

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Dipartimento di Sanità Pubblica</p>	<p><b>CONSENSO INFORMATO PER IL VACCINO PNEUMOCOCCICO CONIUGATO 20 VALENTE</b></p>	<p>Rev. 02 del 28/06/2022</p> <p>MR PD09_27</p> <p>Pagina 1 di 2</p>
--	--	--

Lo pneumococco è un batterio spesso presente nella gola e nel naso di persone sane che può causare malattie delle prime vie aeree non gravi come otiti, sinusiti e bronchiti. In alcuni casi i batteri si possono localizzare in distretti del corpo in cui non sono normalmente presenti (sangue, liquor, polmoni), causando malattie invasive come meningite, sepsi e polmonite batteriemia. Le forme invasive possono essere molto gravi e in alcuni casi fatali.

Le malattie invasive da pneumococco sono più frequenti in bambini sotto i 4 anni, negli anziani e in persone con patologie che indeboliscono il sistema immunitario.

Esistono circa 90 tipologie differenti di pneumococco, chiamate sierotipi. I vaccini attualmente disponibili contengono i sierotipi responsabili della maggior parte dei casi di malattie invasive da pneumococco che si verificano in Europa.

**LA VACCINAZIONE** viene effettuata mediante vaccino polisaccaridico coniugato con la proteina difterica CRM197 somministrato per via intramuscolare o sottocutanea. Il vaccino coniugato è in grado di stimolare efficacemente il sistema immunitario e di mantenere la memoria della vaccinazione per più tempo. Quando indicato, per gli adulti è prevista una singola dose di vaccino, tranne per le persone che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali ematopoietiche per le quali è previsto un ciclo a tre dosi.

Per garantire il massimo di copertura possibile rispetto al rischio di malattie invasive da pneumococco per gli adulti con patologie croniche, i programmi vaccinali attualmente in vigore prevedono un'offerta sequenziale dei vaccini antipneumococcici disponibili che prevede la vaccinazione antipneumococcica coniugata 20 valente somministrata per prima, per stimolare il sistema immunitario, seguita a distanza di almeno 8 settimane dal vaccino polisaccaridico 23 valente.

**CHI DOVREBBE VACCINARSI** La vaccinazione è consigliata nelle persone con patologie che aumentano il rischio di forme gravi di infezione da pneumococco: deficit immunitari congeniti o acquisiti, forme rare di anemia congenita, mancanza o cattivo funzionamento della milza, diabete, malattie croniche cardiache, respiratorie, renali e del fegato, malattie oncologiche, trapianto di organi solidi o di cellule staminali ematopoietiche, terapia immunosoppressiva, obesità con BMI >30, alcolismo cronico e tossicodipendenza. Dal 2017 è prevista l'offerta della vaccinazione a tutte le persone al compimento del 65esimo anno di età.

**EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE** Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia delle vaccinazioni antipneumococciche nel prevenire le polmoniti e le malattie invasive associate ai sierotipi contenuti nel vaccino. La vaccinazione non offre protezione per le malattie da pneumococco causate da sierotipi non contenuti nel vaccino. L'efficacia della vaccinazione e la durata della protezione possono essere ridotte in persone anziane e immunodepresse. La sinergia con il vaccino polisaccaridico 23 valente amplia il numero di sierotipi verso cui si induce la protezione.

**CONTROINDICAZIONI** Le vaccinazioni contro lo pneumococco non possono essere somministrate a persone allergiche al vaccino o ai suoi componenti.

**POSSIBILI REAZIONI ALLA VACCINAZIONE** Dopo la vaccinazione possono presentarsi febbre, dolore e gonfiore nel sito di iniezione, dolori articolari o muscolari, transitoria difficoltà a muovere il braccio, vomito, affaticabilità. Più raramente sono stati segnalati ingrossamento dei linfonodi o fenomeni allergici. In caso di effetti collaterali importanti a seguito della vaccinazione, si raccomanda di segnalare il fatto al proprio Medico e all'ambulatorio vaccinale di riferimento.



**CONSENSO INFORMATO PER IL  
VACCINO PNEUMOCOCCICO  
CONIUGATO 20 VALENTE**

Io sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tutore/Amministratore di sostegno di Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**DICHIARO:**

- di essere stato informato rispetto ai rischi e ai benefici della vaccinazione contro lo **PNEUMOCOCCO CON VACCINO CONIUGATO 20 VALENTE** e a quelli che potrebbero derivare dalla mancata vaccinazione
- di aver ricevuto risposta alle richieste di chiarimenti
- di essere stato informato della necessità di trattenermi nel servizio, seduto in sala d'attesa, per 15 minuti dopo la vaccinazione
- di avere ricevuto materiale informativo scritto relativo alla vaccinazione sopraindicata
- di aver ben compreso le informazioni che mi sono state fornite (a voce e con documenti scritti specifici) in ordine alle mie condizioni cliniche e ai rischi connessi alla vaccinazione sopraindicata

**ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE CONTRO LO PNEUMOCOCCO CON VACCINO CONIUGATO 20 VALENTE**

**NON ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE CONTRO LO PNEUMOCOCCO CON VACCINO CONIUGATO 20 VALENTE**

Data \_\_\_\_\_

**Firma leggibile dell'interessato/esercente la potestà parentale/tutore**

\_\_\_\_\_

Eventuali osservazioni del Medico Referente per la seduta vaccinale

Firma:

Firma dell'operatore sanitario che raccoglie anamnesi e  
consenso

Firma dell'operatore sanitario che vaccina (se diverso da quello  
che ha acquisito il consenso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Spazio per apporre la fustella del vaccino**