



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

1 FEBBRAIO 2017

## RASSEGNA STAMPA



**L'addetto Stampa**  
**Massimo Bellomo Ugdulena**



## Il racconto

PER SAPERNE DI PIÙ  
www.palermo.repubblica.it  
www.policlinico.pa.it

**Il caso.** A Ostetricia e Ginecologia, su 15 medici, solo 5 a tempo pieno. Uno su tre è "inabile": chirurghi dimezzati che non possono essere ricollocati. In Sicilia la media è di poco più di uno su dieci

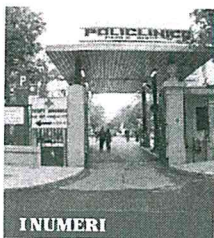
# Imboscati, esonerati e distaccati al Policlinico un reparto a metà



#### LA POLEMICA

**Infermieri contro i grillini**  
"Serve una norma che faccia chiarezza"

Botta e risposta tra il sindacato degli infermieri (Nursind) e i grillini all'Ars che hanno proposto un emendamento "stana imboscati" in Finanziaria. "Il vero problema - rilancia il coordinatore regionale del Nursind, Francesco Frittitta - sta nel fatto che ci sono dei lavoratori sanitari che hanno delle inabilità fisiche e non possono lavorare in reparto. Serve piuttosto una norma per evitare che questo personale sia conteggiato tra quelli in servizio in corsia".



#### NUMERI

**5**

#### LE LIMITAZIONI

Su 15 ginecologi in servizio al Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, cinque hanno un certificato medico che li esonera dai turni in reparto e dall'attività di sala operatoria

**13**

#### GLI AMBULATORI

Per dare un impiego ai medici "inabili" l'azienda ha moltiplicato i numeri degli ambulatori dedicati alle donne in gravidanza o con problemi ginecologici. Sono 13

**700**

#### LE NASCITE

Nel reparto di ginecologia e ostetricia del Policlinico di Palermo si eseguono ogni anno più di 700 parti. In più ci sono gli interventi di ginecologia

#### GIUSTI SPICA

Alle 7 in punto la dottoressa esce dalla sala medici. Ha appena finito di sorseggiare il suo caffè ma ha ancora un'ora e mezza di tempo prima che l'ambulatorio "Gravidanze a termine" apra le porte alle future mamme. Non sarà lei a farle partorire, perché ha un problema che - scrive nel certificato il medico competente dell'azienda - le impedisce di stare in piedi più di due ore consecutive. Nelle 6 ore e 20 minuti di servizio al giorno che le toccano per contratto, può solo stare dietro una scrivania. Uscendo, incrocia il collega chirurgo avvolto nella sua tuta verde, pronto a una seduta operatoria che lo vedrà impugnare il bisturi su quattro pazienti. Per lui, che "inabile" non è, si prepara una giornata all'insegna dell'adrenalina. Se qualcosa andasse storto, sa che l'unico scudo è l'assicurazione da 8 mila euro all'anno che ha firmato per difendersi da eventuali denunce. Rischi messi nel conto da chi il mestiere lo fa sporcandosi le mani.

Sono le vite parallele di chi opera nel reparto di ginecologia e ostetricia del Policlinico di Palermo che arruola 15 ginecologi. Una divisione dove l'età media è superiore ai 60 anni, decimata dalle "inabilità" dei chirurghi: in cinque sono esonerati da turni notturni, guardie in reparto e interventi chirurgici. Praticamente uno su tre è "imboscato" dietro le scrivanie degli ambulatori. C'è chi non può stare in piedi, chi non può impugnare il bisturi perché ha avuto problemi cardiaci e chi è troppo avanti negli anni per farlo. Qui, nel reparto dove nascono più di 700

C'è chi non può stare in piedi  
chi non impugna il bisturi  
e chi è troppo avanti negli anni  
per continuare a farlo

bambini all'anno, sono il 33 per cento del totale, a fronte di una media siciliana del 12 per cento. Medici "a metà" che non possono essere ricollocati: solo chi ha una inabilità totale può essere trasferito negli uffici. Chi ha problemi solo in parte invalidanti rimane in servizio a scartamento ridotto e non può essere sostituito con braccia nuove, perché formalmente il suo posto risulta occupato.

Ma quella degli "inabili" non è l'unica grana. C'è un medico che per tre giorni al mese ha diritto ad assentarsi per assistere il parente disabile, in virtù della legge 104. Altri tre sono professori universitari e per contratto dedicano all'assistenza solo il 60 per cento delle ore di lavoro. Il resto lo passano a in-



segnare agli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia. Un altro camice bianco è stato nominato consulente in assessorato alla Salute e passa metà delle ore di servizio negli uffici di piazza Ziino. Come se non bastasse, a novembre due medici sono andati in pensione e non sono stati sostituiti.

A conti fatti, sono solo cinque (su quindici) i chirurghi a tempo pieno. Ad aggravare le cose, la nuova normativa europea che impone pause più lunghe tra una guardia e l'altra e un protocollo sindacale che vieta più di quattro turni notturni e festivi a settimana. Il risultato? «A febbraio ci siamo arrangiati - sibila un operatore - ma a marzo, se non arrivano rinforzi, avremo serie difficoltà». Il rischio è la chiusura del pronto soccorso ostetrico. La tensione tra chi è costretto a fare il triplo lavoro e chi lavora un terzo di quanto dovrebbe è alta. Tanto che l'azienda ha moltiplicato l'attività degli ambulatori per dare un "impiego" ai medici "esentati". «Prima - racconta un infermiere - gli inabili lavoravano quattro giorni a settimana. Dopo la stretta aziendale, lavorano anche il sabato». Gli ambulatori sono tredici e ogni giorno impiegano cinque medici e altrettanti specializzandi. A mezzogiorno, nelle stanze al piano terra dedicate alle visite programmate, si vedono più medici che pazienti. Un piano più su il rapporto è inverso: in reparto un solo camice bianco (uno dei cinque senza "limitazioni") fa il giro visite tra i 26 posti letto. In sala operatoria un altro chirurgo si dedica agli interventi in elezione. «Se ci fosse una emergenza - dice un'infermiera - potremmo solo chiamare il "reperibile", per-

Qui, dove nascono più di 700 bambini l'anno, i sanitari con problemi invalidanti restano in servizio a scartamento ridotto

ché in reparto deve sempre restare qualcuno».

Sono le 13,20. La dottoressa "inabile" ha appena finito di visitare la paziente numero otto e sale in sala medici per togliersi il camice. Incrocia di nuovo il collega chirurgo sfinito dal suo quarto intervento. Per lui la giornata è al capolinea solo sulla carta: prima di timbrare il badge, deve lasciare le terapie e parlare con i parenti. A casa porterà lo stesso stipendio della collega che ha passato la giornata dietro la scrivania. Anzi, considerando i costi dell'assicurazione personale necessaria per chi sta in trincea, persino qualcosa di meno.

FOTO: G. MONTAUDO



**LA SANITÀ TRA LUCI E OMBRE**

**DIVAMPA IL PROBLEMA DEL PERSONALE COLPITO DAGLI UTENTI. A CATANIA VIA AL PROCESSO PER L'ASSALTO DI CAPODANNO**

# Aggressioni continue negli ospedali Gli Ordini dei medici: saremo parte civile

Il Civico assume a termine otto medici e venti infermieri

**Fermato dalla polizia l'autore dell'attacco all'ambulanza. A Messina la denuncia degli infermieri: «Siamo continuamente oggetto di percosse e minacce. E in alcuni reparti manca il personale».**

**Salvatore Fazio**  
PALERMO

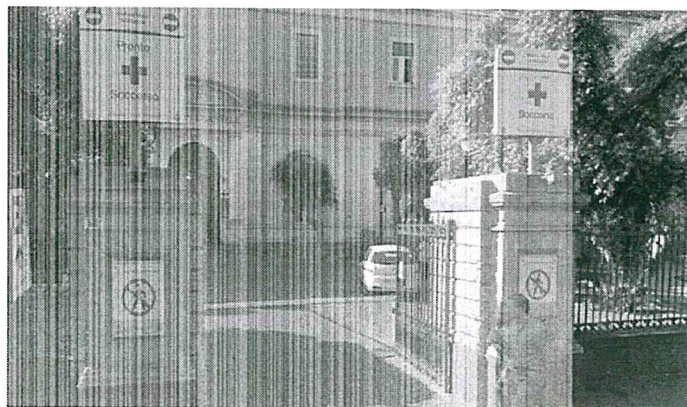
Non si ferma l'escalation di violenza contro i medici e così i camici bianchi siciliani hanno deciso di costituirsi parte civile nei processi. Già ieri il primo caso al processo per l'aggressione di Capodanno a un medico del Vittorio Emanuele di Catania. E ieri pomeriggio a Palermo c'è stata una nuova aggressione a un medico e a due infermieri dell'ambulanza intervenuta per prestare soccorso dopo un incidente al Foro Italico. Un automobilista, secondo una prima ricostruzione, avrebbe scagliato una pietra contro la vetrata dell'autoambulanza, provocando il ferimento di un infer-

miere e poi avrebbe dato calci e pugni ad un altro infermiere e a un medico. L'uomo è stato fermato dalla polizia.

«A tutela della categoria, tutti gli Ordini dei medici siciliani si costituiranno parte civile nei processi che coinvolgono il personale medico e paramedico in caso di aggressioni verbali e fisiche». Lo spiega Toti Amato, presidente della federazione degli Ordini dei medici siciliani. «Vogliamo conoscere innanzitutto l'identità degli aggressori - dice Amato - ma anche affermare in un'aula di tribunale la radice di disagio sociale degli episodi violenti che si moltiplicano, soprattutto nelle aree di emergenza. È necessario sensibilizzare l'opinione pubblica, restituendo loro la fiducia verso tutti i professionisti della sanità». La decisione arriva dopo l'episodio che ha coinvolto Vincenzo Pio Trapani, il medico responsabile dell'unità di emergenza dell'ospedale Civico di Palermo, aggredito da un giovane.

Nelle scorse settimane nello stesso reparto erano state picchiate un'infermiere e una dottoressa mentre un medico era stato aggredito all'Ismeff. Per potenziare l'area di emergenza l'ospedale Civico di Palermo bandisce una selezione per 8 medici e infermieri. Il direttore generale Giovanni Migliore spiega che saranno valutate le candidature per formare una graduatoria da utilizzare per le assunzioni a tempo determinato di 20 infermieri, tre anestesisti e cinque medici per la Medicina d'urgenza. I bandi sono pubblicati sul sito [www.arnascivico.it](http://www.arnascivico.it).

Intanto, tremila infermieri della provincia di Messina sono sull'orlo di una crisi di nervi e il sindacato Nursind, guidato in Sicilia da Francesco Frittitta, minaccia la mobilitazione. Il segretario provinciale Ivan Alonge sottolinea: «Siamo continuamente oggetto di percosse e minacce. Manca il personale soprattutto in reparti come chirurgia toraco-vascolare, pneumologia,



L'ospedale Vittorio Emanuele di Catania, al centro dell'aggressione a un medico a Capodanno

**PALERMO, UNA PIETRA SULL'AMBULANZA: UN FERITO, ALTRI DUE PRESI A CALCI E PUGNI**

neurochirurgia e neurologia». Alonge e Massimo Latella, segretario aziendale Nursind del Policlinico, spiegano che «da anni il personale attende la stabilizzazione».

La prima richiesta di costituzione di parte civile è arrivata ieri nel processo a Mauro Cappadonna, 47 anni, arrestato per l'aggressione al medico del pronto soccorso dell'ospedale Vittorio Emanuele di Catania. Il giudice monocratico del Tri-

bunale di Catania deciderà nella prossima udienza sulle proposte di costituzione di parte civile avanzate dalla vittima, da un'associazione di utenti, dall'Ordine dei medici e da un gruppo di medici dello stesso ospedale. Già ammessa l'azienda ospedaliera. La difesa dell'imputato sostiene la tesi della provocazione da parte del medico che avrebbe dato una risposta «arrogante». Toti Amato sottolinea: «Le estenuanti liste d'attesa e il sovraccollamento nei "triage" sono due problemi gravi. I pazienti con i loro familiari vi arrivano già esasperati per l'impossibilità di curarsi adeguatamente fuori dalle strutture pubbliche a causa del loro impoverimento. Una condizione che degenera in comportamenti violenti perché chiedono un ascolto immediato impossibile». Il

presidente degli Ordini siciliani chiede perciò «misure urgenti e strutturali che non possono fermarsi al controllo degli agenti della sicurezza o all'intervento della polizia in emergenza perché si tratta innanzitutto di un problema sociale». Amato evidenzia che «una soluzione efficace è realizzare un'alternativa ai triage, come l'apertura, diurna e notturna, di nuove strutture territoriali pubbliche a cui potere accedere telefonando al Cup, così come avviene per altre prestazioni, chiedendo un orario serale o anche festivo. In questo modo, si accorcerebbero di gran lunga le liste d'attesa e si ridurrebbe il sovraccollamento, restituendo serenità al lavoro dei medici e paramedici, ma anche al dialogo, ormai distorto, con i pazienti». (S.A.F.27)

**LA NUOVA STRUTTURA.** Duplicherà le tecniche riabilitative del Bonino Pulejo di Messina, collegato via skype

## Apri a Salemi il centro per neurolesi Assistenza ai malati di mezza Sicilia

**Alessandro Teri**  
SALEMI

Inaugurato ieri centro di riabilitazione neurologica all'ospedale «Vittorio Emanuele III» di Salemi. Un reparto d'eccellenza, d'ora in avanti punto di riferimento per l'intera Sicilia occidentale, già nei fatti operativo da una settimana, cui mancava soltanto l'inaugurazione ufficiale, così da dare il via completo ad un'esperienza nata dalla collaborazione con l'Irccs (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico)

Centro neurolesi «Bonino Pulejo», di Messina, di cui quello salemitano diventa oggi il primo centro satellite in tutta l'isola.

Nel giro di sette giorni, cioè dal primo avvio dell'istituto riabilitativo in provincia di Trapani, sono infatti stati ricoverati otto pazienti, mentre le liste d'attesa per i venti posti letto totali per attività di ricovero riabilitativo post-acute iniziano a scendere. A curare i pazienti è un'équipe di circa ventisei professionisti, tra medici ed infermieri. A loro spetterà il compito di guidare i degeni ricoverati

sulla strada del recupero, con l'ausilio di macchinari all'avanguardia, come ad esempio il sistema di riabilitazione robotica «Lokomat»: un tapis roulant che funge da simulatore, sul cui schermo il paziente vede proiettato ogni suo movimento, con l'obiettivo di coinvolgere tutte le terminazioni nervose inutilizzate.

Le due sale riabilitative di Salemi, quindi, saranno costantemente collegate via Skype con il «Bonino Pulejo» di Messina, in modo da tenere costantemente sotto controllo i pazienti, e per permettere agli specialis-

sti dei due centri di interfacciarsi.

«Di fatto terminano così quei viaggi della speranza che portavano i nostri pazienti almeno a 300 chilometri di distanza, con tutti i disagi che questo comporta», ha spiegato il direttore generale dell'Asp di Trapani Fabrizio De Nicola, cui fa eco Angelo Aliquò, direttore generale Irccs, sottolineando come «in Sicilia abbiamo strutture pubbliche che sono capaci di offrire un approccio riabilitativo unico per qualità di cure».

«Stiamo avviando la rete riabilitativa regionale, con la sinergia concreta tra ricerca e assistenza - ha concluso Baldo Gucciardi, assessore regionale alla Salute -. Non è più possibile che i pazienti siciliani spendano 12 milioni di euro l'anno in mobilità passiva verso altre regioni». (A.L.T.)

**L'INTERVISTA.** Alessandra Adamo, responsabile dell'unità operativa appena nata al «Vittorio Emanuele III»

## «Pazienti da recuperare anche sul piano sociale»

«È una sfida, un nuovo punto di partenza per la nostra attività. Noi da tantissimi anni lavoriamo nel settore riabilitativo, però finora non abbiamo obiettivamente avuto la possibilità di esprimere in maniera ottimale il nostro lavoro». A parlare è la dottoressa Alessandra Adamo, responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione all'ospedale «Vittorio Emanuele III» di Salemi, ovvero la coordinatrice dell'équipe che opererà a stretto contatto col Centro neurolesi «Bonino Pulejo» di Messina.

**«Cosa ha evitato finora di esprimere al massimo le vostre potenzialità?»**

«Il problema principale è legato alla carenza di personale. Questo è stato il fattore che ci ha bloccati. I neurolesi sono molto giovani, con alcune delle speranze siciliane nel campo della ricerca riabilitativa. Finalmente ho modo di operare nel modo giusto. Da anni infatti chiedo di avere del personale giovane, con la voglia di fare propria di chi ha tutta la professione ancora davanti. Questo rappresenta per loro uno sbocco lavorativo straordinario. Nella squadra però non mancheranno le figure con più esperienza, con cui ho in passato avuto modo di lavorare».

**«Quanto è importante l'utilizzo delle nuove tecnologie?»**

«È fondamentale perché non esistono farmaci che sanino completamente le lesioni all'encefalo. Ormai la neuroscienza ha dimostrato che stimolazioni opportune e mirate hanno la capacità di risvegliare le parti del cervello che non usiamo, quelle che in pratica devono aiutare le altre strutture nervose nel momento in cui sono state irrimediabilmente danneggiate. Del resto il paziente neurologico è un paziente complesso, che ha bisogno di stimolazioni neuro-motorie continue, ben mirate e calibrate. Indubbiamente in questo senso la robotica ci dà delle grandissime opportunità, assieme naturalmente al lavoro manuale dei fisioterapisti».



Alessandra Adamo

**«Che ruolo si ritaglia, quindi, la componente umana?»**

«Il fattore umano è importantissimo, dato che il percorso affrontato è complesso e multidisciplinare. La nostra attività è centrata sui pazienti post-acute, che hanno subito ad esempio un evento traumatico ischemico, con patologie del sistema nervoso centrale e periferico, provenienti da rianimazione o neurochirurgia. Ma riabilitare un soggetto neuroleso non significa poi solo agire sulle capacità motorie perdute, ma anche su quelle cognitive e di linguaggio, così da restituire il paziente alla propria famiglia, alla normale vita lavorativa e sociale. L'équipe che coordina per questo è completa da tutti i punti di vista: abbiamo ogni figura professionale di sostegno necessaria, dagli assistenti sociali agli psicologi, fino ai logopedisti. È una visione d'insieme certamente impegnativa, su cui abbiamo vasta esperienza, su cui possiamo darvi risultati». (A.L.T.)

**DA GDS CRONACHE DELLA MEDICINA**

**Lo smog può causare scompensi al cuore**


Oggi sul sito [www.gds.it](http://www.gds.it) le curiosità, le scoperte scientifiche, le ricerche e i fatti di cronaca legati al mondo della medicina, di cui anticipiamo alcuni titoli.

- App e insegnanti robot: come la tecnologia può aiutare chi è affetto da autismo (23 gennaio)
- Vitamine in gravidanza, favorita l'intelligenza del bebè (18 gennaio)
- Dalla lite, alla paura, al sesso: così il cervello «soffoca» gli istinti (11 gennaio)
- Il fumo passivo fa male al bebè... anche prima del suo concepimento (9 gennaio)
- I denti possono auto-ripararsi con un farmaco usato contro l'Alzheimer (9 gennaio)
- Cambiamenti anche da adulti: il cervello non smette mai di crescere (6 gennaio)
- Fegato grasso nei bimbi, è italiana la nuova terapia che sconfigge la malattia (4 gennaio)
- Scoperta la molecola che fa regredire l'osteoporosi (30 dicembre)
- Lotta all'Alzheimer, speranze da nuovi farmaci testati sui topi (19 dicembre)
- Svelata l'origine «silenziosa» del cancro, si va verso nuove cure (15 dicembre)
- Il virus colpiscono le donne in maniera meno violenta e letale rispetto agli uomini (14 dicembre)
- In Italia sempre più celici, in due anni sono aumentati di 11 mila unità (13 dicembre)
- Restringe i vasi sanguigni, ecco come lo smog può causare scompensi al cuore (9 dicembre)
- Quanto hi-tech per muovere gambe e braccia paralizzate (6 dicembre)
- Testi in Canada e Usa per il primo «mini cuore artificiale» impiantato in Italia (5 dicembre)
- Il tumore ai polmoni è il cancro più letale: 1,6 milioni di morti all'anno (5 dicembre)



## Aggressioni a medici ed infermieri, il sindacato Fsi- Usae: «Ospedali siciliani come ring»

---

 [insanitas.it/aggressioni-medici-ed-infermieri-sindacato-fsi-usae-ospedali-siciliani-ring/](http://insanitas.it/aggressioni-medici-ed-infermieri-sindacato-fsi-usae-ospedali-siciliani-ring/)

31/1/2017

PALERMO. «Siamo arrivati a 52 aggressioni negli ultimi 5 anni negli ospedali siciliani», è l'atto d'accusa di **Calogero Coniglio**, coordinatore nazionale **Fsi-Usae** Federazione Sindacati Indipendenti aderente alla Confederazione Unione Sindacati Autonomi Europei, il quale aggiunge: «Sono trascorsi pochi giorni dalle nostre denunce a prefetture e questure, dalle due interrogazioni parlamentari presentate, dalle rassicurazioni, dalla solidarietà e le promesse del sottosegretario della Salute Faraone e dall'Assessore regionale Gucciardi a Catania. Dopo il **dossier** di 48 aggressioni inviato alla Regione, dopo l'ultima l'aggressione al dott. Puleo al pronto soccorso del Vittorio Emanuele di Catania, nulla è cambiato, nessun intervento».

«Inutili sono risultati i tentativi di confronto, coordinamento e le richieste di azione- dichiara **Salvatore Ballacchino**, segretario regionale Fsi-Usae- Non ci fermiamo. Attendiamo e solleciteremo affinché i due Ministri della Salute e dell'Interno, Lorenzin e Minniti, rispondano urgentemente alle interrogazioni parlamentari presentate al Senato dai senatori Scavone e Compagnoni sulle gravi carenze strutturali della Sicilia e della carenza di personale».



**GLI SPECIALISSIMI!**

OLIO EXTRA VERGINE DI OLIVA PANTALEO 1L € **3,49**

PASTA POIATTI vari formati classica 1Kg/speciale 500g € **0,65**

DA MARTEDÌ 31 GENNAIO A MARTEDÌ 7 FEBBRAIO OFFERTE VALIDE PER TUTTA LA SICILIA

CONAD Persone oltre le cose

GLISPECIALISSIMI.IT

Home > Cronaca > E' guerra aperta fra medici e pazienti violenti, gli ordini parte civile contro gli aggressori dei Pronto Soccorso

CRONACA

## E' guerra aperta fra medici e pazienti violenti, gli ordini parte civile contro gli aggressori dei Pronto Soccorso

### A2A Energia

Da oggi utilizzare l'Area Clienti è ancora più semplice e rapido, ovunque sei! Vai a [a2aenergia.eu](http://a2aenergia.eu)



31/01/2017

[facebook](#) [twitter](#) [google+](#)



“D'ora in poi, a tutela della categoria, tutti gli Ordini dei medici siciliani si costituiranno parte civile nei processi che coinvolgono il personale medico e paramedico degli ospedali siciliani vittime di aggressioni verbali e fisiche”.

E' la posizione assunta dagli ordini dei medici dopo la sequenza infinita di aggressioni nei Pronto Soccorso dell'Isola





6

“Intendiamo conoscere innanzitutto l'identità degli aggressori, ma anche affermare in un'aula di tribunale la radice di disagio sociale degli episodi violenti che si moltiplicano di giorno in giorno, soprattutto nelle aree di emergenza come i Pronto soccorso e le guardie mediche. E' necessario sensibilizzare l'opinione pubblica, restituendo loro la fiducia verso tutti professionisti della sanità”.

A dichiararlo, il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Palermo, Toti Amato, alla guida degli Omceo siciliani, dopo l'ultimo episodio che ha coinvolto **Vincenzo Pio Trapani**, il medico responsabile dell'unità di emergenza dell'ospedale Civico aggredito da un giovane.

“E' sotto gli occhi di tutti – spiega Amato – che le estenuanti liste d'attesa e il sovraffollamento nei triage sono due dei problemi più gravi del servizio sanitario pubblico. Il più delle volte, i pazienti con i loro familiari vi arrivano già esasperati per l'impossibilità di curarsi adeguatamente fuori dalle strutture pubbliche a causa del loro impoverimento. Una condizione che degenera in comportamenti violenti perché chiedono un ascolto immediato impossibile”.

Il presidente degli Ordini siciliani chiede perciò “misure urgenti e strutturali che non possono fermarsi al controllo degli agenti della sicurezza o all'intervento della polizia in emergenza perché si tratta innanzitutto di un problema sociale”. “Una soluzione sicuramente efficace – conclude Amato – è realizzare un'alternativa ai triage, come l'apertura, diurna e notturna, di nuove strutture territoriali pubbliche a cui potere accedere telefonando al Cup, così come avviene per altre prestazioni, chiedendo un orario serale o anche festivo. In questo modo, si accorcerebbero di gran lunga le liste d'attesa e si ridurrebbe il sovraffollamento, restituendo serenità al lavoro dei medici e paramedici, ma anche al dialogo, ormai distorto, con i pazienti”.

---

**di Redazione**

---

f facebook    t twitter    G+ google+

**0 commenti**

Ordina per Meno recenti



Aggiungi un commento...

Facebook Comments Plugin



# quotidianosanità.it

Martedì 31 GENNAIO 2017

## Ismett. Jean de Ville de Goyet è il nuovo responsabile della chirurgia addominale pediatrica

***Specializzato in Chirurgia generale e pediatrica alla “Saint Luc University Clinics” di Brussels e alla “Enfants-Malades” di Parigi è uno dei massimi esperti nel settore dei trapianti. Ha eseguito oltre 500 trapianti su bambini e più di 150 da donatore vivente, con una curva di sopravvivenza pari al 95%, curva che raggiunge il 100% nel caso dei bimbi trapiantati grazie ad una donazione da vivente***

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (Ismett) di Palermo ha arruolato **Jean de Ville de Goyet** come responsabile del reparto di Chirurgia Addominale e Trapianto di Fegato Pediatrico.

De Ville è uno dei massimi esperti del settore. Ha eseguito oltre 500 trapianti su bambini e più di 150 da donatore vivente, con una curva di sopravvivenza pari al 95%, curva che raggiunge ben il 100% nel caso dei bimbi trapiantati grazie ad una donazione da vivente.

Nato in Belgio nel 1955, De Ville ha collezionato numerose esperienze all'estero dopo il conseguimento della laurea in Medicina presso la “Catholic University of Louvain” di Brussels. Specializzato in Chirurgia generale e pediatrica alla “Saint Luc University Clinics” di Brussels e alla “Enfants-Malades” di Parigi, dal 1988 ha ricoperto il ruolo di Professore associato in Trapianti e Chirurgia Pediatrica presso la Saint Luc University Clinics di Brussels. Dal 1998 ha lavorato in Inghilterra, al Birmingham Children's Hospital di Birmingham come Responsabile del dipartimento di Chirurgia Trapianti Pediatrici e Consulente di Chirurgia Pediatrica. Dal 2003 il Dottor De Ville è stato docente di Chirurgia Pediatrica presso la “Catholic University of Louvain” e la Saint Luc University Clinics di Brussels, in cui era anche Responsabile del dipartimento Chirurgico di Trapianti (head of the Department of Transplant, Visceral and Endocrine Surgery).

“Sono orgoglioso di essere entrato a far parte di Ismett – ha detto De Ville – il mio obiettivo è di fornire cure pediatriche altamente specializzate e innovative nel Mezzogiorno e non solo. La Sicilia ha la capacità di sviluppare una rete sanitaria che possa offrire assistenza regionale per la maggior parte dei pazienti. Con un'adeguata offerta specialistica, inoltre, sarebbe possibile attirare pazienti provenienti da tutta Italia”



Mercoledì 01 FEBBRAIO 2017

## Cancro al polmone. Commissione UE approva pembrolizumab come trattamento in prima linea

***Un'ulteriore possibilità di cura per il carcinoma polmonare metastatico non a piccole cellule. È la prima terapia approvata in Europa che va a colpire la proteina PD-1 nei pazienti con questa patologia, non precedentemente trattati.***

La Commissione Europea ha approvato pembrolizumab per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare metastatico non a piccole cellule (NSCLC) in pazienti adulti i cui tumori esprimano alti livelli di PDL-1 (tumor proportion score [TPS]  $\geq$  50%) e che non abbiano mutazioni EGFR o ALK. L'approvazione si è basata sui dati dello studio di fase 3 che hanno mostrato una sopravvivenza globale (OS) e una progressione libera da malattia (PFS) superiori con pembrolizumab rispetto alla chemioterapia, attuale standard di cura nel carcinoma polmonare non a piccole cellule.

L'approvazione consente la commercializzazione di pembrolizumab (nome commerciale Keytruda, prodotto da MSD) nei 28 Stati membri dell'Unione e in Islanda, Lichtenstein e Norvegia, alla dose approvata di 200 mg ogni tre settimane fino a progressione di malattia o a tossicità inaccettabile.

“La decisione presa a livello europeo convalida un dato già presentato ai più importanti congressi internazionali e pubblicato su *The New England Journal Of Medicine*,” commenta **Filippo de Marinis**, Direttore della Divisione di Oncologia Toracica presso l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano. “Si tratta di un dato “rivoluzionario” perché per la prima volta, in oltre 40 anni di trattamento di questa patologia, un gruppo di pazienti, non selezionabile per terapie biologiche a bersaglio, riceve un vantaggio in termini di sopravvivenza, con una riduzione del rischio di morte del 40%, da un trattamento diverso in prima linea dalla chemioterapia, che ha rappresentato fino ad oggi lo standard di cura per il carcinoma polmonare”.

Nell'agosto del 2016 pembrolizumab (2mg/kg ogni tre settimane) era stato approvato in Europa per pazienti precedentemente trattati con carcinoma polmonare non a piccole cellule, avanzato o metastatico, i cui tumori esprimono PD-L1 (TPS  $\geq$  1%) e che abbiano ricevuto almeno una precedente chemioterapia. “Oggi, per i pazienti con un'elevata espressione di PD-L1, la terapia con pembrolizumab può portare a ridurre del 50% il rischio di progressione di malattia permettendo di identificare coloro che possono fare a meno della chemioterapia – aggiunge de Marinis – Si possono così evitare le tossicità che quest'ultima comporta, “armando” invece il proprio sistema immunitario per riconoscere ed attaccare il tumore”.

### Lo studio KEYNOTE-024

L'approvazione della Commissione Europea si è basata sui dati del KEYNOTE-024, studio randomizzato in aperto di fase 3 che ha valutato pembrolizumab in monoterapia alla dose fissa di 200 mg rispetto all'attuale standard di costituito da chemioterapia a base di platino (pemetrexed+carboplatin, pemetrexed+cisplatin, gemcitabine+cisplatin, gemcitabine+carboplatin, o paclitaxel+carboplatin) per il trattamento di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico sia squamoso che non squamoso. Nello studio sono stati arruolati 305 pazienti non precedentemente sottoposti a chemioterapia per la loro patologia metastatica e i cui tumori esprimevano alti livelli di PD-L1 e non presentavano mutazioni EGFR o ALK.

L'obiettivo primario era rappresentato dalla progressione libera da malattia (PFS); ulteriori parametri di efficacia erano rappresentati dalla sopravvivenza globale (OS) e dal tasso di risposta obiettiva (ORR). Nello studio, pembrolizumab ha ridotto il rischio di progressione di malattia del 50% rispetto alla chemioterapia (HR, 0.50 [95% CI, 0.37, 0.68];  $p < 0.001$ ). La sopravvivenza libera da progressione mediana è stata di 10.3 mesi (95% CI, 6.7-not reached) rispetto ai 6 mesi con la chemioterapia (95% CI, 4.2-6.2). A sei mesi e a 12 mesi erano ancora vivi e non mostravano segni di progressione di malattia, rispettivamente, il 62 e il 48 per cento dei pazienti trattati con pembrolizumab rispetto al 50% e il 15% di coloro sottoposti a chemioterapia. Inoltre, pembrolizumab ha mostrato una riduzione del rischio di morte del 40% rispetto alla chemioterapia (HR, 0.60



[95% CI, 0.41, 0.89];  $p=0.005$ ); questo risultato include i 66 pazienti (43.7%) nel braccio chemioterapia che, durante lo studio, sono passati a pembrolizumab a causa della progressione della malattia; la sopravvivenza globale mediana non è stata raggiunta in nessuno dei due gruppi.

Il tasso di sopravvivenza globale a 6 mesi e a 12 mesi è stato, rispettivamente del 80% e del 70% nei pazienti trattati con pembrolizumab rispetto al 72% e 54% dei pazienti in chemioterapia. Il tasso di risposta obiettiva è stato del 45% nei pazienti in trattamento con pembrolizumab (95% CI, 37-53), inclusa una risposta completa. L'analisi sulla sicurezza a supporto dell'approvazione europea di pembrolizumab si è basata su 2.953 pazienti con melanoma avanzato o NSCLC attraverso quattro dosaggi diversi (2 mg/kg ogni 3 settimane, 200 mg ogni 3 settimane, o 10 mg/kg ogni 2 o 3 settimane) negli studi KEYNOTE-001, KEYNOTE-002, KEYNOTE-010 e KEYNOTE-024 combinati. Le reazioni avverse più frequenti ( $\geq 10\%$ ) con pembrolizumab sono state fatigue (24%), rash (19%), prurito (17%), diarrea (12%), nausea (11%) and artralgia (10%). La maggior parte delle reazioni avverse sono state di Grado 1 e 2. Le più importanti sono state reazioni immuno-relate e reazioni severe legate all'infusione.





**31** gen  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

## Livelli essenziali di assistenza, step by step tutte le scadenze

di Red.San.

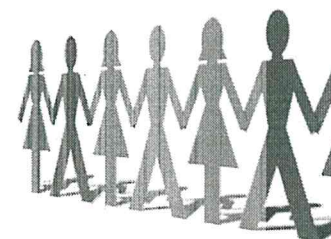
PDF [Scadenze-Intesa Dpcm Lea](#)

Il primo appuntamento è il 28 febbraio, termine entro il quale la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn dovrà formulare la sua prima proposta di revisione. Che andrà adottata entro il 15 marzo.

Toccherà poi a un accordo Stato-Regioni fissare i criteri di verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, sulla base delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni contenute nel Dpcm sui nuovi Livelli essenziali assistenza.

Poi, ci sono ancora le Intese - a data da destinarsi - sulle modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e delle protesi; e quella sulle linee di indirizzo sui percorsi assistenziali integrati nel socio-sanitario. Infine, l'Intesa sulle tariffe per la specialistica ambulatoriale e della protesica e gli accordi sulla definizione di criteri uniformi per fissare limiti e modalità di erogazione delle prestazioni demandate a regioni e province autonome.

È fitta, e certo non sarà una passeggiata attuarla, l'agenda che attende la Conferenza Stato-Regioni quando, una volta che saranno stati pubblicati, i nuovi Livelli essenziali di assistenza prenderanno corpo. A pubblicare l'elenco è la stessa segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Pa-Settore Salute e Politiche sociali.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

### CORRELATI

IN PARLAMENTO  
05 Agosto 2015

**Chiamenti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto**

AZIENDE E REGIONI  
05 Agosto 2015

**Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi**

IN PARLAMENTO  
05 Agosto 2015

**Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S**





**31** gen  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

## Fabbisogni di personale, Lorenzin apre il tavolo tecnico ai sindacati

di B.Gob.

Il tavolo tecnico per la definizione dei fabbisogni di personale sanitario “aprirà” a quello che fino a oggi era stato solo un invitato di pietra: l’arco delle sigle sindacali della dirigenza medica sanitaria. La lunga riunione al ministero della Salute ha insomma dato i frutti che le sigle si aspettavano: «In settimana - spiega il segretario nazionale dell’Anaa Assomed Costantino Troise - la ministra Lorenzin si è impegnata a inviarci una bozza di documento, così che si possa ridiscutere il modello, inaccettabile, che ha già prodotto risultati distastosi nel Lazio e in Sicilia. In ballo c’è la definizione della spinosissima questione precari. Il nostro coinvolgimento, voglio ricordarlo, era previsto nell’articolo 22 del Patto per la salute».



A riassumere la vicenda e a mettere in guardia contro il «rischio di un drastico taglio delle assunzioni previste sulla base dei fabbisogni di personale medico-sanitario presentati dalle singole Regioni», è il segretario della Fp-Cgil Medici, Massimo Cozza. «Le Regioni, come era previsto - ha spiegato Cozza - hanno presentato al ministero della Salute il fabbisogno di personale medico-sanitario per il territorio. A questo punto, il ministero dell’Economia ha dato mandato ad una commissione, già al lavoro per definire le reti assistenziali, di dare una valutazione rispetto a fabbisogni presentati, ma la commissione sta usando una metodologia discutibile, basata solo su calcoli economici e senza valutare parametri come la complessità clinica o altri fattori». Così, afferma Cozza, «la commissione ha tagliato le stime delle Regioni, con una drastica riduzione delle possibilità di assunzione». Ora sarà dunque avviato un tavolo tecnico sindacati-ministero della Salute per rivedere tale metodologia di valutazione, per correggerla in corso d’opera. I criteri utilizzati dalla commissione, conclude Cozza, «sono infatti per noi inaccettabili, perchè i medici non sono robot che eseguono lavoro ripetitivo e bisogna valutare vari parametri; vanno quindi subito rivisti i criteri, consentendo le assunzioni che erano previste entro dicembre 2016».

Incassata una risposta positiva alla propria richiesta di modifica del calcolo dei fabbisogni, i sindacati puntano ora sull’attuazione della parte normativa del contratto. Anche perché sul fronte economico c’è poco da aspettarsi: è in dirittura d’arrivo, hanno appreso da Lorenzin, il decreto attuativo della legge di Bilancio 2017 sulla destinazione dei fondi contrattuali. Le risorse sono, com’è ovvio, confermate. E sono magre: sul miliardo complessivo, 300 milioni per la sanità e 80 milioni per la dirigenza medica sanitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### CORRELATI

DAL GOVERNO  
10 Settembre 2015



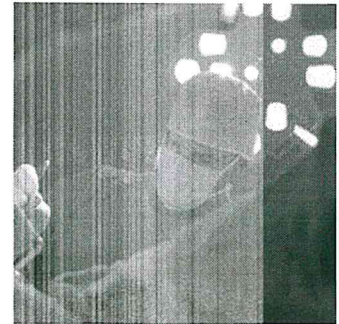


MEDICINA E RICERCA

## Chirurgia colon-retto, arriva la task force di esperti per lanciare le tecniche mininvasive

Elaborare una serie di Raccomandazioni “chiave” per un corretto approccio alla chirurgia mininvasiva nel segmento coloretale, attraverso l'individuazione di indicatori di performance specifici. È il compito affidato, da oggi, ad un clinical advisory board dedicato, composto da 16 medici-chirurghi provenienti da tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo è promuovere una corretta formazione dei chirurghi e di conseguenza implementare le loro abilità nell'utilizzo delle tecniche chirurgiche mininvasive rispetto a quelle tradizionali “in open”. Un approccio mininvasivo per la chirurgia coloretale, e non solo, può garantire, infatti, tempi di recupero post-operatori più brevi, comorbidità minori e, di conseguenza, un migliore outcome clinico per il paziente. Ciò si traduce in periodi di degenza ospedaliera ridotti e di conseguenza in un efficientamento e in un risparmio per il Sistema sanitario. Elemento, oggi, più che mai al centro del dibattito dei decisori politici.



Il board si inserisce all'interno del progetto “Optimise” (*Open To Innovative Minimally Invasive Surgery Experience*), presentato lo scorso settembre a Roma e promosso dalla Società italiana di chirurgia e dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani in collaborazione con l'Università Bicocca di Milano e con il contributo non condizionante di Medtronic Italia. Le raccomandazioni saranno aggiornate periodicamente, grazie a informazioni derivanti dalla pratica clinica, e pubblicate in un documento ufficiale conclusivo.

«Lo scopo dell'Advisory Board - spiegano **Marco Montorsi** e **Francesco Corcione**, rispettivamente president e past president della Sic - è quello di stimolare una riflessione sull'impiego della chirurgia laparoscopica, in particolare coloretale, nel nostro Paese, partendo dai dati epidemiologici attuali che mostrano come questo approccio sia ancora poco utilizzato, con un divario importante tra Nord e Sud. Inoltre, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera in strutture Hub&Spoke, un centro di eccellenza, per essere identificato come tale, ad esempio, dovrà effettuare almeno il 50% delle procedure adottando la tecnica laparoscopica per il tumore del colon-retto. In quest'ottica, abbiamo ritenuto fosse il momento giusto per riunire un gruppo di esperti, tra i migliori in Italia nell'utilizzo della chirurgia mininvasiva, in grado di elaborare Raccomandazioni teoriche e pratiche sull'utilizzo di questa tecnica chirurgica. Intendiamo arrivare, da qui a due anni, a un “follow-up” che mostri un importante incremento del loro utilizzo a livello nazionale».

Secondo gli ultimi dati disponibili, infatti, l'utilizzo di procedure laparoscopiche in Italia si attesta intorno al 29%, rispetto al dato medio europeo del 32%. Una stima addirittura ottimistica rispetto alla reale situazione, poiché una parte degli interventi approcciati con tecniche mininvasive parrebbe concludersi tramite il ricorso alla chirurgia tradizionale.

Le Raccomandazioni del clinical advisory board, composto da membri delle due Società scientifiche con un'esperienza di almeno cinque anni nell'utilizzo di tecniche mininvasive in almeno il 50% dei pazienti, saranno destinate a favorire percorsi formativi strutturati, ma non standardizzati. L'obiettivo è far emergere chirurghi specializzati in procedure laparoscopiche in grado di aumentare la penetrazione di questa pratica clinica sul territorio nazionale, ma anche di creare percorsi virtuosi per ottimizzare risorse e risultati.

«Si tratta di un progetto dall'alto spessore - ha affermato **Diego Piazza**, presidente Acoi- che porterà benefici ai chirurghi e ai pazienti. Finalmente, ci stiamo muovendo per dare una risposta concreta alla scarsa diffusione di queste tecniche, diventate ormai fondamentali; negli ultimi anni, infatti, la politica sanitaria



non è stata in grado di spingere verso l'utilizzo di metodiche mininvasive, soprattutto, ma non solo, nel segmento coloretale. Stiamo parlando di pratiche chirurgiche che portano da un lato un notevole beneficio per il paziente, migliorando l'intero decorso post-operatorio, e dall'altro, grandi vantaggi per il Sistema. Crediamo, infatti, che dopo aver stilato le nostre Raccomandazioni, queste debbano essere portate all'attenzione dei decisori politici, i quali non potranno esimersi dal prenderle in considerazione».



---

## CORRELATI

### SENTENZE

03 Settembre 2015

**Mediazione e competenza: la sede è scelta in base al foro giudiziale**

---

### SENTENZE

01 Settembre 2015

**Danno iatrogeno inesistente, scatta il risarcimento per ospedale e medico**

---

### MEDICINA E RICERCA

16 Settembre 2015

**Costruire comunità «amiche» dei pazienti**

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)





1 feb  
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

LAVORO E PROFESSIONE

## Anaa: «Il decreto Madia stabilizzi i precari della ricerca biomedica»

di Anaa Assomed

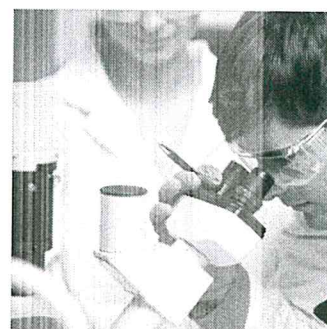
Inserire nel Decreto annunciato dal Ministro Madia per metà febbraio, nell'ambito della manovra finalizzata a risolvere la piaga del precariato del pubblico impiego, uno specifico capitolo destinato alla stabilizzazione dei precari della ricerca biomedica, collocati negli Irccs, nei Policlinici universitari ed in Enti sanitari con prevalente attività in campo di ricerca.

Questa la richiesta inoltrata dall'Anaa Assomed al Presidente del Consiglio, ai Ministri della Funzione Pubblica, dell'Istruzione e al ministro della Salute autore dell'ipotesi di stabilizzazione dei precari degli Irccs nota come "piramide".

Si tratta anche per questi precari ricercatori, e di supporto alla ricerca, di definire un percorso di stabilizzazione organico che consenta di dare certezze all'asse portante della ricerca biomedica italiana, da sempre all'avanguardia in Europa e nel mondo, ancorché fondata sull'apporto di una forza lavoro al 90% precaria.

Si tratta di precari di lungo corso, portatori di contenuti professionali di altissimo profilo, cui va data, come riconosciuto dallo stesso Ministro Lorenzin, una risposta rapida con la possibilità concreta di passare a rapporti a tempo indeterminato in tempi certi, comunque entro il 2018, collocando contrattualmente queste figure nel contratto della dirigenza del Ssn.

L'Anaa Assomed su tali punti richiede una risposta urgente e preannuncia l'apertura di una vertenza di settore nel caso l'ipotesi formulata non fosse immediatamente recuperata nel testo del decreto della funzione pubblica.



© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA NUOVA STRUTTURA. Duplicherà le tecniche riabilitative del Bonino Pulejo di Messina, collegato via skype

## Apri a Salemi il centro per neurolesi Assistenza ai malati di mezza Sicilia

Alessandro Teri  
SALEMI

«Inaugurato ieri centro di riabilitazione neurologica all'ospedale «Vittorio Emanuele III» di Salemi. Un reparto d'eccellenza, d'ora in avanti punto di riferimento per l'intera Sicilia occidentale, già nei fatti operativo da una settimana, cui mancava soltanto l'inaugurazione ufficiale, così da dare il via completo ad un'esperienza nata dalla collaborazione con l'Irccs (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico)

Centro neurolesi «Bonino Pulejo», di Messina, di cui quello salemitano diventa oggi il primo centro satellite in tutta l'Isola.

Nel giro di sette giorni, cioè dal primo avvio dell'istituto riabilitativo stati ricoverati otto pazienti, mentre le liste d'attesa per i venti posti letto totali per attività di ricovero riabilitativo post-acute iniziano a scalare. A curare i pazienti è un'équipe di circa venti professionisti, tra medici ed infermieri. A loro spetterà il compito di guidare i degeni ricoverati

sulla strada del recupero, con l'ausilio di macchinari all'avanguardia, come ad esempio il sistema di riabilitazione robotica «Lokomat»: un tapis roulant che funge da simulatore, sul cui schermo il paziente vede proiettato ogni suo movimento, con l'obiettivo di coinvolgere tutte le terminazioni nervose inutilizzate.

Le due sale riabilitative di Salemi, quindi, saranno costantemente collegate via Skype con il «Bonino Pulejo» di Messina, in modo da tenere costantemente sotto controllo i pazienti, e per permettere agli speciali-

sti dei due centri di interfacciarsi. «Di fatto terminano così quei viaggi della speranza che portavano i nostri pazienti almeno a 300 chilometri di distanza, con tutti i disagi che questo comporta», ha spiegato il direttore generale dell'Asp di Trapani Fabrizio De Nicola, cui fa eco Angelo Aliquò, direttore generale Irccs, sottolineando come «in Sicilia abbiamo strutture pubbliche che sono capaci di offrire un approccio riabilitativo unico per qualità di cure».

«Stiamo avviando la rete riabilitativa regionale, con la sinergia concreta tra ricerca e assistenza - ha concluso Baldo Gucciardi, assessore regionale alla Salute - Non è più possibile che i pazienti siciliani spendano 12 milioni di euro l'anno in mobilità passiva verso altre regioni». (ALTE)

L'INTERVISTA. Alessandra Adamo, responsabile dell'unità operativa appena nata al «Vittorio Emanuele III»

## «Pazienti da recuperare anche sul piano sociale»

«È una sfida, un nuovo punto di partenza per la nostra attività. Noi da tantissimi anni lavoriamo nel settore riabilitativo, però finora non abbiamo obiettivamente avuto la possibilità di esprimere in maniera ottimale il nostro lavoro». A parlare è la dottoressa Alessandra Adamo, responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione all'ospedale «Vittorio Emanuele III» di Salemi, ovvero la coordinatrice dell'équipe che opererà a stretto contatto col Centro neurolesi «Bonino Pulejo» di Messina.

«Cosa ha evitato finora di esprimere al massimo le vostre potenzialità?»

«Il problema principale è legato alla carenza di personale. Questo è stato il fattore che ci ha bloccato».

«Adesso però avrà a disposizione un team composto da profes-

sionisti molto giovani, con alcune delle speranze siciliane nel campo della ricerca riabilitativa».

«Finalmente ho modo di operare nel modo giusto. Da anni infatti chiedo di avere del personale giovane, con la voglia di fare propria di chi ha tutta la professione ancora davanti. Questo rappresenta per loro uno sbocco lavorativo straordinario. Nella squadra però non mancheranno le figure con più esperienza, con cui ho in passato avuto modo di lavorare».

«Quanto è importante l'utilizzo delle nuove tecnologie?»

«È fondamentale perché non esistono farmaci che sanino completamente le lesioni all'encefalo. Ormai la neuroscienza ha dimostrato che stimolazioni opportune e mirate hanno la capacità di risvegliare le parti del cervello che non usiamo, quelle che in pratica devono aiutare le altre strutture nervose nel momento in cui sono state irrimedi-



Alessandra Adamo

diabilmente danneggiate. Del resto il paziente neurologico è un paziente complesso, che ha bisogno di stimolazioni neuro-motorie continue, ben mirate e calibrate. Indubbiamente in questo senso la robotica ci dà delle grandissime opportunità, assieme naturalmente al lavoro manuale dei fisioterapisti».

«Che ruolo si ritaglia, quindi, la componente umana?»

«Il fattore umano è importantissimo, dato che il percorso affrontato è complesso e multidisciplinare. La nostra attività è centrata sui pazienti post-acute, che hanno subito ad esempio un evento traumatico ischemico, con patologie del sistema nervoso centrale e periferico, provenienti da rianimazione o neurochirurgia. Ma riabilitare un soggetto neuroleso non significa poi solo agire sulle capacità motorie perdute, ma anche su quelle cognitive e di linguaggio, così da restituire il paziente alla propria famiglia, alla normale vita lavorativa e sociale. L'équipe che coordina per questo è completa da tutti i punti di vista: abbiamo ogni figura professionale di sostegno necessaria, dagli assistenti sociali agli psicologi, fino ai logopedisti. È una visione d'insieme certamente impegnativa, su cui abbiamo vasta esperienza, che speriamo dia bei risultati». (ALTE)