REGIONE PIEMONTE

BIELLA CITTÀ CREATIVA UNESCO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Via Don Sturzo 20 – 13900 BIELLA
Direttore: Dott. Damiano Mones
Tel. 015-15159255 Fax. 015-15159222

VACCINATI CONTRO IL PAPILLOMA VIRUS UMANO (HPV)

L'infezione da papilloma virus umano è una patologia a trasmissione sessuale molto diffusa che coinvolge il 40% della popolazione mondiale di entrambi i sessi. E' stato stimato che almeno il 70-75% della popolazione (donne e uomini) contragga l'HPV almeno una volta nella vita, anche se nella maggior parte dei casi l'infezione è transitoria.

Se ne conoscono oltre 130 sierotipi in grado d'infettare l'uomo, la maggior parte di questi causa lesioni come le verruche comuni, spesso localizzate a livello di mani e piedi. Circa 40 tipi però possono infettare le mucose in particolare ano-genitali e oro-faringee, causando verruche veneree note come condilomi acuminati o creste di gallo la cui evoluzione non è sempre benigna.

Per questo motivo i sierotipi che infettano le mucose vengono classificati:

- a basso rischio" (detti anche "a basso potenziale oncogeno", sierotipo 6 e 11) responsabili di lesioni genitali benigne a basso rischio di trasformazione maligna, responsabili del 90% delle verruche veneree
- ad alto rischio (oncogeni, sierotipo 16 18 45, 31, 33, 52, 58 e 35) che sono fortemente associati a trasformazioni cellulari precancerose (chiamate displasie) responsabili del 70% dei tumori della cervice uterina oltre che dei tumori della regione ano-genitale (vulva, vagina e pene)

Il carcinoma del collo dell'utero è la lesione più temibile tra quelle associate all'infezione da HPV per gravità e frequenza. Esso infatti è il secondo tumore più frequente nel sesso femminile con circa 500000 nuovi casi all'anno e 250000 decessi nel mondo. In italia nel 2020 sono stati stimati 2500 nuovi casi l'anno con 1000 decessi.

E' il primo tumore riconosciuto dall'OMS come totalmente riconducibile ad un'infezione

La prevenzione si può attuare attraverso:

- lo screening utilizzando il Pap-test o HPV-DNA (raccomandato ogni 3 anni per le donne tra i 25 e i 64 anni), che consente di riconoscere precocemente e di trattare le atipie cellulari che precedono il cancro del collo dell'utero
- la vaccinazione

VACCINAZIONE : La vaccinazione prevede l'impiego di un vaccino nove valente che raggiunge il massimo della sua efficacia se somministrato prima dell'inizio dell'attività sessuale.

In Piemonte la campagna vaccinale offre attivamente e gratuitamente la vaccinazione a tutti i nati (maschi e femmine) a partire dal 2010.

La campagna vaccinale prevede la somministrazione di due dosi a distanza di 6 mesi; somministrate per via intramuscolare nel deltoide del braccio

Gli effetti collaterali più comuni post vaccinazione sono rappresentati da dolore e arrossamento in sede di inoculo, cefalea e febbre.

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Via Don Sturzo 20 – 13900 BIELLA

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dipartimento di Prevenzione
ASL Biella

DELEGA PER VACCINAZIONI DI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____
genitore di_____nato il_____/_____/ _____
delega il/la_____ad accompagnare il/la suddetto/a figlio/a per essere sottoposto/a alla/e Vaccinazione/i in appuntamento per il giorno_____/_____/ _____

A tal fine dichiara di aver ricevuto e letto la scheda informativa relativa alla/e vaccinazione/i in appuntamento e di fornire il proprio consenso. Comunica inoltre di essere raggiungibile, in caso di bisogno, durante la fascia oraria prevista per la vaccinazione, al seguente numero telefonico _____

Dichiara ancora che il/la suddetto/a figlio/a:

	SI	NO
Oggi sta bene il bambino?		
Ha o ha avuto malattie importanti?		
Se si specificare se		
• Malattia neurologica		
• Malattia con immunodeficienza		
Ha mai avuto convulsioni?		
Se si specificare se		
• Con febbre?		
• Senza febbre?		
Negli ultimi 3 mesi ha preso farmaci in modo continuativo?		
Se si specificare se		
• Cortisonici ad alte dosi		
• Antitumorali		
Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto/a a radioterapia?		
Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?		
E' allergico/a a qualche:		
• Alimento?		
• Farmaci?		
• Vaccino?		
Se si trattasi di un vaccino o di un componente specificare quale:		
Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?		
Se si, si è trattato di reazioni importanti?		

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara sotto la propria responsabilità, di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la patria potestà.

Data_____/_____/ _____

Firma del genitore _____

DEVE ESSERE ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL GENITORE DELEGANTE

N.B.: Per eventuali chiarimenti o altre necessità telefonare al n. 01515159261
dalle ore 08. 30 alle ore 10.30 nei giorni feriali.