

# Newsletter



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

n. 2 - aprile 2011

## Editoriale

### Nursing and immigrant

L'aumento della complessità sociale per la presenza di persone appartenenti a diverse culture ed etnie ha evidenziato in Italia, soprattutto nelle ultime settimane, la necessità di una nuova coscienza culturale da parte della professione infermieristica. Questo fatto presuppone il superamento degli atteggiamenti di campanilismo e chiusura, e la presa di coscienza delle differenze culturali, per essere d'aiuto a chi parla una lingua ed esprime bisogni diversi dai nostri.

Gli infermieri costituiscono spesso il primo contatto che il soggetto immigrato ha con una struttura sanitaria; perciò un confronto approfondito con questi argomenti può essere utile al professionista onde evitare equivoci e conflitti nell'identificazione di problemi dell'utente con la sua alterità culturale.

L'infermiere, riconosciuto come **specialista nella relazione d'aiuto e nella realizzazione del processo assistenziale**, dovrebbe essere in grado di prendersi cura di pazienti di culture differenti; tuttavia, questo obiettivo è spesso solo teorico per carenza di formazione nel *Nursing Transculturale*.

Gli stranieri considerati "differenti" per colore di pelle, lingua, abitudini di vita e religione professata, suscitano, talvolta anche negli operatori sanitari, nonostante il mandato deontologico (vedi articoli 2.3-2.4-2.5 relativi ai principi etici della professione contenuti nel Codice Deontologico dell'Infermiere), paure inconsce e disagio, in quanto influenzati dal contesto sociale, poco orientato alla cultura del diverso; ne deriva il comportamento di trattare tutti i pazienti allo stesso modo (etnocentrismo culturale), agendo sulle persone senza valutarne scientemente la loro matrice culturale. Sull'esempio della Leininger, teorica e antropologa americana fondatrice della teoria del *Nursing Transculturale*, per poter erogare un'assistenza efficace, la professione infermieristica dovrebbe approfondire le tematiche legate ai soggetti immigrati, considerando come punti deboli o forti del processo assistenziale diversi elementi, tra cui quelli etnico-culturali, relazionali, linguistici, valoriali, giuridici, organizzativo-strutturali di ogni specifica cultura.

E' facilmente deducibile che l'intervento sanitario non può prescindere da quello sociale, a causa della precarietà delle condizioni di vita, del significato del distacco dal quadro originario di vita, dalle difficoltà di rapporto/integrazione con una collettività etnico-culturale sconosciuta.

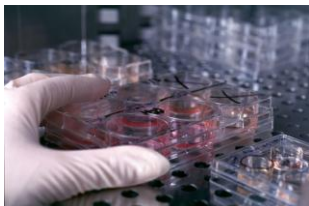
Lo scenario *transculturale* ci prospetta la creazione di una bioetica che superi il concetto di "*patria*", come luogo di persone unite da comuni tradizioni, lingua, religione; questa bioetica deve essere contraddistinta da:

- una costante educazione alla tolleranza, atta a migliorare la conoscenza reciproca per il rispetto delle differenze;
- un'informazione dell'opinione pubblica circa la situazione socio-sanitaria della popolazione immigrata, unita ad una sollecitazione alle competenti autorità affinché si affronti efficacemente questo problema ;
- un'educazione interculturale che garantisca i diritti di tutti, combatta il pregiudizio e la paura di invasione, capovolga l'ottica che vede il "diverso" solo come portatore di bisogni senza considerarne le risorse;
- una valorizzazione di ciascun individuo, contraddistinto dalla sua storia, cultura e dal suo vissuto, per contrastare la costruzione di stereotipi che vedono l'immigrazione come un'entità unica e spersonalizzata;
- un concetto di salute visto come diritto inalienabile, indipendentemente dalla razza, religione, cultura, ideologia dell'individuo, ma anche come benessere psicofisico ed equilibrio ambientale per una migliore qualità della vita;
- un'alleanza terapeutica, dove l'incontro operatore-utente caratterizzi una conoscenza reciproca centrata sul rispetto della dignità umana come primo valore da difendere;
- un'assistenza olistica che tenga conto della realtà linguistica, etnica, culturale, sociale, psichica, somatica di ogni soggetto;
- lo sviluppo di un modello complementare di medicina e infermieristica *transculturale*, basato soprattutto su un' ampliamento di costrutti mentali tali da entrare in sintonia con il paziente straniero, evitando imposizioni e metodi propri della medicina occidentale. È opportuno che medici e infermieri affrontino, a livello di formazione di base e permanente, le tecniche di comunicazione interpersonale con utenti appartenenti a minoranze, al fine di evitare di cristallizzare in stereotipi il rapporto di cura.

Alla luce di quanto detto, si può affermare che il migrante è oggi la cartina tornasole delle nostre certezze consolidate, è per così dire un catalizzatore dell'inconsapevole; ciò impone al sapere medico, in senso lato, e agli operatori della salute che lo utilizzano, di prestare attenzione alle differenze socio-culturali, a partire dal riconoscimento del carattere culturale e storico degli strumenti terapeutici in uso, in equilibrio tra principi generali ed esperienze singolari.

Silvana Vincis

## Sperimentazione con le cellule staminali cerebrali contro la sclerosi laterale amiotrofica (SLA)



La sperimentazione con le cellule staminali cerebrali contro la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), ha ricevuto il via libera da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), ed entro due o tre mesi si potranno fare le prime iniezioni ai pazienti. Il progetto nasce dal lavoro di Angelo Vescovi, che dirige il Laboratorio cellule staminali dell'ospedale di Terni che fornirà le cellule. "Il via libera da parte dell'Iss era l'ultima cosa che mancava, - spiega Angelo Vescovi - ora rimane il sì formale del comitato etico dell'ospedale e alcune questioni meramente organizzative, per cui saranno necessari due o tre mesi".

La sperimentazione all'inizio dovrebbe essere fatta su 10-12 pazienti e prevede l'utilizzo di cellule staminali cerebrali umane, prelevate da feti abortiti spontaneamente e coltivate nei laboratori di Terni, da trapiantare nel midollo spinale di malati di SLA per circa 10-15 volte.

## Lesione di prerogative sindacali e condotta antisindacale ai sensi dell'ex art. 28 della Legge 300/70



Il Giudice del Lavoro del Tribunale di Cagliari, nella causa in materia di lavoro iscritta al n.4846 del R.A.C.L. dell'anno 2010, ha rigettato il ricorso per lesione di prerogative sindacali e condotta antisindacale, presentato dalle Segreterie provinciali di CGIL FP, CISL FP e UIL PF del Sulcis Iglesiente nei confronti del Commissario *pro tempore* della ASL di Carbonia, e ha condannato i ricorrenti al pagamento delle spese di lite in favore della Asl di Carbonia.

## In tutto il mondo qualcuno dice NO



A New York si chiamano *No free lunch* come nel Regno Unito, in Italia *No grazie, pago io!*, in Spagna *Nogracias*, in Olanda *Gezonde Sceptis*, in Germania *Mein essen Zahl Ich Selbst*. Ci sono *Nogracias* anche in Colombia e in alcune regioni andine; in Australia c'è *Healthy Skepticism* che ha affiliati in tutto il mondo e li riunisce virtualmente in un forum internazionale a cui partecipano tutti (1).

Dicono tutti "no grazie" agli attuali rapporti tra medici/medicina e industria del farmaco e invitano a un "sano scetticismo".

I *No grazie pago io!* sono un gruppo di oltre 240 operatori sanitari tra pediatri e medici di famiglia, specialisti in varie discipline, farmacisti, direttori di distretto, direttori di ASL, ricercatori, psicologi, infermieri, ostetriche, consulenti professionali in allattamento materno, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

E' un gruppo spontaneo di operatori sanitari, nato dalla volontà di evitare l'influenza di interessi estranei al loro compito professionale per prendersi cura della salute delle persone nel modo migliore possibile.

L'attività principale dei *Nograzie* di tutto il mondo è documentarsi e diffondere informazioni (1), soprattutto attraverso siti web, newsletter, mailing-list, blog, ma anche lezioni e conferenze. Nella convinzione che creare conoscenza e consapevolezza sulle strategie di marketing dell'industria del farmaco e sui suoi esiti, sia il primo passo per un cambiamento.

Una delle convinzioni dei medici più difficili da superare, è quella di essere invulnerabili a qualsiasi forma di promozione, anche se curiosamente ritengono che i loro colleghi, al contrario, siano facilmente influenzabili. Così risulta da diversi studi (2, 3).

Uno dei punti su cui battono in particolare i *Nograzie* è la formazione continua indipendente, senza finanziamenti diretti o indiretti dell'industria del farmaco, strumentazione medica o alimenti per l'infanzia. E' possibile infatti organizzare la formazione con modalità a basso costo, preferibilmente in piccoli gruppi, nelle sedi di lavoro, partendo dai problemi incontrati nella pratica quotidiana. Modalità che, oltre a tutto, sono più efficaci (4).

Che sia possibile lo dimostra anche l'Associazione Culturale Pediatri che la pratica da anni.

I *Nograzie* ritengono inoltre che dovrebbe essere il SSN a farsi carico di informare e formare il suo personale in modo indipendente. Mettendo ad esempio a disposizione nelle ASL (o nelle Regioni o presso lo stesso Ministero) centri di riferimento di elevata competenza, finanziati con denaro pubblico, per formare i professionisti sul metodo con cui affrontare i quesiti clinici che incontrano ogni giorno, su come leggere la letteratura in modo critico e come accedere alle biblioteche e alle banche dati online.

Credono che spendere per questi centri sarebbe un ottimo investimento, poiché i costi verrebbero ampiamente ammortizzati da una migliore e più oculata prescrizione, e ne risulterebbe alla fine un risparmio per il SSN e soprattutto una maggiore salute delle persone.

Negli USA sono sempre più numerose le Università che, seguendo le proposte dell'American Medical Association e del Council on Ethical and Judicial Affairs, preoccupate per l'integrità della formazione medica, stanno mettendo in pratica regole molto severe: niente regali, niente pasti gratis, regolamentazione e riduzione delle visite dei rappresentanti e soprattutto formazione non sponsorizzata (5).

Un altro aspetto di cui si occupano i Nograzie è la banalizzazione dell'informazione/divulgazione in medicina che nasconde spesso interessi non proprio etici.

Un argomento di triste attualità: gli eventi catastrofici.

E' stato dimostrato che nei tempi passati eventi catastrofici naturali e guerre hanno aperto un varco al mercato del latte formulato per la prima infanzia.

In quelle occasioni un grande numero di decessi in bambini al di sotto dei due anni fu dovuto a false informazioni e alla loro divulgazione. In Iraq durante la guerra del golfo una certa stampa ha trasmesso il messaggio che le donne, in quanto sottoposte a stress, non avrebbero più potuto allattare, questo provocò improvvisi svezzamenti e ricorsi al latte formulato con conseguenze nefaste per la salute.

Dopo lo tsunami dei paesi asiatici del 2004 e l'inondazione dello Sri Lanka del 2006 nella già drammatica situazione sociale, informazioni scorrette hanno indotto alla distribuzione di latte artificiale aumentando la mortalità e la morbilità dei bambini. (6)

Nel caos che si determina in queste circostanze, nell'impossibilità di approvvigionamento idrico e igiene, la protezione dell'allattamento materno è invece una priorità imprescindibile e fa la differenza tra la vita e la morte.

Come possono le professioni sanitarie non mediche attivarsi in questo campo?

Si possono tenere a distanza dal marketing dell'industria del farmaco.

In prima persona si può rifiutare ogni tipo di dono e gadget da parte delle case farmaceutiche, ci si può rifiutare di partecipare ad eventi formativi sponsorizzati privilegiando altro genere di eventi, mettendo sempre al primo posto l'obiettivo di proteggere l'anello debole della catena: gli utenti.

I nostri comportamenti e i luoghi stessi in cui lavoriamo veicolano dei messaggi e questi messaggi hanno il dovere di essere *crystallini*.

Prestare la propria figura professionale per consegnare alle donne gravide e alle puerpere valigette omaggio contenenti prodotti vari e varia pubblicità le induce a credere che l'uso e l'acquisto di tali prodotti sia consigliato dalla sanità pubblica, non è un dono è un *trasferimento di immagine*.

La posizione dei Nograzie nell'ambiente sanitario non è facile, essi suscitano a volte diffidenza, a volte derisione o anche esplicita condanna ma, nonostante ciò, gli affiliati ai vari gruppi Nograzie nel mondo aumentano costantemente nell'evidenza ormai globalizzata di una reale esigenza di cambiamento.

Susanna Maccioni

1) sul sito dei Nograzie, si possono trovare i link ai vari gruppi analoghi nel mondo, le news, la Lettera di informazione periodica e tanti documenti di approfondimento <http://www.nograziepagolo.it>

2) Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med.* 2001 May;110(7):551-7.

3) Fabbri A, Martino A, Grandori L. e altri. Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica. Studio quali-quantitativo sulla percezione degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. *R&P* 2008; 24: 242-254.

4) NoGraziePagolo. Educazione continua in medicina e conflitto di interessi. Lettera aperta, 10/9/2009. <http://www.nograziepagolo.it/formazione.htm>

5) Relman AS. Industry support of medical education. *JAMA* 2008; 300:1071-1073.

6) Infant and Young feeding in Emergencies 2006 <http://.enonline.net>

## Al via la ricetta elettronica. Il Governo stima risparmi per due miliardi l'anno



Dopo la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* di sabato 5 marzo, entrerà a regime la ricetta elettronica. La prima Regione a partire sarà la Valle d'Aosta (1° aprile), seguirà l'Emilia Romagna (1° maggio), poi Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte e Provincia autonoma di Bolzano (1° luglio), Calabria e Liguria (1° settembre) e Basilicata (1° ottobre). Restano da scaglionare le altre Regioni. Una volta che il sistema sarà entrato definitivamente a regime, il paziente potrà recarsi in farmacia con la tessera sanitaria e un codice attribuito alla ricetta in modo che il farmacista, collegandosi al sistema, possa leggere la prescrizione. La ricetta elettronica, partendo dallo studio del medico che la

compila, arriverà, on line, alla Regione e al ministero dell'Economia, favorendo così il controllo sulle prescrizioni e sulla spesa.

L'innovazione dovrebbe garantire un taglio del 30% della spesa farmaceutica. Il decreto stabilisce che i medici sono tenuti a trasmettere elettronicamente almeno l'80% delle ricette ogni mese, quota sotto la quale scatta l'inadempienza, e quindi le sanzioni. Secondo il ministro della Pubblica Amministrazione, Renato Brunetta, con la ricetta on line, una parte del risparmio (circa 800-900 milioni di euro) deriverebbe, pure, dal taglio del flusso cartaceo, a cui va aggiunto un altro 7-

8% di risparmi su errori, sprechi e altro (1,2 miliardi circa). In pratica, il risparmio totale che quest'innovazione porterebbe è di circa due miliardi l'anno.

Fonte Newsletter Federazione Nazionale IPASVI

## In salita il trend di richieste per risarcimento danni



Dal 2° Rapporto della *Medmal Claims Italia*, realizzato da Marsh su un campione di 74 ospedali pubblici (più del 90% delle Aziende ospedaliere e sanitarie), è emerso che continuano a salire le richieste di risarcimento danni avanzate dai pazienti per presunti errori medici. Da una media di 50 sinistri l'anno, infatti, si è passati a circa 65 per ogni ospedale (circa, il 30% in più). Il Centro e il Sud, più del Nord, fanno registrare numeri allarmanti: se nel 2004, infatti, nei confronti delle strutture pubbliche del Centro si registravano, di media, 58 richieste danni annuali, nel 2009 si è passati a 85. Dall'indagine emerge che il numero complessivo delle richieste danni è salito di anno in anno, per un totale, in sei anni, di circa 20mila. Il Rapporto scompone i dati anche in base all'area geografica e, così, si scopre che, mentre al Nord la media dei sinistri per singolo ospedale è passata, in sei anni, da 63 a 68, nel Centro da 58 a 85 e al Sud da 14 a 43. L'indagine traccia anche l'identikit delle persone che chiedono i danni: l'82% delle richieste è avanzata dai pazienti; il 10% dai familiari dei ricoverati e il 3% dagli operatori sanitari. Rispetto alla classifica per "tipologia di rischio", è quello clinico, con il 69,16%, a guidare la "classifica"; seguito dagli infortuni (dentro e fuori le strutture) con l'11,65%; i danni per furto con l'11,31% e i rischi professionali con il 2,30%.

I motivi che inducono ad avanzare la richiesta di risarcimento vede, al primo posto, le lesioni (74,88%), quindi: i danni alle proprietà (11,30%), il decesso 7,60% ed il danno economico (circa 1%). Le principali tipologie di errori denunciati sono chirurgici (25%), diagnostici (16%) e terapeutici (13%), cadute di pazienti e visitatori (11%), danneggiamenti a cose (7%), smarrimenti e furti (5%). Le aree cliniche più interessate sono: struttura e parti comuni (15%), pronto soccorso (14%), ortopedia (12%), chirurgia generale (11%), ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (4%). Inoltre, è emerso che, ogni 100 posti letto, vengono denunciati 9,68 sinistri; 2,59, ogni 1.000 ricoveri; 16 ogni cento medici e 7,05 ogni cento infermieri, con tassi variabili rispetto all'area geografica (meno al Nord, di più al Centro e leggermente in diminuzione al Sud).

Fonte Newsletter Federazione Nazionale IPASVI

## Pubblicata la nuova versione dello strumento AGREE



Situation | [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)

Secondo la definizione originale dell'Institute of Medicine, le linee guida (LG) sono "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte con metodi sistematici, allo scopo di assistere medici e pazienti [e manager, nda] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche". Oggi le LG vengono annoverate tra gli strumenti di governo clinico, per definire gli standard assistenziali e costruire gli indicatori di appropriatezza clinica, con il fine ultimo di erogare "la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze".

L'AGREE è lo strumento di riferimento internazionale per la valutazione della qualità delle LG, definita come "la ragionevole probabilità che le potenziali distorsioni nella produzione delle LG siano state adeguatamente gestite e che le raccomandazioni prodotte siano valide e applicabili in pratica". L'AGREE *Next Step Consortium* ha pubblicato l'AGREE II con la revisione dei 23 items e il nuovo manuale d'uso

Cartabellotta A. Troppe linee guida? AGREE II ti aiuta a scegliere! GIMBEnews 2010;3:25-26

## Cosa ne sappiamo dei guanti? Qualche puntualizzazione



In ambiente sanitario i guanti comunemente utilizzati per attività che implicano contatto con il paziente sono classificati come Dispositivi Medici (DM) a norma della Direttiva 93/42 CEE recepita in Italia dal D.Lgs. n. 46 del 24 febbraio 1997.

E' **Dispositivo Medico** qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di

una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento.

In quanto DM i guanti sanitari devono rispondere a requisiti richiesti da norme tecniche di riferimento: le norme UNI (Ente Nazionale di Unificazione) e EN (Norma Europea) 455 parte 1,2,3. Il possesso di tali requisiti è dimostrato dal superamento di specifiche prove e viene debitamente certificato.

I Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale hanno individuato la presenza di rischio chimico e biologico a livello di gran parte delle attività sanitarie che prevedono l'utilizzo di guanti monouso.

La protezione del personale nei confronti del rischio residuo da contatto rappresentato dalla presenza di agenti chimici e biologici nel contesto delle attività sanitarie dallo stesso eseguite sui materiali e sui pazienti prevede l'utilizzo, a scopo protettivo, di guanti classificati come **Dispositivo di Protezione Individuale** (DPI) a norma del D.Lgs 475/92 (e successive modificazioni ed integrazioni). E' Dispositivo di Protezione Individuale qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro (D. Lgs. 626/94, art. 40, D.Lgs 9 Aprile 2008, n.81). Il D. Lgs. 626/94 agli artt. 42-45 precisa i requisiti dei DPI, gli obblighi dei datori di lavoro e dei lavoratori, ed i criteri per l'individuazione e l'uso dei DPI necessari. In quanto DPI i guanti sanitari devono rispondere a requisiti richiesti da norme tecniche di riferimento: le norme UNI (Ente Nazionale di Unificazione) e EN (Norma Europea) 374 parti 1,2,3.

Il possesso di tali requisiti è dimostrato dal superamento di specifiche prove e viene debitamente certificato.

Le Aziende Sanitarie utilizzano, peraltro, la stessa tipologia di guanti per la protezione del paziente e per la protezione dell'operatore da agenti biologici e da agenti chimici, per esigenze dettate dalla tecnologia e dalle caratteristiche delle attività svolte.

Tuttavia l'attuale normativa europea non permette il possesso contemporaneo da parte di un articolo medicale del marchio CE sia come DM che come DPI.

#### **GUANTI DM**

⇒ Guanti chirurgici

I guanti chirurgici hanno la funzione prevalente di prevenire le infezioni nel paziente. Questa funzione li caratterizza come DM. Peraltro deve essere riconosciuta anche la loro funzione di barriera a protezione dell'operatore nei confronti del rischio biologico e chimico.

Pertanto all'atto dell'acquisto:

- deve essere richiesta la marcatura CE come DM rispondente alla norma UNI EN 455 (parti 1-2-3);
- deve essere richiesta la documentazione attestante anche il possesso dei requisiti indicati dalla norma UNI EN 374 parti 1,2,3.

#### **GUANTI DPI**

Guanti per la manipolazione di sostanze chimiche, compresi i farmaci antitumorali, e di materiale biologico

Guanti per la pulizia delle cappe (chimiche, a flusso laminare)

Guanti per la pulizia degli ambienti e/o degli arredi

Guanti per la decontaminazione di strumenti chirurgici

Guanti antitaglio

Guanti anti-X

Tutte queste tipologie di guanti hanno la funzione di costituire una barriera per l'operatore nei confronti di fattori di rischio chimico, meccanico, biologico, fisico. Questa funzione li caratterizza come DPI. Sono utilizzati per attività nelle quali non è previsto che vengano a contatto con il paziente. Pertanto all'atto dell'acquisto deve essere richiesta la marcatura CE come DPI rispondente alla norma UNI EN 374 (parti 1-2-3).

#### **GUANTI DA ESPLORAZIONE**

Questi guanti hanno la funzione prevalente di costituire una barriera per l'operatore indicati dalla norma UNI EN 374 (parti 1-2-3) nei confronti del rischio biologico durante manovre che lo pongono in possibile contatto con sangue o altri liquidi corporei, come stabilito dalle Precauzioni Standard. In alcuni casi, durante l'assistenza a pazienti affetti da malattie

trasmissibili per contatto diretto o indiretto, hanno anche la funzione di ridurre la probabilità di trasmissione di microrganismi dal paziente o da un fomite ad altre persone o superfici. Queste funzioni li caratterizzano come DPI.

Il loro impiego non fornisce, di per sé, alcuna protezione aggiuntiva al paziente, che non sia già data dal rispetto della corretta igiene durante le attività assistenziali (accurato lavaggio delle mani): ricordiamo infatti che i guanti da esplorazione non sono sterili.

Tuttavia deve essere riconosciuto che in talune circostanze giungono a contatto del paziente alla stregua di un DM non invasivo (es. se usati per l'effettuazione di igiene intima, visita medica, posizionamento di sondino naso-gastrico) o invasivo (es. se usati per visita odontoiatrica, ginecologica, urologica).

Pertanto all'atto dell'acquisto:

- deve essere richiesta la marcatura CE come DPI rispondente alla norma UNI EN 374 (parti 1-2-3);
- deve essere richiesta la documentazione attestante anche il possesso dei requisiti indicati dalla norma UNI EN 455 (parti 1-2-3).

Silvana Vincis e Alessandra Loi

## Avviato il Piano di prevenzione infortuni in agricoltura 2010/2012



L'attività agricola e quella legata all'allevamento assumono, in Sardegna, particolare rilevanza, conformemente ai tratti storico-geografici della regione e alle peculiari condizioni socio-culturali della popolazione. L'espansione delle attività produttive e la crescente sofisticazione dei mezzi di produzione, l'impiego di lavoratori extracomunitari e neocomunitari si sono accompagnate, in generale, ad un incremento del rischio di infortuni anche nel comparto agricolo, oltretutto con elevato tasso di gravità.

Dando corso al Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 comprensivo tra l'altro del progetto sicurezza in Agricoltura, lo S.Pre.S.A.L. della Asl di Carbonia ha avviato il Piano di prevenzione degli infortuni in Agricoltura, che vede impegnato il personale del Servizio, Medici e Tecnici della Prevenzione negli ambienti di Lavoro. La principale attività di cui si compone l'intervento è diffondere la "cultura della sicurezza sul lavoro" nel comparto agricolo attraverso:

- la formazione dei Tecnici delle Agenzie Regionali, nonché la formazione di circa 400 operatori del settore compresi gli allevatori, Datori di lavoro, Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza,
- realizzazione di iniziative, seminari ed incontri, in collaborazioni con le parti sociali per l'informazione rivolte oltre che agli agricoltori anche ai venditori di macchine agricole;
- Assistenza in materia di sicurezza, mediante "lo sportello informativo" quale interfaccia con l'utenza e punto di riferimento territoriale, al quale i vari interlocutori del comparto potranno rivolgersi direttamente o attraverso una linea telefonica/telematica dedicata;
- Implementare l'attività di controllo e vigilanza da parte dello S.Pre.S.A.L., concentrando le azioni in particolare sulla verifica dei requisiti di sicurezza delle attrezzature e macchine agricole.

Gianfranco Perboni

## Nominati 5 nuovi Coordinatori delle professioni sanitarie



Il Direttore Generale ha attribuito 5 nuovi incarichi di coordinamento delle professioni sanitarie per il personale infermieristico e fisioterapista. Con delibera aziendale del 29.03.2011 sono stati conferiti ai Collaboratori professionali sanitari infermieri Ignazio Mocchi, Sandrina Pintus e Milena Concu, rispettivamente i coordinamenti della SS di Nefrologia e Dialisi del P.O. S. Barbara di Iglesias, della SC Nefrologia e Dialisi del P.O. Sirai di Carbonia e del Blocco Operatorio e Centrale di Sterilizzazione del P.O. Sirai di Carbonia.

I Coordinamenti dei fisioterapisti dell'Area Ospedaliera e dell'Area Territoriale sono stati invece affidati ai Collaboratori professionali sanitari fisioterapisti Luciana Armosini e Massimo Rossi

## I biberon con bisfenolo A saranno ritirati dal mercato



Con la pubblicazione sulla *Gazzetta*, il decreto 16 febbraio 2011 recepisce la direttiva della Commissione Europea del 28 gennaio 2011 sull'impiego del bisfenolo A (BpA) nei biberon di plastica. Il **bisfenolo A** è usato nella produzione del policarbonato, un tipo di plastica utilizzato per gli imballaggi dell'industria alimentare, dai biberon alle stoviglie. Perciò, **entro la metà del 2011, tutti i biberon contenenti bisfenolo A**, presenti nella Ue, **andranno sostituiti**.

La Commissione spiega che “se vengono riscaldati in determinate condizioni, piccoli quantitativi di bisfenolo A possono passare dal contenitore per alimenti agli alimenti e alle bevande ivi contenuti ed essere quindi ingeriti”. Così, visto che, allo stato attuale della ricerca, persistono incertezze sulla pericolosità dell'esposizione al bisfenolo A per i bambini e, in attesa di chiarimenti, si è adottato il principio di precauzione. Fino a quando “non saranno disponibili ulteriori dati scientifici atti a chiarire la rilevanza tossicologica di taluni effetti osservati del Bpa, in particolare per quanto concerne le modifiche biochimiche nel cervello, gli effetti immunomodulatori e la maggiore suscettibilità ai tumori del seno, è temporaneamente vietato l'impiego del Bpa nella fabbricazione e nell'immissione sul mercato di biberon di policarbonato”.

Fonte Newsletter Federazione Nazionale IPASVI

## Corte di Cassazione: è reato operare se non c'è speranza di vita



Operare un malato terminale è un reato, in quanto viola la deontologia professionale medica, anche se c'è il consenso stesso del paziente. A sancire questi principi la Corte suprema di Cassazione, IV Sezione Penale con la sentenza 13746/11 in cui si conferma la condanna di tre medici ritenuti colpevoli della morte di una donna avvenuta l'11 dicembre 2001 a Roma, presso l'Ospedale San Giovanni.

Si legge nella sentenza:

“il prioritario profilo di colpa in cui versavano gli imputati è stato evidenziato dalla stessa Corte nella violazione delle regole di prudenza, applicabile nella fattispecie, nonché delle disposizioni dettate dalla scienza e dalla coscienza dell'operatore. Nel caso concreto attese le condizioni difficili indiscusse ed indiscutibili della paziente (...inoperabile), non era possibile attendersi dall'intervento un beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. I chirurghi pertanto avevano agito in dispregio al Codice deontologico che fa divieto di *trattamenti informati* a forme di inutile accanimento diagnostico-terapeutico”.