

Tempo di Nursing

TdN 73, Dicembre 2018

www.opibrescia.it

1 EDITORIALE

Il SSN: un bene da proteggere, curare e sviluppare
di Stefania Pace

2 OSSERVATORIO

La legge 833/78: la salute come diritto umano
di Camilla Ciochi, Laura Beltrami, Laura Gallini

5 FOCUS

Storia di un cambiamento vissuto:
i quarant'anni della legge Basaglia e il ruolo degli infermieri
di Lucia Laratta

Le vaccinazioni: facciamo il punto!
di Nadia Regonasi e Claudio Bini

20 ASPETTI GIURIDICI

L'iscrizione a Co.Ge.A.P.S.:
una opportunità formativa e professionale
di Laura Beltrami

La "nuova privacy"
General Data Protection Regulation (GDPR) n. 679/2016
a cura della Redazione

Informativa privacy

26 SCAFFALE

Scoiattoli e tacchini
di Laura Gallini

OPI

Brescia

Sommario



EDITORIALE

Il SSN: un bene da proteggere, curare e sviluppare
di Stefania Pace..... Pag. 1



OSSERVATORIO

La legge 833/78: la salute come diritto umano
di Camilla Ciochi, Laura Beltrami,
Laura Gallini..... Pag. 2



FOCUS

Storia di un cambiamento vissuto: i quarant'anni
della legge Basaglia e il ruolo degli infermieri
di Lucia Laratta Pag. 5
Le vaccinazioni: facciamo il punto!
di Nadia Regonaschi e Claudio Bini Pag. 10



ASPETTI GIURIDICI

L'iscrizione a Co.Ge.A.P.S.: una opportunità
formativa e professionale
di Laura Beltrami Pag. 20
La "nuova privacy": General Data Protection
Regulation (GDPR) n. 679/2016
a cura della Redazione Pag. 22
Informativa privacy Pag. 23



SCAFFALE

Scoiattoli e tacchini
di Laura Gallini Pag. 26



Il SSN: un bene da proteggere, curare e sviluppare

di Stefania Pace¹



Questa edizione di Tempo di Nursing ha carattere monografico in relazione al quarantennale di leggi e norme che, ancora oggi, caratterizzano la tutela e l'assistenza sanitaria in Italia: la Legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, e la Legge 180/78, altrimenti conosciuta come Legge Basaglia. L'anno 1978 ha visto innovare e sviluppare il welfare e la sensibilità collettiva verso i temi della salute pubblica. Il passaggio da un sistema assicurativo ad un sistema sanitario pubblico ha avuto un impatto epocale sulla cura dei cittadini italiani, così come il riconoscimento del diritto alla tutela della salute mentale ha consentito il superamento di barriere e ignoranze culturali e professionali. Il 1978 ha ospitato anche la Legge 194, spesso ricordata solo per il diritto della donna all'interruzione volontaria della gravidanza, ma che nel suo complesso ha significato un riferimento per la tutela della donna e delle maternità. A quarant'anni da quell'epoca, l'epidemiologia dei problemi prioritari di salute si è modificata nei suoi tratti, assumendo sempre di più le sembianze della cronicità e della fragilità legata all'invecchiamento della popolazione e all'aumentata attesa di vita. Accanto a questo fenomeno un altro antico e paradossalmente emergente: le vaccinazioni. Una preoccupante riduzione dell'aderenza vaccinale delle famiglie nei confronti dei loro bambini ripropone malattie infettive e tematiche di salute

credute superate e, a torto, apparentemente controllate e, quindi, vinte. E invece, l'epoca del web, dei social e dell'informazione digitale elargisce spazio e visibilità anche a quei miti e riti, che sotto altra forma, la storia della medicina ha cercato di vincere e superare attraverso la ricerca scientifica e le vaccinazioni. La chiamata ad una informazione pertinente, cosciente e consapevole non è soltanto un imperativo etico o valoriale, ma un obbligo professionale e cogente, oggi riferibile ad una direttiva europea, la GDPR n.679/2016, che disciplina la privacy dei cittadini europei e fornisce indicazioni sulla gestione dei dati della persona anche in ambito sanitario e assistenziale. Il numero 73 di tempo di Nursing è dunque testimone e testimonianza del "divenire" e del "ritornare" del nostro tempo, mai quiete e sempre burrascoso, ma nostro, del quale conserviamo appieno una responsabilità, personale e collettiva. A quarant'anni di distanza il Servizio Sanitario Nazionale è ancora oggi un inestimabile patrimonio dei cittadini e dei professionisti. Ma deve essere capito, curato e difeso, contestualizzato all'epoca contemporanea e al fardello assistenziale che essa stessa porta. *"Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi"*, pronuncia Tancredi nel Gattopardo. Una citazione del passato per un presente che marca da vicino il futuro: d'altronde il nuovo anno, il 2019, è dietro l'angolo e anch'esso porterà "innovazioni" e ... "anticaglie"!

(1) Presidente dell'OPI di Brescia



La legge 833/78: la salute come diritto umano

a cura di Camilla Ciochi¹, Laura Beltrami², Laura Gallini³

Appena poco più di quarant'anni fa il sistema sanitario italiano era basato su una forma di protezione assicurativo-previdenziale, in cui il diritto alla tutela della salute era strettamente collegato alla condizione lavorativa e quindi non era considerato un diritto di cittadinanza nel senso pieno del termine¹.

Le cosiddette Casse Mutue, gli enti assicurativi che garantivano l'accesso alle cure, affondavano le radici nelle società operaie dell'800. In una fase storica, caratterizzata da una generale assenza di protezioni sociali, chi poteva permetterselo pagava per avere un'assistenza adeguata, per i più poveri non restava altro che affidarsi alle Opere Pie e alla beneficenza borghese.

I lavoratori salariati iniziarono così ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi dell'esistenza (disoccupazione, ma-

lattia, infortunio, vecchiaia, ecc.), generando un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche: un vero e proprio Welfare dal basso.

Dal prodotto del fervore delle classi più povere, gli enti mutualistici divennero però, ben presto, la spina dorsale di un nascente Welfare burocratico e corporativo-assicurativo che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizzava le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro².

La sanità così impostata prevedeva dunque, non solo una copertura parziale della popolazione, ma anche forti sperequazioni tra i beneficiari, in quanto le quote contributive, versate alle assicurazioni, variavano in base al tipo di lavoro svolto ed in questo modo si aveva accesso a diversi livelli qualitativi di assistenza.

Uno dei paradossi che si veniva a creare era, per esempio, che i soggetti più vulnerabili e



maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari), avevano possibilità ridotte di accedere a cure ed assistenza adeguate.

Dopo anni di preparazione, finalmente, il 23 dicembre 1978 venne approvata la L. 833/78, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, il primo servizio universalistico di garanzia delle cure, voluto dal primo ministro della salute donna, Tina Anselmi.

Questa riforma introduceva, per la prima volta, un sistema sanitario basato sulla copertura universale, segnando la fine del sistema mutualistico. Il primo articolo recitava: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”³.

Già con questo primo articolo è quindi ben

chiaro come questa legge avrebbe cambiato per sempre la sanità e non solo, di tutta la nazione.

Fin dalla sua istituzione, il SSN è stato caratterizzato da alcuni principi:

- principio di universalità, secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;
- principio di uguaglianza, in virtù del quale tutti, a parità di bisogno, hanno diritto alle medesime prestazioni;
- principio di globalità, secondo il quale non viene presa in considerazione la malattia, bensì la persona in generale, la qual cosa implica inevitabilmente il collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione⁴.

Le persone nate a cavallo degli anni '80 hanno vissuto il SSN come una situazione di fatto, come un diritto acquisito, senza avere reale consapevolezza del grande traguardo di civiltà di una legge che, già quarant'anni fa, offriva una rilettura lungimirante del concetto stesso di salute, interpretato e applicato non più come bene individuale, quanto piuttosto come risorsa della collettività⁵.

Ciò viene evidenziato, anche da OMS, che

considera il SSN italiano come uno dei primi in Europa e nel mondo, basandosi su peculiari indicatori quali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini e l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione⁶.

Malgrado questi risultati lusinghieri, non si può negare che siano necessari alcuni interventi differibili.

Per tutti gli anni '80, l'esaltazione derivante da questa nuova legge ha fatto sì che, alla domanda crescente di tutela della salute, corrispondesse una risposta illuministica, all'insegna del "tutto, gratuito e subito". Questa visione utopistica, però, negli anni, si è scontrata con la realtà, poiché la spesa corrente per il funzionamento del SSN ha subito un incremento così vertiginoso da triplicare il proprio bilancio nel giro di pochi anni⁷.

A fare la differenza, potrà essere soltanto la capacità di ottimizzare le risorse e organizzare la sanità sul territorio. Serve una politica ad esempio, che promuova la prevenzione primaria e che diminuisca significativamente gli sprechi, per reinvestirli equamente in assistenza e cure realmente innovative⁸.

La celebrazione di questa legge, però, non deve essere fatta in quanto conquista del passato, ma anche per rilanciarne la forza rivoluzionaria.

Quest'anno infatti, spesse volte sono stati ribaditi i concetti ispiratori di questa Legge, a partire dalla FNOPI, che durante il Congresso Nazionale "Noi infermieri. La nostra impronta sul sistema salute" tenutosi a Roma ad inizio anno, ha sottolineato come l'indirizzo che gli infermieri danno all'assistenza garantisca che essa possa essere usufruita a livello universalistico.

Lo slogan dell'*International Council of Nursing* esprime al meglio la percezione che gli infermieri hanno delle cure umane e dichiara con forza che la salute è un diritto di ogni cittadino: "la salute è un diritto umano" (Annette Kennedy, 2018).

A sostegno del filone nazionale, anche l'OPI di Brescia ha deciso di dedicare la Giornata Internazionale dell'Infermiere del 2018 a questo tema. Il 12 maggio infatti gli infermieri di Brescia si sono ritrovati per partecipare al

Convegno "Dalla Legge 833/78 agli ordini professionali: 40 anni di evoluzione?", che si è focalizzato proprio sullo scenario sanitario contemporaneo, per discutere con gli esperti, le associazioni, i giovani ed i cittadini, dell'irrinunciabile diritto di accesso della popolazione alle cure, alle migliori cure possibili. Non importa in quale luogo, non importa in quale contesto, ma l'assistenza sanitaria dovrebbe essere accessibile a tutti⁹.

- (1) Tutor della didattica professionale, Università degli Studi di Brescia
- (2) Servizio di Anestesia e Rianimazione, ASST Spedali Civili di Brescia
- (3) Terapia Intensiva Neonatale, ASST Spedali Civili di Brescia

- 1 Labate, G., *Riflessioni sulla politica sanitaria. Oggi e domani dalle parole ai fatti*, 2018, in <http://www.quotidianosanità.it>. (ultimo accesso: 23 ottobre 2018)
- 2 Ceconi, S., Dettori, R., *Leggi 180, 194, 833: il welfare fa bene all'Italia. Oggi come 40 anni fa*, 2018, in <http://www.sossanità.it>. (ultimo accesso: 17 ottobre 2018)
- 3 Legge n°833 del 1978: "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".
- 4 Carli, G., *Il libro bianco sui principi del Sistema Sanitario nazionale*, Luiss, Roma, 2008.
- 5 Montebelli, M.R., *Servizio Sanitario Nazionale: un bene prezioso da riscoprire e difendere con i denti*, 2018, in <http://www.Quotidiano Sanità.it>. (ultimo accesso: 18 ottobre 2018)
- 6 Ministero della Salute, *Atto di indirizzo per l'anno 2018*, 2018, in <http://www.salute.gov.it>. (ultimo accesso: 23 ottobre 2018)
- 7 Poli P, *Il diritto alla salute in Italia*, 2004, in <http://www.centroperidirittidelmalati.it>. (ultimo accesso: 22 ottobre 2018)
- 8 Coluzzi, M., *Riflessioni sulla politica sanitaria: oggi e domani dalle parole ai fatti*, 2018, in <http://www.chedire.it>. (Ultimo accesso: 22 ottobre 2018)
- 9 Mazzoleni, B., Geddes da Filicaia, M., 2018, *Dalla Legge 833/78 agli Ordini Professionali: 40 anni di evoluzione?*, Brescia, 12 maggio 2018.



Storia di un cambiamento vissuto: i quarant'anni della legge Basaglia e il ruolo degli infermieri

di Lucia Laratta¹

Un po' di storia per non dimenticare

Attraverso la legge 180/1978, più nota come legge Basaglia, l'Italia, quarant'anni fa, offrì dignità e diritti alle persone affette da disturbo psichico. Fino ad allora, chi era affetto da malattia mentale, rappresentava oggetto di pericolo, un individuo incurabile da allontanare dall'ordinario consenso sociale.

La grande sfida promossa da Franco Basaglia, fu quella di credere in queste persone e di immaginare per loro un futuro in cui potessero divenire a pieno titolo "soggetti" protagonisti della loro propria vita oltre che titolari dei normali diritti civili, compreso il diritto alla cura. Una cura attraverso la quale potere persino guarire.

Agli occhi di una società come quella degli anni '70, permeata da intenti riformatori e orientata ad una lettura delle dinamiche sociali, intese come strumento innovatore, il frutto più clamoroso che la legge 180 porta in grembo, risulta essere, senza dubbio alcuno, l'abolizione dei manicomi. Questi Istituti Ospedalieri, specializzati nella cura dei disturbi mentali, rappresentavano il luogo deputato alla segregazione delle persone affette da patologia psichiatrica e di coloro i quali si collocavano ai margini della società: persone senza fissa dimora, piccoli delinquenti, prostitute, "insufficienti" mentali, fino ad arrivare agli omosessuali ed agli alcolisti.

Non era infrequente, all'interno dei manicomi, registrare presenze nell'ordine delle migliaia di internati. Numeri non persone. Solo per citarne due: il manicomio di Volterra arrivò ad ospitare

fino a 5.000 degenti e quello di Santa Maria della Pietà, sito a Roma, che ne contava circa 3.000. Angoli di mondo, i manicomi, nei quali l'identità stessa di una persona subiva un inesorabile annullamento.

Il processo di abolizione dei manicomi ha richiesto molti anni e molti provvedimenti normativi di adattamento e consolidamento, fino ad arrivare molto vicino ai giorni nostri, con la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ad opera della legge 81/2014 che ha decretato la chiusura di queste strutture al 31/12/2015, anche realmente avvenuta con la chiusura dell'ultimo OPG Barcellona Pozzo di Gotto, nel febbraio 2017. Finalmente, senza nascondere un velato senso di orgoglio, possiamo affermare che l'Italia è l'unico paese al mondo privo di manicomi.

“La cosa impossibile che abbiamo dimostrato - dichiarò Basaglia - è che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto”. Dalla loro chiusura prende forma l'individuazione del territorio quale luogo di intervento per la tutela della salute mentale, e volgendo lo sguardo ad uno spazio terapeutico realizzato là dove le vicende personali di ciascun utente si contestualizzano giorno per giorno.

Con la legge 180, e attraverso la normativa che nel tempo ne è conseguita, si è sviluppata, infatti, quella che, in termini concreti, può definirsi la Psichiatria di Comunità in Italia; concettualmente introdotta già alla fine degli anni '60, persino antecedentemente alla stessa legge Basaglia.

Essa, forte della spinta culturale e del sostegno proveniente dal medesimo movimento che più tardi si renderà promotore dell'innovazione culturale e sociale in grado di determinare il superamento delle realtà manicomiali, introduce l'idea della possibilità del ricovero volontario e conduce all'apertura dei Centri di Igiene Mentale (CIM), istituiti attraverso la legge 431 del 1968. A quest'ultima norma va riconosciuto quindi il valore, in termini prodromici, dell'impulso cui ha fatto seguito il reale dibattito tecnico-scientifico, culturale e sociale anticipatorio della legge 180 in primis, della riforma sanitaria del 1978

e delle sue varie proposte di modifica poi, dei Progetti Obiettivo del 1994 e del 1999, del Piano Sanitario Nazionale del 1998, della Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del 2000, fino alla ripresa delle proposte di modifica alla 180 e al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, le cui indicazioni in termini di salute mentale sono coerenti con la cultura e le linee della riforma.

La Psichiatria di Comunità, incarna il senso di una modernità del concetto di cura in quanto atto terapeutico, ed offre una dimensione della portata di un cambiamento epocale nel mondo della psichiatria.

Essa fonda il proprio assetto identitario su alcuni importanti cardini culturali, come:

- a) mettere al centro dell'intervento la persona che soffre, e non la sua malattia;
- b) considerare le componenti organiche dell'individuo e della sua famiglia in riferimento alle modalità con cui si sono costruite le relazioni;
- c) prendere in carico una persona nel proprio contesto di vita, con i suoi fattori di rischio ma anche con le opportunità e le potenzialità che questo garantisce;
- d) adottare un modello di intervento fondato sull'équipe multidisciplinare, che prende forma attraverso un'aggregazione operativa costituita da diverse figure professionali come gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli educatori, i tecnici della riabilitazione e le altre figure, a vario titolo coinvolte nel processo terapeutico.

Il ruolo dell'infermiere

Franco Basaglia scrisse: *“predominava l'ideologia che il matto era pericoloso e doveva stare chiuso in manicomio. Perciò l'inizio del lavoro consisteva nel convincere che le cose non stavano così. Giorno per giorno abbiamo tentato di dimostrare che cambiando la relazione con l'internato cambiava il senso di questa relazione. L'Infermiere ha cominciato a convincersi che il suo lavoro poteva essere diverso, e a diventare così un agente di trasformazione. D'altra parte per convincere la popolazione era necessario ri-*

portare il folle in strada, nella vita sociale. Con questo abbiamo stimolato l'aggressività della città contro di noi. Noi avevamo bisogno di creare una situazione di tensione, per mostrare il cambiamento che stava accadendo. Col tempo la città ha capito cosa stava succedendo. L'importante, nell'addestramento degli infermieri, è stato che il nuovo tipo di realtà li ha portati a non essere più dipendenti dal medico ma ad essere operatori che potevano prendere decisioni in proprio."

È nelle ragioni espresse sopra che va rintracciata la motivazione per cui la chiusura dell'ultimo manicomio in Italia è avvenuta solo nel 1999. Prima si rendeva necessario attuare, da un lato, un'opera di convincimento della gente, dall'altro rafforzare, se non costruire ex novo e consolidare, una rete di servizi territoriali adeguata al compito.

Dal lato dell'utenza, riappropriarsi della propria esistenza e di una dignità, fino ad allora negata, poteva inizialmente spaventare, come umanamente e comprensibilmente spaventa l'abbandono di qualsivoglia abitudine. Durante le fasi iniziali di questo percorso, tuttavia, ci sono stati professionisti, che non solo metaforicamente, hanno accompagnato mano nella mano i pazienti al di fuori delle mura del manicomio. Li hanno sostenuti davanti alle soglie delle loro nuove case e li hanno spronati nei loro primi passi verso il percorso di autonomia intrapreso.

È stata un'attività assistenziale imponente, messa in campo attraverso atti di cura quotidiani, silenziosi e quasi sempre passati all'ombra delle trasformazioni sociali degli ultimi decenni. Le figure professionali direttamente coinvolte in questo cammino sono state fin da subito quella dell'infermiere e dell'infermiere psichiatrico e in seguito si è aggiunto il sostegno da parte di altri professionisti sanitari, inseriti attivamente nei progetti di presa in carico dalla legge di riforma 833/1978: educatori, assistenti sociali, assistenti sanitari, operatori di supporto. Tutti, indistintamente, impegnati ad operare fuori dalle mura di quelle istituzioni totalizzanti chiamate "manicomi", i quali, se da un lato escludevano loro e i loro pazienti dalla società reale, dall'altro offrivano un'illusione di sicurezza operativa, il più delle volte genera-

ta dal un consolidato disimpegno professionale. La storia di questa evoluzione è testimone del fatto che l'infermiere accoglie da subito il cambiamento e si rende protagonista del dibattito storico incentrato sulla nuova psichiatria mai sottraendosi ad un processo di trasformazione, anche normativa, in realtà articolato ed intenso. Non solo accetta di spogliarsi dalle vesti di "guardiano dei pazzi", ma diventa sempre di più interprete attivo del processo di cura che, da quel momento, si sarebbe attuato negli ospedali e a livello territoriale. Gli strumenti normativi e professionali del cambiamento sono stati i seguenti: L'art.1, Comma 2, del decreto 739/1994 Profilo Professionale cita: "*l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa.*".

La successiva legge 42 del 1999, dispone l'abrogazione del mansionario, e con ciò segna un passaggio chiave per la moderna professione infermieristica. Questa nuova norma tributa all'infermiere l'autonomia professionale, cancellando la storica sudditanza degli infermieri alla professione medica. È così, che abbandonando la propria accezione di ausiliario e assumendo una specifica funzione di autonomia, ora deve essere in grado di sapersi auto-determinare. L'infermiere, a pieno titolo e legittimamente, passa da una natura tecnica e professionale ad una intellettuale, da professionale passa ad essere un professionista. Il 30 settembre 2017 nasce a Bologna la Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (S.I.S.I.S.M); suoi obiettivi sono di promuovere e realizzare la ricerca, la formazione e le buone pratiche nell'assistenza infermieristica a persone con disturbo mentale in un'ottica multidisciplinare.

Nel contesto di questo panorama evolutivo rivolto alla generalità della professione infermieristica, la sfida dei colleghi infermieri impegnati in ambito psichiatrico è stata forse ancora più impegnativa. In questo ambito, infatti, le attività sfuggono spesso alla visione classicamente intesa di "atti assistenziali".

Il paziente psichiatrico, d'altra parte, è ben lontano dalla tipicità del "paziente ospedaliero", il quale presenta un *setting* di bisogni specifici e oggettivabili attraverso esami diagnostici o altri strumenti validati.

Al contrario, esso si pone davanti all'infermiere in modo del tutto inaspettato, con le sue parole confuse, con i suoi lunghi silenzi, che impongono di essere decifrati, spesso attraverso linguaggi alternativi e bisogni che il più delle volte appaiono di difficile standardizzazione, i procedimenti sono frequentemente indefiniti, gli strumenti da usare e i luoghi in cui usarli sono spesso differenti tra loro e molteplici.

Va detto, peraltro, che l'infermiere, nella maggioranza dei casi, assiste pazienti che si lasciano accudire, che gli permettono di eseguire atti di cura sul loro corpo, lasciandosi, ad esempio lavare o vestire. Generalmente i pazienti sono riconoscenti per questi gesti, attuati da chi, con attenzione e cortesia si occupa di loro e dei loro bisogni. Di fronte al paziente psichiatrico che rifiuta tutto, insulta, può aggredire, non vuol farsi toccare, l'infermiere può, talvolta, sentirsi impotente e pensare di aver perso la capacità di svolgere il proprio lavoro, dando spazio sentimenti di frustrazione, demotivazione, ansia, agiti impulsivi, con il rischio di esternalizzare atteggiamenti che, privi di obiettività, non permettono, come in un circolo vizioso, di percepire i veri bisogni del paziente.

La psichiatria di Comunità, che ha lo scopo di prevenire e curare il disturbo nel luogo in cui esso trae origine, ha portato gli infermieri fuori dalle corsie, ha consegnato loro un enorme bagaglio di informazioni sulla vita dell'utente. Dati legati alla storia personale delle persone assistite, osservazioni ricche di sfumature legate al contesto di vita, ai legami, alle sofferenze. Narrazioni di vicende personali e cliniche che gli infermieri hanno dovuto imparare a conoscere e soppesare, cercando di usare "la creatività" quale elemento aggiunto alla capacità professionale e tecnica. Nella maggior parte delle situazioni è stato giocoforza reinventare e le competenze tipiche dell'Infermiere, adattandosi, inizialmente, a questo nuovo scenario lavorativo, prima di diventare intimamente elemento innovatore.

Non più "custode", dunque, ma parte attiva di una équipe terapeutica, orientata alla stesura di un Progetto Terapeutico Individuale (PTI), prima e di Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) poi. Dispositivi che devono rispondere

appieno alle esigenze della persona. Non è più ritenuto sufficiente soddisfare i bisogni di base o limitarsi alla cura della malattia come elemento estraneo alla persona, ma si ragiona nell'ottica del raggiungimento del miglior livello di benessere possibile, dati gli strumenti disponibili. Un obiettivo così ambizioso è perseguibile solo attraverso un valido impegno di équipe. Modalità di lavoro imprescindibile nell'ambito della Psichiatria di Comunità. Questa modalità, di fare psichiatria ha imposto, come detto in precedenza, la riorganizzazione dei servizi in un'ottica territoriale dando spazio alla istituzione della figura del Case Manager.

Quest'ultimo ha le competenze necessarie e si assume la responsabilità di garantire alla persona il miglior coordinamento possibile delle cure, lungo un continuum che include la salute, la prevenzione, la fase acuta, la riabilitazione e le cure a lungo termine. L'infermiere, in ambito psichiatrico, per le caratteristiche generali e specifiche del profilo, rappresenta oggi la figura ideale a condurre e sviluppare il ruolo di Case Manager.

Attraverso la funzione di coordinamento e di collegamento, esso si inserisce, come figura di accompagnamento, in un sistema complesso: quello delle risorse istituzionali e comunitarie. Lavora, inoltre, per l'autonomia della persona, della sua famiglia e, di conseguenza, della comunità stessa. Garantisce, quindi, la continuità delle cure, la loro appropriatezza e la tempestività necessaria, in un sistema sanitario in cui la complessità delle stesse e la molteplicità degli apporti specialistici, è in notevole e costante aumento.

La strategia integrata messa in atto consente al Case Manager, attraverso il lavoro in équipe, di organizzare e coordinare i vari tipi di trattamento - farmacologico, psicoterapeutico, assistenziale e riabilitativo - e le diverse figure degli operatori in un programma d'intervento che mira ad essere formulato sulla base delle caratteristiche e dei bisogni del singolo paziente.

La capacità di lettura dei bisogni specifici aiuta a definire gli obiettivi del percorso di cura, che possono essere raggiunti attraverso le varie funzioni che il case manager mette in atto, e che di seguito vengono elencate:

- **accompagnamento** dell'utente nel percorso di cura attraverso una relazione efficace e un'alleanza ai fini terapeutici con una valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse;
- **intermediazione** tra l'utente e il suo ambiente di vita, grazie alla mappatura del territorio e al suo utilizzo. Avvalendosi della messa in comune delle informazioni si persegue una maggiore conoscenza delle strutture, con il risultato di una presa in carico più efficace del problema del paziente, offrendo a quest'ultimo la possibilità di un utilizzo autonomo della rete dei servizi;
- **integrazione** dei servizi coinvolti nel percorso di cura grazie ad una migliore conoscenza dei medesimi e superandone la frammentazione, offrendone una lettura più coerente, per una migliore organizzazione del lavoro;
- **coordinamento** della micro-équipe, dalla condivisione del progetto senza sovrapposizioni di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati;
- **referente** del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate;
- **monitoraggio** del PTI mediante la raccolta di informazioni, conoscenza accurata dell'utente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto;
- **valutazione** del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi.

Quanto sopra, passa necessariamente attraverso la condivisione e l'accettazione del programma di cura da parte l'utente, il quale si rende parte integrante del progetto a lui stesso indirizzato. La partnership con l'infermiere Case Manager, assume in questo modo la veste di un percorso condiviso nella direzione di un obiettivo comune che la persona assistita non percepisca come imposizione o dovere, ma opportunità di reale integrazione nella comunità.

In conclusione possiamo affermare che nell'am-

bito della salute mentale la legge 180 ha consentito la chiusura dei manicomi con la realizzazione di una Psichiatria di Comunità che è ancora in fase di evoluzione.

Si rende necessario continuare verso la valorizzazione delle persone affette da malattia mentale, sempre e comunque, riconoscendone e implementandone le abilità superando lo stigma dell'invalidità e di fatto sostituendo un Welfare di tipo assistenziale con un Welfare di comunità. In esso il contesto sociale, l'integrazione, la casa, la formazione, il lavoro, le relazioni interpersonali, che altro non rappresentano se non i diritti di cittadinanza, divengono i fattori determinanti sociali della salute.

Si fa riferimento, in termini di sostenibilità, ai modelli assistenziali del Case Manager, del Budget di Salute, dell'apertura dei servizi territoriali sulle 24 ore per poter gestire la crisi fuori dagli SPDC, dell'azzeramento della contenzione e riduzione o azzeramento dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO).

(1) SITR Dipartimento di Salute Mentale, ASST Spedali Civili di Brescia

Bibliografia

Legge 13 maggio 1978, n° 180 - Accertamento e Trattamento sanitario volontari e obbligatori, Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978.

Legge 18 marzo 1968 n° 431 - Provvidenze per l'Assistenza Psichiatrica, Gazzetta Ufficiale 20 aprile 1968.

M. Betti, M. Di Fiorino (1997) Psichiatria e Igiene Mentale. Ruolo e funzioni dell'Infermiere, Mc-Graw-Hill.

F. Basaglia (1969), Morire di classe. Le condizioni manicomiali, Einaudi.

F. Basaglia (2018), Conferenze brasiliane, Raffaello Cortina Editore.

Ferruta (2004), Un lavoro terapeutico. L'infermiere in psichiatria, Franco Angeli.

P. Chiari, A. Santullo, A. Silvestro (2011) - L'infermiere case manager, seconda edizione, Milano McGraw-Hill.

M. Percudiani et. all. - La psichiatria di comunità in Lombardia: il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012), Milano.

<https://www.infermieristicamente.it/articolo/8216/bologna-nasce-la-prima-società-scientifica-di-psichiatria.a.colloquio.con.il.fondatore.andrea.gargiulo>

<http://www.ordineinfermieribologna.it/competenze-specialistiche-in-psichiatria-lesperienza-dellaAusl-di-Bologna>

Le vaccinazioni: facciamo il punto!

a cura di Nadia Regonaschi¹ e Claudio Bini²

Negli ultimi tempi l'argomento vaccinazioni ha suscitato scompiglio lasciando nella popolazione confusione ed orientamenti che spesso si discostano di molto dalla strada indicata dalla scienza.

I professionisti sanitari hanno il dovere di basare il proprio agire su linee guida e studi scientifici, ed anche di dare una corretta informazione agli utenti.

La vaccinazione è uno degli interventi di sanità pubblica che ha seriamente migliorato la vita dell'uomo, assieme all'acqua potabile e agli antibiotici. Le vaccinazioni hanno debellato malattie con cui l'uomo ha sempre dovuto combattere.



Figura 1 La ricostruzione del volto segnato dal vaiolo di Maximilien Robespierre (1758-1794) ad opera di Philippe Froesch e di Philippe Charlier (medico legale dell'Université Versailles Saint-Quentin)

Cenni storici

Dai documenti provenienti dal passato si sa che nell'Antico Egitto era presente la poliomielite (disegno di una gamba con paralisi da poliomielite), mentre Tucidide nel 430 a.C. racconta della "peste di Atene", descritta anche a Napoli nel 1656 dall'arte figurativa e considerata come un castigo divino. Alessandro Manzoni descrive la peste nel Ducato di Milano nel 1600, mentre il vaiolo imperversò nei secoli fino all'Europa del XIX secolo con numerose epidemie (1824-1829; 1837-1840; 1870-1874) e vi fu eradicato solo nel 1953 grazie alla vaccinazione.

L'uomo non era ancora in grado di combattere queste malattie, la microbiologia non esisteva o era ai primi passi. Allo stesso tempo, però, l'esperienza insegnava che l'organismo umano ricordava una malattia precedentemente contratta. Questo pensiero sviluppò in Oriente strategie di vaccinazione contro il vaiolo poco sicure. Infatti, il processo di "vaiolizzazione" consisteva nell'esporre volontariamente le persone all'infezione nella speranza che l'individuo sviluppasse una malattia in forma lieve, ma capace, allo stesso tempo di indurre una immunità futura.

A rendere tale metodo più sicuro fu il medico inglese Edward Jenner (1749-1823).

Lui osservò che le mungitrici che contraevano il vaiolo bovino (che non era mortale per l'uomo) rimanevano immuni dal vaiolo di tipo umano.

Da questo ha avuto l'idea di prelevare del liquido dalle escare del vaiolo bovino sulla mano di una mungitrice e inoculare James Phipps, un bambino di otto anni. Dopo un mese dall'iniezione il soggetto risultava immunizzato, dato che esposto al vaiolo umano, il bambino è risultato protetto.

Ad introdurre il metodo Jenner in Italia furono Onofrio Scassi a Genova e Luigi Sacco a Milano.

Nel 1979, dopo l'ultimo caso segnalato in Somalia nel 1977, il vaiolo poté essere considerato scomparso dal pianeta e questo in virtù di una universale campagna di vaccinazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).



Figura 2 Edward Jenner mentre vaccina suo figlio tra le braccia di Mrs Jenn Wellcome

Infatti, attraverso l'immunità, uno stato di resistenza che un organismo può presentare nei confronti di una infezione, è possibile evitare le conseguenze provocate dalla stessa. L'immunità può essere congenita o acquisita in modo naturale o artificiale. L'immunizzazione può essere attiva, cioè attraverso una risposta immunitaria specifica per mezzo dei vaccini, o passiva.

Il vaccino è una sospensione di microorganismi attenuati o inattivati o di componenti antigeniche, attraverso la sua inoculazione/assunzione ci si propone di far sviluppare nel soggetto che non ha mai incontrato il patogeno una immunità attiva, provocando le modificazioni umorali e tissutali necessarie: in sostanza è uno degli strumenti più efficaci di prevenzione primaria.

Gli obiettivi della vaccinazione sono molteplici, in primis la protezione del singolo individuo,

ma anche dei gruppi di individui a rischio, fino ad arrivare alla protezione universale attraverso la protezione di gruppo e la cosiddetta l'immunità di gregge. Gli obiettivi sono anche il contenimento delle malattie infettive attraverso la riduzione della frequenza, fino ad arrivare alla loro eliminazione in una data area geografica (es. l'Europa è polio-free). Infine, ci si propone l'eradicazione della malattia e cioè la scomparsa permanente e completa della stessa dalla specie umana come ad esempio è successo al vaiolo dal 1979. Attualmente, a livello mondiale, tra gli obiettivi di sanità pubblica, ci si è posti quello di debellare la poliomielite e il morbillo. Ma cosa permette l'eradicazione della malattia? Uno dei fattori è sicuramente l'immunità permanente del singolo e della collettività attraverso alte coperture vaccinali in tutti i Paesi del Mondo, oltre ad assenza dei serbatoi animali, alla breve contagiosità della malattia, a microorganismi geneticamente stabili e pochi casi asintomatici.

Secondo i dati forniti dall'OMS, l'introduzione delle vaccinazioni ha portato al dimezzamento dei decessi causati dalle malattie prevenibili da vaccino, evitando ogni anno tra i 2 ed i 3 milioni di decessi nel mondo. Eppure, a oggi, oltre 19 milioni di bambini (1 su 5), non ha ricevuto il vaccino contro difterite, tetano e pertosse.

Il panorama italiano

L'obiettivo dell'OMS è quello di raggiungere il livello di immunizzazione pari al 95% della popolazione al fine di mettere in sicurezza il Paese. Attualmente la situazione italiana non rispetta tale condizione, infatti i dati resi noti dal Ministero della Salute relativi al 2017, mostrano una riduzione della copertura vaccinale al di sotto della soglia di sicurezza per malattie come poliomielite, tetano, difterite, epatite B e pertosse. Risulta, inoltre, preoccupante la copertura vaccinale per MPR cioè per il complesso morbillo-parotite-rosolia (Fig.3).

Nel 2014 il Censis ha condotto una ricerca coinvolgendo i genitori per comprendere meglio le loro opinioni, atteggiamenti e timori nei confronti dei vaccini. Ciò che emerge da questa ricerca è la necessità di ricevere maggior informazioni poiché questo bisogno non è sem-

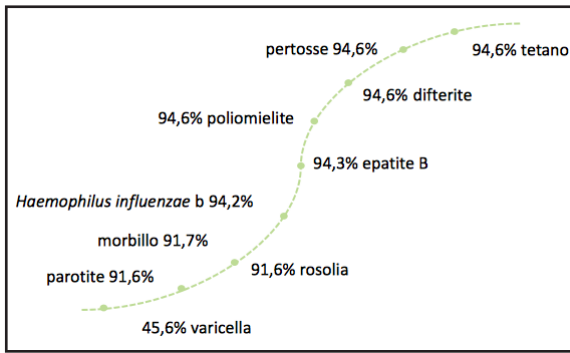


Figura 3 Copertura media nazionale delle vaccinazioni, dati coerenti dal 2015 al 31/12/2017

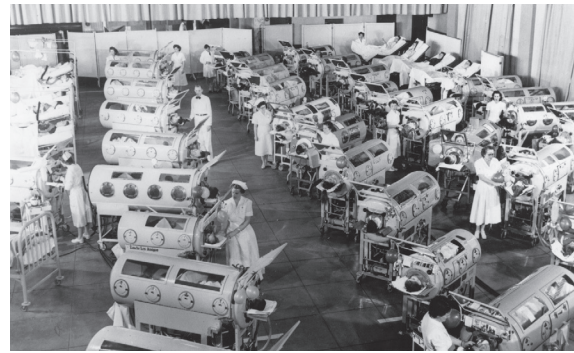


Figura 4 Polmoni d'acciaio

pre soddisfatto dall'informazione istituzionale. Questo porta ad interpellare le fonti più svariate, dai siti istituzionali ai social network, dai siti scientifici ai forum e blog. Le informazioni che circolano su internet, quindi, sono molteplici e non sempre corrette, come ad esempio:

- *correlazione con l'autismo*: il vaccino per MPR che causa autismo è una bufala scientifica ed è una informazione sbagliata che passa attraverso la rete internet. Studi scientifici ne hanno dimostrato l'infondatezza (fig.8);
- *diffidenza verso le case farmaceutiche*: le vaccinazioni sono un profit per queste aziende, ma le case farmaceutiche sono tenute a dare la sicurezza dei prodotti e non la loro gratuità;
- *ritiri delle partite vaccinali*: un esempio è il vaccino dell'influenza ritirato qualche anno fa. I ritiri di alcune partite sono eventi di tipo precauzionale;
- *effetti collaterali dei conservanti*: come la nefrotossicità per il *thimerosal*. Oggi questo conservante a base di mercurio è stato tolto dai vaccini (può essere presente solo nei vaccini combinati) ma non è mai stato dimostrato che sia dannoso a livello del rene o al livello del SNC;
- *scarsa consapevolezza della importanza della vaccinazione anche da parte della classe medica*: questo lo vediamo soprattutto per il vaccino influenzale che è somministrabile ad alcune categorie a rischio come per esempio i medici. La percentuale di medici ospedalieri vaccinati contro l'influenza è del 40% al massimo.

La mancata o l'errata informazione è un fattore determinante nella presa di decisione da parte genitori.

Inoltre, oggi l'atteggiamento nei confronti dei vaccini è tendenzialmente negativo rispetto al passato poiché si è ridotta la percezione del rischio nei confronti delle malattie prevenibili con i vaccini. Infatti, una componente che influenza la diffidenza nei confronti delle vaccinazioni è soprattutto il venir meno della memoria storica delle malattie infettive del passato e di tutte le sofferenze e procedure che subivano i pazienti, per avere poi magari nonostante tutto un esito infausto. Per esempio i pazienti che avevano un'infezione da poliovirus potevano subire alcune procedure come il polmone d'acciaio dove finivano le persone con paralisi dei muscoli respiratori, avere atrofia muscolare della gamba, essere bambini portatori di stampelle, dover frequentare scuole solo per bambini "infetti". Anche il presidente americano Eisenhower fu contagiato dal poliovirus e fu uno dei personaggi principali in USA a sostegno delle campagne pro-vaccinazione negli anni '50.

Proprio grazie al successo dei programmi vaccinali, i Paesi occidentali non hanno, oggi, una esperienza diretta delle patologie infettive e delle loro conseguenze. Diversa è la situazione nei Paesi in via di sviluppo.

Parlando in numeri, dal 1964 con l'introduzione del OPV (vaccino antipolio) il numero di casi è sceso drasticamente e non ci sono più stati casi di poliomielite in Italia o solo alcuni casi dovuti a persone provenienti dall'estero. In Albania (nel 1998-99) c'è stata una epidemia con 150 casi di

POLIO
V Research
 will mean
Victory!

GAMMA GLOBULIN—
 obtained from human blood—
 protects for a few weeks
 But it is in very short supply.

**When POLIO is around,
 follow these PRECAUTIONS**

- 1 Keep clean
- 2 Don't get fatigued
- 3 Avoid new groups
- 4 Don't get chilled

A VACCINE
 A safe and promising vac-
 cine is being tested now, but
 results will not be known
 until 1955.

**THE NATIONAL FOUNDATION
 FOR INFANTILE PARALYSIS**

Remember Me
 WITH THE MARCH OF DIMES

**FIGHT
 INFANTILE
 PARALYSIS**

The
**NATIONAL FOUNDATION
 FOR INFANTILE PARALYSIS**
celebrates Twentieth Anniversary

Figura 5 e 6 Campagna antipolio

infezione e 3 morti e il Ministero ha dovuto agire con una vaccinazione di massa. L'assenza di una malattia in un determinato Paese non giustifica e non è causa sufficiente per sospendere la vaccinazione. Alcune malattie, da tempo eliminate in Italia, sono ancora endemiche o epidemiche in altri Paesi. Questo determina la necessità di una continua prevenzione nei confronti della trasmissione della patologia.

“False credenze”

Il caso morbillo: il morbillo è una malattia grave, 1:1000 contrae una encefalite virale che lo rende disabile o lo porta alla morte; 1:100.000 contrae la panencefalite sclerosante subacuta, malattia che insorge anche a distanza di 6-7 anni. Inoltre, ci possono essere complicanze meno gravi: polmonite, infezioni delle vie respiratorie. Nel 1979 il Ministero della Sanità aveva raccomandato il vaccino al compimento del 15° mese di età ma questa vaccinazione non ha avuto adesione, si temevano effetti collaterali. Nel 1997 è stata inclusa nel calendario vaccinale come vaccinazione per tutti i bambini. La MPR ha avuto difficoltà perché precedentemente esisteva la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e facoltative e quest'ultime tendono sempre a essere evitate dal paziente. Negli anni ci sono sempre stati i picchi di incidenza della malattia, ma si è raggiunto al massimo il 50% di copertura vaccinale.

Proprio a causa di questa bassa copertura vaccinale, nel 2002 c'è stata una epidemia molto importante in Campania, Calabria, Lazio, Basilicata con circa 40000 soggetti che hanno contratto il morbillo: 4 sono morti (bambini di 6 mesi, 4 e 10 anni, ed 1 adulto di 22 anni), altri 624 bambini sono stati ricoverati di cui 15 hanno avuto un'encefalite e 104 complicanze polmonari. Da allora, anche attraverso le circolari ministeriali, si è cercato di fare qualcosa di più per poter informare la popolazione, ma anche i medici, sull'utilità delle vaccinazioni contro il morbillo. Infatti, se nel 2000 la copertura vaccinale era del 60-70%, dopo una serie di attività formative ora si è raggiunta una copertura non ottimale ma comunque buona tanto da evitare le epidemie viste precedentemente.

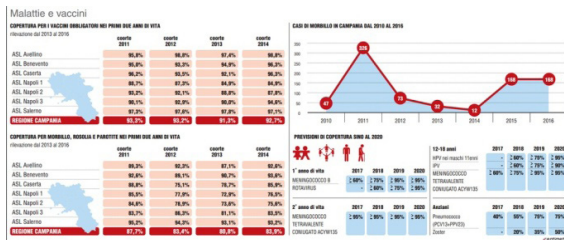


Figura 7 Coperture vaccinali in Campania

In questi ultimi anni c'è stata di nuovo una diminuzione della copertura vaccinale contro morbillo-parotite-rosolia. Una delle cause che ha portato a questa diminuzione è quanto è stato diffuso dai media, cioè che ci sia un'associazione fra questo vaccino e la comparsa dell'autismo.

L'articolo "Ileal Lymphoid nodular hyperplasia, non specific colitis, non pervasive developmental disorder in children" comparso sulla nota e prestigiosa rivista scientifica "THE LANCET" nel febbraio 1998, è il lavoro da cui è partita l'idea dell'associazione autismo-vaccino MPR. In questo studio sono stati presi in esame 13 bambini con problemi gastrointestinali e si è visto che nella metà di questi bambini era stato riferito dalla mamma che dopo la vaccinazione questi avevano presentato la comparsa di sintomi compatibili con l'autismo. Sulla base di questa osservazione è stata fatta una serie di ipotesi tra le quali si è detto che nei soggetti che hanno ricevuto la vaccinazione c'è stato un peggioramento delle condizioni gastrointestinali che ha favorito l'assorbimento di alcune sostanze alimentari, che hanno provocato poi la sintomatologia legata all'autismo. Una ipotesi stravagante da tanti punti di vista, ma valutata da esperti e poi pubblicata nel 1998. Dopo un po' di tempo dalla pubblicazione di questo lavoro si è verificata una riduzione significativa della richiesta del vaccino MPR, in Inghilterra soprattutto, e di seguito ovviamente la comparsa di complicanze legate all'infezione naturale: encefaliti e quant'altro.

Di conseguenza, l'OMS ha attivato una serie di studi epidemiologici, almeno 19, che non hanno assolutamente trovato nessuna correlazione fra vaccinazione e comparsa di sintomi di autismo. Si è allora costituita una commissione la quale ha convocato gli autori di questo primo lavoro

THE LANCET

The Lancet, Volume 351, Issue 9113, Pages 617 - 641, 28 February 1998
doi:10.1016/S0140-6736(97)11096-0

This article was retracted

RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

Dr ~~AJ Wakefield~~ FRCS & FR&C, ~~SH Murch~~ MR B, ~~A Anthony~~ MR B, ~~JJ Law~~ PhD & ~~DM Coxon~~ MRCP B, ~~M Mads~~ MRCP B, ~~M Berelowitz~~ FRCPsych & ~~AP Dhillon~~ MRCPsych & ~~MA Thomson~~ FRCP B, ~~P Harvey~~ FRCP & ~~A Valentine~~ FRCS & ~~SE Davies~~ MRCPsych & ~~JA Walker-Smith~~ FRCP &

Summary

Background

We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder.

Methods

12 children (mean age 6 years [range 2-10], 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records. Ileocolonoscopy and biopsy sampling, magnetic-resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow-through radiography was done where possible. Rifaximin, loperamide, and transaminidazole enemas, were examined.

Figura 8 Articolo ritirato da Lancet

ed ha valutato i registri di questo studio. Anche attraverso l'aiuto di un giornalista si sono accorti che quelli che gli autori avevano riportato erano dati falsificati che non corrispondevano alla realtà. Quasi tutti gli autori dell'articolo, salvo l'autore principale che era Andrew Wakefield, hanno ritrattato tutto e sono stati espulsi dall'equivalente dell'Ordine dei Medici di Londra. Oggi se si va a cercare questo articolo su Lancet in internet: ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)11096-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)11096-0/abstract)) cosa compare? RETRACTED, cioè è stato ritirato.

Questo articolo è forse l'unico o uno dei pochi lavori ritirati dalla rivista, ed è quindi su questa falsità che si basa la diceria dell'associazione tra autismo e vaccino MPR.

La diminuzione di questa copertura vaccinale è avvenuta anche in Italia. Inoltre, ci sono sta-



Figura 9 Pustole del vaiolo sul torace e sulle braccia

te una serie di paure sugli effetti collaterali dei conservanti contenuti nel vaccino, e in modo particolare ha suscitato molto scalpore il *thimerosal*, un derivato del mercurio che serve come preservante del vaccino per impedire la crescita di batteri. Si era detto che questa sostanza, contenuta nel vaccino in concentrazioni molto basse, potesse essere la causa di alcune manifestazioni neurologiche che comparivano successivamente. Era a sostegno di questa ipotesi il fatto che in questi vaccini era contenuta questa sostanza, pertanto la somministrazione di tanti vaccini differenti poteva comportare la somministrazione di una dose di mercurio che poteva creare problemi. Normalmente, la dose di mercurio che ciascuno di noi inala o assume attraverso gli alimenti è decisamente superiore a quella contenuta nel vaccino, ma chi si occupa di salute pubblica deve tenere in considerazione queste osservazioni che possono venire fatte e di conseguenza deve dimostrare che il mercurio non è responsabile di eventuali effetti collaterali. Pertanto, l'OMS e la *American Academy of Pediatrics* ha raccomandato a tutte le case farmaceutiche la produzione di vaccini che non contengano più come conservante il *thimerosal*.

Oggi tutti i vaccini disponibili in commercio non lo contengono, in ogni caso l'OMS ha condotto una serie di studi e valutazioni in questi ultimi anni che hanno dimostrato la sicurezza dei vaccini contenenti *thimerosal* per quanto riguarda alcuni effetti neurocitotossici. Quindi, se questi dati ottenuti a distanza di 15 anni da quando le case farmaceutiche sono state obbligate a non utilizzare il mercurio come preservante, fossero già stati disponibili all'inizio nel 1999, le raccomandazioni emanate al fine di togliere il mercurio non avrebbero avuto ragione di esistere perché non vi è nessun effetto collaterale dimostrato. Per la verità il mercurio è ancora in alcune formulazioni di vaccino che sono multidose, usate per campagne di vaccinazione estese.

Il vaccino che però ora si utilizza in Italia contro parotite-morbillo-rosolia è monodose.

Altra fobia: nel 2009 durante il periodo influenzale c'è stato il problema che all'interno di questi vaccini c'era lo squalene. Lo squalene è una sostanza che funge da adiuvante: è miscelata con il vaccino e serve per operare un lento rilascio del vaccino stesso in modo tale da produrre una

memoria immunologica più prolungata nel tempo. Quindi lo squalene, forse per il nome stesso, era associato a effetti collaterali importanti. In effetti questa paura ha ridotto significativamente l'accettabilità delle vaccinazioni da parte delle persone ma lo squalene deve semplicemente il suo nome al fatto che l'80% di olio di fegato di squalo è costituito da questa sostanza. È un olio presente anche nelle piante ed è un componente delle nostre membrane cellulari. Non è una sostanza estranea. Se fosse nocivo si dovrebbe vivere giorno per giorno con gli effetti collaterali dati dallo squalene presente nelle cellule, ma così non è. Esso è un precursore del colesterolo, è presente nel colesterolo LDL ed è presente nelle secrezioni delle ghiandole sebacee: è un componente naturale nell'uomo. Da dove derivava quindi questa paura? Il tutto derivava dalla "Sindrome della Guerra del Golfo".

Si tratta di una sindrome che provavano i soldati americani che avevano fatto la guerra in Iraq. Quando rientravano in patria soffrivano di fatica cronica, fibromialgia, cefalea, disturbi comportamentali, vertigini e perdita dell'equilibrio. Ma cosa c'entra lo squalene? Durante l'operazione Desert Storm il 60% dei soldati americani furono vaccinati contro l'antrace e nel 2002 era stato pubblicato un lavoro che metteva in relazione lo squalene con la sindrome della Guerra del Golfo perché erano stati ritrovati nel siero di diversi soldati degli anticorpi contro lo squalene. Quindi, se nel vaccino contro l'antrace c'era lo squalene e questi soggetti avevano sviluppato anticorpi Ab contro lo squalene allora era possibile che quei sintomi fossero legati alla formazione di questi anticorpi. Ma l'aspetto più impressionante è che nel vaccino contro l'antrace non c'era lo squalene. Quindi partendo da una base inesistente sono state create una serie di paure che si sono ripercosse nell'accettabilità della vaccinazione da parte della popolazione.

Caso vaccinazione antinfluenzale: altra vaccinazione inserita nel calendario vaccinale. Anche qui due concetti utili: l'influenza è una pandemia che avviene solitamente verso la fine dell'anno in corso e l'inizio del successivo, ma soprattutto raggiunge il suo picco massimo attorno ai mesi di gennaio, febbraio, marzo. L'età maggiormente colpita dalla sindrome influenza-

le è quella infantile, in quanto probabilmente, non avendo mai incontrato il virus influenzale, i bambini non hanno ancora sviluppato anticorpi. Altra categoria di persone a rischio sono gli anziani, che possono soffrire particolarmente delle conseguenze delle influenze perché essendo per lo più colpiti anche da patologie croniche, queste ultime vengono maggiormente accentuate dalla sindrome influenzale. Questo è il motivo per cui il Ministero della Salute ha deciso di fissare come obiettivo primario della vaccinazione contro l'influenza la copertura vaccinale di almeno il 75% dei soggetti di età superiore ai 64 anni. Oggi purtroppo si è ancora molto lontani da questa percentuale. Inoltre, questa vaccinazione dovrebbe essere estesa a tutti i soggetti in qualsiasi età, pediatrica o adulta, affetti da patologie croniche, come fibrosi cistica, malattie degli organi ematopoietici, sindromi da malassorbimento intestinale, infezione HIV, malattie croniche a livello dell'apparato respiratorio, diabete ed altre malattie metaboliche, malattie congenite o acquisite che comportano un difetto del sistema immunitario. La vaccinazione contro l'influenza ha subito un andamento generale come le altre vaccinazioni: se nel 2004-2005 si erano raggiunte percentuali abbastanza elevate, in questi ultimi tempi vi è stata una riduzione. Secondo la Società Italiana di Igiene, la copertura vaccinale media contro l'influenza è calata in Italia di almeno il 15% negli ultimi anni. Uno studio condotto in Liguria su circa 1.560.000 abitanti indica che per ogni punto percentuale di riduzione della copertura vaccinale si verificano 160 casi di influenza in più negli ultra 65enni. Questo calo nella popolazione Italiana comporta in generale 90.000 casi di influenza in più ogni anno e dal punto di vista economico un caso di influenza sopra i 65 anni costa mediamente 1200€ e rappresenta un grave danno per la società. Uno studio condotto dall'università di Tor Vergata ha dimostrato che vaccinando le persone tra i 50 aa e i 64 aa si spenderebbero 76mln di € ma se ne risparmierebbero 746mln € in cure e in diagnosi. Senza considerare poi quante giornate di lavoro vengono perse e quanti giorni di lavoro perdono i genitori per accudire i bambini ammalati, e i figli ad assistere i genitori anziani in ospedale. È evidente che spesso alle vaccinazioni vengono

attribuite tutta una serie di problematiche che in realtà non sono attribuibili ai vaccini. È essenziale che gli operatori sanitari affrontino sempre in modo critico e su base scientifica tutte le varie problematiche che possano emergere in merito alle vaccinazioni.

Focus Lombardia

In Lombardia ogni anno sono erogate oltre 4 milioni di vaccinazioni, di cui indicativamente 1 milione per la campagna di vaccinazione anti-influenzale (da ottobre a dicembre di ogni anno); 2,8 milioni per la prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia e nell'adolescenza e circa 200.000 negli adulti.

Nel report sono riportati i dati di confronto con le medie nazionali.

In figura 10 è mostrata la copertura per il vaccino esavalente (ciclo completo di 3 dosi) in Regione Lombardia per la coorte di nascita 2014: i valori sono inferiori al 95% ma comunque superiori alla media nazionale. Analogamente per la stessa coorte sono stati registrati anche i dati relativi alle coperture per vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia (figura 11), per cui la Lombardia identifica una copertura del 93% versus una copertura nazionale del 87%. La copertura per la vaccinazione antimeningococcica è pari al 88% (una dose) e antipneumococco 86% (tre dosi) (figura 12).

La situazione epidemiologica del morbillo in Regione Lombardia nel 2017 ha visto un notevole incremento dei casi rispetto agli anni precedenti. In particolare nei primi 6 mesi dell'anno 2017 i casi erano già 626, mentre in tutto il 2016

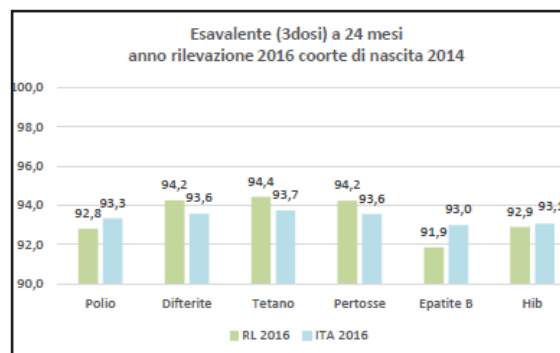


Figura 10 Confronto dati nazionali-Regione Lombardia per vaccinazione esavalente

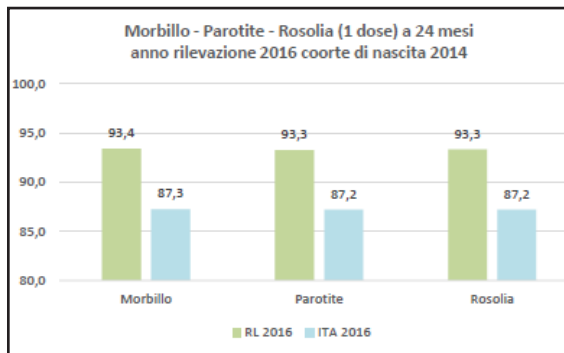


Figura 11 Confronto dati nazionali-Regione Lombardia per vaccinazione trivalente

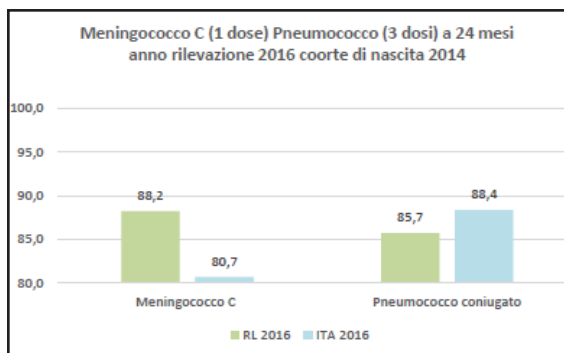


Figura 12 confronto dati nazionali-Regione Lombardia vaccinazione meningococco, pneumococco

sono stati 131. In termini di numeri assoluti di casi le ATS maggiormente colpite sono state la ATS Brianza (31%), e la ATS Milano (33%). Analizzando i tassi di incidenza dei primi 6 mesi del 2017 si osserva che il tasso regionale è di 11x100000/anno, e in particolare l'ATS di Brescia si assesta su casi 5x100000/anno.

Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, questa è proposta alla popolazione over 65 anni e alle fasce di popolazione a rischio. La campagna vaccinale ha inizio indicativamente nel mese di ottobre di ogni anno; il volume totale delle vaccinazioni antinfluenzali erogate nel 2016-17 è stato di 1.213.042, nella stagione 2015-16 1.165.277, nella stagione 2014-15 1.137.050, nella stagione 2013-14 1.147.577: rispetto al 2013-14 l'ultima stagione ha mostrato un aumento del 6% dell'erogato. Lo standard previsto a livello nazionale del 75% non è raggiunto da nessuna regione italiana; Regione Lombardia registra una copertura di poco inferiore al 50%. Dopo gli over 65 anni la categoria

| Inizio Sintomi | Anno/Mese | | | | | | Tot | % |
|---|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----|
| | 2017/01 | 2017/02 | 017/03 | 2017/04 | 2017/05 | 2017/06 | | |
| 321- ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO | 21 | 17 | 38 | 41 | 36 | 54 | 207 | 33% |
| 322-ATS DELL'INSUBRIA | 2 | 4 | 22 | 24 | 21 | 7 | 80 | 13% |
| 323-ATS DELLA MONTAGNA | | | | 1 | 2 | 5 | 8 | 1% |
| 324-ATS DELLA BRIANZA | 24 | 28 | 50 | 43 | 35 | 14 | 194 | 31% |
| 325-ATS DI BERGAMO | | 2 | 7 | 4 | 2 | 1 | 16 | 3% |
| 326-ATS DI BRESCIA | 8 | 12 | 1 | 2 | 6 | 2 | 31 | 5% |
| 327-ATS DELLA VAL PADANA | 10 | 7 | 6 | 16 | 25 | 10 | 74 | 12% |
| 328-ATS DI PAVIA | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 16 | 3% |
| TOTALE | 47 | 72 | 124 | 133 | 132 | 94 | 626 | |

Dati aggiornati sul DWH regionale al 28/06/2017 Filtri applicati: Inizio Sintomi uguale a 2017 AND Patologia uguale a MORBILLO AND Criterio Validazione Nazionale uguale a NOTIFICABILE

13 andamento del morbillo in Regione Lombardia nei primi 6 mesi del 2017

più vaccinata sono i pazienti a rischio con età inferiore a 65 anni (118.109) e gli operatori sanitari (15.034).

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV)

Il Ministero della Salute, in collaborazione con le società scientifiche nazionali del settore igienico, pediatrico e della medicina generale hanno stilato il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 e il relativo Calendario Vaccinale. Questo documento ha lo scopo di "armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di protezione collettiva..." in linea con l'Art. 32 della Costituzione Italiana. La necessità di uniformare il territorio nasce dall'analisi della copertura vaccinale di ogni Regione, che mette in evidenza la diversa offerta proposta alla popolazione e il calo di adesione a vaccinazioni consolidate con il conseguente rischio di fenomeni epidemici. Da sottolineare è l'inserimento del PNPV nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La vaccinovigilanza in Italia

Il rapporto della sorveglianza dei vaccini in Italia dell'AIFA afferma che al 31 dicembre 2016 le segnalazioni avverse a vaccini, relative all'insorgenza nel 2014 sono state 8.873 (18% del totale delle segnalazioni a farmaci e vaccini) e

corrispondenti a un tasso di 48,9 segnalazioni per 100.000 dosi, mentre le segnalazioni relative al 2015 sono state 3.772 (9% del totale), con un tasso di 18,8 per 100.000 dosi. E ancora le segnalazioni di sospetta reazione avversa con esito fatale sono state 69 (lo 0,8% del totale) nel 2014, scese a 9 casi (lo 0,2%) nel 2015, mentre le segnalazioni “gravi” sono state 871 (il 9,8% del totale) nel 2014 e 526 (il 13,9%) nel 2015 e quelle “non gravi” sono la maggioranza: l’87,9% del totale delle segnalazioni nel 2014 e l’84,1% nel 2014

L’obbligo vaccinale

Il 7 giugno 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto Legge 73/2017 sulle vaccinazioni, convertito con modifiche in Legge 31 luglio 2017, n°119 recante: “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e controversie relative alla somministrazione”.

L’innovazione principale risiede nella riclassificazione delle vaccinazioni considerate obbligatorie, infatti queste passano da 4 (poliomielite, difterite, tetano ed epatite B) a 10. Come indicato all’Articolo 1: “Al fine di assicurare la tutela della salute pubblica e il mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in

termini di profilassi e di copertura vaccinale, nonché di garantire il rispetto degli obblighi assunti a livello europeo e internazionale, per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per tutti i minori stranieri non accompagnati sono obbligatorie e gratuite, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita, le vaccinazioni sotto elencate”.

- Anti-poliomielitica;
- Anti-difterica;
- Anti-tetanica;
- Anti-epatite B;
- Anti-pertosse;
- Anti Haemophilus influenzae tipo B;
- Anti-morbillo;
- Anti-rosolia;
- Anti-parotite;
- Anti-varicella.

Queste sono le vaccinazioni che devono essere somministrate ai nati dal 2017. Ai nati tra dal 2001 al 2016 devono essere somministrate le vaccinazioni contenute nel Calendario Vaccinale relativo al proprio anno di nascita.

Per lo stesso motivo sopra citato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano as-

Vaccini, Lorenzin tira dritto: nessuna proroga

Respinto l’appello del sindaco dem di Vicenza, confermato l’obbligo entro il 10 marzo. Poi sanzioni per i genitori

di Margherita De Bac

Ministra



● Beatrice Lorenzin, 46 anni, leader di Civica popolare, è ministro della Salute dall’aprile 2013

● Ha promosso il provvedimento per aumentare la diffusione dei vaccini

Le coperture

Per raggiungere l’immunità di gregge l’Oms raccomanda la copertura vaccinale del 95%

| Area geografica | Periodo | Esavalente (variazione sul 2016) | Morbillo-parotite rosolia (var. 2016) | Media ponderata nazionale 2017 |
|---------------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Stima su 5 Regioni | mag-ott 2017 | 94,7% (+1%) | 90,2% (+2,9%) | VACCINO ESAVALENTE 95% ↑ +1,7% sul 2016 |
| Emilia Romagna | gen-set 2017 | 93,5% (+1,1%) | 90,7% (+2,9%) | Media ponderata nazionale 2017 MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA 93% ↑ +5,7% sul 2016 |
| Regione Puglia | 31 ott 2017 | 95,7% (+1,7%) | 93% (+6,1%) | |
| Città metrop. di Milano | anno 2017 | 92,5% (+1%) | 91,2% (+1,2%) | |
| Regione Lazio | n.d. | 97% (+0,1%) | 96% (+8,1%) | |
| Regione Umbria | anno 2017 | 95,9% (+1,6%) | 94,9% (+5%) | |
| Urss 9 Verona | n.d. | n.d. | 89% (+1%) | |
| Uel 1 Belluno-Alpi | anno 2017 | 94,5% (+2%) | 93% (+4,5%) | |

Ministero della Salute (dati provvisori pubblicati su Lancet 1.1.2018) [\(giornisti online\)](#) [cammatini](#)

Domande & risposte

Cosa devono fare e cosa rischiano le famiglie non in regola

I Quando è nata la legge sulla prevenzione vaccinale?

Il decreto firmato dalle ministre della Salute Beatrice Lorenzin e dell’Istruzione Valeria Fedeli è stato approvato dal governo il 7 giugno. L’urgenza di intervenire in tempi rapidi con un decreto è dovuta ai dati sulle coperture vaccinali di alcune malattie infettive scese sotto il 95 per cento, soglia considerata capace di proteggere anche i bambini non immunizzati. Nel 2017

ca la priorità della continuità didattica. In Trentino Alto Adige, Regione ostile ai vaccini specie nelle zone montane, centinaia di bimbi frequentano le lezioni senza lo scudo immunitario previsto dalla legge.

La denuncia è del presidente dell’Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi. In realtà mancano dati omogenei e definitivi di tutte le Regioni, il ministero li sta raccogliendo con le consuete difficoltà a far rispettare i tempi. Secondo le stime delle ultime settimane le coperture sarebbero risalite sensibilmente in tutta Italia per garantire la cosiddetta «immunità di gregge», che assicura anche ai bambini non vaccinati la protezione da malattie infettive pericolose e sottovalutate. A Roma l’adesione alle profilassi richieste è stata molto alta nei nati tra il 2015 e il 2017.

mdebac@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 14 Corriere della sera 11 febbraio 2018

sicurano l'offerta attiva e gratuita delle seguenti vaccinazioni:

- Anti-meningococcica B;
- Anti-meningococcica C;
- Anti-pneumococcica;
- Anti-rotavirus.

Sono considerati esonerati dall'obbligo i minori che hanno già contratto la malattia, cioè i soggetti che sono immunizzati per effetto della malattia stessa. Nei limiti delle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale l'obbligo vaccinale potrà essere assolto con vaccini in formulazione monocomponente o combinata, senza l'antigene relativo alla malattia contratta. In ogni caso, effettuare una vaccinazione non comporta alcun rischio per un soggetto immunizzato, ma rafforza le difese immunitarie e funziona come richiamo. Il secondo caso riguarda chi ha presentato controindicazioni assolute, come per esempio una reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose. Questo deve essere debitamente attestato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Possono, invece, essere procrastinate in presenza di precauzioni (condizione che può aumentare il rischio di gravi reazioni avverse o che può

compromettere la capacità del vaccino di indurre un'adeguata risposta immunitaria) a specifiche condizioni cliniche documentate e attestate, nel rispetto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità. Ad esempio, quando presentano una malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre. Tutti gli operatori sanitari e in particolare quelli che quotidianamente lavorano nella promozione ed esecuzione delle vaccinazioni possono far riferimento al Network Italiano dei servizi di Vaccinazione (NIV), che mette a disposizione strumenti come la "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni" (ultima edizione pubblicata nel febbraio 2018).

La legge 73/17, inoltre, entra in merito alla violazione dell'obbligo vaccinale, con conseguenti sanzioni pecuniarie e stabilisce il requisito per l'ammissione all'asilo nido e alla scuola dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni).

- (1) SITR Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia
- (2) Chirurgia Pediatrica, ASST Spedali Civili di Brescia

Riferimenti

Ciofi degli Atti ML, Salmaso S, Pizzuti, D'Agnesse, P, Bove C, Protano D, D'Argenzio A, Trabucco ML. Epidemia di morbillo in Campania. Aggiornamento. BEN, Notiziario ISS 15, 7-8, luglio-agosto 2002.

Corso FadInMed "Le Vaccinazioni", 2017. <https://www.fadinmed.it>

Decreto Legge 7 giugno 2017, n.73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale". Gazzetta Ufficiale n.130 del 7 giugno 2017. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/07/130/sg/pdf>

Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Dan L. Longo, Harrison. Principi di medicina interna, Zanichelli 2016.

Gli struzzi e l'epidemia di morbillo in Campania. *Medico e Bambino*, 2002;21:568-569. https://www.medicoebambino.com/?id=0209_568.pdf

Istituto Superiore di Sanità. Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. A cura di Gallo G, Mel R, Rota MC.

- Legge 31 luglio 2017, n.119 "Gazzetta Ufficiale n.182 del 5 agosto 2017. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/08/05/182/sg/pdf>

Ministero della Salute. Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione. I Quaderni del Ministero della Salute, 2017, n.27. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2586_allegato.pdf

Nota Regionale prot. n. 22510 del 7/7/2017.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

Sorveglianza delle malattie infettive in Lombardia Report 2017 dati 2016 UO Prevenzione DG Welfare Regione Lombardia.

Vaccaro C.M. (ed.). Censis, La cultura della vaccinazione in Italia: un'indagine sui genitori. Roma, Censis; 2014.



L'iscrizione a Co.Ge.A.P.S.: una opportunità formativa e professionale

di Laura Beltrami¹

La formazione continua comprende l'aggiornamento e la formazione permanente. L'aggiornamento è l'attività successiva al corso di studi e specializzazione, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze specialistiche.

Comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza del Servizio sanitario nazionale.

Vengono definiti, con programmazione pluriennale, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e

gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

L'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

Viene introdotto un nuovo concetto, quello di dossier formativo. Esso è espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano.

Costituisce lo strumento attraverso il quale il professionista sanitario programma e verifica il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali. Il dossier è lo strumento idoneo a rilevare i bisogni formativi dei professionisti e contribuisce ad indirizzare e

I professionisti che per la prima volta accedono a Co.Ge.A.P.S. devono necessariamente registrarsi per poter visualizzare la propria posizione ECM. La registrazione manderà login e password alla casella mail indicata. Grazie della collaborazione

ACCEDI ALL'AREA RISERVATA

Attenzione: se la username è un codice fiscale inserirlo con le lettere MAIUSCOLE

Username

Password

Hai dimenticato la password? Clicca [QUI](#)

Sei un professionista della salute? [Registrati](#)

qualificare l'offerta formativa da parte dei provider.

Sul sito "application.cogeaps.it", si può volontariamente attivare il proprio Dossier Formativo, cioè dichiarare gli obiettivi formativi che si prefigge di raggiungere, che poi andrà riscontrato con gli eventi effettivamente frequentati.

L'attivazione del Dossier Formativo è ad adesione volontaria. Oltre al professionista sanitario esistono altri organi deputati alla verifica dell'avvenuta formazione continua: Co.Ge.A.P.S. e AGENAS. Co.Ge.A.P.S. è l'organismo nazionale deputato alla gestione delle anagrafiche nazionali e territoriali dei crediti ECM attribuiti ai professionisti che fanno capo all'Ordine, Collegi nonché alle rispettive federazioni e Associazioni professionali, consentendo a questi le relative funzioni di certificazione delle attività formative svolte. L'AGENAS (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) per quanto riguarda i professionisti sanitari, si occupa della comunicazione e diffusione della normativa inerente la definizione di regole uniformi per l'aggiornamento dei professionisti sanitari, avvalendosi anche del supporto e del confronto con il Consorzio per la gestione delle anagrafiche dei professionisti sanitari (Co.Ge.A.P.S.).

Fatti salvi i casi di esonero o di esenzione sopra ricordati, ogni iscritto all'Albo è tenuto ad essere in regola con i crediti ECM, indipendentemente dal settore di attività.

Tuttavia, allo stato attuale, non sono previste sanzioni specifiche per l'infermiere che non abbia conseguito il numero di crediti ECM necessario. Per cui c'è chi dice che l'obbligo ECM sia più morale che sostanziale. Però bisogna prestare attenzione alle dinamiche del mondo del lavoro.

Per esempio, un infermiere che non fosse in regola con i crediti ECM potrebbe avere grosse difficoltà a lavorare, sia come dipendente che come libero professionista, presso strutture sanitarie private o per il volontariato sociale perché sempre più spesso tali strutture richiedono di dimostrare la propria regolarità ECM.

Inoltre, al di là dell'esistenza o meno di specifiche sanzioni, ogni professionista dovrebbe mantenersi in regola con l'obbligo ECM, sia per non perdere occasioni di lavoro, sia per non subire contestazioni di tipo legale o assicurativo.

(1) Servizio di Anestesia e Rianimazione, ASST Spedali Civili di Brescia

La “nuova privacy”

General Data Protection Regulation (GDPR) n. 679/2016

a cura della Redazione

Dal 25 maggio 2018 è entrato in vigore, anche in Italia, il Regolamento UE n.679/2016 sulla protezione dei dati personali, in sostanza la nuova privacy, sostituendo formalmente quanto precedentemente in essere.

Si tratta di un nuovo importante atto normativo dell’Unione Europea per meglio regolare il modo in cui i dati dei cittadini dell’UE possono essere utilizzati dalle aziende, con l’introduzione di nuove regole rigide sul consenso delle persone a elaborare i loro dati.

Il nuovo sistema vuole accrescere la consapevolezza dei dati personali e della loro protezione. Questo aspetto apre un nuovo fronte sul quale confrontarsi e, spesso, riorganizzare: nuovi adempimenti per le imprese e maggiore attenzione in termini di organizzazione.

Questo elemento vale anche per gli enti pubblici non economici, proprio come gli Ordini professionali. Il nuovo regolamento, infatti, prevede che qualsiasi organizzazione che gestisce i dati in Europa è obbligata a rispettare la normativa. Nell’articolo 9 “Trattamento di categorie parti-

colari di dati personali”, il trattamento dei dati diviene necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell’assistenza sanitaria, dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell’Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell’interessato, come nel caso del segreto professionale. Questo numero di Tempo di Nursing ospita, per l’occasione, l’informativa ai sensi e per gli effetti di cui degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

L’informativa è peraltro disponibile sulla homepage www.opibrescia.it.



INFORMATIVA PRIVACY DATI RACCOLTI PRESSO INTERESSATO

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali)

Gentile Signore/a

Desideriamo informarLa che il Reg. UE 2016/679 ("Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti e il rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi degli articoli 13 e 14, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1 Finalità, base giuridica del trattamento cui sono destinati i dati

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e ad adempiere a sue specifiche richieste, nonché ad adempiere agli obblighi normativi, in particolare quelli contabili e fiscali.

Ai fini dell'indicato trattamento, il titolare potrà venire a conoscenza di dati definiti "sensibili" ai sensi del **Reg UE 2016/679**, quali quelli idonei a rivelare l'origine razziale od etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale.

2 Modalità del trattamento

In relazione alle indicate finalità i Suoi dati sono oggetto di trattamento informatico e cartaceo. Le operazioni di trattamento sono attuate in modo da garantire la sicurezza logica, fisica e la riservatezza dei Suoi dati personali.

3 Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia tratterà i suoi dati personali:

1. allo scopo di adempiere agli obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati, nonché dalla normativa comunitaria in materia di professioni sanitarie.
2. per finalità funzionali alla gestione dei rapporti intercorrenti con gli iscritti, le Poste Italiane, la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI); l'invio delle riviste dell'Ente, l'elaborazione di statistiche e di altre informative.

4 Natura dei dati personali

Costituiscono oggetto di trattamento i Suoi dati personali, sensibili e giudiziari, inerenti lo svolgimento del servizio da Lei richiesto.

Durante l'erogazione del servizio potrebbe essere necessario acquisire ed effettuare operazioni di trattamento dei Suoi dati personali sensibili e giudiziari. Le viene richiesto di esprimere il relativo consenso in forma scritta.

5 Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili, non ha natura obbligatoria, ma l'eventuale rifiuto rende impossibile l'erogazione dei servizi da Lei richiesti, **ovvero l'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che è obbligatoria per l'esercizio professionale.**

6 Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati potranno essere comunicati a:

- tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi;
- ai nostri collaboratori, dipendenti, nell'ambito delle relative mansioni;

INFORMATIVA PRIVACY DATI RACCOLTI PRESSO INTERESSATO

- a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento della nostra attività e nei modi e per le finalità sopra illustrate.

7 Diritti dell'interessato

7.1 Art. 15 (diritto di accesso), 16 (diritto di rettifica) del Reg. UE 2016/679

L'interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- a. le finalità del trattamento;
- b. le categorie di dati personali in questione;
- c. i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- d. il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- e. l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- f. il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- g. l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.

7.2 Diritto di cui all'art. 17 del Reg. UE 2016/679 - Diritto alla cancellazione («diritto all'oblio»)

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e il titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, se sussiste uno dei motivi seguenti:

- a. i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- b. l'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), o all'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), e se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento; **nel caso specifico l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia ha l'obbligo di conservare illimitatamente i fascicoli personali.**
- c. l'interessato si oppone al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure si oppone al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 2;
- d. i dati personali sono stati trattati illecitamente;
- e. i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;
- f. i dati personali sono stati raccolti relativamente all'offerta di servizi della società dell'informazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1 del Reg. UE 2016/679

7.3 Diritto di cui all'art. 18 - Diritto di limitazione di trattamento

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

- a. l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali;

INFORMATIVA PRIVACY DATI RACCOLTI PRESSO INTERESSATO

- b. il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- c. benché il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- d. l'interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, Reg UE 2016/679 in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.

7.4 Diritto di cui all'art.20 - Diritto alla portabilità dei dati

L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento

8 Revoca del consenso al trattamento

Le è riconosciuta la facoltà di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, inviando una raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia, Via Pietro Metastasio, 26 – 25126 BRESCIA

corredato da fotocopia del suo documento di identità, con il seguente testo: **“revoca del consenso al trattamento di tutti i miei dati personali”**.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia La informa che la revoca del consenso comporterà l'impossibilità per l'Ordine di svolgere le proprie funzioni istituzionali definite dalla legge dello Stato. Ne conseguirà la cancellazione dall'Ordine con la relativa impossibilità all'esercizio professionale.
L'Ordine è tenuto alla conservazione del fascicolo personale (obbligo normativo).

Se desidera avere maggiori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, ovvero esercitare i diritti di cui al precedente punto 7, può inviare una raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia, Via Pietro Metastasio, 26 – 25126 BRESCIA

Prima di poterLe fornire, o modificare qualsiasi informazione, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità e rispondere ad alcune domande. Una risposta sarà fornita al più presto.

Recensione

di Laura Gallini

SCOIATTOLI E TACCHINI

Gian Paolo Montali

“È possibile insegnare a un tacchino a salire in cima a un albero, però per quel lavoro sarebbe meglio assumere uno scoiattolo”.

Gian Paolo Montali a volte ci è riuscito, ma si è reso conto che non esistono squadre di soli scoiattoli, e che vincere con i tacchini dà molta più soddisfazione.

In campo come nelle aziende, un manager deve misurarsi con risorse finite, e i tacchini sono statisticamente più numerosi degli scoiattoli.

Il segreto del successo sta dunque nel costruire una squadra in cui i “*tacchini*” possano essere motivati, allenati, sostenuti, per andare oltre i propri limiti e raggiungere risultati che nemmeno loro pensavano di ottenere. Nel lavoro come nella vita, per avere successo bisogna conoscere le mosse giuste: Montali ha imparato come fare, e da anni nelle aule universitarie condivide le sue conoscenze con manager e studenti.



Perché se vincere non è tutto, perdere non è proprio niente.

Ogni Capo deve quotidianamente confrontarsi con i pregi e i difetti delle risorse umane di cui dispone spesso accorgendosi che, attorno a lui i mediocri sono molto più numerosi dei fuoriclasse. Ma se uno scoiattolo, agile e scattante, è per natura portato a raggiungere le cime degli alberi e da lì guardare tutti dall’alto, un tacchino, goffo e impacciato tanto da apparire ridicolo, forse non sarà mai in grado di seguirlo fin lassù.

Gian Paolo Montali è passato dal campo di gioco alla cattedra per insegnare ai manager come valorizzare al meglio le qualità delle risorse umane impiegate, aiutandole a crescere e a pensare in grande.

Il suo metodo consente di destreggiarsi nel mare perennemente in burrasca dei rapporti di lavoro, consolidando il proprio carisma e mettendo in

pratica una politica fatta di piccoli passi e attenzione ai dettagli.

Creare un clima costruttivo con i “giocatori”, sviluppare una convinzione ferrea nei propri mezzi, uscire in maniera brillante da una riunione: sono solo alcuni dei temi ai quali Montali applica la sua esperienza di uomo di sport e di manager.

Il racconto di Montali è la storia di una vita fondata su un sogno, alimentato da duro lavoro, metodo e disciplina. È una dimostrazione di quanto il successo sia scienza, raggiungibile attraverso una rigorosa pianificazione, spirito di sacrificio e tanto cuore. Solo quando affronti le tue sfide al top, con la giusta preparazione, è possibile elaborare nuove strategie, soluzioni che consentono di migliorare la propria performance.

Questo porta a strutturare un metodo, ad affinarlo giorno dopo giorno, vivendo con slancio e passione quello che si fa, condividendo soluzioni e nuove idee.

Questo libro di fatto descrive un metodo di lavoro, una filosofia per affrontare i problemi e scegliere le strategie, capace di portare i team ad essere migliori. In conclusione il libro è un concentrato di strumenti di base del management, qui applicato allo sport, in cui le parti più interessanti paiono:

- la differenza tra squadra e gruppo. È sbagliato far credere che appena nasceranno rapporti amichevoli si potrà essere efficaci, ma ancora di più lo è provare a convincere gli altri che senza simpatie non c'è progetto. Questo perché squadra e gruppo sono due entità ben distinte;
- diventare allenatori di sé stessi. Un bravo capo deve aiutare i propri giocatori a vincere la paura, deve farli sentire responsabili grattando la patina d'indifferenza che, il più delle volte, permea le cose e gli uomini. Una patina sottile, infida, che quasi non si vede, ma c'è e blocca ogni crescita;
- essere ladri di idee. Bisogna essere curiosi verso tutto ciò che è utile al nostro lavoro. Chi riesce a conservare questa propensione,

avvicinandosi alle cose e alle persone con voglia di imparare, farà sempre la differenza;

- il capo che non gioca. Un bravo capo può permettersi di lasciare i suoi uomini liberi, perché agiranno comunque secondo i suoi dettami;
- non abbiate paura dei cambiamenti. È difficile tornare a essere curiosi, tornare a investire su sé stessi e spostare l'oggetto delle proprie paure, ma è importante se non si vuole rimanere fermi in un mondo che si muove.

NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

Per i libri

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
 - Titolo e sottotitolo dell'opera.
 - (Collana)
 - numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
 - Luogo di edizione:
 - Editore
 - Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

Per gli articoli di riviste

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.

- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J (Engl)*. 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o
OPI di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194
www.opibrescia.it - info@opibrescia.it

Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia - N° 73/2018

Direttore responsabile: Guglielmo Guerriero

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Laura Beltrami, Paolo Boldini, Claudio Bini, Stefano Coico, Camilla Ciochi, Laura Gallini, Nadia Regonaschi

Hanno collaborato a questo numero: Stefania Pace, Camilla Ciochi, Laura Beltrami, Laura Gallini, Lucia Laratta, Nadia Regonaschi, Claudio Bini

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche
Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso:
O.P.I. - Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@opibrescia.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.



OPI
Brescia

BUONE
FESTE 