

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea Infermieristica

Presidente Prof. A. Azara

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA
PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DEL
CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA
ASSOCIATO AD HPV ALL'INTERNO DEI
CONSULTORI**

RELATORE:

PROF.SSA IVANA MAIDA

TESI DI LAUREA DI:

GIULIA MARIA SAU

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

Questo percorso si conclude.

C'è stato tutto e il contrario di tutto.

Ringrazio di cuore la mia relatrice, la Professoressa Ivana Maida,

che mi ha aiutata e seguita nella redazione dell'ultima fatica,

con disponibilità, pazienza, gentilezza e versatilità.

Che mi ha fatto entusiasmare ed appassionare al compito scelto.

Ringrazio i miei genitori. Senza di loro, io non potrei essere qui.

Ringrazio tutti i docenti incontrati, per la loro dedizione e il loro

impegno a farci riflettere, a responsabilizzarci e a formare

infermieri degni di questo nome.

È presto tempo di partire per un'altra meta.

Nuovi progetti. Nuove sfide. Nuovi orizzonti.

Siamo qui per questo.

Che il futuro ci sorrida.

Giulia Maria Sau

INDICE

Introduzione	pg 6
1. Papilloma virus	pg 9
• 1.1 Descrizione	
• 1.2 Classificazione	
• 1.3 Trasmissione	
• 1.4 Epidemiologia	
• 1.5 Cancerogenicità dell'HPV	
2. Carcinoma della cervice uterina	pg 14
• 2.1 Definizione di cervice	
• 2.2 Tipologie dei tumori della cervice	
• 2.3 Evoluzione del carcinoma	
• 2.4 Fattori di rischio	
3. Diffusione e Prevenzione dei tumori del collo dell'utero.....	pg 17
• 3.1 Prevenzione Primaria	
• 3.2 Prevenzione secondaria	
• 3.3 Prevenzione Terziaria	
4. Piano Nazionale della Prevenzione	pg 25

- 4.1 Screening dei tumori
- 4.2 Fasi dello Screening
- 4.3 L'esame di screening, il PAP TEST

5. Manifestazioni Cliniche pg 31

6. Diagnosi pg 32

7. Trattamento pg 34

- 7.1 La chirurgia
- 7.2 La radioterapia
- 7.3 La chemioterapia

8. La vaccinazione pg. 36

- 8.1 Gli obiettivi
- 8.2 Superamento delle differenze territoriali
- 8.3 La vaccinazione contro HPV
- 8.4 Perché vaccinarsi?
- 8.5 I vaccini contro il Papillomavirus
- 8.6 Il nuovo alleato nella prevenzione vaccinale: il vaccino 9-valente
- 8.7 Il vaccino 9-valente: chi è?
- 8.8 Indicazioni del vaccino 9-valente

- 8.9 Efficacia
- 8.10 La durata della protezione

9. La copertura vaccinale pg 51

- 9.1 La campagna vaccinale nel territorio
- 9.2 Uno sguardo alla realtà del Nord Sardegna
- 9.3 La protezione nelle donne adulte (età >25 anni)

10. Promozione della salute e prevenzione pg 57

- 10.1 Gli infermieri e il loro ruolo nella promozione della salute

11. Il ruolo dei consultori nella prevenzione pg 64

- 11.1 Il servizio consultoriale: prevenzione dei tumori genitali femminili
- 11.2 Il consultorio nell'educazione sessuale e sensibilizzazione dei giovani

12. L'assistenza infermieristica pg 69

13. Aspetto bio-psico-sociale del malato affetto da tumore:
interventi infermieristici pg 72

Conclusioni pg 75

Bibliografia pg 77

Sitografia pg 78

INTRODUZIONE

L'idea di stilare una tesi sulla prevenzione e trattamento del tumore dell'utero si basa su due motivi principali: innanzitutto è un tumore che interessa il mondo femminile, quindi mi riguarda non solo come infermiera ma anche come donna; il secondo motivo, invece, si basa sul fatto che vorrei mettere in risalto non solo il classico ruolo assistenziale dell'infermiere, ma anche la funzione educativa di cui tale professione è investita.

Tutta l'assistenza infermieristica è orientata al mantenimento e al ripristino della salute, alla prevenzione della malattia e ad assistere le persone che devono adattarsi agli effetti residui della patologia.

L'infezione virale da Papillomavirus (o HPV) è una delle infezioni più comuni che si possano riscontrare nella donna e che spesso può portare a conseguenze infauste come il tumore della cervice uterina. In quanto infermiera so benissimo che il mio ruolo riveste un'importanza considerevole specialmente nei consultori.

Il ruolo dell'infermiere è quello di informare la donna su quest'infezione e sul fatto che esiste una cura più o meno radicale che passa dal vaccino al trattamento chirurgico con tutte le metodiche postume.

La prevenzione gioca un ruolo di primaria importanza perché per quanto riguarda la vaccinazione, ad esempio, io infermiera mi rivolgerò a pazienti adolescenti che non hanno ancora avuto il primo rapporto sessuale e quindi è un argomento molto delicato.

La sfera psicologica richiede un'attenzione notevole perché prima si interviene e più probabilità ci sono che le complicanze più gravi non si presentino.

Il vaccino è la strategia principale per ridurre complicanze future, e va ricordato che può essere veramente efficace se somministrato alle donne che non hanno ancora avuto il loro primo rapporto sessuale.

La scienza medica di recente ha messo a disposizione vaccini via via sempre più sofisticati e più efficienti e i casi di tumore della cervice uterina come conseguenza di un'infezione da HPV stanno calando.

A livello nazionale sono state promosse numerose campagne per spingere un maggior numero di donne a vaccinarsi e a livello regionale ciascuna Regione ha attivato iniziative per sensibilizzare la popolazione riguardo questo delicato argomento.

L'infermiere a questo punto che ruolo ha nella gestione dell'infezione da Papillomavirus? Sicuramente ha un ruolo di promotore della prevenzione che può essere primaria (nel caso di un vaccino per le adolescenti), secondaria (quando l'infezione si è realizzata e quindi nei controlli ciclici come il Pap-Test) oppure terziaria (quando a seguito della diagnosi di tumore segue la donna durante l'iter operatorio e in seguito quando dovrà sottoporsi a cicli di chemioterapia e/o di radioterapia, andando a supportare la donna dal punto di vista psicologico).

Ultimamente è emerso che anche l'uomo non è esente da complicanze a seguito di un'infezione da HPV, quindi recenti campagne vaccinali hanno invitato anche gli uomini al vaccino coprendo così ambo i sessi da questo virus.

Spesso dimentichiamo che il nostro più importante ruolo lo svolgiamo in mezzo alle persone dove un consiglio, una parola gentile o un suggerimento può essere di grande aiuto e aumentare la consapevolezza potrebbe, in un futuro possibilmente non troppo remoto, ridurre i casi di tumore della cervice uterina causati da HPV quanto più vicini al valore minimo.

Solo il tempo e il costante impegno nel dare il nostro contributo potrà darci risposta, ma se questo potrà diventare una realtà tangibile almeno il nostro ruolo di infermiere della prevenzione avrà dato un grande contributo.

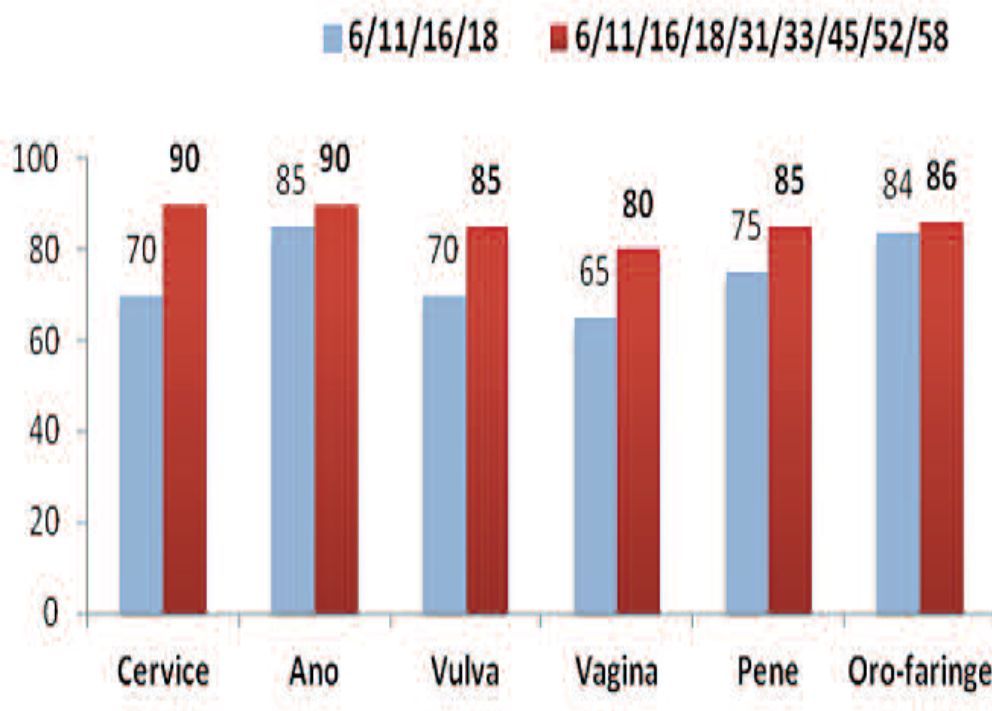
1. IL PAPILOMA VIRUS

1.1 Descrizione: I Papillomavirus (HPV) sono piccoli virus a DNA appartenenti alla famiglia dei *Papillomaviridae*, che infettano i tessuti epiteliali delle mucose e dell'epidermide inducendo lesioni proliferative quali verruche a livello di mani e piedi e condilomi a livello del tratto genitale, labiale e respiratorio. A tutt'oggi sono stati identificati circa 150 differenti sierotipi che infettano sia l'uomo che gli animali e, tra questi, circa 35-40 infettano il tratto ano-genitale. L'infezione da Papilloma virus umano (HPV) è l'infezione sessualmente trasmessa più diffusa in entrambi i sessi.

1.2 Classificazione: Il Papillomavirus (HPV) è un gruppo di virus comuni in tutto il mondo: ci sono circa 150 tipi di HPV, di cui almeno 12 sono stati riconosciuti come oncogeni dalla *International Agency for Research on Cancer*. Sono divisi in 16 gruppi designati progressivamente con le lettere da A a P in base alle omologie di sequenza del DNA. È inoltre possibile classificare i Papillomavirus in cutanei e mucosi in base al tessuto per cui sono specifici. In base al loro potenziale oncogeno gli HPV sono classificati in sierotipi a basso rischio (tipi **6, 11**, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108), i quali principalmente colpiscono la cute causando lesioni ano-genitali benigne, verruche o condilomi, e sierotipi ad alto rischio che colpiscono le mucose (tipi **16, 18**, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, e 59), associati a cancro ano-genitale e a più del 90% dei tumori cervicali. L'*Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro* (Iarc) ha confermato l'evidenza oncogena per 12 tipi di HPV. Alcuni sierotipi hanno una tendenza a progredire in cervicocarcinoma

maggiore di altri. Si stima, infatti, che HPV 16 e HPV 18 siano responsabili di oltre il 70% dei casi di questo tumore. Includendo anche i sierotipi di HPV 45, 31, 33, 52, 58 e 35 sono coperti quasi il 90% dei tumori della cervice. I sierotipi di HPV a basso rischio sono associati a lesione benigne come i condilomi genitali. L'HPV 16 e 18 causano circa il 70% dei tumori del collo dell'utero e delle lesioni cervicali precancerose.

Nel grafico, vediamo la prevalenza e contributo dei tipi HPV 6, 11, 16, 18 e dei tipi HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 e 58.



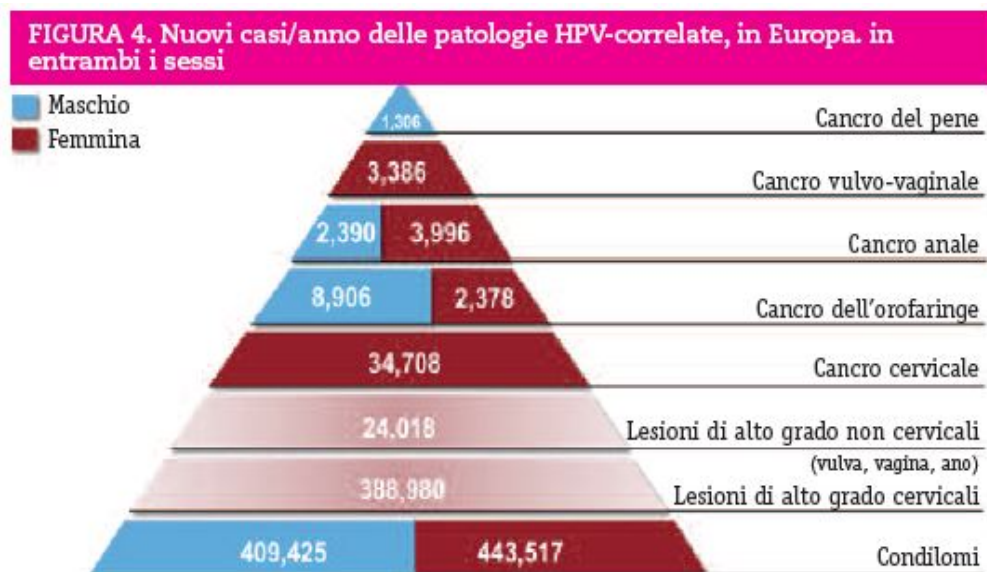
1.3 Trasmissione: HPV si trasmette e si contrae attraverso il contatto diretto (sessuale, orale e cutaneo) con cute o mucose o in luoghi poco puliti (ad esempio bagni pubblici non disinfettati a norma). Il virus non è invece presente in liquidi biologici quali sangue o sperma. Il rischio di contrarre una infezione da HPV aumenta con il numero dei partner sessuali, ed è massimo tra i giovani adulti (20-35 anni). Il virus è più frequentemente isolabile tra le popolazioni

promiscue e in condizioni precarie di igiene. L'uso del profilattico non pare avere azione protettiva completa in quanto l'infezione è spesso diffusa anche alla cute della vulva e del perineo, ed anche i microtraumi che avvengono durante i rapporti sessuali potrebbero favorire la trasmissione. La trasmissione attraverso contatti genitali non penetrativi è possibile, pertanto l'uso del preservativo, sebbene riduca il rischio di infezione, non lo elimina totalmente dal momento che il virus può infettare anche la cute non protetta dal profilattico. Numerosi studi concordano nel ritenere la giovane età, il numero dei partner sessuali e la giovane età al momento del primo rapporto sessuale, i fattori di rischio più rilevanti per l'acquisizione dell'infezione da HPV.

1.4 Epidemiologia: L'infezione da HPV è molto frequente nella popolazione, si stima infatti che fino all' 80% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV, con un picco di prevalenza nelle giovani donne fino a 25 anni di età. Si calcola inoltre che la grande maggioranza di queste infezioni è destinata a scomparire spontaneamente nel corso di pochi mesi grazie al sistema immunitario. La storia naturale dell'infezione è fortemente condizionata dall'equilibrio che si instaura fra ospite e virus. Esistono, infatti, tre possibilità di evoluzione dell'infezione da HPV: regressione, persistenza e progressione. Solo in caso di persistenza nel tempo di infezioni di HPV ad alto rischio oncogeno è possibile, in una minoranza dei casi e nel corso di parecchi anni, lo sviluppo di un tumore maligno del collo uterino. La maggior parte delle infezioni da HPV è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno. Il 60-90% delle infezioni da HPV, incluse quelle da tipi oncogeni, si

risolve spontaneamente entro 1-2 anni dal contagio. La persistenza dell'infezione virale è invece la condizione necessaria per l'evoluzione verso il carcinoma. In questo caso, si possono sviluppare lesioni precancerose che possono progredire fino al tumore della cervice. In caso di infezione persistente, il tempo che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose è di circa 5 anni, mentre la latenza per l'insorgenza del carcinoma cervicale può essere di decenni (20-40 anni).

Il fumo di sigaretta, l'uso di contraccettivi orali, l'elevato numero di parti, la presenza di altre malattie sessualmente trasmesse sono co-fattori nella carcinogenesi cervicale, favorendo la progressione da infezione a lesioni preneoplastiche.



1.5 Cancerogenicità dell'HPV: Una volta che l'HPV entra dentro la cellula fa sintetizzare alla cellula infettata due proteine chiamate E6 e E7, che si legano e inibiscono la RB protein (una proteina che serve a regolare la mitosi cellulare), causando divisioni cellulari incontrollate. Proprio questi cambiamenti permettono al virus di diffondersi. Complessivamente l'elevata prevalenza e la breve durata della maggior parte delle infezioni indicano che l'infezione da HPV è un evento comune, di cui il cervicocarcinoma rappresenta un esito raro. Tuttavia, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, di recente aggiornati, esso rappresenta il secondo tumore più frequente nel sesso femminile, con una stima di 530.000 nuovi casi all'anno e 274.000 decessi nel mondo nel 2012 (la maggior parte dei quali, circa l'86%, nei Paesi in via di sviluppo), anno in cui ha rappresentato il 7,5% di tutte le morti per tumore femminile. Nel 2012 si stima che in Italia si siano verificati circa 1500 nuovi casi di cervicocarcinoma e 700 decessi, con una riduzione di circa il 30% rispetto al 2002. Inoltre, i tipi oncogeni di HPV, oltre ad essere responsabili della totalità dei tumori della cervice uterina, sono responsabili di circa il 90% dei tumori dell'ano, 70% dei tumori della vagina, 50% dei tumori del pene e 40% dei tumori della vulva. L'HPV risulta inoltre responsabile del 26% dei tumori dell'orofaringe (inclusi i tumori delle tonsille e della base della lingua). Studi epidemiologici hanno rilevato DNA di HPV a basso rischio nel 100% dei condilomi ano-genitali, attribuibili nella maggior parte dei casi ad HPV 6 e HPV 11. Anche il 100% dei casi di papillomatosi respiratoria giovanile ricorrente sono attribuiti ad HPV 6 e 11 nella quasi totalità dei casi.

2. CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

L'utero è l'organo dell'apparato femminile dove viene accolto e si sviluppa l'embrione nel corso della gravidanza. Ha la forma di un imbuto rovesciato ed è formato da due parti principali: la parte superiore chiamata “corpo” e l'estremità inferiore detta “collo” o “cervice”.

2.1 Definizione di cervice: La cervice uterina è in diretto collegamento con la vagina e può essere suddivisa in due parti dette endocervice (quella più vicina al corpo dell'utero) ed ectocervice (quella più vicina alla vagina). Le cellule che rivestono la cervice non sono tutte uguali: si parla infatti di cellule squamose nell'ectocervice e di cellule ghiandolari nell'endocervice. I due tipi cellulari si incontrano nella cosiddetta “*zona di transizione*”. La maggior parte dei tumori della cervice prende origine proprio da cellule che si trovano in questa zona "di confine".

2.2 Tipologie dei tumori della cervice: I tumori della cervice uterina sono classificati in base alle cellule da cui prendono origine e sono prevalentemente di due tipi: il carcinoma a cellule squamose (l'80% dei tumori della cervice) e l'adenocarcinoma (circa il 15%). Si parla di carcinoma a cellule squamose quando il tumore deriva dalle cellule che ricoprono la superficie dell'esocervice e di adenocarcinoma quando invece il cancro parte dalle cellule ghiandolari dell'endocervice. Infine, anche se meno comuni (3-5% dei tumori cervicali), esistono dei tumori della cervice che presentano un'origine mista e sono per questo definiti carcinomi adenosquamosi.

2.3 Evoluzione del carcinoma: conoscere lo stadio e il grado del tumore è utile per stabilire la prognosi e il trattamento più idoneo per il singolo caso. Il termine “stadio” è utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere le dimensioni di un tumore e soprattutto la sua eventuale diffusione al di fuori dell’organo da cui ha avuto origine. La stadiazione rappresenta, quindi, un momento preoperatorio indispensabile per inquadrare correttamente i successivi passi terapeutici. Il termine “grado” si riferisce a un parametro usato convenzionalmente per indicare in che misura le cellule tumorali si differenzino da quelle del tessuto sano e per dare un’idea della velocità con cui il tumore si sviluppa. Come lo stadio, anche il grado è molto importante per stabilire la prognosi e individuare il trattamento più adeguato per il singolo caso. Il grado si stabilisce sulla base della biopsia, ossia dei prelievi di campioni di tessuto analizzati al microscopio. In base al sistema di classificazione FIGO 2009 (Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia), il tumore della cervice uterina può essere diviso in quattro stadi a seconda di quanto risulta diffuso nell'organismo.

- **Stadio I:** il tumore è confinato alla cervice uterina.

- **Stadio II:** il tumore è arrivato alla parte posteriore dell'utero, ma non ha invaso la pelvi o la parte inferiore della vagina.

- **Stadio III:** il tumore ha invaso la parte inferiore della vagina, la pelvi o i reni compromettendone il funzionamento.

- **Stadio IV:** il tumore ha invaso gli organi vicini (vescica o retto) e può anche aver dato origine a metastasi in organi più lontani.

2.4 Fattori di Rischio: Si ritiene che alcuni fattori possano aumentare il rischio di contrarre l'infezione da HPV e, quindi, di favorire lo sviluppo di una neoplasia intra-epiteliale cervicale che evolve nel tempo in tumore. Tra questi, ad esempio:

- L'età al primo rapporto sessuale e la molteplicità dei partner sessuali. Tuttavia, anche donne che non hanno tali fattori di rischio possono contrarre nel corso della vita l'infezione da HPV e sviluppare una neoplasia intraepiteliale cervicale che evolve nel tempo in carcinoma;
- L'indebolimento del sistema immunitario che impedisce all'organismo di combattere le infezioni come dovrebbe. Ciò può essere dovuto al fumo, a un'alimentazione carente (soprattutto di vitamina A) e a infezioni da altri virus, come, ad esempio, l'HIV, il virus che è responsabile dell'AIDS;
- Il fumo, soprattutto per l'insorgenza del carcinoma cervicale a cellule squamose;
- L'uso a lungo termine della pillola anticoncezionale per più di dieci anni, anche se va considerato che per la maggior parte delle donne i vantaggi della protezione contro una gravidanza indesiderata sono di gran lunga superiori al rischio connesso all'uso degli anticoncezionali.

3. DIFFUSIONE E PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO

Il tumore della cervice uterina è un tumore della sfera genitale femminile che colpisce la parte più esterna dell'utero, facilmente esplorabile con la visita ginecologica.

In Europa, ogni anno ci sono circa 50.000 nuovi casi di cancro causati da HPV; anche se il carico maggiore è relativo al cancro cervicale, con più di 34.000 nuovi casi/anno in Europa.

Sempre in Europa, si stimano fra 267.000 e circa 510.000 nuovi casi ogni anno di lesioni precancerose del collo dell'utero, correlati a 9 tipi di HPV contenuti nel nuovo vaccino.

A livello mondiale invece, il carcinoma della cervice uterina rappresenta il secondo tipo più frequente di cancro femminile, con circa 529.409 nuovi casi e più di 274.000 decessi (prima dell'introduzione della vaccinazione anti-HPV). Di questi tuttavia, circa l'86% dei casi si verifica nei paesi in via di sviluppo.

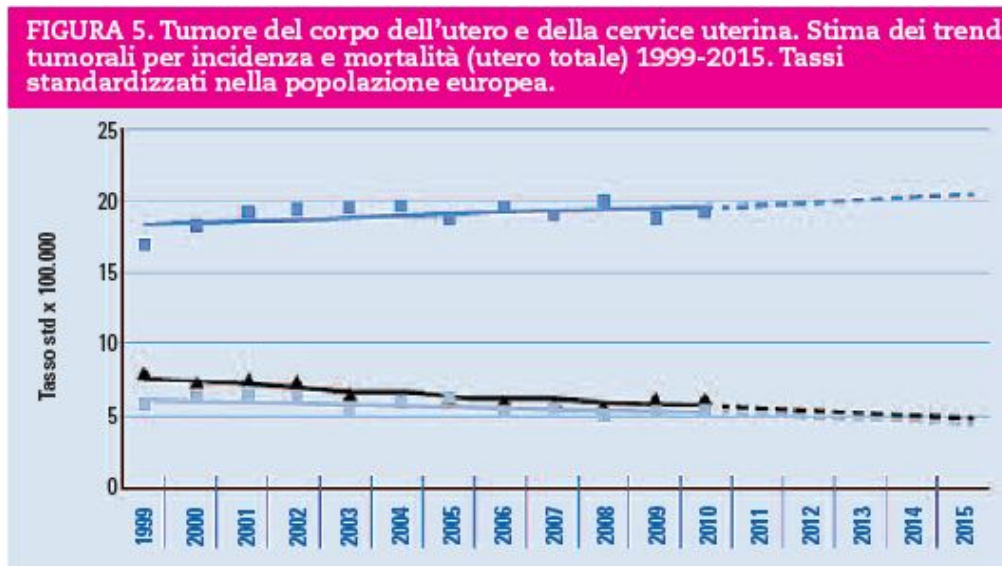
Si tratta di una forma tumorale il cui impatto si è drasticamente ridotto, nei Paesi industrializzati, negli ultimi 30 anni grazie alla prevenzione attuata dall'uso del PAP TEST nei programmi di screening e della vaccinazione.

Nonostante ciò, il tumore è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne. In Italia l'incidenza del cervico-carcinoma è in calo grazie ai programmi di screening, pur con differenze territoriali, con un tasso di incidenza di circa 10/100.000 e un tasso di mortalità di 4/100.000.

Si stima che ogni anno, le donne colpite da questo tumore siano circa 3.500 e ne muoiano circa 1.100.

La probabilità di sopravvivenza a 5 anni per i carcinomi cervicali è aumentata negli ultimi 20 anni di 8 punti percentuali (dal 63 al 71%). Superato il primo anno dalla diagnosi la probabilità di sopravvivere per altri 5 anni aumenta notevolmente (dal 77% al 92%).

La mortalità globale per queste neoplasie è in ogni caso stabilmente in calo negli ultimi due decenni (-1,4%/anno).



Il tumore del collo dell'utero è considerato il prototipo di tumore prevenibile, poiché il periodo pre-canceroso è prolungato nel tempo, identificabile ed aggredibile con efficaci mezzi terapeutici. È il primo tumore in cui sia identificata in modo incontestabile la correlazione con HPV.

Ha due picchi di maggiore incidenza: nelle donne uno intorno ai 20-25 anni, ed un altro (meno evidente) intorno ai 50 anni; mentre nei maschi dai 18 fino ai 70 anni di età si evidenzia una prevalenza complessiva dell'infezione del 65,2%, che rimane costante nel corso della vita. Le informazioni disponibili sulla storia naturale delle infezioni da HPV negli uomini sono minori rispetto alle donne, ma è dimostrato che il maschio sia un importante serbatoio di infezione.

L'ampia variabilità della prevalenza dell'HPV è legata a diversi fattori, quali differenze di segnalazione, procedure e algoritmi di *screening*, differenti comportamenti sessuali (età media di inizio dell'attività sessuale, numero di partner) e carenza di cultura della prevenzione, fattori che, nel loro insieme, espongono precocemente all'HPV.

Un altro fattore importante nell'infezione da HPV è costituito dall'età: i tassi massimi di prevalenza si riscontrano nelle donne più giovani (15-25 anni).

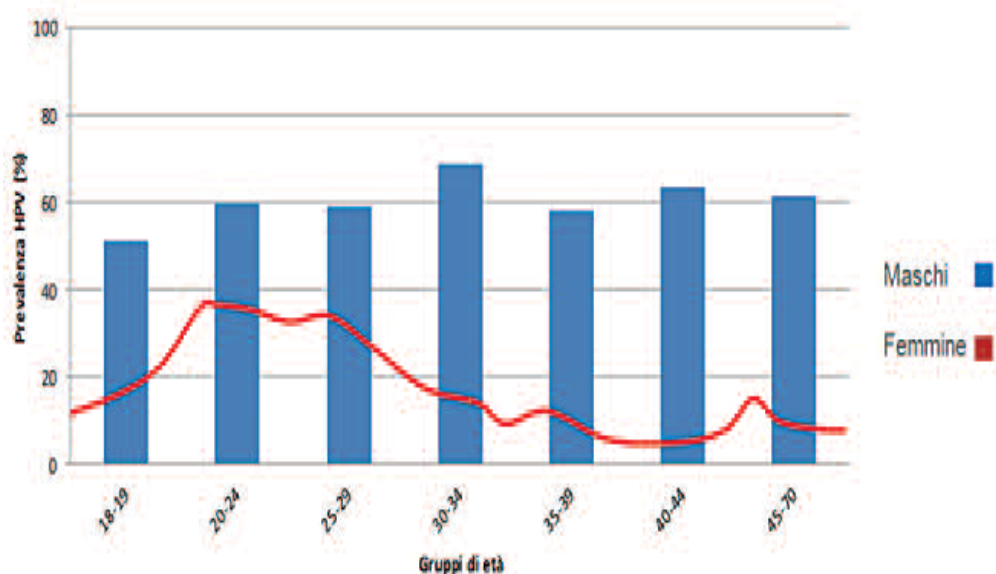


TABELLA 1. Classifica a livello mondiale dei 7 tipi di HPV più frequenti responsabili dei tumori HPV correlati

Classifica	Cervice	Vulva	Vagina	Pene	Ano	Orofaringe
1	HPV 16	HPV 16	HPV 16	HPV 16	HPV 16	HPV 16
2	HPV 18	HPV 18	HPV 40	HPV 18	HPV 18	HPV 33
3	HPV 33	HPV 33	HPV 6/11	HPV 6/11	HPV 33	HPV 35
4	HPV 45	HPV 6/11	HPV 31	HPV 22	HPV 31	HPV 18
5	HPV 31	HPV 45	HPV 33	HPV 74	HPV 6/11	HPV 26
6	HPV 58	HPV 52	HPV 18	HPV 31	HPV 45	HPV 45
7	HPV 52	HPV 51	HPV 58	HPV 45		HPV 52

Nei Paesi in via di sviluppo il tumore cervicale è la seconda causa di morte per cancro, mentre nei Paesi Industrializzati i metodi di screening, come il PAP TEST hanno ridotto del 75 % sia la frequenza sia la mortalità negli ultimi 50 anni.

Lo sviluppo di vaccini in grado di prevenire le infezioni da HPV, e di conseguenza l'evoluzione a lesioni precancerose, ha offerto la possibilità, per la prima volta in oncologia, di intervenire nei soggetti sani con una vera e propria prevenzione primaria.

Anche in questo caso il vantaggio è dovuto alla prevenzione, classificabile in tre diversi livelli: prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Tutte le tre forme di prevenzione possono essere rivolte all'intera comunità ed al singolo individuo.

Lo scopo primario della prevenzione è quello di impedire insorgenza e progressione della malattia e di ridurre i fattori di rischio (prevenzione primaria), di promuovere la diagnosi precoce (prevenzione secondaria) e, infine, di abbassare la morbilità e la mortalità dovute alla malattia (prevenzione terziaria), tramite interventi sulla popolazione e sugli ambienti di vita e di lavoro.

Le linee guida italiane raccomandano l'implementazione di programmi organizzati di screening con invito attivo e sistemi di valutazione e assicurazione di qualità.

3.1 La prevenzione primaria: il suo obiettivo è impedire l'insorgenza di nuovi casi di malattia nelle persone sane. Pertanto un intervento di prevenzione primaria produce una diminuzione del tasso di incidenza della malattia contro cui è rivolto. Per ottenere la diminuzione dell'incidenza della malattia nella popolazione occorre diminuire il rischio individuale, rimuovendo la causa o impedendo alla malattia di continuare ad agire sulla popolazione. Quando la causa di malattia non è conosciuta o essa non è eliminabile, si possono comunque ottenere riduzioni più o meno considerevoli dell'incidenza agendo sui fattori di rischio. Questo si traduce innanzi tutto in programmi educazionali (attraverso i media in genere: internet, televisione, radio, carta stampata, scuola, etc..) che si propongono di diffondere la conoscenza dei fattori in grado di aumentare il rischio di insorgenza del carcinoma cervicale, e, naturalmente, l'utilità di una pratica regolare di PAP TEST. Nel nostro caso per ridurre il rischio si deve avere cura dell'igiene sessuale e utilizzare il preservativo

quando si hanno più partner. Inoltre, oltre ai fattori di rischio da evitare, ci sono molti altri fattori da preferire che compongono nel loro insieme uno stile di vita più sano e attento ai potenziali pericoli: modificando la dieta quotidiana, praticando regolarmente attività fisica, evitando di esporsi troppo a lungo ai raggi del sole, conoscendo gli agenti cancerogeni e cercando di evitarli, smettendo di fumare per non fare del male a se stessi e agli altri. Sul fronte alimentare è importante assumere un elevato apporto di frutta e verdura da consumare ad ogni pasto. L'assunzione di alcune sostanze naturali può rallentare infatti la comparsa del tumore a livello cellulare. Fra queste il beta-carotene (presente nelle carote), la vitamina C, lo zinco o il selenio.

3.2 La prevenzione secondaria: è l'altro nome della diagnosi. La prevenzione secondaria ha come obiettivo la diagnosi e la cura dei casi di malattia prima che essi si manifestino clinicamente. Comprende ogni intervento finalizzato a stabilire una diagnosi precoce dei primi stadi della malattia, in modo da poter intervenire ed eliminare ogni possibile conseguenza della stessa. Il vantaggio della diagnosi precoce in fase pre-clinica è che la terapia darà maggiori probabilità di guarigione definitiva e dunque determinerà, se ben condotta, una riduzione della mortalità, mentre non avrà alcun effetto di riduzione sulla incidenza. Non tutte le malattie sono suscettibili di prevenzione secondaria, in particolare è necessario che sia disponibile un test (clinico, strumentale, di laboratorio) in grado di differenziare le persone apparentemente sane ma già ammalate, da quelle effettivamente sane.

Secondo le linee guida italiane il più valido mezzo di prevenzione secondaria per le neoplasie uterine è il PAP TEST: esse raccomandano l'utilizzo della citologia (PAP TEST) come test di screening da effettuare ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni. Lo screening può essere selettivo o di massa. L'estensione e la pubblicizzazione dei programmi organizzati di screening è notevolmente aumentata negli ultimi anni. Secondo i dati dell'*Osservatorio Nazionale Screening* i dati di attività nei trienni 2007-2009, 2010-2012 e nel 2013 indicano che il triennio 2010-2012, rispetto al precedente (2007-2009) evidenzia complessivamente una lieve accelerazione dell'attività, con un aumento sia degli inviti sia dell'adesione. L'aumento di adesione prosegue nel 2013, come riportato in tabella:

Anno Attività	2007-2009	2010-2012	2013
N° donne che hanno effettuato screening	4,505,369	4,474,335	4,661,645
Adesione in % all'invito	40,00%	41,00%	42,00%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	12,64	13,61	np

L'adesione all'invito è superiore tra le donne con più di 45 anni rispetto alle più giovani, come si può vedere in tabella:

FASCE DI ETÀ	< 25-34	35-44	45-54	55- >65	TOTALE
2007-2009	36,00%	41,00%	43,00%	43,00%	41,00%
2010-2012	37,00%	41,00%	43,00%	43,00%	41,00%
2013	36,00%	41,00%	43,00%	43,00%	41,00%

Nel 2013 ventun programmi di screening hanno adottato la ricerca del DNA di tipi “ad alto rischio” di Papillomavirus umano (HPV) come test primario di screening.

Nel 2012, 312.151 donne, pari all’ 8% di tutte le donne invitate a fare screening, hanno effettuato il test HPV; nel 2013 la percentuale passa allo 11.5% pari a 423.758 invitate. L’adesione è stata del 42,2%, lievemente superiore a quella generale all’invito allo screening. Nel 2012 era risultato positivo al test il 7.7% delle aderenti, nel 2013 il 7,1%.

3.3 La prevenzione terziaria: concettualmente e praticamente differisce dalla prevenzione primaria e secondaria, giacché ha obiettivi e metodologie di intervento particolari. La prevenzione terziaria si prefigge di impedire l'invalidità di persone già ammalate di malattie croniche, di prevenire alcune complicazioni della malattia, di favorire il recupero di una ottimale condizione di salute nelle persone affette, e naturalmente, di impedirne la morte quanto più possibile nel tempo. La prevenzione terziaria si identifica pertanto in larga misura con la riabilitazione fisica per ottenere il massimo recupero funzionale dopo che la malattia è guarita o si è stabilizzata, e con l'assistenza psicologica nel caso di malattie invalidanti o oncologiche.

4. IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da Regione a Regione. Il Piano nazionale della prevenzione è parte integrante del Piano sanitario nazionale, affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano. I Piani regionali della prevenzione vengono redatti sulla base delle indicazioni del Piano nazionale approvato attraverso l'intesa tra lo Stato e le Regioni. Successivamente si passa all'attuazione vera e propria del piano: in questa fase, si verifica quanto previsto nella tempistica regionale delle realizzazioni programmate. Si è reso necessario, pertanto, stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM): è un organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. Ha tra i compiti istitutivi quello di coordinare con le Regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva. Tra gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione vi è lo screening dei tumori.

4.1 Lo screening dei tumori: è un'anticipazione diagnostica, che consiste nell'individuazione di un tumore in una fase precoce, cioè in assenza di

qualunque manifestazione clinica. L'anticipazione diagnostica anticipa molto spesso le manifestazioni cliniche anche di 4-5 anni. Obiettivo principale di un'attività di screening è di anticipare la diagnosi assumendo che, quanto più precoce è la diagnosi tanto più alta è la possibilità di modificare la storia naturale della malattia. Significa, cioè, riuscire a incidere attraverso gli ausili chirurgici o radioterapici su quello che sarebbe l'andamento della patologia. Quello su cui ha puntato molto il Ministero è la necessità che siano attivati programmi di screening organizzato.

Un programma di screening organizzato significa che una struttura deputata ad attività di tipo sanitario (amministrazioni regionali e, di conseguenza, le aziende sanitarie) si prenda carico attivamente delle donne invitandole ad attività di screening spontaneo ma organizzato. In questa ottica i programmi di screening sono interventi pianificati di sanità pubblica, che consistono nell'invito diretto alla popolazione definita *target*, individuando le fasce di età apparentemente sana.

4.2 Fasi dello screening:

- Fase di reclutamento (invito ed accesso)
- Fase di diagnosi di I° livello (prelievo, allestimento e lettura del PAP TEST)
- Fase di diagnosi di II° livello (colposcopia, biopsia ed esame istologico)
- Follow-up

1. Fase di reclutamento: Il programma di screening è rivolto alla popolazione femminile in fascia di età compresa tra 25 e 64 anni. L'identificazione delle pazienti è ottenuta dall'elenco anagrafico desunto dalle liste elettorali di ogni singolo paese. L'ordine di chiamata verrà impostata in base all'età e al luogo di residenza. L'invito avviene tramite lettera prestampata firmata dal comitato per lo screening e dal medico di famiglia che aderisce al progetto, spedita per posta a tutte le residenti in età di screening. Attraverso un programma di archiviazione e gestione dati si avrà un inquadramento completo di tutta la popolazione regionale compresa nella fascia di età interessata. Nell'invito deve sempre essere indicata in maniera chiara la sede e l'orario previsti per il prelievo. (Costituiscono sedi di prelievo gli ambulatori dei presidi ospedalieri delle Aziende, gli ambulatori distrettuali e gli ambulatori dei consultori).

2. Fase di diagnosi di 1° livello: L'esame del PAP TEST consiste nella raccolta di cellule presenti sulla superficie del collo dell'utero. Questo materiale viene strisciato su vetrino, quindi fissato, colorato e osservato al microscopio. Tutto il materiale usato è sterile e monouso. Il prelievo va sempre effettuato in doppia campionatura. I risultati dei PAP TEST negativi vanno spediti direttamente alle pazienti, entro 20 giorni dal prelievo. Le donne con un PAP TEST anormale passano invece alla fase di II° livello, non oltre i tre mesi dalla esecuzione del PAP TEST.

3. Fase di diagnosi di 2° livello: L'accertamento diagnostico dei casi positivi al test di screening si basa sulla colposcopia e sull'eventuale biopsia mirata. Per casi positivi si intendono gli ASCUS (cellule squamose atipiche di

significato indeterminato), gli AGUS (cellule ghiandolari atipiche di significato indeterminato), le LSIL o displasie lievi, le HSIL o displasie medie e gravi e le cellule da carcinoma. La colposcopia valuta la cervice uterina con citologia anormale e permette la localizzazione della zona della portio ove eseguire la biopsia per l'esame istologico. In presenza quindi di un PAP TEST anormale, prima di adottare una terapia, è necessaria la localizzazione della lesione da cui provengono le cellule anormali, la valutazione dell'estensione della lesione e la diagnosi istopatologica sulla base di biopsie mirate eseguite sotto guida colposcopica. La colposcopia evidenzia alterazioni della superficie, dello spessore e composizione dell'epitelio e della vascolarizzazione del connettivo.

La biopsia consiste nel prelevare una parte del tessuto del canale cervicale per poter essere esaminato successivamente.

4. Follow-up: È importante che le donne che hanno avuto il tumore dell'utero si sottopongano a regolari esami di controllo dopo la fine del trattamento, per individuare in tempo eventuali recidive. Il follow-up fa parte del piano generale di trattamento, che le pazienti potranno discutere con il medico. Un follow-up regolare garantisce la possibilità di esaminare ogni modificazione delle condizioni di salute e consente pertanto di intervenire tempestivamente in caso di recidiva. Nei periodi che intercorrono tra una visita di controllo e l'altra le pazienti dovranno recarsi dal medico all'insorgere di qualsiasi problema.

4.3 L'esame di screening, il PAP TEST: il test impiegato finora nello screening per il cancro del collo dell'utero è il PAP TEST. Il test di Papanicolaou o PAP TEST è un esame citologico che indaga le alterazioni

delle cellule della cervice dell'utero. Il suo nome deriva dal medico greco-americano Georgios Papanicolaou e fu avviato per la prima volta in Italia sin dal 1953; da allora il PAP TEST è rimasto pressoché invariato e solo in anni recenti è stato aggiornato con lo sviluppo della citologia in fase liquida.

Il PAP TEST è un test di screening, la cui funzione principale è quella di individuare nella popolazione femminile donne a rischio di sviluppare un cancro del collo uterino. Inoltre il PAP TEST può dare utili indicazioni sull'equilibrio ormonale della donna e permettere il riconoscimento di infezioni batteriche, virali o micotiche. Deve essere effettuato da tutte le donne di età compresa **tra i 25 e i 64 anni ogni tre anni**. Secondo le prove scientifiche disponibili è questo infatti l'intervallo di tempo che rende massimi i benefici dello screening e riduce al minimo i costi e le visite richieste. L'intervallo, infatti, è sufficientemente breve per rendere poco probabile tra un test e l'altro lo sviluppo di un tumore, ma non così breve da individuare lesioni che regredirebbero spontaneamente e quindi da indurre a effettuare un trattamento che non sarebbe necessario.

Per l'esecuzione del PAP TEST viene prelevata una piccola quantità di cellule del collo dell'utero con la spatola di Ayre e un tampone cervicale. La spatola ha una forma complementare all'anatomia della cervice e una volta inserita è in grado di prelevare cellule dall'esocervice grazie a una rotazione di 360°; il tampone invece, del tutto simile a quelli usati per la faringe, preleva esattamente le cellule dall'endocervice penetrando nell'orifizio uterino esterno. Nel PAP TEST convenzionale le cellule vengono quindi strisciate su un vetrino

per l'esame di laboratorio. Le cellule vengono quindi colorate secondo il metodo di Papanicolau ed esaminate al microscopio da un citologo o patologo che provvederà a stilare un referto.

Recentemente, visto il ruolo indispensabile di alcuni tipi di virus HPV (cosiddetti ad alto rischio) nello sviluppo del tumore della cervice uterina, le Regioni sono state sollecitate a mutare il test di screening.

Il nuovo test di screening si baserà sulla ricerca dell'infezione dell' HPV ad alto rischio. Il prelievo è simile a quello del PAP TEST. L'esame dovrà essere effettuato **non prima dei 30 anni** ed essere ripetuto con **intervalli non inferiori ai 5 anni**.

Se il test HPV risulta positivo la donna dovrà sottoporsi ad un PAP TEST.

Se anche questo è positivo la donna dovrà sottoporsi a colposcopia.

Se invece la citologia non presenta alterazioni importanti la donna ripeterà il test HPV dopo un anno.

Dai 25 a 30-35 anni l'esame di riferimento rimane il PAP TEST da eseguirsi ogni tre anni. Questa scelta è dovuta al fatto che in giovane età la probabilità di avere una infezione da HPV è molto alta senza che questa assuma una importanza clinica.

5. MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il tumore della cervice uterina, ai suoi stadi iniziali, il più delle volte non dà alcun sintomo. In genere i primi segnali di allarme sono:

- sanguinamento vaginale, specie dopo un rapporto sessuale;
- perdite vaginali anomale e maleodoranti;
- dolore pelvico e dolore durante il rapporto sessuale.

Nel tumore avanzato le perdite vaginali aumentano progressivamente, diventano acquose, di colore scuro e maleodoranti a causa della necrosi e dell'infezione della massa tumorale. Il sanguinamento è irregolare, può comparire nell'intervallo tra cicli mestruali (metrorragia) o dopo la menopausa. Può essere minimo ed è di solito presente dopo lievi traumi o pressioni (dovuti a un rapporto sessuale, a una lavanda vaginale). Con il progredire della patologia il sanguinamento può diventare costante e aumentare di quantità, inoltre possono essere invasi tessuti esterni alla cervice, come i linfonodi anteriori del sacro.

In un terzo delle pazienti con tumore invasivo della cervice, la patologia coinvolge anche il fondo dell'utero. Vengono stimulate le terminazioni nervose di questa regione, il che provoca dolore intensissimo alla schiena e agli arti inferiori.

6. DIAGNOSI

Il cardine dell'iter diagnostico comincia dal ginecologo e dalla visita ginecologica, poiché si basa sulla facile visibilità ed esplorabilità del collo dell'utero. Ma per porre la diagnosi di carcinoma della cervice uterina e per effettuare la stadiazione potranno essere necessari altri esami.

Colposcopia: è un esame di approfondimento diagnostico, consente al ginecologo di visualizzare la cervice uterina per mezzo di uno strumento, il colposcopio, che mediante una fonte luminosa ed un sistema di ingrandimento, ingrandisce l'immagine in modo da permettere di esaminare accuratamente la superficie del collo dell'utero e le aree a maggior rischio, e inoltre consente di eseguire una biopsia;

Conizzazione: se l'esame istologico accerta la presenza di cellule tumorali, è spesso necessario asportare un cono di tessuto cervicale per esaminare l'intera lesione. La biopsia, infatti, consente di prelevare solo una piccola parte di tessuto che è importante per riconoscere la natura della lesione ma non è sufficiente per stabilire la strategia terapeutica. Per questo si ricorre alla conizzazione che, nei tumori molto superficiali consente di asportare tutta la lesione, eliminando quindi la necessità di ulteriori trattamenti. La conizzazione ha un ruolo importante nella definizione della diagnosi istologica e quindi nella scelta del trattamento più indicato.

Se gli esami precedentemente elencati dimostrano la presenza di un tumore della cervice uterina, il medico curante potrebbe proporre di approfondire gli

accertamenti per verificare se la malattia si è diffusa. In questo modo egli può stabilire più agevolmente qual è il trattamento migliore per il caso in questione.

L'approfondimento diagnostico può comprendere i seguenti esami:

Analisi del sangue: il prelievo di sangue serve per controllare lo stato delle cellule ematiche e la funzionalità dei reni e del fegato. Tali esami si eseguono di routine, ma non danno informazioni relative al tumore.

Radiografia del torace: permette di evidenziare le condizioni del cuore e dei polmoni.

Ecografia pelvica: mostra le condizioni degli organi interni, evidenziando eventuali aree anomale.

La diagnosi si formula sulla base degli esami sopraelencati (PAP TEST, colposcopia, biopsia). Una volta dimostrata la presenza del tumore, si procede ad ulteriori accertamenti per verificare se le cellule neoplastiche si sono diffuse ad altri organi. Questo processo, che si definisce *stadiazione*, comprende una serie di analisi e procedure, tra cui:

RX del TORACE ;

TAC ;

ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE E INFERIORE ;

RMN ;

RETTOSCOPIA (solo nel sospetto di una infiltrazione del setto retto-vaginale).

7. TRATTAMENTO

Il trattamento del tumore della cervice uterina può avvenire con diverse modalità, spesso associate fra loro, tra cui la Chirurgia, la Radioterapia e la Chemioterapia. La scelta del trattamento dipende da vari fattori, tra i quali l'età e le condizioni generali di salute, ma soprattutto il tipo e lo stadio della malattia.

7.1 La Chirurgia: La chirurgia, che consiste nell'asportazione del tumore, è uno dei metodi di trattamento del cancro della cervice e dell'endometrio. Il chirurgo potrà decidere di attuare uno dei seguenti tipi di intervento:

- *conizzazione:* è l'intervento tramite il quale si asporta una porzione di tessuto a forma di cono dalla cervice e dal canale cervicale. Il campione sarà quindi analizzato in laboratorio al microscopio per rilevare l'eventuale presenza di cellule neoplastiche. La conizzazione può essere attuata ai fini diagnostici o terapeutici. Questo intervento non compromette la funzione dell'organo (e quindi consente, ad esempio, di portare avanti una gravidanza), ma può essere eseguito solo se il tumore viene individuato molto precocemente.
- *isterectomia:* è l'intervento di ablazione dell'utero e della cervice. Se l'intervento si esegue attraverso la vagina, si parla di *isterectomia vaginale*; se, invece, il chirurgo esegue una lunga incisione nell'addome, si parla di *isterectomia addominale totale*;
- *isterectomia totale:* il chirurgo rimuove l'utero, la cervice, le ovaie e le salpingi;

- *criochirurgia* (o *crioterapia*): è una tecnica che utilizza uno strumento per congelare e distruggere il tessuto anomalo, come nel caso del carcinoma in situ;

7.2 La Radioterapia: Consiste nella somministrazione di raggi ad alta energia in grado di uccidere le cellule maligne. Si tratta di una cura del tutto indolore, che ha anche il vantaggio di coinvolgere non soltanto l'utero, ma anche le aree circostanti potenzialmente invase dal tumore. La possibilità di sottoporsi a radioterapia permette ad alcune pazienti di preservare il proprio apparato riproduttivo e di non precludersi quindi l'opportunità di avere dei figli.

7.3 La Chemioterapia: In genere si somministrano per via endovenosa farmaci in grado di raggiungere tutti gli organi attraverso il sangue. La chemioterapia è fortemente consigliata per tutti i tumori superiori al primo stadio, per diminuire il rischio di successive ricadute. Gli effetti collaterali della chemioterapia dipendono principalmente dai farmaci somministrati e dalle dosi ricevute dalla paziente. Oltre a distruggere le cellule tumorali, la chemioterapia può anche danneggiare alcune cellule normali.

8. LA VACCINAZIONE

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (Herd Immunity). I vaccini hanno cambiato la storia della medicina e si sono affermati come strumento fondamentale per la riduzione della mortalità e morbosità, modificando profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive. In Italia, le malattie per le quali sono state condotte vaccinazioni di massa sono pressoché eliminate o ridotte ad un'incidenza molto bassa.

Queste vaccinazioni sono incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed offerte attivamente in tutto il Paese anche se i livelli di copertura assicurati nelle diverse realtà geografiche sono eterogenei e non tutti gli obiettivi di controllo delle malattie prevenibili sono stati raggiunti. Negli ultimi anni sono stati registrati vaccini che hanno dimostrato elevata efficacia nel prevenire malattie infettive con un grave decorso clinico o malattie che, pur decorrendo nella maggior parte dei casi senza complicanze, hanno un'elevata incidenza. La riforma del Titolo V della Costituzione, realizzata con Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, ha modificato l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti Locali, introducendo un quadro di devoluzione delle competenze e delle responsabilità in materia sanitaria.

Con questa riforma le Regioni hanno la responsabilità, pressoché esclusiva, dell'organizzazione e gestione del Servizio Sanitario, mentre lo Stato ha la

responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie “essenziali” (LEA) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti sul territorio.

Nel panorama sanitario italiano, l’offerta di prestazioni sanitarie, ed in particolare di quelli vaccinali, si configura ad oggi come un mosaico estremamente variegato. Le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune Regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre o, addirittura, con differenze all’interno della stessa Regione, per i diversi comportamenti delle singole Aziende Sanitarie Locali.

Inoltre manca spesso nei cittadini, proiettati verso una cultura dell’assistenza sanitaria nei confronti della malattia, la consapevolezza dell’importanza dell’intervento vaccinale.

Contestualmente, si constata uno scarso livello di informazione degli stessi professionisti sanitari che porta ad un forte scetticismo nei confronti dell’efficacia e della sicurezza di alcune vaccinazioni e, quindi, ad una diffusa sotto utilizzazione. Tale atteggiamento di diffidenza si è manifestato palesemente durante la recente pandemia influenzale in cui gli stessi operatori sanitari hanno manifestato una scarsissima adesione alle campagne di vaccinazione.

Ciò che va sempre tenuto come riferimento per lo Stato è il dovere di garantire indistintamente la tutela della salute a tutti i cittadini, come sancito dall’Art. 32 della Costituzione che recita: “La Repubblica tutela la salute come

fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". È d'obbligo, quindi, salvaguardare l'individuo malato che necessita di cure, ma anche tutelare l'individuo sano.

8.1 Obiettivi

Gli obiettivi per la Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione sono indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 che ha, in proposito, integrato tra i suoi obiettivi generali, fondamentali interventi che riguardano:

- il mantenimento delle coperture vaccinali per le malattie per le quali è posto

l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento;

- il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti ad alto rischio;

- la definizione di strategie vaccinali per i nuovi vaccini;

- l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali;

- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica e del monitoraggio delle coperture vaccinali;

- l'implementazione della sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali di malattie prevenibili;

- la realizzazione di iniziative di informazione e comunicazione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 costituisce il documento di riferimento ove si riconosce, come priorità di Sanità Pubblica, la

riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il Piano si prospetta, inoltre, come guida alla pianificazione delle strategie di Sanità Pubblica per la promozione della salute.

8.2 Superamento delle differenze territoriali

La presenza sul territorio nazionale di differenze nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione rappresenta una grave limitazione del diritto costituzionale alla salute che occorre rapidamente superare. Tale situazione origina da diversità nelle strategie di offerta adottate nelle realtà regionali, da differenti standard di qualità assicurati dai servizi vaccinali, dall'insufficienza ed eterogeneità nei livelli di performance raggiunti dalle campagne di vaccinazione. Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese il Piano adotta speciali strumenti finalizzati al superamento delle differenze territoriali.

8.3 Vaccinazione contro HPV

La vaccinazione contro il Papillomavirus umano (HPV) è stata protagonista della storia della moderna vaccinologia dell'ultimo decennio: si è dimostrata molto efficace nel prevenire nelle donne il carcinoma della cervice uterina (collo dell'utero), soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale; questo perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus HPV.

Accanto allo screening, la vaccinazione anti HPV può efficacemente contribuire a ridurre l'impatto del cancro del collo dell'utero, che rappresenta la prima forma tumorale riconosciuta come totalmente riconducibile a un'infezione.

Non tutte le infezioni da HPV producono lesioni che poi possono evolvere in cancro. Anzi, la maggior parte di esse (circa l'80%) è temporanea e regredisce spontaneamente. Soltanto quelle che diventano croniche (una minoranza) possono trasformarsi nell'arco di 7-15 anni in una lesione tumorale.

8.4 Perché vaccinarsi?

Il fatto che il cancro del collo dell'utero sia di origine infettiva consente di adottare contro questa malattia una strategia sconosciuta per le altre forme di tumore.

Attraverso la vaccinazione contro l'HPV è infatti possibile interrompere all'origine la catena che dall'infezione porta al cancro. Se grazie al vaccino l'organismo è in grado di contrastare l'infezione da Papillomavirus, allora non si potranno verificare i cambiamenti delle cellule del collo dell'utero, che portano allo sviluppo del tumore.

8.5 I vaccini contro il Papillomavirus

I primi due vaccini resi disponibili per la prevenzione delle infezioni da HPV sono stati:

- 1) **vaccino bivalente (HPV-2)** è attivo contro i sierotipi **16 e 18** (i tipi di virus in grado di causare le lesioni pretumorali);
- 2) **vaccino quadrivalente (HPV-4)** offre una protezione anche contro i sierotipi **6 e 11** (quelli che causano il maggior numero di lesioni condilomatose).

Ad oggi, nel mondo sono state somministrate più di 205 milioni di dosi di HPV4 e i dati confermano il buon profilo di sicurezza del vaccino. Non è stato rilevato alcun aumento del rischio di sviluppare patologie autoimmuni nei soggetti vaccinati, osservazione confermata anche dagli studi di *follow-up* a lungo termine. Non sono stati riportati *outcomes* gravidici sfavorevoli o aborti spontanei nelle donne che sono state inavvertitamente vaccinate nel periodo peri-gravidico.

Per entrambi i vaccini l'efficacia rilevata dagli studi è elevata (>90%): questo si è tradotto in ricadute cliniche positive, come la riduzione della prevalenza dei genotipi HPV, dei PAP TEST patologici, delle CIN di alto-grado e dell'incidenza dei condilomi genitali. Nel programma di vaccinazione anti-HPV con i vaccini disponibili ad oggi in commercio, si è dimostrata anche una efficacia nella vita reale, in termini di riduzione dei virus circolanti e delle patologie HPV-correlate, causate dai tipi HPV 6,11,16 e 18 nel vaccino quadrivalente e dai tipi 16 e 18 nel vaccino bivalente.

L'efficacia è elevata se i vaccini vengono somministrati prima che la persona venga a contatto con HPV, che si acquisisce, di norma, subito dopo l'inizio

dell'attività sessuale. Inoltre inducono una migliore risposta immunitaria nelle persone più giovani.

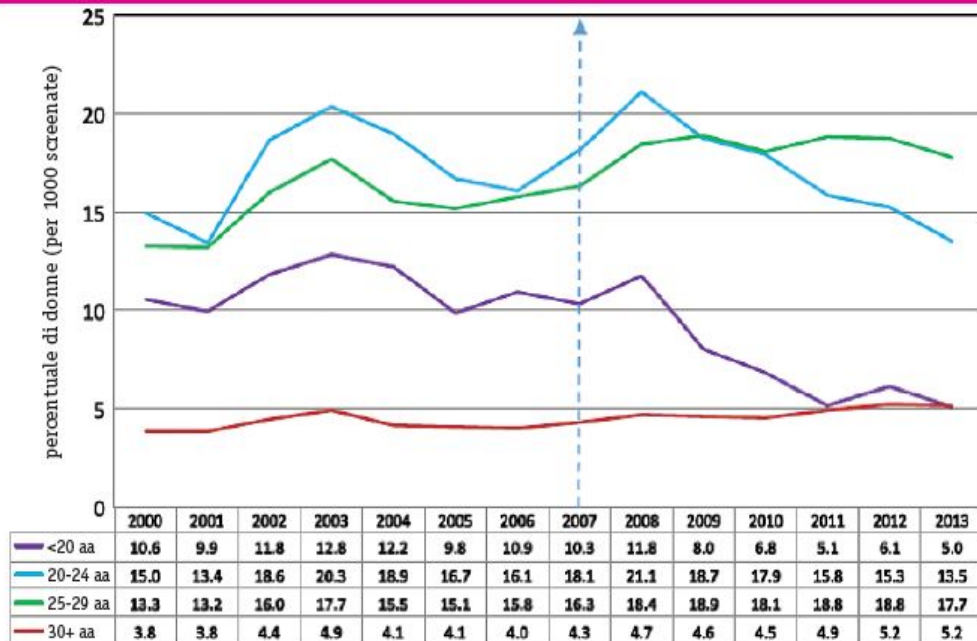
Per questa ragione la campagna di vaccinazione contro l'HPV è indirizzata alle bambine di età compresa tra gli 11 e i 12 anni.

La vaccinazione in questa classe di età, secondo le informazioni scientifiche oggi disponibili, consente di prevenire, nella quasi totalità dei casi, l'insorgenza di un'infezione persistente dei due ceppi virali, che più frequentemente provocano il tumore della cervice uterina. Ambedue i vaccini sembrano presentare un certo grado di protezione verso altri ceppi di HPV.

È di recente pubblicazione uno studio statunitense che ha illustrato una riduzione della circolazione dei virus HPV 6, 11 16 e 18 del 64% nelle ragazze di età < 21 anni, dopo circa 6 anni dall'introduzione del programma vaccinale anti-HPV.

Nei programmi vaccinali con il vaccino quadrivalente in Australia, dove si sono raggiunte coperture vaccinali di circa l'80% nelle 12enni, si è osservato, circa 5 anni dopo l'introduzione della vaccinazione anti-HPV, una riduzione del 93% dei condilomi genitali ed una riduzione delle lesioni CIN2+ di circa il 50% nelle ragazze di età < 21 anni.

FIGURA 26. Riduzione delle lesioni CIN 2/3 nelle donne <21 anni di età in Australia



Nel grafico: lesioni cervicali di alto grado (istologicamente confermate) per gruppi di età, dal 2000 al 2013.

In Inghilterra, dopo 4 anni dall'avvio del programma vaccinale con il vaccino bivalente, si è osservata, di recente, una riduzione del 60% della circolazione dei tipi HPV 16 e 18, oltre ad una lieve riduzione della circolazione dei tipi HPV 31, 33 e 45, statisticamente significativa solo per il tipo HPV 31, nelle ragazze di 16-18 anni d'età.

Questi dati di vita reale dimostrano un'efficacia di campo significativa esclusivamente verso i soli tipi HPV contenuti nei vaccini. Viene segnalata una possibile *transitoria* riduzione dei virus circolanti dopo somministrazione del bivalente. Da qui nasce la necessità di offrire una protezione diretta e duratura verso il maggior numero possibile di tipi di HPV.

Recentemente entrambi i vaccini anti-Papillomavirus hanno subito una modifica nella scheda tecnica, riguardante la schedula vaccinale. In particolare, nel mese di dicembre 2013, l'Agencia Europea del Farmaco (EMA) ha approvato una nuova posologia del vaccino bivalente contro il Papillomavirus umano (Cervarix-GlaxoSmithKline Biologicals s.a.), limitatamente alla fascia di età 9 -14 anni inclusi. Nel nuovo Riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP) del Cervarix, è previsto che la schedula di vaccinazione dipende dall'età del soggetto.

A marzo 2014, l'EMA ha approvato una nuova posologia anche per il vaccino tetravalente (Gardasil – Sanofi Pasteur MSD), limitatamente alla fascia di età 9-13 anni inclusi, in entrambi i sessi.

Il programma di vaccinazione anti-HPV, prevedendo un ciclo a due dosi, ha le potenzialità per essere attuato più facilmente rispetto a quello a 3 dosi, in quanto il minore numero di accessi al servizio vaccinale potrebbe migliorare la compliance alla vaccinazione.

La popolazione in età adolescenziale è, infatti, tradizionalmente più difficile da raggiungere rispetto alla popolazione in età pediatrica, tant'è che le coperture vaccinali negli adolescenti sono inferiori a quelle nei bambini.

Soprattutto nel momento attuale, non deve, inoltre, essere sottovalutata la riduzione di spesa, sia in termini del costo del vaccino che delle risorse dei servizi vaccinali risparmiate se viene ridotto il numero di sedute vaccinali.

Preso atto dell'avvenuta variazione delle RCP del vaccino bivalente e del vaccino tetravalente, si forniscono le seguenti indicazioni operative per la gestione del nuovo calendario vaccinale anti-HPV:

- le nuove coorti di undicenni da invitare nel 2014 saranno vaccinate con 2 dosi, a 0 e 6 mesi (eventuale flessibilità della seconda dose);
- le coorti di undicenni già invitate, che hanno ricevuto una dose, qualora si possa riprogrammare la seconda seduta di somministrazione, riceveranno soltanto la seconda dose a 6 mesi dalla prima (eventuale flessibilità della seconda dose);
- le coorti di undicenni già invitate, che hanno ricevuto la seconda dose prima del quinto/sesto mese dalla prima (a seconda del tipo di vaccino), eseguiranno la terza dose come da calendario a tre dosi.

8.6 Il nuovo alleato nella prevenzione vaccinale: il vaccino 9-valente

A dicembre 2014 FDA, e qualche mese dopo EMA, hanno approvato il nuovo vaccino 9-valente (HPV-9).

Non esiste alcun altro vaccino che contenga 9 tipi di HPV e che abbia una efficacia dimostrata nella prevenzione delle patologie causate dai 9 tipi HPV: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58.

La vaccinazione universale con il nuovo vaccino 9-valente consentirà di prevenire in entrambi i sessi lo sviluppo di cancro e lesioni precancerose del collo dell'utero, della vulva, della vagina, dell'ano e le lesioni anogenitali

benigne esterne (condilomi acuminati) causate dai 9 tipi di HPV presenti nel vaccino. Il vaccino 9-valente ha dimostrato, nei numerosi studi effettuati nel corso dello sviluppo clinico un'efficacia clinica che va dal 96 al 100% nella prevenzione dei tumori e delle lesioni precancerose del collo dell'utero, della vulva, della vagina e dell'ano e delle lesioni ano-genitali benigne esterne.

La protezione del vaccino 9-valente porterà un vantaggio sostanziale in termini di riduzione delle patologie HPV-correlate.

Inoltre, il vaccino 9-valente, rispetto al vaccino HPV-4, si è dimostrato efficace nella riduzione:

- delle biopsie cervicali correlate alle lesioni da HPV di tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58: efficacia del 95,9%, con 11/6.016 casi verso 562/6.018 casi;
- dei trattamenti cervicali definitivi, correlati alle lesioni da HPV di tipo 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58: efficacia del 90,7% con 4/6.016 casi contro 43/6.018 casi.

8.7 Il vaccino 9-valente: chi è?

Il vaccino 9-valente è un'evoluzione del quadrivalente, di cui ha in comune le *virus-like particles* (VLPs) relative ad HPV 6,11,16 e 18.

Al fine di consentire l'introduzione di altri cinque VLPs di HPV ad alto-rischio e per prevenire interferenze immunitarie derivanti dalla nuova formulazione, nel *cocktail* originario sono state apportate alcune modifiche.

È stata cioè incrementata la quantità di VLPs dei quattro genotipi iniziali ed è stato raddoppiato l'adiuvante già utilizzato per HPV-4.

Questa nuova quantità di adiuvante è la stessa già utilizzata in altri vaccini in commercio.

8.8 Indicazioni del vaccino 9-valente

HPV-9 è indicato per l'immunizzazione attiva di individui a partire dai 9 anni di età, in entrambi i sessi, contro le seguenti patologie da HPV:

- Lesioni precancerose e tumori che colpiscono il collo dell'utero, la vulva, la vagina e l'ano causati dai sottotipi di HPV contenuti nel vaccino;
- Condilomi genitali (Condiloma acuminata) causati da tipi specifici di HPV.

HPV-9, oltre ad essere indicato nella prevenzione del cancro del collo dell'utero e dell'ano, è l'unico vaccino con indicazione specifica anche nella prevenzione del cancro della vulva e della vagina HPV-correlati, rispetto agli altri vaccini disponibili.

8.9 Efficacia

Gli studi clinici relativi all'HPV-9 si articolano in numerosi sotto-progetti, di cui alcuni sono stati pubblicati mentre altri sono in via di completamento.

Lo studio principale, randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, è iniziato nel 2009 ed è stato condotto in 19 Paesi e 4 Continenti.

Complessivamente, sono state arruolate 14.206 donne di età compresa tra 16-26 anni, di cui 7.099 randomizzate nel gruppo del vaccino 9-valente e 7.105 nel gruppo del vaccino quadrivalente.

I dati salienti che emergono da questo studio, in merito al vaccino 9-valente, sono i seguenti:

- Efficacia del 97,4 % , superiore rispetto al vaccino quadrivalente;
- Non inferiorità della risposta anticorpale verso i tipi HPV 6, 11, 16 e 18;
- Superiorità dell'efficacia clinica nella riduzione dell'incidenza delle lesioni precancerose del collo dell'utero, della vulva e della vagina, causate da HPV 31, 33, 45, 52 e 58.

Il vaccino 9-valente si è dimostrato particolarmente efficace nella riduzione di:

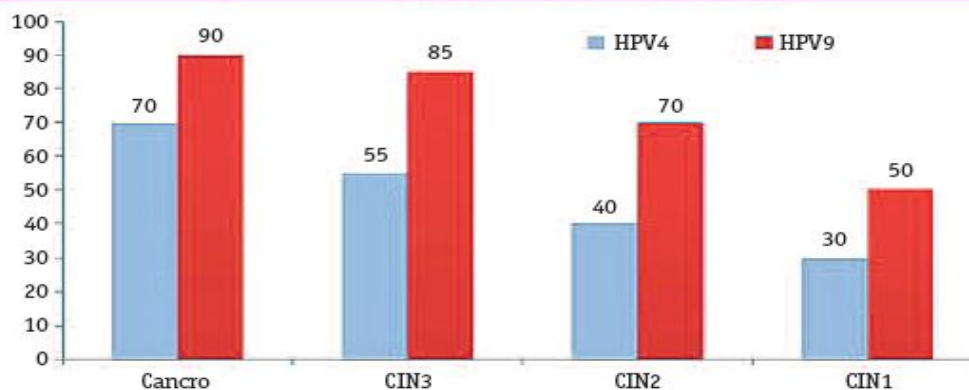
- incidenza delle lesioni di alto grado della cervice uterina, della vulva e della vagina, correlate al virus HPV di tipo 31, 33, 45, 52 e 58;
- incidenza di lesioni della cervice uterina, della vulva e della vagina, di qualsiasi grado, correlate al virus HPV di tipo 31, 33, 45, 52 e 58;
- delle infezioni persistenti causate dai tipi di HPV sopra menzionati, con una efficacia > al 90%;
- di anomalie del PAP TEST (ASC-US o più grave), risultate positive ai tipi di

HPV ad alto rischio;

- del ricorso a biopsie cervicali del 97,7% e dei trattamenti definitivi al collo dell'utero del 90,2%, correlati al virus HPV di tipo 31, 33, 45, 52 e 58.

Gli studi clinici hanno dimostrato l'efficacia contro i 5 nuovi tipi di HPV e contro i 4 originari. I dati sono a sostegno dei risultati di efficacia sia in donne adulte sia in ragazzi e ragazze di 9-15 anni. Sulla base di questi dati, si può ipotizzare un consistente risparmio.

FIGURA 29. Protezione teorica del vaccino HPV9 rispetto all'HPV4 in relazione alla distribuzione dei genotipi HPV nel cancro della cervice uterina e nelle lesioni cervicali precancerose (6,11, 16,18, 31, 33, 35, 45, 52, 58)



Mod da: Markowitz L, ACIP meeting. 2015 (19)

8.10 La durata della protezione

La vaccinazione anti HPV è sicura e duratura nel tempo. I dati fino ad ora disponibili mostrano come entrambi i vaccini siano in grado di conferire una protezione al momento superiore ai 10 anni.

Questo dato di recente è stato ulteriormente confermato nel vaccino quadrivalente in tutti i gruppi di età, sia maschi che femmine fino a 45 anni.

Le tabelle riportate illustrano la durata della protezione del vaccino bivalente e del vaccino quadrivalente.

TABELLA 3. Durata dell'efficacia del vaccino bivalente

Endpoint HPV-16/ 18	ATP ₍₁₎			TVC ₍₂₎		
	Bivalente	Controllo	% Efficacia (97,7%)	Bivalente	Controllo	% Efficacia (97,7%)
	n/N	n/N	IC	n/N	n/N	IC
6M IP	6/1859	34/1822	82,9% (53,8;95,1)	71/2776	132/2776	47% (25,4;62,7)

N Numero di soggetti in ogni gruppo

N Numero di soggetti che hanno riportato almeno un evento in ogni gruppo

6M IP 6-mesi di infezione persistente

IC Intervallo di Confidenza

TABELLA 4. Durata dell'efficacia del vaccino quadrivalente

Soggetti	End-point clinico	Follow-up
♀ 9-15 anni	CIN+, GW [#] (6,11,16,18)	10,7 anni
♀ 16-23 anni	CIN 1/2/3+ (6,11,16,18)	10 anni
♀ 24-45 anni	CIN 1/2/3+, GW (6,11,16,18)	8,4 anni
♂ 9-15 anni	LGE [§] (6,11,16,18)	10,6 anni
♂ 16-26 anni	GW, LGE, AIN+, C.A.* + I.P.** (6,11,16,18)	9,6 anni
Risposta anticorpale		
♂ ♀ 9-15 anni	Siero+ 6,11,16,18	10 anni
♀ 16-23 anni	Siero+ 6,11,16,18	9 anni
♀ 24-45 anni	Siero+ 6,11,16,18	8 anni
♂ 16-26 anni	Siero+ 6,11,16,18	8 anni

Dati elaborati da: RCP Gardasil agg. Aprile 2016 (46)

9. LA COPERTURA VACCINALE

Relativamente al rilevamento dei dati di copertura vaccinale anti-HPV, finora tale attività è stata svolta dal CNESPS, dell'Istituto Superiore di Sanità, attraverso la raccolta semestrale (al 30 giugno ed al 31 dicembre di ogni anno) del numero di prime, seconde e terze dosi di vaccino, per coorte di nascita. La copertura viene calcolata sul numero di residenti femmine della coorte (il denominatore è fornito dalle Regioni). Ad ogni rilevazione, oltre al numero di dosi effettuate sulla nuova coorte di undicenni, target primario dell'offerta attiva della vaccinazione, è richiesto l'aggiornamento delle coorti di nascita precedenti.

Alla luce del recente aggiornamento del modello ministeriale di rilevazione delle coperture vaccinali, che ha incluso anche la scheda per la rilevazione dei dati relativi alla vaccinazione anti-HPV, i dati in parola saranno rilevati, a partire dall'anno in corso, dall'Ufficio V della Direzione Generale della Prevenzione.

Inoltre, considerata la possibilità di somministrare entrambi i vaccini anti-HPV secondo la schedula a due dosi, è sorta la necessità di modificare la modalità di rilevazione delle coperture vaccinali. A tal fine, si ritiene opportuno limitare la raccolta a:

- numero di prime dosi
- numero di cicli completi.

Questo permetterà di calcolare l'adesione alla vaccinazione (vaccinate con almeno una dose) e la copertura con ciclo completo. Indirettamente, sarà anche possibile valutare la quota di soggetti che non ha completato il ciclo vaccinale.

Questa variazione semplificherà la rilevazione, poiché non dipende dal tipo di vaccino utilizzato e dall'età della popolazione target dell'offerta attiva; inoltre, non risente del periodo di transizione della schedula vaccinale da 2 a 3 dosi.

9.1 La campagna vaccinazione nel territorio

Fino a pochi anni fa, in molti Paesi, le campagne vaccinali contro l'HPV si erano concentrate al sesso femminile, ponendosi come obiettivo primario la prevenzione delle neoplasie della cervice uterina.

Tuttavia, negli ultimi anni, grazie ad una migliore conoscenza dell'infezione da HPV, delle sue manifestazioni cliniche nel maschio e alla successiva approvazione del vaccino quadrivalente anche per il sesso maschile, le principali società scientifiche coinvolte nella vaccinazione hanno suggerito un approccio "*gender neutral*".

Nel "*Calendario per la vita*", e nell'ultimo PNPV 2016-2018, si raccomanda un obiettivo ben diverso: l'immunizzazione di adolescenti di entrambi i sessi verso il più alto numero di ceppi HPV per la prevenzione di tutte le patologie HPV correlate prevenibili con la vaccinazione.

La strategia di includere il maschio nelle campagne vaccinali ha la funzione di ridurre la circolazione del virus (*herd-effect*) e la trasmissione dell'infezione tra

i due sessi, ma soprattutto di contrastare il manifestarsi di numerose e spesso gravi patologie correlate all'HPV che colpiscono anche gli uomini.

Contrariamente al cancro del collo dell'utero, per gli altri tumori HPV-correlati non esistono programmi di screening organizzati per la diagnosi precoce. In particolare nel maschio non ci sono studi standardizzati per la diagnosi delle infezioni HPV.

Entrambi i sessi hanno lo stesso diritto di usufruire dei benefici della vaccinazione anti-HPV; secondo le normative europee, è un diritto di ogni individuo poter accedere ai programmi di prevenzione delle malattie, laddove esista un mezzo efficace di prevenzione come il vaccino.

Un programma universale di vaccinazione anti-HPV riduce i pregiudizi creati intorno a una vaccinazione del solo genere femminile, aiutando a ridurre le barriere socio-culturali e quindi aumentando l'accettabilità e le coperture vaccinali.

9.2 Uno sguardo alla realtà del nord Sardegna

È partito a Sassari, già nell'ottobre 2008, il programma di vaccinazione anti HPV. La campagna si inserisce all'interno del Piano sanitario nazionale che si pone tra gli obiettivi la lotta alle grandi patologie, tra cui i tumori, e il controllo delle malattie diffuse, incluse le malattie infettive sessualmente trasmesse.

La Regione, con la delibera del 4 giugno 2008, ha deciso di avviare un programma di vaccinazione contro il virus HPV al fine di prevenire le lesioni

precancerose e cancerose del collo dell'utero.

L'offerta della vaccinazione si affianca al programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina che la Regione sta portando avanti.

Il Servizio di Igiene pubblica del Dipartimento di prevenzione dell'Asl sassarese, in collaborazione con le scuole medie del territorio, aveva inviato una lettera ai genitori delle ragazze "target" della campagna vaccinale. Si tratta delle giovani nate nel 1997 e che nell'arco del 2008 avrebbero compiuto, o avevano già compiuto, gli 11 anni: per queste l'offerta del vaccino, così come previsto dalla delibera regionale, sarà gratuita.

«L'infezione da Papilloma virus umano – riferiscono dal Servizio di Igiene pubblica – è molto comune e può dare origine ad alterazioni delle vie genitali che, se non trattate, possono degenerare in cancro del collo dell'utero, malattia che ancora oggi in Italia colpisce ogni anno migliaia di donne».

La prevenzione è già possibile mediante l'effettuazione periodica del PAP TEST nelle donne adulte, che permette di individuare le lesioni precancerose e trattarle prima che degenerino in tumore.

Oggi si ha a disposizione anche uno specifico vaccino sicuro ed efficace, in grado di agire contro i tipi di HPV 16 e 18, accertati e sicuri responsabili del 70 per cento dei casi di questo tumore.

Il vaccino non protegge da tutti i tipi di Papilloma virus e pertanto è necessario affiancare al vaccino la periodica effettuazione del PAP TEST, gratuito a partire dai 25 anni. Il vaccino non contiene virus vivo ed è generalmente ben tollerato si somministra in 2 dosi per iniezione intramuscolare nel braccio.

Si tratta quindi di una importante opportunità per prevenire il tumore del collo dell'utero. A Sassari per la somministrazione del vaccino le ragazze, munite di libretto delle vaccinazioni e accompagnate da un genitore, possono presentarsi negli ambulatori del Servizio di Igiene Pubblica.

La vaccinazione ha la sua massima efficacia nelle preadolescenti, prima dell'inizio dell'attività sessuale e quindi della possibilità di contrarre l'infezione. Inoltre, in questa fascia d'età la risposta immunitaria al vaccino è la migliore. Il vaccino può comunque essere utilizzato fino all'età di 25-26 anni.

La Sardegna è attualmente all'avanguardia nell'offerta vaccinale: il vaccino contro l'HPV viene offerto gratuitamente a tutte le adolescenti di età compresa fra gli undici anni compiuti ed i dodici, ed è assicurato attraverso una forma di compartecipazione al costo da parte della famiglia a tutte le ragazze fino ai 18 anni, previa richiesta.

9.3 La protezione nelle donne adulte (età > 25 anni)

Allo stato attuale è noto che i maggiori benefici correlati alla vaccinazione HPV sono legati all'adesione ai programmi universali nella fascia pre-adolescenziale (12enni).

Tuttavia, si avverte la necessità di capire quali siano gli spazi di utilizzo ed i benefici della vaccinazione individuale in età adulta.

Nel gruppo d'età adulta (fino a 45-50 anni), è stata già dimostrata un'efficacia vaccinale molto elevata per entrambi i vaccini attualmente disponibili (HPV-2 e HPV-4).

Dagli studi si evince che circa il 70% delle donne oltre 25 anni di età possono essere HPV negative a qualunque tipo ed avrebbero quindi un vantaggio dalla vaccinazione.

Chi risulta positivo, normalmente lo è ad un solo tipo di HPV, quindi la vaccinazione verso gli altri tipi ha un razionale.

Il beneficio merita di essere discusso e considerato nei suoi più vari aspetti, pur non essendo da un punto di vista di costo-efficacia, vantaggioso come la vaccinazione universale dell'adolescente in termini di Sanità Pubblica.

Nel "**Calendario per la Vita**" viene per questo raccomandata la vaccinazione anche oltre i 25 anni di età.

10. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

La promozione della salute è un processo che mira a rendere le persone in grado di aumentare il controllo sulla loro salute e i suoi determinanti, e dunque migliorare la salute delle persone stesse (WHO, 1998). per processo intendiamo un metodo, una successione di eventi mirata al raggiungimento di uno scopo.

I determinanti della salute sono rappresentati dalla gamma di fattori personali, sociali, economici e ambientali che determinano lo stato di salute di individui e popolazioni.

Il concetto di salute oggi è stato notevolmente sviluppato: essa è intesa come la misura in cui un gruppo o un individuo possano, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e, dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo.

È necessario intervenire sull'ambiente fisico, sociale, economico e politico in modo che favorisca e supporti la salute piuttosto che danneggiarla.

Nella Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (1986) vi sono i punti d'azione definiti per tale scopo:

- costruire una politica pubblica per la salute;
- rafforzare l'azione della comunità per la salute;
- sviluppare le abilità personali di ciascuno;

- riorientare i servizi sanitari, migliorando l'accesso ai beni e i servizi che accrescono la salute;
- rafforzare i servizi sanitari della comunità;
- sviluppare la sanità pubblica.

È dunque importante il supporto sociale per promuovere la salute reciproca, è essenziale la necessità di garantire l'accesso all'assistenza di comunità e appare chiaro che la comunità è centrale nella promozione della salute.

I principi fondamentali relativi alla promozione della salute espressi dall'OMS sono diversi, ma tra questi possiamo ricordare: la responsabilità di tutti i settori pubblici e privati, la partecipazione del singolo individuo e della comunità, la responsabilità sociale dell'individuo rispetto alla propria salute, l'empowerment del singolo, delle famiglie e delle comunità (ovvero la capacità di effettuare scelte, prendere decisioni e competenze per la gestione della salute), l'integrazione delle attività nei diversi settori e la creazione di reti ed alleanze per la salute.

Da tutto ciò ne consegue che la promozione della salute non sia legata solo al settore sanitario, ma riguardi anche gli altri comparti che influenzano lo sviluppo nazionale e della comunità. La responsabilità sociale si traduce nelle decisioni e nelle azioni dei responsabili nel settore pubblico e privato per il perseguimento di politiche e pratiche che promuovono e tutelano la salute.

Le aree d'azione relative alla promozione della salute sono diverse e tra queste troviamo il sostegno alla salute delle donne, poichè le donne sono le principali promotrici di salute, in ogni contesto di vita, in casa, a lavoro, nel tempo libero.

Anche l'ospedale rappresenta un contesto ambientale, per cui si deve fare di tutto affinché gli ospedali siano promotori della salute e del benessere, sia degli utenti che dei professionisti che vi operano, ad ogni livello. Si deve considerare la persona ricoverata non solo malato, ma come persona che vuole stare bene o vuole continuare a stare bene. L'ospedale è, inoltre, un luogo di lavoro e, come tale, deve essere sano.

Emerge chiara la consapevolezza che la promozione della salute necessiti di una specifica formazione e di una attenzione alla qualità e alla appropriatezza. La promozione della salute deve essere trasversale in tutti i contesti e per tutta la durata della vita.

10.1 Gli infermieri e il loro ruolo nella promozione della salute

Gli infermieri, come ricorda l'OMS, giocano un ruolo chiave nella promozione della salute in quanto hanno molte occasioni di entrare in relazione con gli utenti e possono sfruttare questa opportunità per promuovere atteggiamenti e comportamenti positivi, anche grazie all'acquisizione di conoscenze specifiche.

Consideriamo il fatto che la promozione della salute interessa tutte le fasce d'età: comincia prima della nascita in quanto dipende dai comportamenti adottati dalla madre prima (per es., assunzione di acido folico) e durante la gravidanza (per es., astensione dal fumo) e prosegue nelle diverse fasi di

sviluppo della persona. Essa costituisce una delle responsabilità dei genitori e dei caregiver, nelle situazioni in cui un individuo non sia ancora o non sia più in grado di assumere il carico di se stesso.

Le pratiche per la salute si acquisiscono sin dall'infanzia e diventano abitudini di vita sane se si pone l'accento non tanto sulle conseguenze dannose di determinati comportamenti (per es., il sesso non protetto veicola malattie mortali), quanto sul valore intrinseco di abitudini sane, sullo sviluppo di autostima e autodeterminazione

La salute ed il benessere dell'anziano sono, invece, il risultato dello stile di vita tenuto durante il periodo precedente (per es., la salute della donna dopo la menopausa dipende dai comportamenti per la salute adottati durante l'età fertile).

La promozione della salute deve essere un obiettivo anche della persona con malattia cronica, poiché essa può comunque aspirare a un grado di maggiore benessere e a diventare protagonista della propria salute.

I programmi di promozione della salute dovrebbero svolgersi in contesti vicini alle persone, nelle scuole (luoghi privilegiati per incontrare i giovani), nei quartieri, nei centri ricreativi e nei luoghi ad alta frequentazione giovanile come per es., oratori e palestre, nelle parrocchie e negli altri luoghi di culto, nei luoghi di lavoro per promuovere un ambiente sano e sicuro; i messaggi di promozione della salute possono raggiungere vasti gruppi di persone grazie alla diffusione attraverso i *media*.

Lo scopo della promozione della salute è quello di sviluppare le risorse che mantengono o accrescono il benessere e migliorano la qualità di vita. La persona svolge attività per realizzare e rafforzare il proprio potenziale di salute, attività che non sempre sono svolte con il supporto di un operatore sanitario, anche se i professionisti devono garantire le condizioni per la realizzazione delle attività di promozione della salute.

Puntare l'attenzione sulle potenzialità dell'individuo, sul cambiamento, sul miglioramento, sul benessere.

Le attività di prevenzione sono finalizzate a motivare la persona a evitare condizioni negative allo scopo di mantenere lo stato di salute e non a migliorarlo: la prevenzione si fonda, quindi, su una dimensione protettiva, mentre la promozione della salute su una prospettiva di sviluppo e crescita.

In tutto ciò l'infermiere ha un ruolo preponderante e decisivo: essendo un professionista inserito nella comunità e stando quindi costantemente a contatto con tutte le categorie di possibili utenti, sani e non, può creare e portare avanti relazioni di fiducia con gli individui della comunità in cui opera, al fine di informare, educare, sensibilizzare, rendere consapevoli prima e partecipi subito dopo alla promozione della salute e consentire loro di raggiungere il più elevato livello di benessere possibile, in una prospettiva ampia e durevole nel tempo, sia essa rivolta a un singolo, a una famiglia, a gruppi di vario genere.

L'infermiere coopera con tutte le altre figure sanitarie, in un lavoro interdisciplinare, in cui lo scambio di informazioni e la comunicazione costante segnano il passo della differenza in situazioni critiche.

L'infermiere collabora anche e soprattutto con gli individui e le famiglie per aiutarli a trovare soluzioni ai loro problemi di salute, grandi e piccoli, e a gestire le malattie e le disabilità croniche, supportando nei momenti di stress, fornendo consigli sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio, negativi ed eliminabili.

L'infermiere rappresenta il promotore chiave della salute nella comunità.

È importante che l'infermiere conosca il paziente, la sua famiglia, l'ambiente in cui essi vivono, che garantisca la continuità delle cure, che sia un punto fisso, sicuro e riconosciuto a cui rivolgersi, presente nelle necessità, capace di capire le esigenze, abile nell'intercettare e precedere i bisogni e le ansie, e indirizzare verso la strada più opportuna verso una soluzione ottimale del caso.

L'infermiere è il tramite tra il bisogno e il soddisfacimento di esso, il mezzo che consente di arrivare, con competenza e in tempi ragionevoli, a individuare il problema e realizzare gli interventi mirati alla sua risoluzione.

Come si attua tutto ciò? Comunicazione e informazione. Prima di tutto. Parlare alle persone, accertarsi che abbiano compreso ciò che gli viene spiegato e perchè, usare un linguaggio a loro più familiare e comprensibile, fargli capire cosa c'è di sbagliato nel loro condursi nei riguardi della salute personale, cercare di educare approfondendo su certi atteggiamenti negativi, lassisti,

permissivisti con se stessi e con gli altri e cercando dunque di modificarli o eradicarli in toto.

La figura dell'infermiere è quella che più facilmente può e deve assegnare tempo al dialogo e allo scambio di informazioni, all'indirizzamento verso lo specialista e verso la struttura idonea allo studio del caso.

Nel nostro caso specifico, divulgare tutte le specifiche di ogni possibilità, evento, incontro, le informazioni sulle campagne di prevenzione e le modalità di accesso ai servizi, con tutte le tempistiche, alle donne di ogni fascia d'età, si rivela fondamentale per raggiungere un target di utenza più ampio possibile, al fine di rendere la prevenzione dei tumori una realtà sempre più tangibile e vasta su larga scala.

Promozione e prevenzione debbono andare a braccetto, su canali di conoscenza, periodicità e aggiornamento continui e costanti.

L'infermiere ha il compito e il dovere di fare quanto in suo potere perchè la comunità sia a conoscenza di ciò che può essere fatto a tutela della salute di ciascuno.

Perchè la salute è un bene individuale, ma anche collettivo, a cui tutti debbono collaborare e concorrere, nell'ambito delle proprie possibilità e nell'interesse di tutti.

11. IL RUOLO DEI CONSULTORI NELLA PREVENZIONE

Nel 1975 la legge 405 istituisce i Consultori Familiari.

I Consultori Familiari sono strutture organizzative dei Distretti. Si possono considerare come servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva.

Loro obiettivo, tra gli altri, è quello di promuovere la salute del singolo e della collettività. La multidisciplinarietà delle aree di intervento del consultorio familiare ha la finalità di guardare alla persona in modo olistico al fine di promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia, attraverso interventi socio-sanitari realizzati anche in collaborazione con gli Enti e le Istituzioni locali, le Associazioni di volontariato, i coordinamenti aziendali di educazione alla salute.

In Italia esistono oggi 2600 consultori: 2300 sono istituiti dalle Regioni e 300 sono liberi. In Sardegna ci sono oltre 80 consultori familiari.

Nell'ambito del progetto POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile) adottato nel 2000, si assegna un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva e indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari; si introduce una nuova modalità di lavoro composta da équipes consultoriali, basata "sull'offerta attiva" di interventi per la promozione della salute, attraverso l'attuazione di strategie operative e il coinvolgimento dei canali operanti.

Il POMI è anche un punto di partenza per un processo di riqualificazione. In esso infatti è possibile individuare, all'interno delle varie aree di intervento proprie delle attività consultoriali, dei veri e propri progetti strategici tra i quali figura anche la prevenzione dei tumori femminili.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio e si realizzano attraverso un lavoro d'equipe in cui deve essere favorita la massima condivisione delle informazioni e la presa in carico globale della donna e della coppia, nel rispetto delle diverse professionalità e responsabilità, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Il POMI richiede per i Consultori Familiari un organico multidisciplinare adeguato alla realizzazione di progetti strategici. Per lo svolgimento delle sue attività il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale, i cui interventi ne definiscono la fisionomia e la specificità.

L'accesso e le prestazioni erogate all'interno del consultorio sono gratuite e, nella maggior parte dei casi ad accesso diretto, per i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o per coloro che soggiornano temporaneamente sul territorio italiano.

11.1 Il servizio consultoriale: prevenzione dei tumori genitali femminili

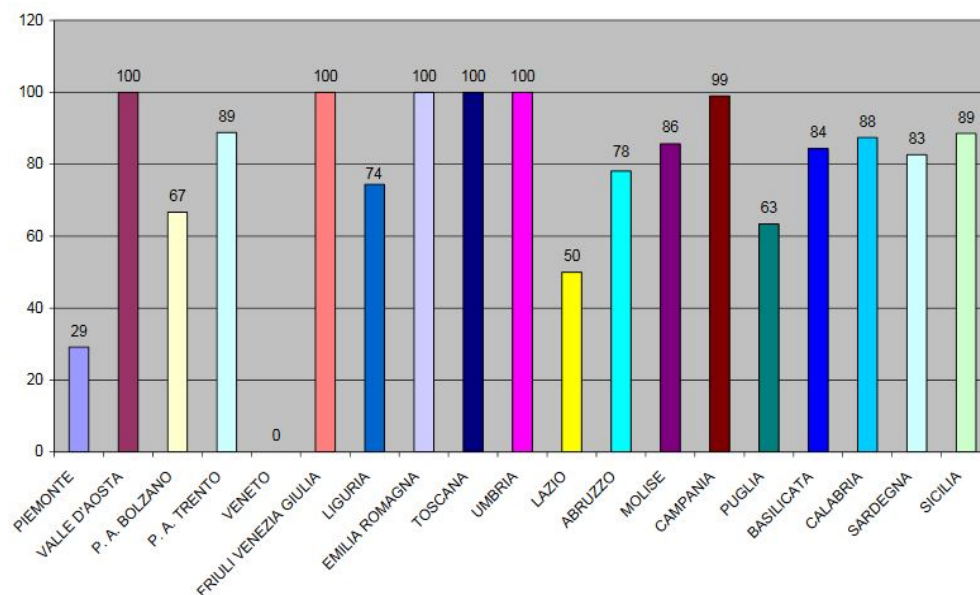
Il servizio consultoriale ha da sempre un ruolo importante nella prevenzione e nella diagnosi dei tumori genitali femminili.

Il programma di screening dovrebbe garantire in prima istanza l'equità di accesso, quando necessario il secondo livello diagnostico-terapeutico ed infine il follow-up.

Lo screening oncologico del cervico-carcinoma per chiamata attiva delle donne target permette di ottimizzare l'attività anche nelle zone territoriali più svantaggiate.

L'operatore sanitario del consultorio familiare responsabile del PAP TEST è l'ostetrica che, insieme ad altri professionisti consultoriali tra i quali figura l'infermiere di comunità e di territorio, ha le competenze e gli strumenti per collaborare con i servizi presenti sul territorio, all'organizzazione di campagne informative e di sensibilizzazione, per lo screening del cervico-carcinoma e per il carcinoma del seno.

Nel grafico che segue, a cura del Ministero della Salute, vengono messe in evidenza le percentuali dei consultori che effettuano il PAP TEST:



11.2 Il consultorio nell'educazione sessuale e sensibilizzazione dei giovani

Ai consultori possono rivolgersi donne, coppie e famiglie riguardo a tematiche di interesse del singolo o collettivo, che riguardano ampi campi della vita dell'uomo: educazione sessuale, prevenzione oncologica, assistenza al percorso nascita, visite ginecologiche e controlli, contraccezione, consulenza e indirizzamento verso lo specialista del caso, e tantissime altre attività.

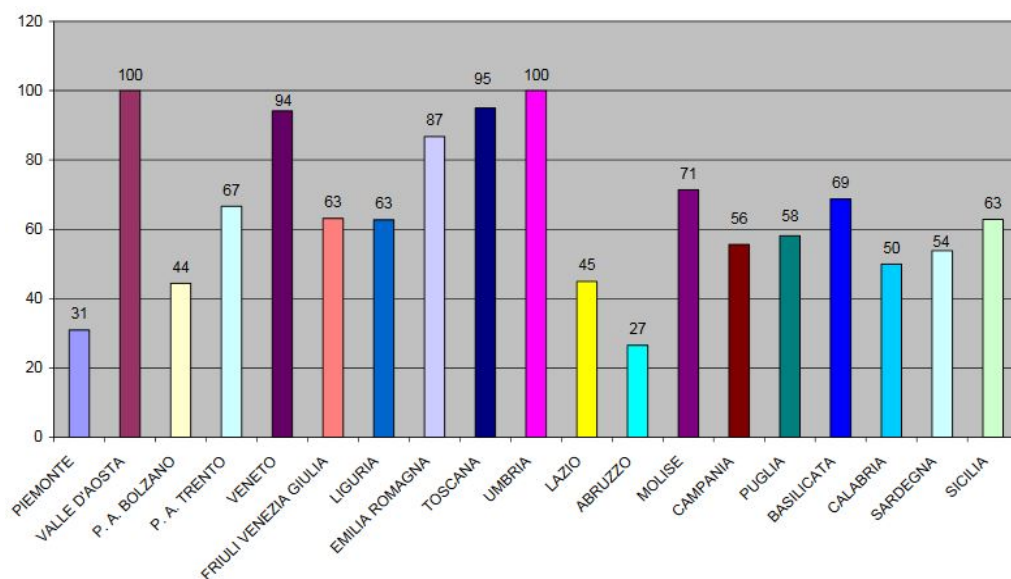
Troviamo per esempio anche attività di educazione sessuale per i giovani, con équipes di professionisti pronti a fornire tutte le informazioni necessarie caso per caso e a risolvere eventuali problematiche tipiche dei giovanissimi.

Ampio spazio trova la sensibilizzazione degli adolescenti verso una vita sessuale consapevole, per quanto possibile considerata l'età dell'utenza cui ci si rivolge. L'educazione sessuale inizia in famiglia, quando va bene, prosegue tra i banchi di scuola con lacunose informazioni tra studenti, col metodo passaparola, dovrebbe e potrebbe incontrare largo spazio di discussione a scuola, ma non sempre è così.

Il consultorio è una struttura capace di supplire a tutti i vuoti informativi e educativi in cui sono lasciati i giovani, affinché si riesca ad arrivare a diffondere un messaggio sano e cosciente su ciò a cui si va incontro dal periodo della pubertà in avanti, quando si inizia ad avvicinarsi ai primi contatti sessuali. Fornire consulenza psico-sessuale, dare informazioni e consulenze per la procreazione responsabile, prescrivere contraccettivi orali e applicare contraccettivi meccanici, informare per il controllo della gravidanza

indesiderata, dare consulenze per l'interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G.), garantire supporto medico e psico-sociale (per i minorenni e non), assicurare visite ginecologiche e andrologiche, fornire consulenza psicologica con sostegno psico-terapeutico, attività di counselling e tantissime altre attività a favore di una corretta conduzione di sé e di uno stile di vita improntato alla promozione della salute conservazione e alla conservazione di essa, tale da poter intervenire laddove si verificano comportamenti errati, con interventi mirati e adeguati.

Le recenti Leggi (tra cui in particolare la L. 10 del 31/07/2003), direttive e circolari assegnano ai Consulenti Familiari compiti sempre più incisivi in materia di prevenzione primaria e secondaria. In particolar modo viene dato grande rilievo ai compiti dei Consulenti Familiari in materia di sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, affidamento familiare ed adozioni nazionali ed internazionali. Nel grafico che segue, a cura del Ministero della Salute, vengono messe in evidenza le percentuali dei consulenti che effettuano corsi di educazione sessuale:



12. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'Assistenza infermieristica basata sul modello delle prestazioni

infermieristiche: Nell'ottica della moderna infermieristica che vede l'infermiere come un professionista autonomo in grado di compiere delle scelte sulla progettazione dell'assistenza, si aprono scenari sicuramente diversi da quelli concepiti qualche anno fa. L'infermiere non può limitarsi a fungere da contenitore di sapere. Il sapere nella nostra testa si esaurisce presto, ci stanca, viene soppiantato sempre da nuove scoperte che ampliano o addirittura sostituiscono le nostre acquisite.

Oggi il ruolo dell'infermiere, deve essere quello di "guida", di vero e proprio "consulente della salute", in grado di saper offrire non solo il suo bagaglio di notizie, ma soprattutto il suo bagaglio di intelligenza e di esperienza espressa in professionalità. Deve offrirsi come colui che soddisfa i bisogni di salute, e non solamente quelli della Malattia, vedendo "l'uomo nella malattia" anziché "la malattia nell'uomo". Il cambiamento delle funzioni infermieristiche è stato avvertito anche in campo legislativo dal:

Codice Deontologico del 1999 con l'art. 1.2: *“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa”* e l'art. 4.1. *“L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.”*

Nel caso da me trattato, quindi, il personale infermieristico metterà in pratica tutte le “azioni”, in quanto si troverà a identificare e pianificare un’appropriata educazione alla paziente, ma anche un adeguato piano di assistenza nel momento in cui, l’autonomia si riduce o viene meno. Così l’infermiere dovrà essere in grado di prospettare alle pazienti un adeguato modello di stile di vita, realizzando in questo modo le azioni di indirizzo e di guida, che rientrano sia nel campo delle attività assistenziali, sia nelle attività del nursing di salute pubblica e nei compiti della prevenzione primaria.

Nel caso specifico, il ruolo principale dell’infermiere, consiste nella promozione di pratiche e comportamenti che favoriscano il mantenimento della salute sessuale. Lo scopo è quello di concentrare l’attenzione sulla potenzialità di benessere dell’individuo e incoraggiarlo a cambiare le sue abitudini personali, il suo stile di vita e l’ambiente, per migliorare la propria salute e il proprio benessere. A questo scopo l’infermiere si occuperà dei seguenti aspetti:

- fornire informazioni circa la necessità di programmare visite regolari focalizzate sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sull’identificazione di problemi ginecologici e della funzione riproduttiva
- mantenere un atteggiamento aperto privo di pregiudizi, in modo che la donna possa sentirsi a suo agio nel discutere problemi personali. L’infermiere deve assumere un comportamento empatico e sensibile e valutare l’effetto di tali problemi sulla paziente e sul coniuge. L’educazione, come funzione del nursing, è inclusa in tutte le leggi sull’esercizio della professione infermieristica, divenendo una funzione indipendente e una responsabilità

primaria della professione infermieristica. Per quanto riguarda le altre azioni: sostenere, compensare, sostituire, l'infermiere dovrà sempre di più assumersi un carico di lavoro maggiore, perché l'autonomia della persona andrà diminuendo progressivamente, fino a quando diverrà totalmente dipendente necessitando di interventi infermieristici di totale sostituzione.

13. ASPETTO BIO-PSICO-SOCIALE DEL MALATO AFFETTO DA TUMORE: INTERVENTI INFERMIERISTICI.

Alcune malattie, particolarmente quelle in fase evolutiva, hanno la capacità di sconvolgere la vita del malato biologicamente, psicologicamente e socialmente. Nella malattia oncologica si possono riconoscere tutti e tre gli aspetti sopra esposti.

I problemi biologici che si trova ad affrontare un malato di cancro sono molteplici e riconducibili non solo alla malattia, ma anche ai trattamenti a cui viene sottoposto, ognuno dei quali ha delle sue specificità. Ad esempio la Terapia chirurgica può causare perdita della propria integrità corporea e dolore mentre la Radioterapia causa i seguenti problemi biologici tra cui nausea, irritazioni cutanee, e spossatezza.

I problemi Psicologici che causano spesso depressione ed ansia sono riconducibili alla consapevolezza di avere una malattia minacciosa per la vita, incertezza della prognosi, perdita del ruolo femminile e familiare.

La malattia oncologica è inserita nell'elenco delle affezioni da considerare come "malattie sociali". Per malattie sociali si intendono quelle patologiche che apportano perdite economiche alla collettività causando quindi un danno economico.

Gli interventi specifici che deve attuare l'infermiere, coordinandosi con il resto dell'equipe multidisciplinare, devono prendere in considerazione le aree di azione della Prevenzione primaria (progettando un piano operativo-educativo

in cui obiettivo è rendere la popolazione capace di adottare comportamenti per il mantenimento dello stato di salute), della Diagnosi precoce (l'infermiere educa e informa la popolazione sul significato e l'importanza della partecipazione a screening di massa o alle metodiche di diagnosi precoce.

Nella fase che segue la comunicazione della diagnosi l'infermiere interviene sugli squilibri psicologici che il malato può dimostrare in diversi modi (aggressività, negazione, isolamento), educando la persona a riconoscere e a sfruttare le proprie potenzialità per raggiungere un nuovo equilibrio. Alla fase successiva, dell'adattamento, si arriva stimolando il paziente ad avere un controllo sulla nuova situazione mediante un costante apporto di informazioni che riguardano i sintomi, le complicanze che possono insorgere, alterazioni dell'immagine corporea ed educandolo sulle modalità di comportamento da attuare per poterle gestire. Durante il Processo di riabilitazione l'infermiere pianifica gli interventi che prevedono l'orientamento del paziente a percepire ed analizzare la sua nuova situazione corporea e la completa ripresa funzionale, lo educa alla necessità di sottoporsi al follow-up, rileva in modo completo i dati che permettono la valutazione delle condizioni fisiche, psichiche e sociali del malato (alterazioni sfinteriche, dolore, alterazioni della stima di sé, conflitti di dipendenza, isolamento socio-economico) e progetta un piano capace di migliorare la qualità della vita del malato e della sua famiglia. Per il raggiungimento di buoni risultati sarebbe auspicabile venissero utilizzati tutti quegli strumenti che sono emersi negli ultimi anni per la valutazione della Qualità della Vita (QL). La Qualità della Vita è costituita da due componenti:

- La capacità di eseguire ogni giorno le attività negli ambiti fisico, psicologico e sociale della vita.
- La soddisfazione che il paziente prova, compatibilmente con il controllo di malattia e/o i sintomi correlati ai trattamenti.

La QL rappresenta lo stato funzionale, il benessere psico-sociale, le percezioni della salute e i sintomi correlati alla malattia e al trattamento. Gli strumenti per la valutazione della QL (questionari a domande multiple) devono essere utilizzati durante le varie fasi della malattia, per avere una valutazione accurata per ogni momento e poter sviluppare tempestivamente interventi assistenziali specifici.

CONCLUSIONI

Ho illustrato il comportamento di un virus comune, ma evitabile e ciò che spetta all'infermiere secondo le norme del suo codice deontologico e della sua professione.

L'educazione, l'informazione e l'assistenza del paziente rappresenta un compito fondamentale dell'infermiere, soprattutto nei confronti di persone affette da patologie tumorali, nelle quali la "convivenza" con la malattia è una chiave fondamentale per la cura.

Ho voluto evidenziare come la gestione di tali pazienti esiga una continuità di prestazioni che l'infermiere deve svolgere con professionalità cercando di far diventare la persona l'attivo gestore del perseguimento della propria salute prima e della propria cura poi.

La partecipazione attiva e la responsabilizzazione del paziente nei confronti del proprio trattamento sono indispensabili per la gestione di una malattia che, se è stata sviluppata e non può essere guarita, può e deve essere controllata e stabilizzata nell'obiettivo di un miglioramento della qualità della vita.

Concludo la trattazione volendo dire che l'infezione da Papillomavirus non è un'infezione che va presa sottogamba perché le conseguenze possono intaccare sia la sfera fisica che quella psichica.

Affrontare una complicanza così grave come un intervento chirurgico, le successive sedute di chemioterapia e di radioterapia possono abbattere l'autostima di una donna.

Noi, da professionisti sanitari esperti, dobbiamo saper riconoscere quando la nostra paziente ha bisogno del nostro supporto.

La prevenzione gioca di certo un ruolo fondamentale e in futuro avrà un ruolo ancora più grande, visto che i casi potrebbero ridursi al minimo.

L'infermiere, in questo arduo compito, si dovrebbe approcciare con la propensione di fare di tutto per migliorare le condizioni della paziente in qualsiasi circostanza al fine che possa avere una qualità della vita sempre ottimale.

Non dimentichiamoci che il tumore della cervice uterina è tra le prime cause di morte nella donna dopo il tumore alla mammella, ma tra tutti, questo è l'unico su cui possiamo intervenire al fine di ridurre i rischi di complicanze ben più gravi.

L'approccio alla vaccinazione e la medicina della prevenzione devono mirare alla riduzione quanto più alta possibile dei casi di tumore della cervice uterina.

Gli infermieri e gli operatori sanitari esperti nella prevenzione devono essere i primi a sostenere la paziente durante le fasi della patologia e se possibile sensibilizzare quella fetta di popolazione che si sta avvicinando al sesso per la primissima volta.

BIBLIOGRAFIA

- Brunner Suddarth Nursing Medico-Chirurgico – Casa Editrice Ambrosiana – volume 1 e 2- del 2001
- Rossana Alloni, Lucia Gianotti, Anne Destrebecq, Silvano Poma Infermieristica clinica in chirurgia – Editore Ulrico Hoepli Milano – 2005
- Carlo Calamandrei, Laura D’Addio Commentario al nuovo codice deontologico dell’infermiere – Editore McGraw-Hill 1999
- Marisa Cantarelli Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche Editore Masson – 1996
- Carpenito L.-Moyet Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche, Casa Editrice Ambrosiana, 2004
- M. Fincato Chirurgia- Fisiopatologia e Clinica-Assistenza Infermieristica, Edizioni Sorbona 1989
- Marinelli Montemarano, Liguori D’Amora Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Piccin Editore 2002
- Sironi, Baccin Procedure per l’assistenza Infermieristica, Masson Editore 2006
- ANIN, Spairani Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica, Masson 2000
- Rocco, Fabriani Infermieristica clinica in ostetricia e ginecologia MC GRAW-HILL 1997
- Barbuti, Fara, Giammanco Igiene e medicina preventiva, voll. I-II, MC, MONDUZZI EDITORIALE

- Engram B. Piani di assistenza in medicina e chirurgia, EDISES editore 1999
- Pasquot L. Infermieristica clinica, Masson editore 2000
- Bezzi, Midiri Chirurgia Generale, Editore SEU 2003
- AA.VV. L'assistenza alle pazienti ostetriche e ginecologiche, Editore Piccin
- Clinical Management of Bereavement , di Martocchio, 1985.
«Bereavement », di C.M. Parkes, in « The Oxford Textbook of palliative Medicine », 1980.
- Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto, di Francesco Campione, ed. Armando Editore, 1990

SITOGRAFIA

- www.disinformazione.it
- www.aimac.it
- www.sostumori.org
- www.aiom.it
- www.medinews.it
- www.italiasalute.it
- www.misterodellasalute.it
- www.salutedonna.it
- www.giofil.it
- www.vaccinarsi.org
- www.epicentro.iss.
- www.osservatorionazionale screening.it
- www.airc.it
- www.ccm-network.it
- www.salute.gov.it
- www.vaccinarsi.org
- 100D_hpv_2015. pdf

- 49024_1. pdf
- Aggiornamento_HPVP_30062014_validato. pdf
- Ministero della Salute_ organizzazione ed attività dei consultori familiari pubblici in Italia. pdf
- Ministero della Salute_ screening oncologici. Pdf
- Ministero della Salute_ Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV)
- AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco “L'OMS aggiorna per il 2016 le informazioni su HPV e tumore cervicale (23 giugno 2016)
- RIAP (Rivista di Immunologica e Allergologia Pediatrica): dieci anni di protezione anti-HPV: verso nuove frontiere
- AIOM-CCM-AIRTUM: i numeri del cancro in Italia 2015
- Italian Journal of Public Health: prevalenza ed incidenza dell'infezione da HPV nel mondo
- Osservatorio Nazionale Screening- Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie: I programmi di screening in Italia