

# Radio Corsia

PERIODICO DI RESISTENZA INFERMIERISTICA

ANNO 4 - NUMERO II

Aprile - Maggio - Giugno 2006

## ROMPIGHIACCIO

Pochi giorni fa è stata nominata Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera di rilievo nazionale ad alta specializzazione Materno Infantile O.I.R.M.-S.ANNA di Torino, la collega Marinella D'Innocenzo.

Nata a Lecce nel 1959, coniugata con due figli. Laureata in Scienze della Formazione, dirigeva il Dipartimento Assistenza Infermieristica della Asl Roma B ed era docente di Organizzazione ed Economia Sanitaria presso l'Università Tor Vergata. E' stata responsabile dei Servizi infermieristici in diverse Aziende sanitarie e presso l'Ospedale Bambin Gesù. E' componente della Commissione nazionale per l'Emergenza sanitaria e fino allo scorso anno, faceva parte del Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Molto conosciuta e apprezzata anche in Sardegna, dove per lungo tempo ha svolto attività di consulenza per l'ASL di Nuoro, se un appunto le si può fare, è che è il tipico prodotto



dell'attuale classe dirigente infermieristica, talmente proiettata verso le alte sfere da perdere un po' il contatto con quella realtà quotidiana fatta di piccoli grandi problemi che rendono il nostro lavoro così poco gratificante.

A questo proposito, altro segnale positivo, sull'ultimo numero de "L'Infermiere", la presidente nazionale Annalisa Silvestro nell'editoriale a commento della sua riconferma al vertice della Federazione per il prossimo triennio, parla per la prima

volta come obiettivo primario, di "cambiare la realtà lavorativa di tutti i giorni".

Dopo anni in cui abbiamo ferocemente criticato la politica di Collegi e Comitato Centrale proprio su quest'argomento, sempre delegato ai sindacati (quali sindacati poi!), quasi che la tutela del decoro e della dignità professionale non li riguardasse, forse ci si è resi conto che se non si comincia dal basso, una reale crescita della categoria non ci sarà mai.

Questa nomina quindi, anche in quest'ottica, non può che essere salutata con grande favore da tutti noi, con l'auspicio che la D'Innocenzo sia solo la prima ad ottenere il riconoscimento tangibile delle competenze che la categoria esprime; una sorta di rompighiaccio che apra definitivamente la strada per affidare anche agli infermieri le leve del comando.

Sandro Nuvoli

### USI & COSTUMI (DA BAGNO)

Sul quotidiano "La Nuova Sardegna" qualche domenica fa, è apparso un minuscolo trafiletto (a pagamento) dell'Azienda Sanitaria di Sassari, in cui si informavano i lettori più attenti (visto che si trovava tra decine di annunci e avvisi vari) che l'amministrazione era alla ricerca

di appartamenti in locazione ad Alghero "ad uso civile abitazione". A cosa servano in questo periodo gli appartamenti in una rinomata località balneare lo sappiamo tutti; a cosa servano ad una Azienda Sanitaria ce lo dovrebbero cortesemente spiegare.







# ELEFANTI AMMAESTRATI

I tre elefanti anche questa volta ne hanno combinata una delle loro e non contenti, ne hanno fatto anche un volantino, convinti di fare pure bella figura.

Hanno così divulgato ai quattro venti l'accordo con l'azienda, riguardante l'incentivazione (?) dei turni notturni, gratificati con la fantasmagorica cifra di 1,36 euro l'ora, per il ragguardevole totale di 10,88 euro (lordi ovviamente) a notte,

dalle 22 alle 7.00. Peccato che pochi giorni prima l'assemblea della RSU si era, con tanto di verbale, impegnata a portare in contrattazione la proposta di 20 euro, che sembravano già pochi per essere considerati un adeguato incentivo; invece, gli accordi sotterranei che precedono le riunioni ufficiali hanno cancellato la proposta originaria e prodotto questo risultato. Inutile dire che ci siamo rifiutati di firmare l'accordo-capestro che oltretutto attinge dal fondo della



produttività, che comunque ci viene già distribuito in base alle assenze.

Se si è convinti di motivare il personale e arginare la fuga dalle corsie con elemosine del genere (provate a fare il conto sul netto per 3-4 notti al mese), davvero non si è capito nulla della situazione dei reparti e di chi ci lavora.

Così come estendere l'indennità di terapia intensiva solo ai reparti di Medicina, riconoscendo loro il carico di lavoro, è penalizzante per reparti in

cui si opera spesso in condizioni limite, come le ortopedie, le neurologie o le chirurgie per esempio, discriminate da queste scelte cervellotiche.

Il fatto che queste nefandezze vengano anche sbandierate come grandi conquiste, dimostrano quanto i tre furbacchioni nemmeno si rendano conto di quello che fanno, oppure come sospettiamo, sono convinti di poter continuare impunemente a prenderci per il culo.



Via Roma 101 - Sassari - Tel. 079 270468

La Scuola privata SERVIZI DIDATTICI offre ottimi servizi per la formazione, finalizzati al rapido inserimento nel mondo del lavoro. I Corsi che offre la scuola vengono organizzati in base alle singole esigenze. Presso la nostra scuola è possibile conseguire DIPLOMI e QUALIFICHE AD ALTO POTENZIALE quali:

**ODONTOTECNICO - DIRIGENTE DI COMUNITA' - TECNICO DI SERVIZI SOCIALI**  
con accesso a tutte le Facoltà Universitarie

La scuola inoltre offre corsi di **RECUPERO ANNI SCOLASTICI**  
Diploma di: Ragioniere, Geometra, Perito Agrario, Perito Industriale  
Maturità: Scientifica, Classica, Linguistica

Corsi per studenti lavoratori e recupero materie  
Assistenza Universitaria





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## ANCHE IN SARDEGNA LA BANCA DI SANGUE PLACENTARE

Cagliari, maggio 2006

Anche la Sardegna avrà presto una banca di sangue placentare. Si tratta di un importante passo in avanti per la nostra regione perché il cordone ombelicale, che normalmente viene scartato, contiene sangue ricco di cellule staminali, le stesse del midollo osseo. Una donna che decide di donare il sangue placentare regala dunque a tante persone malate una speranza in più di guarire e tornare alla vita, perché il sangue del cordone ombelicale può sostituire il midollo per il trapianto e offrire così a tante persone malate una speranza in più di guarire.

La sede della Banca sarà presso l'ospedale Binaghi di Cagliari, che metterà a disposizione i locali necessari a partire dal prossimo mese di giugno. Da luglio a dicembre si terrà la formazione degli operatori dei Centri raccolta (ostetriche e ginecologi) e del personale addetto alla Banca. Contemporaneamente verranno attivate le gare per l'acquisizione delle attrezzature necessarie. Da gennaio a giugno 2007 verranno allestiti i laboratori e messo a punto le metodiche. Dal mese di luglio del 2007 inizierà lo stoccaggio del sangue placentare, raccolto inizialmente nei tre ospedali pubblici cagliaritari (Brotzu, San Giovanni di Dio e Santissima Trinità). Il progetto prevede che nel giro di cinque anni in tutti i punti nascita isolani possa essere donato il sangue cordonale.

Il costi di gestione del primo anno di attività della banca saranno di 780 mila euro. Dal momento della operatività, prevista entro il 2006, si prevede di conservare nel primo anno circa 100

unità e 200 nel secondo, con una previsione di raggiungere in 5 anni le 1.000 unità. L'attivazione della banca di sangue placentare in Sardegna prevede diverse fasi organizzative, relative all'informazione, alla formazione del personale, al reperimento delle attrezzature e, da ultimo, all'ottenimento delle certificazioni necessarie per l'utilizzo clinico delle unità di sangue placentare conservate.

Il sangue del cordone ombelicale contiene cellule staminali, identiche a quelle presenti nel midollo osseo, capaci di generare globuli rossi, globuli bianchi e piastrine: gli elementi fondamentali del nostro sangue. Ma per un paziente affetto da leucemia e linfomi in attesa di trapianto di midollo osseo la probabilità di reperire un donatore compatibile in ambito familiare è pari al 25-30 per cento. Del restante 75 per cento, solo il 40 per cento riesce a reperire un donatore compatibile nei Registri regionali, nazionali e internazionali di midollo osseo (oltre 20.000 in Sardegna, oltre 340.000 in Italia e 10.452.865 di donatori tipizzati al 25 aprile 2006). Il Registro Regionale Sardo è peraltro il primo in Italia per numero di donatori/abitanti con un indice di 1,177 donatori per 100 mila abitanti.

Il sangue del cordone ombelicale è dunque particolarmente prezioso perché può sostituire il midollo per il trapianto.

Il prelievo del sangue di cordone ombelicale avviene attraverso un'operazione semplice e rapida, che non procura alcun rischio e sofferenza al neonato, perché avviene quando il cordone è già stato reciso. Il prelievo consiste nell'aspirare il sangue dal

cordone ombelicale per poi raccogliarlo in una sacca sterile. La sacca viene poi inviata alla Banca del cordone ombelicale per le analisi e la crioconservazione in speciali contenitori ad una temperatura di meno 196 gradi.

Il sangue del cordone ombelicale può essere usato per il trapianto solo se è privo di agenti infettivi ed è necessario quindi effettuare dei controlli oltre che sullo stesso sangue anche sulla donna che partorisce. Si tratta solo di due prelievi di sangue: uno al momento del parto e uno sei mesi dopo. La donna deve perciò dare il suo consenso alla donazione e la sua disponibilità a sottoporsi alle analisi di controllo.

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche da sangue placentare viene utilizzato in numerose patologie potenzialmente curabili con il trapianto emopoietico come leucemie, linfomi, alcuni tumori solidi, gravi forme di anemie, deficit immunitari ereditari, errori congeniti del metabolismo e patologie genetiche come la beta talassemia.

Oggi le banche sangue placentare accreditate a livello internazionale sono 39. In Italia sono invece 15 (ma solo 5 accreditate a livello internazionale) e coinvolgono le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana, Veneto, per un totale di circa 35 mila unità conservate e 17 mila caratterizzate e pronte all'uso.

L'UFFICIO STAMPA  
Vito Biolchini





# CARNE DA MACELLO

E' ragionevole sospettare che un tumore al polmone, un aneurisma dell'aorta, siano occasioni troppo ghiotte per decidere di non operare ed aprire un torace, così da poter rimpinguare statistiche, fabbricare DRG complessi, esaltare la propria bravura di chirurgo e poter portare qualche bella fotografia al prossimo convegno di chirurgia toracica? Trascurando il fatto che quel malato di tumore al polmone ha comunque solo sei mesi di vita e che quel simpatico vecchietto ha ottant'anni e conduce una vita serena convivendo con un aneurisma all'aorta che magari non si romperà mai? Sono stato testimone diretto dei casi descritti e posso asserire con assoluta certezza e col sostegno dell'evidenza dei fatti, che in entrambi i casi, la terapia chirurgica suggerita si è dimostrata inadeguata, ha compromesso l'equilibrio psico-fisico dei pazienti conducendoli comunque a morte. Tutto questo è successo in un piccolo reparto, di una piccola università, in una piccola città.

Quante occasioni ti possono capitare in un contesto circoscritto, di operare a torace aperto? E all'Università, dove c'è anche l'ovvio obiettivo di formare con competenza i chirurghi di domani, a quanti interventi di chirurgia toracica si può rinunciare tra i pochi che capitano?

Se un anatomo-patologo di fama mondiale ti dice che tuo padre ha solo sei mesi di vita, perché così dicono la statistica e la letteratura del caso, perché automaticamente il chirurgo ti propone di operarlo e l'oncologo di avvelenarlo?

Perché nessuno propone mai una terapia dissociata dalla tecnologia e dalla cultura dello sconfiggere per forza la malattia, senza curarsi della persona portatrice di quella patologia? Perché nessuno ha il coraggio di dire che la malattia ha vinto e vincerà comunque e che quindi l'unica terapia possibile è quella che supporta l'individuo, la persona nel percorso che lo separa dalla morte, nell'amore dei propri cari, familiari e amici?

E se sei un vecchietto amabile, fiducioso, ottimista perché si deve far leva su questo per convincerti che se non muori sotto i ferri, rischi di morire comunque, in data incerta quando e se quell'aneurisma deciderà di rompersi?

Ti operi, ti avveleni e muori comunque; ti

operi, l'operazione riesce e muori dopo due mesi, sfiancato da un raffreddore che prima ti avrebbe fatto il solletico.

Però sei diventato un altro caso, buono come DRG, buono per le statistiche, buono per i congressi, buono a giustificare un bisturi nelle mani di un bravo chirurgo.

Non diventerai mai un caso per quell'altra statistica che valuta il successo di una terapia non convenzionale che ti ha consentito di vivere felice il resto dei tuoi giorni, perché quella statistica non esiste. Non esiste perché dietro a quella statistica non c'è niente che possa valere come lo studio di una nuova tecnica operatoria, un nuovo farmaco o come la quantità di casi trattati.

"Nella nostra coscienza è avvenuto qualcosa di più di un semplice cambiamento dell'immagine della morte, quale è giunta fino a noi attraverso millenni di storia... Si tratta oggi di un fenomeno assai più radicale e specifico, ossia della scomparsa, nella società moderna, dell'idea della morte. Questo è quanto palesemente desidera la nostra coscienza. Una nuova forma di illuminismo che adesso investe tutti gli strati della popolazione e nel quale il dominio tecnologico della realtà costituisce la base portante di ogni cosa, con l'ausilio degli abbaglianti successi della scienza moderna e dell'odierno sistema di informazioni. È questo nuovo illuminismo ad aver provocato una demitizzazione della morte (H. G. Gadamer, Dove si nasconde la salute)".

"Quando un sistema, nel nostro caso la tecnologia, è così pervasivo da farsi chiave di lettura di ogni altro elemento e istituto intrasociale esso è portato ad enfatizzare successi e progressi, per contro a minimizzare e occultare errori e sconfitte.

Così la società tecnologica tende a costruire una sua difesa, mettendo in atto meccanismi di occultamento e rimozione di certe realtà scomode quali la malattia non guaribile, la sofferenza totale, la morte (M. Lombardi Ricci, Malati di vita)". Credo che queste frasi spieghino chiaramente perché l'altra statistica non esiste.

Il dibattito è aperto e a cercare di sbrogliare la matassa ci pensano gli stessi

medici, in quei convegni in cui si parla di bioetica e nei quali si stabiliscono principi guida fondamentali:

- la proporzionalità diagnostico-terapeutica, è il principio che giustifica l'applicazione o la continuazione di un trattamento, anche se rischioso e/o gravoso, in vista di un bene maggiore per il paziente;

- nell'imminenza di una morte inevitabile, nonostante i mezzi usati, è lecito decidere di rinunciare a trattamenti che causerebbero un prolungamento precario e penoso della vita, senza però interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi (SCDF, Lura et bona, 1980);

- il significato clinico di futilità riguarda trattamenti che pur attuando l'effetto loro proprio, pospongono la morte di poco tempo e un suo criterio definitorio è l'efficacia quale capacità di modificare positivamente la storia naturale della malattia o i sintomi;

- il Codice di Deontologia medica (FNOMCeO, 1998) all'Art. 37 recita: "in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita";

Se è dunque vero che a questi principi guida mira l'opera del medico, qualcuno deve spiegarmi perché ti operano sapendo che comunque morirai.

E' dunque lecito il sospetto per i due casi specifici che mi hanno riguardato?

E quando la medicina ammetterà i suoi limiti e investirà sulla persona malata piuttosto che sulla malattia?

"La medicina potrà aiutare gli individui a sopportare la sofferenza.....declassare l'obiettivo di combattere contro la morte, per mettervi al posto quello di migliorare la qualità della vita. In tal caso medicina palliativa e assistenza ai morenti cesseranno di essere considerati ripieghi da adottare quando non esistono altre possibilità (D. Callahan, La medicina impossibile)".



# LA POSTA DI RADIOCORSIA

La domanda che mi pongo è questa: esiste un'altra amministrazione come la nostra dove il dipendente esegue i conteggi del suo lavoro? La situazione è abbastanza grave, si pensi che il dipendente deve:

- timbrare il cartellino;
- firmare il foglio della diaria giornaliera;
- compilare alla fine del mese il rapporto complessivo apportandovi le varie competenze (presenze, notti, festivi e pomeriggi);
- compilare il riepilogo delle reperibilità con le eventuali ore di chiamate in regime attivo, anche se, quando ciò accade viene riportato su un foglio separato;
- quando si va in ferie o in riposo compensativo o assenza per aggiornamento, oltre alla domanda ufficiale che deve essere presentata circa un mese prima (e deve essere seguita giorno per giorno dall'interessato per evitare che venga dimenticata in qualche cassetto), si compila anche un secondo foglio nei giorni antecedenti all'assenza per informare un altro ufficio dei nostri movimenti, questo secondo documento alle volte ci viene richiesto per una seconda volta perché la prima richiesta è andata smarrita;
- compilare un altro rapporto per giustificare i buoni mensa.

Come se tutto ciò non bastasse, quando dopo periodi più o meno lunghi, qualcuno si accorge di errori gravi nei conteggi, che siano essi in buona o malafede non viene richiamato il dipendente che ha sbagliato ma la capo sala che ha avallato con la sua firma tutta la documentazione e dalla quale si

pretende, invece di occuparsi del reparto, dell'aggiornamento del personale e della pianificazione del lavoro, che sia responsabile soprattutto dell'aspetto amministrativo del personale.

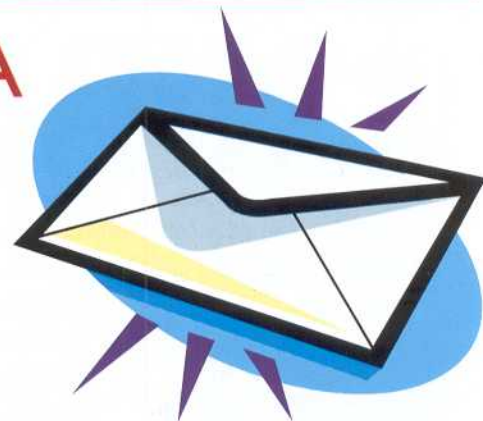
Una volta verificato tale grave errore, l'atteggiamento della direzione è di ritenere tutta la categoria di quel reparto complice e disonesta. Mi chiedo come sia possibile pensare che, su cento dipendenti non ce ne sia anche uno solo che approfitti della situazione, sarebbe superfluo dire che la nostra amministrazione, la quale non si avvale neanche delle nuove tecnologie e dei nuovi programmi, deve effettuare i conteggi e il dipendente per contro proprio controllare che ciò venga fatto esattamente e non il contrario.

Come se ciò non bastasse, a volte dobbiamo subire le lamentele da parte degli amministrativi per come sono compilati i rapporti, i gli stessi, dall'alto della loro esperienza suggeriscono delle modifiche arcaiche che ci fanno ritornare indietro nel tempo, casomai ce ne fosse bisogno. Quando a sbagliare invece sono gli amministrativi, bisogna solo sperare che quest'errore non si sia protratto per un periodo troppo lungo perché... indovinate chi deve rifare i conteggi di tutti i mesi sbagliati? L'infermiere, e se non si sbriga passa il tempo e la situazione non viene riparata.

Ovviamente ogni amministrativo che si rispetti non deve mai chiedere scusa dei propri errori.

Quanto esposto avviene per il tempo ordinario, passiamo ora al tempo straordinario.

Se a compierlo non sono gli amministrativi, per un paio di mesi i conteggi non sono neanche presi in considerazione. Dopo altrettanti mesi i conteggi sono fatti ma è possibile che siano sbagliati è quindi necessario rifarli, perciò è nella



normalità della nostra amministrazione che questi siano pagati dopo minimo sei mesi dal momento in cui si è svolto il lavoro extra.

Quando invece i conteggi sono eseguiti dagli infermieri, non sono mai "abbastanza chiari", senza che sia dato un valido suggerimento per eseguirli meglio.

Certo è, che leggendo questa lettera i nostri amministrativi penseranno che questa è la prassi e che niente in più si possa pretendere da loro. Ma che dire dei nostri colleghi residenti in altre regioni o anche in realtà vicine a noi che devono semplicemente guardare il turno timbrare all'entrata e all'uscita senza preoccuparsi di questo o quell'altro conteggio, sembra strano persino a noi che ormai siamo assuefatti da tale situazione.

Spero che qualcuno abbia intenzione di porre fine a questo stato di cose, sia gli amministrativi stessi che la classe dirigente, i primi confrontandosi anche con i loro colleghi di realtà vicine alla nostra dove gli uffici effettuano il loro lavoro e cercano la collaborazione degli altri dipendenti e non il contrario come avviene nella nostra amministrazione dove sono gli infermieri a fare i conteggi e gli amministrativi collaborano. I secondi, spesso irraggiungibili quando i problemi non si risolvono con un normale confronto, che facciano i dovuti cambiamenti e sovrintendano con maggior presenza e controllo.

A.A.



# IL MIRAGGIO DELLA PENSIONE

Si sente spesso, quando si parla di riforme pensionistiche, di innalzare l'età media di pensionamento dei lavoratori. Situazione questa che sta determinando, dall'epoca della Legge 8 agosto 1995, n. 335 (riforma Dini del sistema pensionistico obbligatorio e complementare) un innalzamento pauroso dell'età degli infermieri impegnati negli ospedali, compromettendo inevitabilmente la dinamicità necessaria a sostenere lo stress del lavoro infermieristico nelle corsie, con gravi conseguenze sulle cure assistenziali elargite ai cittadini.

Il mancato avvicendamento generazionale causato: dai continui blocchi delle assunzioni, dalla cronica carenza infermieristica, da errate programmazioni del fabbisogno e gli ulteriori tentativi di controriforma perpetrati dal governo Berlusconi, avrebbero aggravato ulteriormente questa situazione. Una circostanza questa già insostenibile per la professione infermieristica, anche alla luce di contratti poco dignitosi e l'ultimo, in dirittura di arrivo, ne è la conferma, in quanto non risolve la questione, aggravando ulteriormente la già grave crisi del settore, che sopporta sulle proprie spalle la maggior parte del carico di lavoro necessario a far funzionare il Sistema Sanitario Nazionale.

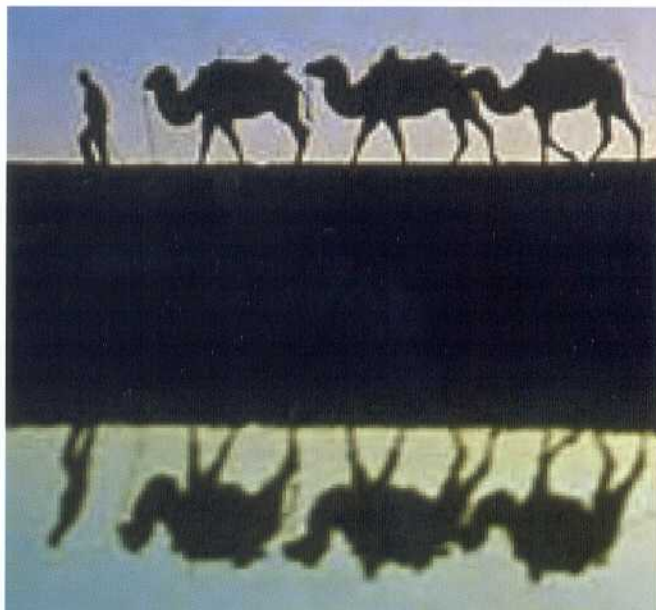
Poiché le disgrazie non vengono mai sole, è di questi giorni la notizia che il Consiglio di Stato si è pronunciato, con sentenza n° 1994 del 13 gennaio 2006, nel quale sancisce che ai dipendenti dello Stato non può essere riconosciuta la facoltà di riscattare, ai fini di pensione, il periodo di durata legale del corso per conseguire il diploma di infermiere professionale. In quanto la normativa, che regola l'accesso al corso per il diploma di Infermiere Professionale, fermo ancora al R.D. n° 2330 del 21 novembre 1929 art. 20, stabilisce che per l'accesso al corso per il conseguimento del diploma succitato, è sufficiente essere in possesso della

certificazione di licenza media di primo grado. Quindi, non richiedendo alcun diploma post secondario, il giudice ha ritenuto che il conseguimento del diploma di Infermiere Professionale si potesse, in virtù di un corso la cui durata è di due anni, equiparare il suo conseguimento ad un diploma di scuola media superiore.

Tutto ciò a seguito di un cavillo legislativo che, ormai obsoleto il R.D. 2330/1929, non ha tenuto conto del fatto che, anche prima della riforma che ha introdotto il percorso universitario, per accedere al corso per il conseguimento dell'abilitazione alla professione infermieristica si richiedeva il possesso di un diploma di scuola media superiore.

Ed in questo caso cosa fa la Federazione Nazionale IPASVI che tanto ha fatto affinché l'iscrizione all'Ordine Professionale fosse obbligatoria anche per i dipendenti Pubblici? Gradiremmo quanto meno che la stessa verve venisse adesso adoperata per risolvere questa situazione che vede interessare gran parte degli infermieri, i quali da quest'anno sono obbligati a versare la quota per finanziare le poltrone di loro signore/i.

Sarebbe decisamente un'ulteriore beffa, perpetrata ai danni degli infermieri, se non si trovasse una soluzione che possa restituire una parvenza di dignità per una



professione che da sempre è stata abituata ad essere maltrattata. In quanto resterebbe l'unica professione che, pur limitatamente ai titoli conseguiti negli anni '90, non usufruirebbe della opportunità di riscattare, ai fini pensionistici, il periodo di durata del corso di studio, come accade per coloro che si specializzano all'Accademia delle Belle Arti o in tutti quei corsi post diploma di scuola media superiore (sentenza della Corte Costituzionale n° 52 del 9/2/2000).

Concludo con alcune domande: coloro i quali, non in possesso dei requisiti, hanno già usufruito della possibilità di riscatto degli anni, come si dovranno comportare ora? Chi ha già versato, o sta versando, il contributo per il riscatto, vedranno mai restituiti indietro i soldi?

Potrebbe questa essere un'altra soap opera la cui fine non è ancora scritta, nel qual caso noi saremmo qui a raccontarvela.

Antonio Morittu



# AREE A RISCHIO DELLA SARDEGNA: DOCUMENTATI I DANNI ALLA SALUTE

E' un dato di fatto: in alcune aree della Sardegna si sta peggio che nel resto dell'Italia. In generale, ci si ammala di più di malattie respiratorie e dell'apparato digerente. In particolare, gli uomini sono più colpiti da tumori del polmone, del fegato e del sangue. Malattie che sono in gran parte causate dall'inquinamento ambientale e dalle esposizioni professionali.

Non a caso, le aree dove si sta peggio sono quelle industriali (a Nord, Porto Torres; a Sud, Portoscuso e Sarroch), e quelle minerarie di Arbus e di Iglesias. Ma non solo: anche alla Maddalena si registra un eccesso di linfomi.

La denuncia è contenuta nel "Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti in aree interessate da poli industriali, minerari e militari della Regione Sardegna" (pubblicato come supplemento al numero 1 del 2006 di *Epidemiologia & Prevenzione*), un'ampia ricerca voluta dall'Assessorato alla sanità della Regione Sardegna.

In tutto sono 18 le aree considerate a rischio (suddivise in industriali, minerarie, militari e urbane) che sono state analizzate nel Rapporto, per un totale di 71 comuni e circa 850.000 abitanti, ossia poco più della metà della popolazione della Sardegna. "Per la prima volta dopo lustri di inerzia la Regione compie uno studio completo, il più completo possibile in base ai dati statistici disponibili" afferma l'assessore alla sanità Nerina Dirindin.

La ricerca è stata condotta da un gruppo di medici, statistici ed epidemiologi delle Università di Udine, Torino e Firenze, con il coordinamento di Annibale Biggeri, epidemiologo e statistico medico dell'Università di Firenze.

## La salute nell'isola

"Per oltre un anno il nostro lavoro è consistito nel radunare e confrontare dati già esistenti, ma che non erano mai stati messi l'uno di fianco all'altro" dice l'epidemiologo dell'Università di Torino Benedetto Terracini, uno degli autori dello studio. "I dati Istat relativi al ventennio 1981-2001 ci hanno dato le informazioni sulla mortalità nell'intera regione e nelle aree considerate, mentre dalle schede di dimissioni ospedaliere del periodo 2001-2003 abbiamo ricavato i dati sui ricoveri. Da questi dati grezzi siamo partiti per arrivare a costruire una fotografia della realtà di salute delle 18 aree considerate".

## Sardegna vs Italia

Le regioni meridionali hanno perso il vantaggio di cui godevano in termini di mortalità rispetto alle regioni del centro-nord. Anzi ormai Campania, Sicilia e Sardegna sono allineate con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lombardia. L'Italia si è uniformata.

"Confrontando i dati della Sardegna con quelli italiani è emersa una maggiore presenza di malattie infettive (+23% negli uomini; +12% nelle donne), respiratorie (+22%; +15%) e dell'apparato digerente (+26%; +9%). Resta ancora un residuo vantaggio per quanto riguarda le malattie circolatorie ed alcuni tumori" spiega Annibale Biggeri. "Ma informazioni più indicative sono state ottenute dal paragone tra le 18 aree considerate e il resto della regione". Le differenze di salute sono da ricercare all'interno della regione.

## Aree industriali

La mortalità per malattie respiratorie era significativamente in eccesso negli uomini a Portoscuso (sono stati osservati 205 casi rispetto a 125 attesi) e a San Gavino (69/47). Morti per pneumoconiosi (termine che raggruppa malattie come l'asbestosi, dovuta all'inalazione di particelle di amianto, e la silicosi, causata



dall'inalazione di particelle di silice) sono state rilevate sporadicamente, tranne a Portoscuso, dove l'eccesso era marcato (osservati/attesi 117/30). I rischi di morte per cancro polmonare negli uomini mostravano allontanamenti dai valori attesi nelle aree di Portoscuso e Sarroch (entrambe con eccessi del 24%). A Porto Torres, la mortalità era in eccesso nei due generi per tutte le cause (del 4% negli uomini e del 9% nelle donne), per le malattie respiratorie (8 e 28%), per malattie dell'apparato digerente (13 e 21%), per tutti i tumori (ancora 4 e 9%). Anche la mortalità per tumori del fegato era in eccesso nei due sessi (18 e 21%), osservazione confermata dai tassi di incidenza del Registro tumori locale.

Tra le aree industriali, a Porto Torres è stato osservato l'eccesso più consistente di morti per tumori del sistema linfocemopoietico sia negli di



uomini (osservati/attesi 99/84) sia nelle donne (73/68).

"Tutte le statistiche sono state ottenute al netto del contributo portato dalle differenze socioeconomiche" dice Corrado Lagazio, biostatistico dell'Università di Udine. "Ma è da notare che le aree industriali tra il 1991 e il 2001 hanno perso il vantaggio che avevano sulla base degli indicatori di deprivazione materiale" precisa Dolores Catelan, statistica del gruppo di ricerca dell'Università di Firenze.

#### **Aree minerarie**

Nonostante una generale tendenza alla riduzione dell'eccesso di mortalità per malattie respiratorie non tumorali, intorno al 2000 entrambe le aree mostrano ancora eccessi significativi negli uomini (osservati/attesi 119/86 a Iglesias e 156/63 ad Arbus). In anni recenti, i morti per pneumoconiosi sono stati in media 20 all'anno ad Arbus e 10 a Iglesias. Anche il cancro polmonare negli uomini era aumentato nelle due aree (72/56 ad Arbus e 108/72 a Iglesias).

#### **Aree militari**

Eccessi significativi di morti e ricoveri ospedalieri per linfoma non Hodgkin sono stati osservati a La Maddalena (mortalità 1981-2001, negli uomini, 17 osservati contro 6,3 attesi, nelle donne 8/5,6). Nell'area di Salto di Quirra, nel 1997-2001 le morti per mieloma (negli uomini 5/2,3) e per leucemie erano aumentate nei due sessi (complessivamente osservati/attesi 20/13,3, statisticamente non significativo).

#### **Aree urbane**

Le aree urbane in Sardegna mostrano buoni valori degli indicatori socioeconomici considerati. Il profilo

di salute a Cagliari e Sassari è quello tipico delle città del mondo occidentale. La mortalità per tumori del colon-retto, del polmone, della mammella e della cervice uterina è relativamente alta rispetto alla media regionale.

#### **I colpevoli: l'inquinamento ambientale e l'ambiente di lavoro**

Due siti nazionali oggetto di bonifica, finanziamenti importanti per opere di risanamento ambientale, testimoniano



la gravità dell'inquinamento dell'ambiente nei due più importanti poli industriali sardi. Riqualficazione da un lato, tutela delle opportunità di sviluppo che ancora l'industria offre all'isola, dall'altro. Ma oggi al tavolo delle negoziazioni siede un nuovo interlocutore: la salute, o forse si dovrebbe dire la malattia. "Pur con i limiti di una indagine epidemiologica basata sui certificati di causa di morte e sulle schede di dimissione ospedaliera", illustra Catelan, "sono emerse indicazioni di danni subiti dalle popolazioni residenti nelle aree a forte pressione ambientale". Il contesto in molti casi parla da sé: eccessi di mortalità e ricoveri coerenti negli uomini e nelle donne suggeriscono il ruolo di fattori ambientali, "come documentato nel rapporto quando viene esaminata la letteratura epidemiologica e gli studi pregressi, e come quando si riportano le campagne svolte in passato sulle esposizioni della popolazione a

sostanze tossiche e cancerogene" spiega Roberta Pirastu dell'Università La Sapienza di Roma. In altri casi è l'ambiente di lavoro, dove si registrano eccessi nei soli uomini ed in relazione alla presenza di lavorazioni che possono comportare il contatto con sostanze nocive o al lavoro nelle miniere.

#### **Il futuro**

"Uno studio di epidemiologia descrittiva come questo si propone di fotografare lo stato di salute della popolazione e non affronta, se non indirettamente, il problema di stabilire se esista una relazione di causalità tra fattori ambientali e rischio di malattia" puntualizza Biggeri. "Esso fornisce piuttosto una base per la definizione di priorità e informazioni essenziali per una pianificazione e una programmazione sanitaria adeguate". Compiti che reclamano un intervento da parte delle istituzioni, in primis quelle regionali.



"Questo studio è un buon punto di partenza: da qui si può procedere sia per via amministrativa sia per via giudiziaria, ma la mia esperienza sconsiglia di affidare tutte le speranze alla magistratura" osserva Felice Casson, il magistrato che ha sostenuto l'accusa al processo di Porto Marghera e che ha partecipato a questo studio in qualità di consulente. "Serve la concertazione tra istituzioni, imprese e, soprattutto, serve una stagione di verità che ci liberi dalle bugie o dai silenzi del passato. Non è facile, ma ora la Sardegna ha gli strumenti per farlo".





# RASSEGNA STAMPA

## Antitrust propone farmacia a non farmacisti.

Per agevolare la riduzione dei prezzi dei farmaci occorre rivedere le norme sulla distribuzione dei prodotti e sulla proprietà delle farmacie. Lo chiede l'Autorità garante della concorrenza e del mercato in una segnalazione inviata alle Camere e al Governo, approvata nella seduta dell'8 febbraio 2006. Per l'Autorità occorre in particolare: eliminare le norme sull'incompatibilità tra le attività di distribuzione intermedia e al dettaglio dei farmaci, rivedere la normativa vigente che riserva la titolarità della farmacia privata a farmacisti e abrogare il divieto di assumere la titolarità di più di una farmacia privata.

Quanto all'ingresso di nuovi attori contribuirebbe a realizzare una generale ed effettiva apertura del mercato. Per tutelare la salute dei cittadini sarebbe sufficiente, sostiene l'Autorità, la norma secondo cui resti un farmacista la persona incaricata di distribuire i medicinali in un esercizio farmaceutico. Infine la possibilità di assumere la titolarità di più farmacie private darebbe "un impulso al mercato, consentendo agli stessi farmacisti e alle società di farmacisti di costituire catene di farmacie.

## In aumento iscrizioni a Scienze infermieristiche.

La professione infermieristica attrae sempre più giovani. Tanti, infatti, quelli che decidono di iscriversi ogni anno al corso di laurea in scienze infermieristiche. Le immatricolazioni ogni anno sono circa 14 mila e le nuove iscrizioni sono raddoppiate negli ultimi cinque anni.

## Omeopatia: quand'è abuso di professione medica?

La attività di omeopata può integrare gli estremi del reato d'esercizio abusivo della

professione medica unicamente nell'eventualità in cui essa si sostanzia nella diagnosi di una malattia, ovvero nella commercializzazione di prodotti o preparati medici, comunque perseguiti finalità terapeutiche. Lo ha stabilito il Tribunale di Bolzano secondo cui mancando qualsivoglia definizione legislativa dell'attività "omeopatica" non è possibile qualificare la stessa come pratica terapeutica tout court "non convenzionale", facendola confluire nell'alveo dell'esercizio dell'attività medica, per la quale è quindi richiesta l'iscrizione all'albo professionale.

## Inviare un fax può essere appropriazione indebita.

L'invio di un fax da un apparecchio di trasmissione di un ente pubblico da parte di un dipendente può costituire reato di indebita appropriazione. Infatti, secondo la Corte di Cassazione (VI sez. penale sentenza n.41248/2005) il peculato d'uso presuppone che la cosa oggetto del reato possa essere restituita dopo l'uso, mentre nella fattispecie astratta del peculato ordinario (che ricorre nel caso di utilizzo di apparecchiatura telefax, per uso personale) si riscontra una appropriazione della cosa che esaurisce la risorsa della pubblica amministrazione di cui il pubblico ufficiale abbia la disponibilità, risorsa che pertanto non può essere restituita.

## Farmaci: in India cresce il fenomeno delle cavie umane

(ANSA) - Tra le industrie indiane di outsourcing, quella che recluta pazienti sui quale eseguire esperimenti farmaceutici per case di tutto il mondo, sono le più redditizie. Un fenomeno in costante crescita in India, un business destinato a toccare, secondo le stime, un giro di affari di un miliardo e mezzo di

dollari nell'arco di quattro, cinque anni al massimo, mentre si calcola che nel 2010 saranno oltre 2 milioni i pazienti indiani sottoposti in test farmaceutici. Fino a qualche anno fa, le case farmaceutiche indiane importavano i farmaci dall'estero e poi li riproducevano in casa, riuscendo a venderli a costi contenuti. Trattandosi di riproduzioni di farmaci esistenti e testati, non erano soggetti a test clinici prima della commercializzazione. Recentemente, le pressioni del WTO hanno portato l'India a dichiarare illegale la clonazione dei farmaci e imporre i test clinici. Questo ha aperto una nuova corsa all'oro (o meglio alla cavia) da parte di tutte le case farmaceutiche che, facendo spesso leva sulla condizione di bisogno delle persone, riescono ad ottenere volontari a buon mercato. Ad essere coinvolti nel giro delle cavie sono soprattutto uomini giovani, spesso senza lavoro, allettati dai guadagni promessi ma spesso anche l'illusione di poter (sia pure in via sperimentale) ottenere delle cure che da soli non potrebbero permettersi. Una "cavia farmaceutica" viene pagata in media 100 euro, la stessa somma che prende in media un impiegato di banca. Le cavie indiane, inoltre, sono tra le più ricercate, perché, nella maggior parte dei casi, ancora incontaminate, cioè non sottoposte ai bombardamenti farmacologici a cui sono soggetti tradizionalmente gli occidentali. Secondo l'igate Clinical Research International (organismo che si occupa di ricerca clinica e di sperimentazione farmaceutica) il vantaggio di usare gli indiani risiederebbe proprio nel poter disporre di malati "non trattati" sui quali si possono condurre esperimenti a costi competitivi in un ambiente più elastico dal punto di vista della normativa, molto meno rigida che altrove. Si tratta di un Paese con qualcosa come "...40 milioni di asmatici, 34 milioni di diabetici, 10 milioni di sieropositivi, 8 milioni di epilettici, 3 milioni di malati di cancro", sempre secondo i dati forniti dallo stesso istituto. Le case farmaceutiche puntano molto sull'ignoranza dei pazienti, sulle loro paure





e sulla loro povertà. Non tutti sanno a cosa vanno incontro. Molti pazienti non danno realmente il loro consenso informato (come invece prescriverebbe la legge) anche perché spesso non capiscono quello che c'è scritto poiché lo è in una lingua straniera, inglese di solito. Sono tanti i candidati a diventare "cavia" che firmano senza capire le conseguenze di quello che gli verrà somministrato, solo perché convinti dai medici che ritengono, perché laureati e colti, "superiori" a loro. Molte delle cavie-pazienti si fidano dei loro medici curanti ed entrano nel giro, soprattutto per necessità. Ed è questo, oltre al passaparola, il metodo di reclutamento più diffuso. Le agenzie specializzate pagano somme spesso ingenti ai medici che forniscono pazienti. Questi arrivano per lo più dalle campagne e credono di riuscire a curarsi gratuitamente. A molti di questi, oltre ai soldi, vengono dati gratuitamente i medicinali di cui hanno bisogno per le loro normali cure. Ma non sempre tutto va bene. Sono molti i casi di pazienti, già malati, soprattutto di malattie psichiatriche, ai quali vengono sospesi i farmaci per cominciare con i nuovi della sperimentazione. Questo aumenta le loro malattie. Sei anni fa, fu sperimentato su pazienti malati di cancro in India un farmaco americano chiamato M4N. Il farmaco fu iniettato negli uomini senza essere stato prima testato sugli animali. Secondo alcune associazioni di volontariato furono molti i morti, ma dati ufficiali non sono mai stati resi noti. (ANSA)

### **In aumento gli Infermieri extracomunitari**

(AGE) PALERMO - In Italia, a differenza degli altri paesi industrializzati, i medici (354.000) sono più numerosi degli infermieri (342.000). Lo rivela un'indagine che verrà presentata oggi a Palermo, al convegno nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, che ha curato la ricerca insieme all'équipe del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Attualmente, le carenze

di infermieri sono ogni anno di 5-7 mila unità e quella complessiva è di 99.000 unità. Per rispondere a questa esigenza è andato aumentando in questi anni il numero degli infermieri extracomunitari, arrivati a 20.000 unità presso le strutture pubbliche e private, con un'incidenza molto alta in alcune realtà territoriali. Nel 2004, nel settore sanitario privato, sono state registrate 13.000 assunzioni di infermieri e altri operatori sanitari extracomunitari e per il 2005 il fabbisogno stimato è di 30.000 unità. (AGE)

### **Per gli infermieri riscatto difficile: l'Inpdap introduce nuovi paletti**

Per il personale sanitario serve un titolo di istruzione secondaria superiore per riscattare ai fini contributivi i periodi corrispondenti alla durata legale dei corsi di formazione professionale. A chiarirlo è l'Inpdap con la nota operativa n. 21 del 13 marzo 2006. Già nel 1998 un'approfondita e dettagliata informativa dell'ente previdenziale (la n. 2) aveva illustrato le procedure di riscatto per le varie ipotesi di titoli di studio del personale sanitario, fra cui quello del diploma di ostetricia, del diploma di infermiere professionale, del diploma universitario in scienze infermieristiche, del diploma di vigilatrice d'infanzia. In quella informativa erano indicati i requisiti necessari da possedere congiuntamente, da parte dei richiedenti, per l'autorizzazione al riscatto nelle ipotesi di titoli di studio. Facoltà possibile dal 10 settembre 1991, data di entrata in vigore della legge n. 274/1991. Il riscatto contributivo possibile, ricordiamo a titolo oneroso, utile a ottenere il riconoscimento di periodi privi di copertura contributiva in quanto non svolti in costanza del rapporto d'impiego e che pertanto non sarebbero stati utilizzabili ai fini dell'anzianità contributiva per il diritto a pensione e del conseguente importo pensionistico, necessitava che: il relativo diploma fosse titolo prescritto per il posto ricoperto; il corso di cui si richiedeva il riscatto fosse di durata superiore a un anno; il corso

fosse stato frequentato dopo il conseguimento del titolo di istruzione secondaria superiore. In particolare l'Inpdap sottolineava, sempre nell'informativa del 1998, che quest'ultimo requisito dovesse essere verificato effettuando un'istruttoria, non rivolta al richiedente, ma direttamente alla scuola che aveva rilasciato il titolo, al fine di verificare se il diploma di istruzione secondaria fosse richiesto quale condizione necessaria per l'ammissione al corso. Tuttavia, nel tempo, alcune sedi provinciali e territoriali dell'istituto hanno avuto occasione di segnalare incertezze sull'applicazione della legge n. 274/98, in particolare del comma 1, lettera b, dell'articolo 8 di detta legge. Norma che prevede, appunto, per il personale iscritto alle casse gestite dagli ex Istituti di previdenza (Cpdel, Cps, Cpi, Cpug) il riscatto dei periodi corrispondenti alla durata legale dei corsi di formazione professionale, come, ultimamente, era stato anche sottolineato dallo stesso istituto, con nota operativa n. 10/2006 con la quale era stato chiarito che la facoltà del riscatto dei periodi di studio post-secondari interessava tutto il personale della pubblica dipendenza, e che tale diritto è esercitabile a condizione che il relativo titolo di studio sia stato rilasciato da scuole o istituti scolastici riconosciuti. L'incertezza verteva in particolare sul terzo requisito e soprattutto su come e quando procedere alla verifica della frequentazione del corso dopo il conseguimento del titolo di istruzione secondaria superiore. L'Inpdap, modificando il precedente orientamento, ha affermato che, per tale verifica, è necessario accertare che il richiedente sia in possesso di titolo di istruzione secondaria superiore, a prescindere che il titolo stesso sia richiesto per l'accesso alla scuola. Riducendo, così, la platea dei possibili fruitori del riscatto poiché, in alcuni casi, il titolo oggi richiesto come necessario non era condizione ostativa alla frequentazione delle scuole o istituti di studio post-secondari.



# ARE YOU MAN ENOUGH...



**Samy Elm MD**  
 Clinical Instructor  
 Nurse  
 Mount Sinai

**Terry Mizerov MD, PhD**  
 Dean, School  
 of Nursing  
 Rutgers STC  
 U.S. Army

**Tim Chappie BS, CCRN**  
 Nurse Anesthetist  
 2154 LR Warshaw

**Richard Jansons RN**  
 PAU Anesthetist  
 Respiratory Nurse  
 Respiratory Therapist  
 Certified Nurse  
 Anesthetist  
 U.S. Army

**Don Macgregor MD**  
 Pediatric Specialist  
 Nurse  
 Pediatric Nurse  
 Pediatric Nurse

**Walter Moore, DVM**  
 Infectious Care  
 DVM, MS, PhD  
 U.S. Army Staff  
 Team One

**Bob Madhavan MD**  
 Student Nurse  
 for Degree Black  
 BS, MS

**L. Kay Jordan RN**  
 Endocrinology Nurse  
 Respiratory Nurse  
 Forensic

**Jason Scott Corrick MD**  
 Student Nurse  
 Respiratory Nurse  
 Forensic

# ...TO BE A NURSE?

**If you want a career that demands intelligence, courage, and skill, and offers unlimited opportunity, consider nursing.**  
 For information about careers in nursing, and educational and financial resources in Oregon, go to [www.oregoncenternursing.org](http://www.oregoncenternursing.org)



Questa è una campagna pubblicitaria realizzata dall'Università dell'Oregon negli Stati Uniti e mostra con l'efficace slogan: "SEI ABBASTANZA UOMO PER ESSERE UN INFERMIERE?" colleghi e studenti che praticano a livello di eccellenza anche diverse attività sportive. Il messaggio finale dice: "SE DESIDERI UNA CARRIERA CHE RICHIEDA INTELLIGENZA, CORAGGIO E ABILITA' E CHE OFFRA POSSIBILITA' ILLIMITATE, CONSIDERA IL NURSING". Ora, se hanno bisogno di promuovere l'accesso alla facoltà di infermieristica, evidentemente anche da loro, la professione non deve essere tanto appetita, ma sul fatto che gli infermieri hanno da quelle parti, tutt'altra considerazione sociale e prestigio, è fuori di qualsiasi dubbio.



# Come eravamo

Come la prestigiosa, interessantissima e autorevole rivista della Federazione Nazionale IPASVI, "L'Infermiere", diamo il nostro contributo alla ricerca delle origini della nostra professione, con queste rarissime foto trovate dai nostri inviati, che documentano una accurata "assistenza diretta alla paziente" fatta da una solerte collega. Il luogo dove si trovano esposte, il "Museo del Sesso" di Amsterdam, siamo certi non abbia alcun riferimento all'immagine professionale dell'infermiera di allora e di oggi. O almeno speriamo.



Lo spazio del giornale è a disposizione di quanti intendessero esprimere liberamente le proprie opinioni anche in contrasto con la linea della redazione o volessero segnalarci casi e situazioni da portare all'attenzione generale, garantendo se richiesto, l'anonimato delle fonti. Essendo destinato all'insieme dei professionisti infermieristico - ostetriche si usa spesso per brevità e comodità solo l'aggettivo "infermiere" pur intendendo e comprendendo tutti gli operatori dell'area quando le problematiche sono comuni, proponendoci comunque, di riservare spazi dedicati alle singole specificità.

RADIOCORSIA - PERIODICO TRIMESTRALE DI CONTROINFORMAZIONE PROFESSIONALE

Anno 4 Numero II - Aprile - Maggio - Giugno 2006

07100 Sassari

Tel. 328.7565750 - 320.0394753 - 347.8101335 Fax 079 4103114

E-mail: [radio.corsia@tiscali.it](mailto:radio.corsia@tiscali.it)

Reg. Tribunale di Sassari n° 412 del 12/09/2003 - Sped. in abb. post. art. 2 comma 20/C Legge 662/96 Aut. n. 517/CC DRT

Sardegna

Dir. Resp. Sandro Nuvoli ([sandronuvoli@tiscali.it](mailto:sandronuvoli@tiscali.it))

Redazione: Antonio Morittu, Lia Saba, Andrea Tiroto, Vittorio Conti

Stampa Gallizzi Tipografia Editrice Sassari - Grafica: Edigraph Computergraphic Sassari