



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**U.O.C. Centro Regionale per i Trapianti di organi e tessuti
(C.R.T.) Sicilia**

Piazza Nicola Leotta, 4
90127 Palermo

TEL. 0916663828

FAX 091 6663829

E-MAIL segreteria@crt Sicilia.it

PEC crt Sicilia@pec.it

WEB www.crt Sicilia.it

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

08 Gennaio 2020

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

(TIZIANA LENZO – MARIELLA QUINCI)

Asp di Trapani, la Cisl lancia l'allarme: «Mancano 700 unità rispetto alla dotazione organica»

8 Gennaio 2019

Domani il neo commissario dell'Asp di Trapani, Fabio Damiani, incontrerà le sigle sindacali. Il sindacato chiede un tavolo tecnico permanente di confronto.

di [Redazione](#)



TRAPANI. Domani (mercoledì) il neo commissario dell'Asp di Trapani, **Fabio Damiani** (nella foto), incontrerà le sigle sindacali. In vista di questo confronto, il segretario generale aggiunto, **Marco Corrao**, il segretario aziendale all'Asp di Trapani per la Cisl Fp Palermo Trapani, **Francesco Blunda** e il direttivo di Trapani del sindacato, hanno inviato una nota elencando le priorità per l'azienda e presentando alcune proposte.

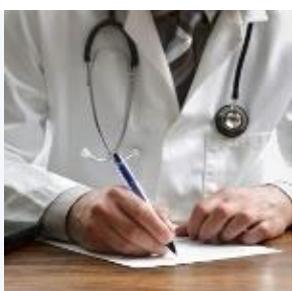
«**È ormai atavica la carenza di personale**– scrive la Cisl Fp Palermo Trapani- Rispetto alla dotazione organica prevista dal fabbisogno triennale mancano 700 unità. Questo ha ricadute negative sia sull'organizzazione del lavoro, sia sull'efficienza dei servizi ai cittadini. Il primo obiettivo da conseguire è avviare un'interlocuzione con l'**assessorato regionale alla Salute**, per definire un **atto aziendale**, propedeutico a una concreta e reale dotazione organica e quindi a una celere ripresa di tutte le procedure di reclutamento del personale».

Il segretario generale aggiunto, il segretario aziendale e l'intero direttivo della Cisl Fp Palermo Trapani sottolineano il ritardo che si registra nell'applicazione dell'ultimo contratto del comparto Sanità e rimarcano il mancato confronto su alcuni **fondamentali istituti contrattuali** quali l'orario di lavoro, il recupero ore e del **debito orario**, la progressione economica orizzontale (fasce) e la ripresa dell'erogazione dei buoni pasto sospesi per il personale turnista.

«**È palese che si è in uno stato di emergenza**– aggiunge la Cisl Fp Palermo Trapani- per cui è indispensabile costruire insieme un percorso di soluzione dei problemi. In quest'ottica, noi proponiamo un **tavolo tecnico e di confronto permanente** con le sigle sindacali firmatarie di contratto e con le Rsu, in modo da disporre di uno strumento utile alla costruzione di un sistema di relazioni sindacali stabile e proficuo, necessario per condividere tutti i processi riorganizzativi e innovativi aziendali del prossimo futuro».

Visite mediche di controllo domiciliari a pazienti in malattia per causa di servizio

La disposizione riguarda l'esenzione dall'obbligo di reperibilità, non dalla visita medica di controllo, che può essere richiesta ed effettuata negli orari previsti dalla normativa vigente. In caso di assenza pertanto, i pazienti con i requisiti sopra descritti non sono sanzionabili



08 GEN - L'art.3 del Decreto ministeriale n. 206 del 17 ottobre 2017 prevede l'esclusione dall'obbligo di reperibilità nel caso di malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio che abbia dato luogo a menomazione unica o plurima ascritta alle prime tre categorie della Tabella A allegata al D.P.R. n. 834/1981, ovvero a patologie rientranti nella Tabella E del [medesimo decreto](#).

La disposizione riguarda l'esenzione dall'obbligo di reperibilità, non dalla visita medica di controllo, che può essere richiesta ed effettuata negli orari previsti dalla normativa vigente. In caso di assenza pertanto, i pazienti con i requisiti sopra descritti non sono sanzionabili.

Il medico fiscale che constati l'assenza del lavoratore, dovrà lasciare al familiare eventualmente presente nell'abitazione o depositare nella cassetta postale, se raggiungibile, l'invito a visita di controllo ambulatoriale nella sede INPS più vicina, poiché non ha alcun accesso al certificato medico di malattia telematico rilasciato dal curante.

Il dipendente interessato deve produrre al sanitario che rilascia il certificato la documentazione attestante la sussistenza di una delle sopra citate situazioni affinché il medico possa valutare se lo stato morboso in atto sia correlato all'evento accertato dalle competenti autorità (malattia dipendente da causa di servizio) e valorizzare, conseguentemente, il campo di interesse sul certificato telematico.

La segnalazione da parte del curante deve essere apposta al momento della redazione del certificato e non può essere aggiunta successivamente, proprio perché l'esonero è dalla reperibilità e non dal controllo.

A seguito di notizie diffuse sul web circa le modalità di esonero dalle visite mediche di controllo domiciliari, molti lavoratori stanno chiedendo ai propri medici curanti di apporre il codice "E" nei certificati al fine di ottenere l'esenzione dal controllo.

A tal proposito, l'INPS sul proprio sito precisa che il codice "E" indicato nel messaggio 13 luglio 2015, n. 4752 è ad esclusivo uso interno, riservato ai medici INPS durante la disamina dei certificati pervenuti per esprimere le opportune decisioni tecnico-professionali, secondo precise disposizioni centralmente impartite in merito alle malattie gravissime.

Qualsiasi eventuale annotazione nelle note di diagnosi della dizione "Codice E" non può evidentemente produrre alcun effetto di esonero né dal controllo né dalla reperibilità, rimanendo possibile la predisposizione di visite mediche di controllo domiciliare sia a cura dei datori di lavoro che d'ufficio.

Maria Parisi

Associazione Nazionale Medici di Medicina Fiscale

Il “primario” che non esercita le proprie funzioni di indirizzo e controllo è comunque responsabile in caso di danni al paziente

Secondo la sentenza 50619/2019 della Cassazione, il medico responsabile di struttura complessa "delegante" deve controllare l'operato dei medici "delegati". Se non lo fa adeguatamente, risponde personalmente dell'eventuale evento infausto per il paziente provocato dal comportamento omissivo dei suoi collaboratori. [LA SENTENZA.](#)



08 GEN - Il “primario” ha il compito di programmare, verificare e dare l’indirizzo terapeutico ai suoi collaboratori e verificare e vigilare le prestazioni di diagnosi e cura affidate ai medici che ha delegato. Se non lo fa, è responsabile per l’evento infausto che eventualmente gli altri medici da lui coordinati provocano al paziente.

Ma contemporaneamente (nel caso specifico) non può essere condannato a una misura restrittiva (sospensione dall’esercizio della professione per sei mesi) per l’eventualità che il fatto possa reiterarsi se in un caso analogo è stato del tutto prosciolti da ogni accusa e responsabilità.

A indicarlo è la sentenza 50619/2019 della Corte di Cassazione che affermando in modo esplicito quali siano le responsabilità del medico dirigente di struttura complessa ha però rinviato il caso al Tribunale per un nuovo esame accogliendo come unico ricorso del medico apicale quello relativo al caso pregresso per il quale era stato del tutto prosciolti.

Il fatto

Al medico ospedaliero, Direttore della SOC di Pneumologia di un ospedale, si addebita di aver contribuito al decesso di un paziente affetto da broncopneumonia ricoverato per undici giorni e poi deceduto per il sopraggiungere di uno shock settico dovuto a numerosi errori diagnostici e terapeutici, indicati nell’imputazione provvisoria riportata nell’ordinanza, attribuiti ad altri quattro medici dirigenti assegnati alla struttura.

L’accusa al primario è di non avere esercitato le proprie funzioni di indirizzo e di vigilanza sulle prestazioni dei medici da lui dipendenti, omettendo di impartire direttive e istruzioni terapeutiche adeguate al caso concreto e non controllando la loro attuazione in modo tale che le varie condotte omissive degli altri medici non avrebbero portato ai vari errori diagnostico-terapeutici che hanno avuto un effetto concausale nell’evento mortale.

La sentenza

La Cassazione ha respinto la condanna alla misura cautelare della sospensione perché nel caso precedente era stata esclusa la sussistenza delle esigenze cautelari “di tal che – si legge nella sentenza - il Pubblico ministero, nel proporre appello, non poteva che censurare proprio quest'ultima decisione, con argomenti che l'ordinanza del Tribunale del Riesame oggi gravata enuncia in modo adeguato, riconoscendone la fondatezza, e che comunque risultano caratterizzati dalla necessaria specificità”.

Secondo la Cassazione tuttavia risulta che il medico non aveva adeguatamente programmato il lavoro dei collaboratori e non aveva controllato “l'ottemperanza ai criteri di organizzazione e di assegnazione a sé o ad altri medici dei pazienti ricoverati (ciò che, secondo il Collegio adito, sarebbe stato del resto confermato dallo stesso medico in sede di interrogatorio), omettendo in specie di adempiere agli obblighi sia di indirizzo terapeutico, sia di verifica e vigilanza sulle prestazioni di diagnosi e cura affidate ai medici da lui delegati”.

Facendo riferimento a sentenze precedenti, la Cassazione afferma che il dirigente medico ospedaliero è titolare di una posizione di garanzia a tutela della salute dei pazienti affidati alla struttura, perché i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999 di modifica dell'ordinamento interno dei servizi ospedalieri hanno attenuato la forza del vincolo gerarchico con i medici che con lui collaborano, ma non hanno eliminato il potere-dovere del dirigente medico in posizione apicale di dettare direttive generiche e specifiche, di vigilare e di verificare l'attività autonoma e delegata dei medici addetti alla struttura, ed infine il potere residuale di avocare a sé la gestione dei singoli pazienti.

La sentenza specifica anche che “sul piano del quadro normativo, peraltro, non riverbera alcun effetto sulla fattispecie in esame quanto stabilito dall'art. 590-sexies cod. pen., introdotto dall'art. 6 della legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli - Bianco): invero, nella specie gli addebiti mossi al medico sembrano connotarsi essenzialmente in termini di negligenza, piuttosto che di imperizia; e comunque non potrebbero dirsi rispettate nel caso di specie le raccomandazioni previste dalle linee guida adeguate alla specificità del caso concreto, né tanto meno le buone pratiche clinico-assistenziali. Con la conseguenza che non è ipotizzabile neppure un innalzamento della soglia di gravità della colpa penalmente rilevante rispetto agli standard ordinari”.

Quindi se il medico apicale svolge correttamente i propri compiti di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo, non potrà mai essere chiamato a rispondere di un evento infausto causato da un medico della propria struttura. Se, invece, non lo fa, per la Cassazione sarà responsabile in prima persona.

Ma nel caso specifico, pur avendo il primario omesso i controlli d'obbligo, “non può ricavarsi” dai vari elementi “valorizzati dal Collegio adito sul piano delle esigenze cautelari sottese alla misura interdittiva oggetto di lagnanza, oltretutto a distanza di un arco temporale ormai non trascurabile dai fatti per cui si procede, un rischio di reiterazione di reati della medesima indole ex art. 274, comma 1, lettera c), cod. proc. pen. Conseguentemente l'ordinanza impugnata va annullata con rinvio al Tribunale per nuovo esame”.

CORRIERE DELLA SERA

Sul nuovo «Corriere Salute»: come funziona il nuovo pronto soccorso

Cambiano i codici di gravità e visite «al cronometro». I cinque numeri (e colori) delle emergenze). Se ne parla nell'inserto in edicola gratis giovedì 9 gennaio

di Maria Giovanna Faiella



Pubblichiamo in anteprima una parte dell'articolo di apertura del nuovo «Corriere Salute».

*Potete leggere il testo integrale sul numero **in edicola gratis giovedì 9 gennaio** oppure in Pdf sulla Digital Edition del «Corriere della Sera».*

Cinque codici «numerici», al posto dei quattro «colori», per individuare la gravità del paziente in Pronto soccorso, con relativi tempi di attesa; massimo otto ore di permanenza nella struttura, poi si viene ricoverati o dimessi; percorsi rapidi per le urgenze minori. E poi: maggiore attenzione all'umanizzazione delle cure; un'area dedicata all'Osservazione breve intensiva (Obi); misure per ridurre il sovraffollamento, tra cui blocco dei ricoveri programmati non urgenti. Sono alcune novità introdotte dalla riforma del Pronto soccorso avviata ad agosto con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni di tre documenti: Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, sull'Osservazione breve intensiva e sulla gestione del sovraffollamento. Sarà l'anno in cui i pazienti non saranno più costretti a lunghe attese prima di essere visitati né a rimanere ore, se non giorni, sulle barelle nei corridoi delle strutture di emergenza e urgenza, aspettando che si liberi il posto letto per il ricovero?

Nuovi colori

Le Regioni si sono impegnate a recepire l'Accordo entro 6 mesi (quindi entro febbraio) e a renderlo operativo entro 18 mesi dalla data di approvazione. Il passaggio al nuovo modello organizzativo si sta svolgendo gradualmente; per esempio, in alcune Regioni i Pronto soccorso hanno già adottato i nuovi codici di priorità, pubblicizzandoli con locandine in sala di attesa. Ecco che cosa occorre sapere. Quando si arriva al Pronto soccorso un infermiere con specifica formazione per il triage valuta il paziente e assegna il codice di gravità che indica la priorità di accesso alla visita medica in base all'urgenza, e non all'ordine di arrivo in ospedale. Ebbene, con le nuove Linee guida sul triage si passa dai tradizionali 4 codici (rosso, giallo, verde e bianco) a 5 codici numerici cui le Regioni possono associare un colore

la Repubblica

Lo smog aumenta il rischio osteoporosi



L'indebolimento delle ossa tra gli effetti dell'inquinamento atmosferico, sostiene uno studio condotto in India su 3700 persone da Barcelona Institute for Global Health

L'[inquinamento](#) indebolisce le ossa e aumenta il rischio di osteoporosi. Lo rivela uno studio condotto da epidemiologi del Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal) su oltre 3700 persone in India. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista *Jama Network Open*: gli epidemiologi hanno confrontato la qualità di massa e densità ossea dei partecipanti con i livelli di inquinamento medi delle rispettive aree di residenza, in particolare i livelli di polveri sottili (il particolato fine di diametro di 2,4 nanometri o minore). Ebbene è emerso un collegamento tra livelli di inquinamento e massa ossea, che appariva ridotta al crescere delle concentrazioni di polveri sottili nell'area di residenza dei partecipanti.

"Questo studio contribuisce a colmare un vuoto della ricerca su inquinamento e salute delle ossa - sostiene Otavio Ranzani, primo autore del lavoro - L'inalazione delle particelle inquinanti potrebbe portare alla perdita di massa ossea attraverso lo stress ossidativo e l'infiammazione causati dallo smog".

"I nostri risultati indicano che le polveri sottili sono rilevanti per la salute delle ossa a diversi livelli di inquinamento, incluse le concentrazioni che si trovano normalmente nei paesi occidentali", ha aggiunto Cathryn Tonne, coordinatore dello studio.