuguaglianze e fornisce un'opportunità semplice e gradita da molti genitori, che non debbono accompagnare il figlio/a nei centri vaccinali o dai MMG/PLS.

### 6) È per ragazze o anche per ragazzi?

Sì, per **entrambi**. Protegge direttamente i/le ragazzi/e, contribuisce alla protezione di comunità.

### 7) Quante dosi servono?

- **2 dosi** per chi inizia **prima dei 15 anni** (0 e 6-12 mesi).
  - **3 dosi** se si inizia **dai 15 anni** in su (0, 1-2, 6 mesi).
- Se si salta una dose, **non si ricomincia**: ma occorre **completare** il ciclo.

### 8) Dove e come si somministra?

Nel **muscolo deltoide** (braccio). A scuola la somministrazione è a cura del personale sanitario ASP; in alternativa presso centro vaccinale, PLS o MMG aderenti.

### 9) È sicuro?

Sì. Effetti attesi **lievi e transitori** più frequenti sono dolore/rossore al sito di inoculazione, meno frequentemente febbre, stanchezza, mal di testa transitori. Eventi gravi sono estremamente **rari**, per tale motivo è un vaccino di riferimento per sicurezza ed efficacia.

### 10) Ci sono controindicazioni/precauzioni?

- Allergia grave (anafilassi) a componenti del vaccino (es. eccipienti) o a una dose precedente;
- In caso di **Febbre**/malattia acuta moderata-severa → si **rinvia**;
- **Gravidanza**: non indicato per assenza di studi di sicurezza; se scoperta dopo una dose, si **rimandano** le successive.

**11) Raffreddore o antibiotici: si può vaccinare comunque?**

Con raffreddore lieve senza febbre spesso sì; la valutazione viene eseguita durante il triage sanitario. La maggior parte delle terapie (es. antibiotici) non controindica la vaccinazione. Segnalare sempre i farmaci al triage; decide il sanitario.

**12) È immunodepresso/a: può farlo?**

Sì, il vaccino **non è vivo**; tuttavia schema e **tempistica** vanno valutati dal medico.

**13) Interferisce con fertilità o crescita?**

**No.** Non influisce su **fertilità**, sviluppo o pubertà.

**14) Se ho il ciclo mestruale, posso effettuare la vaccinazione?**

**Sì**, non è una controindicazione. In caso di dismenorrea o malessere associato al ciclo, si consiglia di posticipare la somministrazione.

**15) È utile vaccinarsi anche quando si è più grandi?**

La vaccinazione è più efficace prima del debutto sessuale, tuttavia c'è **beneficio** anche se l'esposizione potrebbe essere già avvenuta; la protezione è importante per i tipi **non ancora incontrati**.

**16) È compatibile con altri vaccini?**

Sì, la **co-somministrazione** è possibile secondo indicazioni vigenti. Il team sanitario consiglia caso per caso.

**17) Quanto dura la protezione?**

Gli studi mostrano **risposte immunitarie durature**; non sono attualmente previsti richiami di routine nelle coorti adolescenti.

**18) Le ragazze vaccinate devono comunque aderire allo screening in età adulta?**

**Sì**, lo screening è sempre fondamentale per prevenire le patologie tumorali HPV correlate. E la vaccinazione non sostituisce lo screening.

**18) Dopo la vaccinazione può tornare a lezione/sport?**

Sì, rientro **immediato** a lezione. Per attività sportiva intensa meglio rimandare, se non si sente al 100%.

**19) Cosa fare per eventuali disturbi?**

Impacchi freddi sul braccio, idratazione, riposo; blando antinfiammatorio al bisogno. Per sintomi importanti o persistenti → PLS/MMG e canale ASP.

**20) È a pagamento?**

**No**, l'offerta gratuita è prevista per tutti i ragazzi e le ragazze a partire dagli 11 anni d'età, con gratuità estesa a vita per le donne nate dal 1996 in poi e per gli uomini nati dal 2003 in poi.

**21) Serve il consenso? Come vengono gestiti i dati?**

**Sì**: va compilato e restituito prima della seduta al docente referente. I dati sono registrati sui sistemi regionali (AVUR) e trattati secondo GDPR.

**22) Se il giorno della seduta a scuola mio figlio è assente o indeciso?**

Non sono previste sedute di recupero a scuola, tuttavia si potrà programmare la vaccinazione presso il centro vaccinale di riferimento.

**23) A chi rivolgersi per dubbi clinici?**

Al **Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia** e al **referente sanitario** indicato nella comunicazione scuola-ASP.