

Per quanto riguarda l'efficacia clinica invece:

- nelle donne che non erano state infettate dai tipi di HPV contenuti nel vaccino prima di iniziare il ciclo vaccinale ed avevano ricevuto un ciclo vaccinale completo (3 dosi) l'efficacia clinica nel prevenire le lesioni CIN1+ è risultata essere del 95%;
- nel totale delle donne partecipanti, incluse donne con infezione da HPV e quelle che non hanno completato il ciclo vaccinale, la stima di efficacia è stata del 47%.

L'osservazione di circa 12.000 persone vaccinate e il confronto con 9.000 persone che hanno ricevuto un placebo ha dimostrato inoltre che il vaccino ha un buon profilo di **sicurezza**.

Le reazioni associate alla vaccinazione sono state febbre e reazioni locali nella sede dell'iniezione. Queste reazioni hanno avuto una frequenza $\geq 10\%$, sono state raramente segnalate anche reazioni di possibile natura allergica (broncospasmo, orticaria). La frequenza di orticaria, tuttavia, è stata inferiore nel gruppo delle vaccinate rispetto al gruppo che aveva ricevuto il placebo.

Non sono stati effettuati studi specifici sul vaccino in donne in gravidanza. Nelle gravidanze insorte durante gli studi clinici (2.266 donne di cui 1.115 vaccinate e 1.151 del gruppo placebo) non è stato rilevato alcun impatto negativo sulla fertilità in termini di incidenza di aborti spontanei, morti intrauterine e anomalie congenite. Tuttavia i dati disponibili non sono sufficienti per raccomandarne l'uso in gravidanza.

Le informazioni scientifiche oggi disponibili ci dicono quindi che siamo in presenza di un vaccino sicuro, ben tollerato e in grado di prevenire nella quasi totalità dei casi l'insorgenza di un'infezione responsabile del 70% dei casi di tumore della cervice uterina^{4,5}.

PROGRAMMA DI VACCINAZIONE

I principali organismi tecnico-scientifici del Ministero della Salute - Il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), che ha espresso in proposito uno specifico parere l'11 gennaio scorso e la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA - hanno indicato la necessità di intervenire in via prioritaria avviando una **campagna di offerta attiva e gratuita rivolta a una coorte di ragazze in età prepubere** che negli anni produrrà una progressiva immunizzazione della popolazione giovane adulta esposta al rischio di infezione. A questa età è massimo il profilo beneficio-rischio in quanto sono pressoché assenti infezioni pregresse (il virus si trasmette infatti abitualmente per via sessuale).

Il programma di vaccinazione si affianca, ma non sostituisce, lo *screening* periodico poiché il vaccino oggi disponibile è attivo contro il 70% dei virus associati al carcinoma uterino mentre, per il restante 30%, l'unica prevenzione resta il pap-test.

Bisogna poi ricordare che il vaccino produrrà effetti sulla prevenzione del cancro della cervice tra alcuni decenni, mentre attualmente siamo in grado di ridurre drasticamente l'incidenza di questo tumore solo attraverso il miglioramento della strategia di prevenzione basata sullo *screening*.

Il vaccino, al di fuori delle vaccinazioni programmate per coorti, sarà comunque disponibile a pagamento in farmacia previa prescrizione del medico, ed è indicato per le donne che non hanno ancora contratto l'infezione.

In Emilia-Romagna il programma per la vaccinazione contro il virus HPV, come è stato annunciato dall'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione, Giovanni Bissoni, il 9 giugno 2007 in un affollatissimo convegno tenutosi nell'Aula Magna di Santa Lucia a Bologna, **partirà nel gennaio 2008** con l'offerta gratuita della vaccinazione alle ragazze al compimento degli 11 anni.

Al pari degli altri vaccini per l'età pediatrica (0 - 17 anni) sarà utilizzato all'interno di una strategia di offerta pubblica ispirata ai principi dell'efficienza, dell'equità di accesso e dell'uso controllato per sorvegliare attivamente gli effetti sulla popolazione esposta al vaccino.

Tenuto conto che in Regione si raggiungono stabilmente e da anni elevati livelli di copertura vaccinale sia per le vaccinazioni considerate obbligatorie (poliomielite, difterite, tetano, epatite B) che per quelle raccomandate (rosolia, meningite da enofilo, pertosse, morbillo), ci si attende un interesse molto alto della popolazione alla nuova offerta vaccinale e contestualmente una parziale revisione dei piani di attività dei servizi vaccinali. In particolare dovranno essere adeguati i piani di comunicazione ed informazione degli utenti considerato che, diversamente dagli altri vaccini, la sola pratica vaccinale non basterà a ridurre la morbosità e mortalità delle infezioni da HPV e del cervicocarcinoma e inoltre che il tema della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, inevitabilmente associate alla vaccinazione anti-HPV, potrà produrre resistenze nei genitori delle ragazze a cui viene offerta la vaccinazione.

BIBLIOGRAFIA

¹ Intervento del Ministro della Salute Livia Turco alla conferenza stampa promossa dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA) tenutasi a Roma il 24 gennaio 2006.

² S. Ferretti. *Epidemiologia del carcinoma cervicale*. Convegno "HPV e tumori dell'apparato genitale femminile: l'era dei vaccini", Bologna 9 giugno 2007

³ S. Salmaso. *Epidemiologia dell'infezione da HPV e patologie correlate*, Convegno "HPV e tumori dell'apparato genitale femminile: l'era dei vaccini", Bologna 9 giugno 2007

⁴ M. Ciolfi, Atti "La vaccinazione come prevenzione delle patologie correlate all'infezione HPV", Convegno "HPV e tumori dell'apparato genitale femminile: l'era dei vaccini", Bologna 9 giugno 2007

⁵ A.C. Finarelli. *Strategie di sanità pubblica per l'introduzione del vaccino anti-HPV*. Convegno "HPV e tumori dell'apparato genitale femminile: l'era dei vaccini", Bologna 9 giugno 2007

• "Riordino sul sistema di Formazione Continua in Medicina ECM"

C. Ferri

In data 1° agosto 2007 è stato siglato l'accordo Stato-Regioni concernente il "Riordino del sistema di Formazione Continua in Medicina".

Riportiamo qui di seguito gli aspetti fondamentali del suddetto accordo, di interesse per i professionisti infermieri, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia per la diffusa e corretta informazione necessaria a ciascun professionista per poter "costruire" il proprio curriculum formativo obbligatorio.

L'accordo prevede due fasi:

• 1ª fase definita di transizione, che attiene a:

- programma sperimentale quinquennale 2002-2006 di fatto spostato in avanti al 2007. Pertanto questa fase si conclude entro e non oltre il 31 dicembre 2007.
- Debito formativo 2007 è, come già noto, di 30 crediti (minimo 15 - massimo 60) e questi servono (per gli operatori che non li hanno raggiunti entro il 31 dicembre 2006) a cumulare i 150 crediti del periodo 2002-2006.

• 2ª fase:

- crediti da acquisire per il triennio 2008-2010. In questo triennio devono essere acquisiti 150 crediti: 50

l'anno prevedendo un minimo di 30 e un massimo di 70 per un totale di 150 nel triennio;

- integrazione con la fase sperimentale 2002-2007.

Dei crediti previsti per il triennio 2008-2010, 90 dovranno essere "nuovi" crediti mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti in esubero, rispetto ai 150 dovuti, acquisiti nel periodo 2002-2007.

Ulteriori specificazioni sull'accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007:

- Ministero della salute - Governo del sistema ECM - Agenzia per i Servizi sanitari regionali (Assr) - Assume un ruolo centrale per le funzioni operative di supporto all'ECM. Presso la propria sede si riuniranno le apposite commissioni ECM nazionali e periferiche.
- Commissione nazionale per la formazione continua - Mantiene un ruolo centrale di indirizzo e coordinamento del programma ECM, saranno definiti gli ambiti di competenza e gli strumenti di intervento alla luce del decentramento regionale. Sono previste strutture tecniche di supporto compresa la partecipazione di Ordini e Collegi.

Destinatari della formazione ECM:

- L'obbligo formativo riguarda **tutti gli operatori sanitari compresi i libero-professionisti.**

Obiettivi formativi:

- Il professionista della sanità ha il dovere di acquisire crediti ECM coerenti con l'attività svolta: l'aggiornamento deve riguardare sia il ruolo specifico svolto, sia gli obiettivi di interesse generale ed in base ad una programmazione triennale.
- L'individuazione degli obiettivi è individuale, di gruppo e di organizzazione.

Dossier formativo individuale:

- Ogni professionista sanitario deve aver cura del proprio curriculum formativo.
- Presso Ordini e Collegi saranno istituite Commissioni *ad hoc* per le specifiche professioni e profili.

Ordini e Collegi:

- Sono garanti dell'appropriatezza della formazione continua rispetto agli obiettivi formativi e alla professione svolta.
- Possono essere *provider* sui temi dell'etica, della deontologia e della legislazione.

Credito formativo:

- È l'unità di misura dell'avvenuta acquisizione di conoscenze.
- Un credito equivale ad un'ora di attivi-

tà formativa. I criteri per la loro attribuzione sono fissati dalla Commissione ECM.

Anagrafi formative e registrazione crediti:

- Sono previste anagrafi formative regionali e nazionali. Quella nazionale gestita dai Cogeaps (Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie) che riunisce le Federazioni Nazionali degli

Ordini e Collegi contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali.

- La trasmissione dei crediti alle anagrafi è affidata al *provider* che gestisce l'evento formativo.

Nota redazionale: Il tema della formazione continua ECM continuerà ad essere trattato anche nei prossimi numeri di questa rivista.

• **“Prosegue il progetto di collaborazione ASPPI ed IPASVI”**

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti



INFERMIERE CERCA CASA

Trovare alloggi a canone calmierato per infermieri. Questo è l'obiettivo dell'intesa trasformata in vera e propria convenzione tra l'Associazione sindacale dei Piccoli Proprietari Immobiliari (ASPPI) della Provincia di Bologna e il Collegio IPASVI di Bologna.

L'associazione di proprietari immobiliari più rappresentativa a Bologna e provincia (più di 14mila associati e una decina di sedi distribuite sul territorio provinciale) è impegnata da alcuni anni in un'intensa attività di promozione dei contratti a canone agevolato previsti dalla legislazione nazionale che regola il mercato della locazione.

La finalità del progetto sono: supportare in maniera attiva gli infermieri dipendenti dei servizi sanitari pubblici e privati della Provincia di Bologna e gli studenti del corso di laurea in infermieristica nella loro ricerca di un alloggio a prezzi calmierati.

Avere un alloggio sicuro e a prezzi accessibili è anche un modo per garantire la permanenza di professionisti del settore sanitario sul territorio di Bologna e provincia.

Molti degli infermieri che lavorano a Bologna e provincia provengono dal meridione d'Italia o addirittura da paesi comunitari e non. La precarietà abitativa diventa spesso un ostacolo alla loro permanenza e integrazione.

Come funziona il servizio? Il Collegio IPASVI è impegnato a comunicare puntualmente al Centro di intermediazione immobiliare di ASPPI un elenco aggiornato dei dipendenti che aspirano ad ottenere un immobile, mentre l'Associazione dei proprietari verifica la disponibilità di alloggi ad uso abitativo tra i propri associati. Il progetto di intermediazione, già nella sua fase operativa ha l'obiettivo di favorire gli infermieri a trovare una stabilità abitativa sicura.

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

SVILUPPO DEL PROGETTO “INFERMIERE CERCA CASA”

Gli infermieri e gli studenti infermieri, interessati a quanto proposto, devono rivolgersi alla Segreteria del Collegio IPASVI di Bologna (signora Giuseppina Ruggiero) nelle ore d'ufficio:

Lunedì - Mercoledì: ore 9.00 - 12.00

Martedì, Giovedì, Venerdì: ore 14.00 - 17.00

Sarà fissato un appuntamento allo scopo di fornire le necessarie informazioni.

Tel. 051 393840

IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE