



INI

news

Planet RiPoli
BISTORANTE • PIZZERIA

00019 Tivoli (Roma)
Località Monte Ripoli
Ampio Parcheggio
Tel./Fax 0774.31.81.69

ISTITUTO NEUROTRAUMATOLOGICO ITALIANO

Periodico Bimestrale

Poste Italiane S.p.a. / Spedizione in A.P. 70% / DCB / Roma

ANNO IX N. 6 Novembre/Dicembre 2010

Editoriale

DEMOCRAZIA E ANTIDEMOCRAZIA

L'Italia non ha assimilato la democrazia, per non averla digerita. Ed è inutile illudersi: le cose ingurgitate per forza vengono sempre rigettate. Questa è un'amara riflessione e non un atteggiamento diffamatorio. Si dice che i veri responsabili, quelli del regime, tacciano per le loro pesanti responsabilità. Non è vero. Non ci sono colpevoli. E' l'indole del popolo italiano che, con quel comportamento irrazionale che lo distingue, ha fissato le sue regole dell'antidemocrazia. Questo perché nessuno gli ha insegnato cos'è la democrazia. Si sono così instaurate regole che convivono con l'intuizionismo tipico degli italiani, l'astrattezza dei principi individualistici, il cinismo comportamentale dei burocrati, il deserto culturale a regresso delle arti, l'annullamento del sentimento di Patria, le aberrazioni morali, i bizantinismi, i giochi di potere, i colpi di mano sindacali, le minacciose campagne secessioniste, il brigantaggio violento e, per finire, il sistema delle tangenti uscite allo scoperto.



Tutto un complesso di fenomeni storico-sociali, che ha condizionato lo sviluppo democratico della nostra società, fornendo spesso un'immagine capovolta dei mutamenti effettivi che in essa avvenivano e rendendone così impossibile la conoscenza. Non si può dare quindi sempre la colpa ai politici per l'atteggiamento aprioristicamente defatigante di un popolo come il nostro, che non perde occasione per contestare leggi, costumi, istituzioni, tradizioni. Del resto si sa che l'emancipazione democratica di un popolo diviene anche emancipazione politica e non è vero che la natura degli italiani è buona e che a corromperla sono le istituzioni sociali e politiche. Con ciò non vogliamo dare la "lode" a tutti gli ordinamenti gestiti dallo Stato, né al loro ottuso punto di vista sulla democrazia. Se è vero che gli uomini sono resi malvagi dagli eventi storici e dall'ambiente sociale in cui vivono, la storia ha fornito al popolo italiano tutti gli esempi più tragici, attraverso esperienze poco gratificanti. Forse si potrebbe addirittura parlare di lenti processi storici ad azione corruttrice. Basti osservare per sommi capi il crollo dell'Impero Romano, le guerre selvagge vinte o perdute, le lotte dell'indipendenza nazionale, le rivoluzioni, le insurrezioni, le sommosse, le persecuzioni ai cristiani e agli ebrei, l'inquisizione, le secessioni, le ribellioni, i tumulti. I risultati e l'osservazione di queste esperienze hanno fatto emergere il concetto di contraddizione, facendo evolvere il comportamento del popolo italiano in modo imprevedibile e libero da regole.

Prof. Delfo Galileo Faroni

Il popolo si è tirato addosso questo tipo di libertà ai veleni, che non ha nulla a che vedere con i principi della democrazia, che si basa, come dicono i vocabolari, sulla sovranità popolare, esercitata per mezzo di rappresentanze elettive e che garantisce ad ogni cittadino la partecipazione, su base di eguaglianza, nell'esercizio del potere pubblico. È opinione diffusa che le classi politiche, che hanno governato l'Italia dal dopoguerra ad oggi, siano state sempre deboli, inadeguate e incapaci di gestire il potere, che abbiano costretto il popolo, con false soluzioni e provocazioni di ogni genere, a digerire di tutto ed a rassegnarsi alla illegittimità, alle imparzialità, a compromessi. Non è vero.

Il popolo italiano si è sempre distinto per le impressioni continuamente mutevoli intorno a qualsiasi argomento in discussione e, per il rispetto delle tradizioni, a una condotta caratterizzata dalla critica delle idee, ma senza impegno psicologico di fronte alle reali trasformazioni sociali. Una vera arte delle tesi contrapposte, finalizzata all'obiettivo di far prevalere le proprie, vere o false che siano, utilizzando i più sottili strumenti persuasivi, ma sempre e solo a scopo di dominio. Questo perché il popolo italiano è da secoli alla ricerca della propria identità.

Servizio Sanitario Nazionale

VARATO DDL SU FUNZIONALITÀ

Il Consiglio dei Ministri del 24 settembre scorso ha approvato il disegno di legge "Sperimentazione clinica e altre disposizioni in materia sanitaria". Il provvedimento prevede misure in materia di ricerca sanitaria, di sicurezza delle cure, di riforma degli ordini delle professioni sanitarie, di fascicolo elettronico e di registri di rilevante interesse sanitario. "Il provvedimento - ha spiegato il Ministro della Salute Fazio - nasce dall'esigenza di adottare ulteriori e più significative misure per garantire in vari settori della sanità una maggiore funzionalità del Servizio sanitario nazionale e delle prestazioni erogate per dare risposte sempre più appropriate e qualificate alle necessità dei cittadini". Prima dell'invio in Parlamento, il provvedimento sarà sottoposto all'esame della Conferenza Stato Regioni. Dal sito del Governo italiano abbiamo tratto cosa prevede il disegno di legge.

Sperimentazione clinica. Delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano da attuarsi entro nove mesi dall'entrata in vigore della presente legge attraverso l'emanazione di uno o più Decreti legisla-

Pag. 3
PALLONE INTRAGASTRICO PER PERDERE CHILI

Intervista al Prof. Luca Pecchioli

Pag. 4
LAUREA IN INFERMIERISTICA INAUGURATA LA SEDE DI GROTTAFERRATA

Pag. 6
LA CALCOLOSI DELL'APPARATO URINARIO

tivi. I Decreti dovranno prevedere il riordino e l'individuazione del numero dei Comitati etici con predisposizione di criteri di certificazione, prevedendo in ogni caso almeno un Comitato etico per ogni Regione e tenendo in considerazione il numero di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico presenti; l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase 0 alla fase IV; la realizzazione di una rete dei Comitati etici; meccanismi di valutazione delle performance delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; l'istituzione di un portale di consultazione per il cittadino.

(continua a pag. 7)

Stagione 2010-2011

INFLUENZA, PREVENZIONE E CONTROLLO

Per la prevenzione ed il controllo dell'epidemia stagionale d'influenza 2010-2011 il Ministero della Salute ha diramato una circolare che oltre alle raccomandazioni comprende le più recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla composizione dei vaccini antinfluenzali. I sintomi dell'influenza (febbre, mal di testa, malessere generale, tosse, raffreddore, dolori muscolari ed articolari), si legge nel sito web del Governo italiano, sono comuni a molte altre malattie, per, cui dal punto di vista clinico, la definizione di caso di sindrome influenzale (influenza like illness = ILI) prevede un'affezione respiratoria ad esordio acuto, con febbre oltre i 38°C, accompagnata da almeno uno tra i seguenti sintomi sistemici: cefalea, malessere generalizzato, sudorazione, brividi, astenia, e da almeno uno dei

(continua a pag. 8)

Senato

NUOVA SPINTA VERSO IL FEDERALISMO SANITARIO

In un clima politico certamente non sereno, con una risoluzione bipartisan messa a punto da Lionello Cosentino (Pd) e Raffaele Calabrò (Pdl) della Commissione Igiene e Sanità del Senato, maggioranza e opposizione hanno trovato un punto di incontro per imprimere una nuova spinta al federalismo in sanità. Il documento condiviso, si legge su *Sanità News*, prevede la garanzia della disponibilità di risorse pari al fabbisogno standard, per dare certezza di assistenza e di cura per tutti e consentire alle Regioni una programmazione della spesa su scala pluriennale.

La Commissione ha chiesto al Governo di riferire al Parlamento le scelte compiute, prima di proporre alla Conferenza Stato-Regioni i criteri che si intendono utilizzare per calcolare la spesa pro-capite. Per i senatori, sarà dunque necessario definire

(continua a pag. 8)

 **Auguri**
di Buon Natale
e Felice Anno Nuovo
ai lettori di
INI NEWS

Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport

L'INI AL BEACH TENNIS RIVIERA DI ULISSE TOUR 2010

Il torneo si è svolto sulle principali spiagge del litorale pontino



L'INI, Istituto Neurotraumatologico Italiano, con il suo "Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport" è stato sponsor di Beach Tennis Riviera di Ulisse Tour 2010, un torneo itinerante inserito nel circuito regionale della Federazione italiana tennis. Dagli alti contenuti tecnici, il BTRU è stato riservato ai migliori atleti professionisti italiani maschili e femminili. Organizzato d'estate sulle principali spiagge del litorale pontino, il torneo è stato valido per il titolo di Master Champions 2010 e ha assegnato punti per la classifica nazionale. L'attività fisica è un elemento importante della nostra vita, ed in questi anni l'amplificarsi delle scelte possibili ha avvicinato al mondo dello sport un gran numero di persone. Proprio la facilità di accesso ha però anche moltiplicato la facilità con cui si può incorrere in un infortunio che spesso è legato a microtraumatismi che progressivamente minano l'integrità del nostro sistema osteo-articolare fino a provocare patolo-

gie vere e proprie. L'intento del "Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport" è quello di fornire all'atleta, di qualsiasi livello, dal professionista all'occasionale, un punto di riferimento sicuro legato a professionisti competenti in grado di apprezzare la differenza che esiste fra il paziente atleta e il non atleta. Il Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport si rivolge a qualsiasi persona che nella pratica del proprio sport preferito abbia avuto un infortunio, sia esso traumatico acuto o da sovraccarico funzionale, quindi, per fare degli esempi, dalla lesione del crociato alla tendinopatia del tendine d'Achille passando per le lesioni muscolari. Anche pazienti già trattati, in modo conservativo o chirurgicamente, che necessitano di una presa in carico globale possono trovare nel Servizio un puntuale riferimento.

Il Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport garantisce una diagnosi veloce che consente di definire il piano

terapeutico più idoneo al fine di velocizzare la ripresa funzionale. Per questo viene garantito dal momento dell'accettazione una visita medica specialistica Fisiatrica che aprirà la strada agli eventuali approfondimenti diagnostici.

Nello specifico, dopo la visita di accettazione, è possibile accedere direttamente ad un esame ecografico e/o di radiologia tradizionale. Gli esami di risonanza magnetica, sono prontamente disponibili in base alla complessità della patologia in esame. Alla diagnosi seguirà, ovviamente, il trattamento, medico, ortesico, fisioterapico. Ognuno di questi servizi fa parte della realtà del Gruppo INI, con l'obiettivo di recuperare nel minor tempo possibile il danno. Ultimo elemento del percorso sarà il ritorno agli allenamenti ed alle gare. Momento che sarà preceduto da una accurata valutazione funzionale e da un ricondizionamento sport specifico necessario per ridurre al minimo il rischio di reinfortunio. Il caposaldo del Servizio

di traumatologia e riabilitazione nello sport resta comunque la prevenzione dei traumi da sovraccarico, attraverso una attenta valutazione fisiatrica, corredata se necessario da una analisi della postura e computerizzata dell'appoggio plantare, e una percorso riabilitativo e di ricondizionamento atletico che consenta di ridurre in modo significativo l'incidenza di infortuni durante l'attività sportiva.

Il Beach Tennis Riviera di Ulisse Tour 2010, giunto alla sua quarta edizione, ha rappresentato non solo un gradevole e spettacolare momento di sport, ma anche un'occasione di incontro che ha i suoi momenti centrali nella capacità di far divertire grazie alle acrobazie dei campioni e di coinvolgere migliaia di appassionati alle innumerevoli attività concomitanti. Il Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport dell'INI ha garantito per la circostanza un servizio medico fisioterapico nei confronti di tutti quegli atleti che all'occorrenza ne avessero bisogno.



Residui di pesticidi, nuovi virus (come l'influenza aviaria) igiene alimentare (fuori casa) e contaminazione del cibo da parte di batteri sono questi i fattori che stanno in cima alla scala delle "preoccupazioni" di oltre il 60% dei consumatori europei. Lo riporta una indagine dell'Unione Europea condotta nei 25 paesi membri sulla percezione dei rischi per la salute da parte dei consumatori e sui rischi legati alla sicurezza alimentare. Se ne è parlato nell'aprile scorso in occasione del corso "Controllo Ufficiale e Sistema HACCP", organizzato dalla Asl RmH presso la Divisione INI Grottaferrata.

In Italia, poi, stando a una indagine di E. Battaglini sulla "Percezioni dei rischi alimentari e stili di consumo degli italiani" del 2006, l'87,4% dei consumatori considera il sistema di produzione alimentare molto rischioso e le principali preoccupazioni sono riconducibili per il 66% ai pesticidi, per il 67% agli ormoni e per il 64% agli antibiotici. Positivo il giudizio sui prodotti italiani. L'80% dei cittadini del Belpaese, stando a una ricerca di Federalimentare su "Gli italiani, la sicurezza e la fiducia alimentare" del 2006, dichiara che la fiducia alimentare è attribuibile al fatto che i prodotti siano nostrani, mentre il 72,3% attri-

buisce la propria fiducia alle istituzioni pubbliche, il 59,7% ai produttori e il 57,2% ai distributori.

Il corso "Controllo Ufficiale e Sistema HACCP" ha inteso fare il punto sui molteplici aspetti della sicurezza alimentare. Si è parlato, infatti, della normativa europea che ha posto le basi per un vero e proprio "testo unico" sulla sicurezza alimentare, con particolare riferimento sia al mondo della produzione, compresa quella primaria, trasformazione e distribuzione, ove costante è il riferimento alla responsabilità degli operatori in tutte le fasi della catena produttiva, sia a quello deputato al controllo ufficiale. Sono stati quindi affrontati i concetti di "autocontrollo" e "sistema HACCP"; il primo ha una valenza più ampia che

discende dalla responsabilizzazione dell'Operatore del settore alimentare (OSA) in materia di igiene e sicurezza degli alimenti e corrisponde all'obbligo di tenuta sotto controllo delle proprie produzioni, mentre l'HACCP (Hazard analysis and critical control points) è un sistema che consente di applicare l'autocontrollo in maniera razionale e organizzata. Il sistema HACCP è quindi uno strumento teso ad aiutare gli OSA a conseguire un livello più elevato di sicurezza alimentare. I "controlli ufficiali", cioè quelli che servono per verificare e garantire i prodotti alimentari, sono stati oggetto di riflessione. A fronte della responsabilità diretta delle imprese, è comunque previsto un controllo esterno in tutta la filiera alimentare: sono i

Servizi veterinari e i Servizi di igiene degli alimenti e nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ad effettuare controlli ufficiali, programmati secondo le linee di indirizzo nazionali, regionali e locali basate sulle realtà produttive presenti sul territorio regionale e sulla categorizzazione del rischio delle stesse produzioni. Gli stessi Servizi effettuano inoltre controlli ufficiali straordinari sulla base di segnalazioni ben circostanziate dei cittadini per verificare eventuali irregolarità. I Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione intervengono anche a seguito di segnalazioni relative a gravi disturbi da sospette intossicazioni alimentari.

All'interno dei Dipartimenti di Prevenzione sono presenti anche esperti micologi in grado di eseguire controlli sui funghi e di rilasciare certificati di commestibilità sulla merce destinata alla somministrazione e al commercio, nonché sui funghi raccolti per il consumo privato.

Scopo del controllo ufficiale è quello di verificare e garantire la conformità dei prodotti alimentari alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori e ad assicurare la lealtà delle transazioni commerciali. Le attività del controllo ufficiale sono indirizzate ai prodotti italiani e a quelli di altra provenienza destinati ad essere commercializzati nel territorio nazionale, nonché a quelli spediti verso Paesi dell'Unione Europea o esportati verso Paesi terzi.

Divisione Grottaferrata - Corso sulla sicurezza alimentare

PRODUZIONI ALIMENTARI. LE PREOCCUPAZIONI DEI CONSUMATORI EUROPEI E ITALIANI

Organizzato dalla ASL RmH presso la Divisione INI di Grottaferrata

I diabetici dal Papa



Sua Santità Benedetto XVI riceve il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete dal Dott. Raffaele Scalpone presidente Aid (Associazione Italiana Diabetici), nonché responsabile del Servizio di Diabetologia dell'INI, Istituto Neurotraumatologico Italiano.

Divisione Grottaferrata

LOTTA ALL'OBESITÀ. TERAPIA ENDOSCOPICA PER PERDERE CHILI



Grazie al pallone intragastrico che da anni è una realtà e lo può usare anche chi è in sovrappeso Il Centro per la Terapia dell'Obesità e del Sovrappeso dell'INI è uno dei centri di riferimento a livello internazionale. Intervista al prof. Luca Pecchioli.

Il 34,2% degli italiani è in sovrappeso e il 9,8% obeso. Due dati in continua crescita: erano rispettivamente il 33,6 e il 9% nel 2000. Se questa tendenza verrà confermata, secondo la Società Italiana dell'Obesità (SIO) nel 2025 il tasso di obesità negli adulti arriverà al 14% (+43%). Controllare efficacemente anche i piccoli ma costanti aumenti di peso aiuta non solo a sentirsi meglio ma anche a prevenire la più diffusa malattia cronica del nostro secolo: l'obesità. Una pato-

usarlo anche per chi deve perdere un po' di chilogrammi?

Dopo anni di esperienza nel trattamento di pazienti affetti da obesità patologica con il pallone intragastrico il livello di sicurezza e la durata dei risultati è testimoniata da numerose pubblicazioni internazionali. Per tali motivi Allergan, l'azienda leader nel settore, ha introdotto ORBERA il pallone per il "sovrappeso" e anche chi deve perdere pochi chili in poco tempo se non riesce con le comuni diete può avvalersi di questa metodica.

Presso il vostro centro eseguite questo trattamento da circa 10 anni, la ritenete una procedura sicura?

Il centro per la terapia dell'obesità che dirigo da 10 anni per l'elevato numero di casi trattati e per i protocolli multidisciplinari che seguiamo è ormai divenuto un riferimento nazionale e internazionale per la terapia endoscopica dell'obesità tanto che recentemente ho partecipato ad una conferenza a Barcellona per lo sviluppo di nuovi strumenti endoscopici mirati al dimagrimento.

I risultati raggiunti e la sicurezza di questa procedura hanno consentito la commercializzazione di un pallone intragastrico dedicato a tutti coloro che abbiano un indice di massa corporea (BMI) di almeno 27 Kg/m² che non riescano a dimagrire con le semplici diete.

È sufficiente il pallone per dimagrire?

Certamente il pallone intragastrico consente di dimagrire in un tempo molto breve ma il mantenimento dei risultati ottenuti dipende da quanto il paziente riesce a conservare il cambiamento dello stile di vita che si deve attuare nei sei mesi di terapia.

Per la precisione il nostro centro ha sviluppato un protocollo della durata di un anno; nei primi sei mesi insieme al palloncino intragastrico saranno eseguiti una serie di incontri con la nutrizionista che proseguiranno nei sei mesi successivi così da consolidare il processo di educazione alimentare.

Se il paziente riesce anche ad aggiungere un incremento dell'attività fisica i risultati non solo saranno rapidi ma anche duraturi.

Per chi deve perdere pochi chilogrammi il problema del peso è solo estetico?

No, il 34,2% degli italiani è in sovrappeso e il 9,8% obeso, due dati in continua crescita (erano rispettivamente il 33,6 e il 9% nel 2000). Se si manterranno questi dati tendenziali, secondo la Società Italiana dell'Obesità (SIO) nel 2025 il tasso di obesità negli adulti arriverà al 14% (+43%). Controllare efficacemente anche i piccoli ma costanti aumenti di peso aiuta non solo a sentirsi meglio ma anche a prevenire la più diffusa malattia

cronica del nostro secolo, l'obesità. Non bisogna trascurare il progressivo cambiamento del nostro corpo, la vita è condizionata dagli impegni lavorativi e siamo costretti ad usare la macchina per ogni spostamento, non vi è tempo per l'attività sportiva, ormai siamo ridotti a consumare un unico pasto serale spesso eccessivo, per l'insieme di questi motivi dopo alcuni anni, senza neanche accorgersene, si passa dal sovrappeso all'obesità con tutti i gravi rischi per la salute che questo comporta.

In conclusione ritiene che anche per piccoli dimagrimenti il pallone intragastrico sia indicato?

Sono anni che i pazienti si sottopongono a interventi di chirurgia estetica, anche complessi, senza essere affetti da alcuna patologia. Sicuramente il pallone intragastrico è un metodica invasiva ma non è un intervento e numerosi studi scientifici né confermano la sicurezza e validità. Ricordiamo sempre che, sebbene il sovrappeso non sia considerato da molti una malattia, in realtà è il primo gradino verso l'obesità. Se il posizionamento del pallone intragastrico viene eseguito presso centri specializzati, con team multidisciplinari, è sicuramente una procedura veloce, efficace e sicura.



logia, questa, che si combatte anche con il pallone intragastrico, una metodica, invasiva sì ma che non è un intervento, di cui numerosi studi scientifici né confermano la sicurezza e validità. Il posizionamento del pallone intragastrico deve essere eseguito presso centri specializzati, con team multidisciplinari ed è sicuramente una procedura veloce, efficace e sicura.

Il Centro per la Terapia dell'Obesità e del Sovrappeso della Divisione INI di Grottaferrata (tel. 0694285344) diretto dal prof. Luca Pecchioli, nel corso degli ultimi 10 anni ha sviluppato e perfezionato questa tecnica endoscopica divenendo uno dei centri di riferimento a livello internazionale, come dimostra la partecipazione del prof. Luca Pecchioli alla Conferenza internazionale sullo sviluppo e la realizzazione di nuovi strumenti endoscopici per la terapia endoscopica dell'obesità di Barcellona il 21 ottobre scorso. Inoltre, il prof. Ahmed R. Ahmed, primario del dipartimento di Chirurgia Bariatrica del Charing Cross Hospital (Imperial College of London), ha visitato il Centro di Grottaferrata dimostrandosi molto interessato al trattamento dimagrante con il pallone intragastrico e assistendo ad una dimostrazione "live" su quattro pazienti.

Sull'argomento abbiamo intervistato il prof. Luca Pecchioli.

Prof. Pecchioli, il pallone intragastrico è da anni una realtà terapeutica per i pazienti affetti da obesità; è possibile

Un susseguirsi di errori, equivoci, superficialità, incompetenze, hanno creato intorno a questa malattia una implacabile serie di volgari speculazioni, che nulla hanno a che vedere con la vera natura di questo fenomeno patologico.

A trasfigurare l'affannoso problema dell'aumento del peso corporeo, da tempo, sono scesi in campo una moltitudine di ciarlatani, spacciatori di miracolosi medicinali, gabba gente dalla facile parlantina e dietologi impreparati e impietosi, che fanno ingoiare ai poveri grassoni ogni sorta di riprovevoli porcherie, infliggendo loro sofferenze fisiche e morali, che i poveretti, grondanti di sudore e lacrime, sopportano con cristiana rassegnazione. Scampare da questi bottegai non è davvero facile. Lo Stato non li punisce, i giornali e le televisioni, quando si tratta di idiotizzare la gente, ricavano lucro, sono sempre pronti a magnificare le stronzate che dicono. Ma vediamo di mettere un po' d'ordine nelle varie forme di questa malattia, che genericamente si può definire un "aumento scomposto del tessuto adiposo". È bene precisare subito che l'obesità non è una sola. Spesso l'insuccesso della terapia va quasi sempre ricercato nella superficialità diagnostica, per non dire nell'errore diagnostico, soprattutto quando non vengono evidenziati con rigore scientifico i carat-

teri differenziali della malattia. Si sa che esistono molte varietà di obesità, anche se per alcune di esse il confine obiettivamente non è facilmente determinabile. Comunque è necessario distinguere, almeno per grossi capi, le obesità primarie da quelle secondarie. Nelle primarie la causa principale dell'aumento del tessuto adiposo è dovuto alla sovralimentazione, che spesso coincide con una ridotta attività fisica: è la cosiddetta obesità dei cinquantenni. Altre cause rilevanti dell'obesità primaria sono l'ereditarietà (è accertato che l'obesità è più frequente nei figli degli obesi) e l'adiposità legata a shock emotivi o ad altre forme di perturbamenti mentali. Sempre nelle obesità primarie rientra la forma pre e postmenopausale. La donna in periodo climaterico già di per sé ha tendenza ad accumulare cuscinetti di grasso sul tronco, sull'addome e alle cosce. Nelle obesità secondarie rientrano le adiposità colossali e mostruose, dovute a gravi lesioni cerebrali o ghiandolari. Vale la pena ricordare l'obesità da "circo equestre", che può raggiungere il peso di tre quintali e oltre. Questa è la ragione per cui, in tempi passati, pazienti affetti da deformazioni caricaturali del corpo finivano esposti alla curiosità del pubblico nei baracconi dei circhi. Da ricordare è anche la fastidiosa adiposità dolorosa diffusa, malattia la cui caratte-

ristica, è quella di provocare al paziente forti dolori diffusi in corrispondenza delle sedi di attacco delle masse adipose. Un'altra obesità, che potremmo definire curiosa per l'associazione di una adiposità alla magrezza, è quella di Barraquez, che si distingue per la magrezza eccessiva della metà superiore del corpo, mentre nella metà inferiore il grasso può essere eccessivamente sviluppato. Comunque le obesità secondarie più frequenti sono da correlare a disfunzioni ghiandolari, che possono essere singole o miste. L'ipofisi, la tiroide, le surrenali, il timo, le gonadi, sono le ghiandole che, per indolenza o eccesso funzionale, o per lesioni patologiche, possono scatenare la comparsa di scomposte masse grasse, che spesso compromettono la funzionalità di altri organi.

Ecco quindi che, accanto alla complessività diagnostica delle obesità, si pone il problema, altrettanto difficile e impegnativo, dell'aspetto terapeutico. Gli obiettivi per la cura delle varie forme dell'obesità sono stati oggetto dell'attenzione clinica più rigorosa da parte di illustri specialisti e scienziati, che hanno dato un alto contributo alla elaborazione di metodiche terapeutiche, che debbono necessariamente essere correlate all'aspetto patogenetico-clinico dell'obesità.

Prof. Delfo Galileo Faroni

Il punto

OBESITÀ: UNA CONDIZIONE INQUIETANTE



INAUGURATO IL CORSO DI LAUREA

A partire dall'anno accademico 2010-2011, l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e l'Istituto Neurotraumatologico Italiano, in virtù di una convenzione hanno attivato il Corso di Laurea in Infermieristica. Il Corso di Laurea ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere funzioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale.

L'INI, Istituto Neurotraumatologico Italiano, e l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" hanno inaugurato il 15 novembre 2010 la Sede didattica del Corso di Laurea in Infermieristica. L'Università di Tor Vergata ha attivato presso la propria facoltà di Medicina e Chirurgia il Corso di Laurea in Infermieristica. Il Corso ha durata di 3

anni e si conclude con un esame finale con valore abilitante e il rilascio del titolo di "Laurea in Infermiere". Il Corso di Laurea ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere funzioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale ai sensi del D.M. Sanità 14.9.94 n.739.

Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). Di contro la popolazione invecchia e la domanda di assistenza sanitaria sale». Secondo la Federazione nazionale dei collegi degli infermieri

parte del personale straniero autorizzato a venire in Italia è stato assunto con contratti dai 12 ai 24 mesi. Gli infermieri che arrivano in Italia hanno mediamente tra i 20 e i 39 anni e provengono generalmente da Romania (circa 60%), Polonia (25%), Perù, Albania, Serbia.

«Per questo motivo l'università ha incre-



Da sinistra a destra: Delfo Galileo Faroni, Ausilia M. Lucia Pulimeno, Giuseppe Novelli, Augusto Panà, Rosaria Alvaro



Da sinistra a destra: Jessica V. Faroni, Delfo Galileo Faroni, Ausilia M. Lucia Pulimeno

anni e si conclude con un esame finale con valore abilitante e il rilascio del titolo di "Laurea in Infermiere". Il Corso di Laurea ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere funzioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale ai sensi del D.M. Sanità 14.9.94 n.739.

«Innanzitutto esprimo un vivo ringraziamento alle Autorità convenute all'inaugurazione di questo primo Corso di

della malattie dismetaboliche e discinetiche e il Corso di perfezionamento in RMN applicata alle scienze mediche e biologiche; quelle con La Sapienza riguardanti la Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione, il corso di Laurea in Fisioterapia; e poi con l'Università Pontificia Salesiana per quanto riguarda il corso di specializzazione in Psicologia Clinica. In un'altra struttura del nostro Gruppo, la clinica Medicus di Tivoli, sempre grazie a una

(Ipasvi), nel 2006 la carenza ammontava a circa 60 mila professionisti (su un totale di infermieri pari a 348.415 nel 2005) per una mancanza di copertura dei posti di lavoro pari al 15%. La carenza di infermieri, stando al rapporto Ocse 2008 sulle risorse umane italiane in ambito sanitario, potrebbe essere in parte colmata dall'assunzione di personale proveniente dall'estero. Ma a causa della competizione con i Paesi esteri, che offrono salari più alti e con-

mentato la capacità dei corsi per le professioni paramediche, ma le domande di ammissione rimangono più alte dei posti disponibili», ha precisato il prof. Giuseppe Novelli, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", anch'egli intervenuto alla cerimonia di inaugurazione della sede didattica. «Del resto, ha precisato, ci troviamo di fronte a una professione che si è rinnovata a partire dall'emanazione del Decreto



Augusto Panà e Rosaria Alvaro



Da sinistra a destra: Giuseppe Pulvirenti, Jessica V. Faroni, Delfo Galileo Faroni

Laurea in Infermieristica, che si è potuto realizzare in collaborazione con l'Università di Tor Vergata», ha detto il prof. Delfo Galileo Faroni nell'aprire i lavori dell'inaugurazione della Sede

convenzione con La Sapienza è attivo il corso di Laurea in Terapia Occupazionale».

«Formare gli infermieri, ha precisato il prof. Faroni, è una necessità per l'Italia.

dizioni di lavoro migliori, e delle complesse politiche di immigrazione, il numero di infermieri stranieri in Italia è ancora molto basso: 6730 nel 2005. Nel 2004, secondo i dati Ocse, la maggior

n. 739 del 14 settembre 1994. Un Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, voluto dal ministero della Salute per andare

INI Grottaferrata

LAUREA IN INFERMIERISTICA

Studi di Roma "Tor Vergata" e l'INI, Istituto Neurotraumatologico
 Corso di Laurea in Infermieristica della durata di tre anni.
 competenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere funzioni di
 generale ai sensi del D.M. Sanità 14.9.94 n.739.



incontro alle esigenze di una società, come quella del terzo millennio, che richiede personale altamente qualificato e autonomo in grado di far fronte alle esigenze di salute dei cittadini sempre più impegnative».

«I laureati "infermieri" - ha sottolineato il prof. Augusto Panà, Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica,

sono operatori sanitari cui competono le attribuzioni previste dal D.M. del Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739 e successive modificazioni ed integrazioni; ovvero sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica. Detta assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale,

Vergata, e private, l'Istituto Neurotraumatologico Italiano, possano lavorare in sinergia tra di loro per raggiungere determinati obiettivi e risultati per il bene della nostra società».

Federica Ederli, Direttore della Sede didattica INI Grottaferrata del Corso di Laurea in Infermieristica, nel prendere la parola ha ricordato il giuramento di

lealmente il medico nel suo lavoro e mi dedicherò al servizio di coloro che mi verranno affidati per l'assistenza».

Florence Nightingale (nata a Firenze il 12 maggio 1820, morì a Londra il 13 agosto 1910) fu un'infermiera britannica nota come "La signora con la lampada". È considerata la fondatrice del nursing moderno in quanto fu la prima ad



Giuseppe Novelli e Augusto Panà



Da sinistra a destra: Giovanni Tavani, Giuseppe Pulvirenti, Jessica V. Faroni

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" nel suo intervento - sono, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, articolo 1, comma 1, gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche che svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici Codici Deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza nell'età evolutiva, adulta e geriatrica».

«I laureati nella classe, ha aggiunto Panà, sono dotati di un'adeguata preparazione nelle discipline di base, tale da consentire loro sia la migliore comprensione dei più rilevanti elementi, anche in relazione al genere, che sono alla base dei processi fisiologici e patologici ai quali è rivolto il loro intervento preventivo e terapeutico, sia la massima integrazione con le altre professioni. Devono inoltre saper utilizzare almeno una lingua dell'Unione Europea, oltre l'italiano, nell'ambito specifico di competenza e per lo scambio di informazioni generali. Le strutture didattiche devono individuare e costruire altrettanti percorsi formativi atti alla realizzazione delle diverse figure di laureati funzionali ai profili professionali individuati dai decreti del Ministero della Sanità».

In particolare, nell'ambito della professione sanitaria di infermiere, i laureati

educativa. «Le loro principali funzioni - ha precisato la prof.ssa Rosaria Alvaro, Coordinatore didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria».

I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identificano i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulano i relativi obiettivi; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca.

All'inaugurazione della sede didattica INI Grottaferrata, inoltre, è intervenuta la dott.ssa Jessica V. Faroni, Direttore Generale Istituto Neurotraumatologico Italiano la quale ha sottolineato come «i concetti esposti in questa Aula Magna sono esempi di come l'integrazione tra strutture pubbliche, l'Università di Tor



Da sinistra a destra: Ausilia M. Lucia Pulimeno, Giuseppe Novelli, Augusto Panà

Florence Nightingale per le infermiere (redatto da un Comitato speciale, Scuola Farrand dell'Ospedale Harper, Detroit, 1893):

«Prometto davanti a Dio, in presenza di questa assemblea, di vivere degnamente e di esercitare fedelmente la mia professione. Mi asterrò da tutto ciò che può nuocere e non prenderò, né somministrerò consapevolmente alcuna droga nociva.

Farò tutto ciò che è in mio potere per elevare il livello della mia professione e farò uso riservato di tutte le informazioni personali che mi verranno confidate, nonché di tutte le situazioni familiari di cui sarò venuta a conoscenza nell'esercizio della mia professione. Aiuterò

applicare il metodo scientifico all'assistenza infermieristica attraverso l'utilizzo della statistica. Inoltre, è nota poiché propose un'organizzazione degli ospedali da campo.

Il saluto di benvenuto agli studenti del primo anno del corso di laurea in Infermieristica è stato poi posto dal dott. Giuseppe Pulvirenti, Direttore sanitario Divisione Grottaferrata, Istituto Neurotraumatologico Italiano e dal dott. Giovanni Tavani, Direttore amministrativo della stessa struttura. L'incontro è stato moderato con maestria dalla dott.ssa Ausilia M. Lucia Pulimeno, Vicepresidente del Collegio Ispasvi di Roma.

Luciano Pecchi

Divisione Grottaferrata

LA CALCOLOSI DELL'APPARATO URINARIO: STATO DELL'ARTE

Corso di aggiornamento dedicato agli operatori sanitari coinvolti nella cura della patologia litiasica



Il dott. Ferdinando De Marco, a sinistra, e due dirigenti della Dornier Med Tech

La calcolosi urinaria è ancora un problema medico-sociale? Certamente sì, visto che continua ad essere nel nostro Paese e in molte altre regioni del mondo una patologia molto frequente, costituendo una parte rilevante nell'attività clinico-chirurgica degli urologi. A questa e ad altre domande ha cercato di dare risposte il convegno "La calcolosi dell'apparato urinario: stato dell'arte", con lo scopo di esa-



Un momento del convegno

minare tutti gli aspetti medici e chirurgici della calcolosi urinaria, che si è tenuta nel settembre scorso presso l'Aula Magna della Divisione INI di Grottaferrata.

«In particolare, spiega il dott. Ferdinando De Marco responsabile del Servizio di Urologia della Divisione INI di Grottaferrata, il corso ha voluto fornire competenze metodologiche e applicative, volte a migliorare la conoscenza degli operatori sanitari (medici specializzati e specializzandi in urologia, nefrologia e medicina generale; infermieri; tecnici di radiologia) coinvolti nella cura della patologia litiasica dell'apparato urinario».

Sono state, inoltre, approfondite le seguenti tematiche: eziologia e eziopatogenesi della calcolosi; terapia medica e prevenzione della calcolosi; differenti terapie chirurgiche e rispettive indicazioni.

Mentre la prima parte del convegno è stata dedicata alla epidemiologia, eziologia e terapia medica e preventiva della calcolosi urinaria; la seconda parte prevede l'esame di vari tipi di trattamento della calcolosi: onde d'urto extracorporee con



una panoramica sulle nuove tecnologie ed apparecchiature; terapia endoscopica della calcolosi renale ed ureterale (trattamenti percutanei e ureterolitotrixis rigida e flessibile); terapia chirurgica della calcolosi che, data la diminuzione

del numero degli interventi, è sempre meno conosciuta dai giovani urologi. «Ricordiamo, prosegue De Marco, che negli ultimi decenni sono state introdotte delle procedure terapeutiche mininvasive, che hanno modificato completamente l'approccio chirurgico alla patologia, senza modificarne però in modo sostanziale la storia naturale». Nonostante gli indubbi progressi di questi

ultimi anni, restano inoltre attuali molti punti critici, come un calo di interesse del mondo urologico nei confronti della urolitiasi, un tasso di "stone free" dopo trattamento ancora troppo basso ed un tasso di recidive ancora troppo alto.

«Le linee guida nazionali ed internazionali - sottolinea il prof. Tommaso Brancato, urologo, professore a contratto Università di Roma Tor Vergata - sono utili per analizzare le più attuali evidenze scientifiche nel campo della calcolosi urinaria e fornire un ausilio nella scelta del percorso diagnostico-terapeutico più idoneo ad ogni singolo caso, finalizzato a migliorare i risultati e a consentirne un corretto confronto metodologico e statistico».

Le risorse economiche impegnate per la calcolosi urinaria continueranno a rappresentare una parte rilevante della spesa sanitaria e, per questo motivo, le linee guida corrispondono alla richiesta di analisi delle evidenze scientifiche, fornendo così lo strumento per il "continuing quality improvement", che deriva da proces-

si di "audit" e "clinical effectiveness", finalizzati ad un "accurato governo clinico". «Si segnala, in particolare, conclude De Marco, la nefrolitotrixis percutanea (PCNL) che rappresenta il trattamento standard della calcolosi renale e/o caliciale con diametro maggiore a 2,5 cm. Questa procedura viene generalmente eseguita con il paziente in decubito prono.

La posizione supina offre potenziali vantaggi anestesiológicos e operativi soprattutto in soggetti obesi, con insufficienza respiratoria cronica (BPCO) e malattie cardiovascolari, e permette l'esecuzione contemporanea di procedure retrograde».

Il congresso si è chiuso con le indicazioni sul miglior trattamento da applicare.

LO STONE CENTER DI GROTTAFERRATA

La divisione INI di Grottaferrata (Roma) fondata dal Prof. Delfo Galileo Faroni è una delle più importanti realtà della sanità privata italiana, clinica accreditata presso il Servizio Sanitario Nazionale. La struttura localizzata a circa 15 Km da Roma è dotata di circa 200 posti letto dei quali 15 riservati alla Unità Funzionale di Urologia. Nel 1984 la struttura si è dotata, per prima in Italia, del litotritore Dornier HM3 con il quale sono stati trattati più di 20000 pazienti in 24 anni di attività, acquisendo know how ed esperienza clinica sfociate nei primi anni di utilizzo in decine di pubblicazioni scientifiche e partecipazioni a Congressi nazionali ed internazionali. Tra le più importanti pubblicazioni menzione particolare meritano la "Classificazione della calcolosi dell'apparato urinario" ed il libro di testo "Il trattamento della calcolosi renale" (Prof. Franco Di Silverio, Prof. Michele Gallucci).

Nel corso degli anni al modello HM3 si sono affiancati il modello MPL 9000 con il quale si è trattata per un breve periodo la calcolosi della colecisti. La disponibilità dei primi litotritori elettromagnetici, rivoluzione "culturale" rispetto alla sorgente di energia delle onde d'urto, ha portato alla acquisizione del primo modello di Litotritore Dornier S, affiancato all'HM3, alla fine degli anni '90. Dalla prima installazione e le prime esperienze cliniche con tale modello elettromagnetico, la collaborazione con la Dornier Med Tech ha portato alle modifiche del generatore XP e successivamente al modello XXP. Il successo terapeutico in termini di stone free rates, il basso tasso di complicanze e l'affidabilità del Litotritore DLS XXP, ha portato alla fine del 2008 allo smantellamento del litotritore HM3 ed alla acquisizione di un secondo litotritore DLS dotato di generatore elettromagnetico. Nel corso degli anni numerose sono state le presentazioni duran-



te Congressi nazionali ed Internazionali dei risultati clinici ottenuti presso l'INI di Grottaferrata. Durante i 25 anni dello Stone Center di Grottaferrata, parallelamente alle attività di litotrixis extracorporea si è sviluppata come logica conseguenza un'attività endourologica. Evento fondamentale per tale attività endourologica è stata l'acquisizione da parte della Clinica di uno dei primi Laser ad Olmio 15 W per il trattamento della calcolosi dell'apparato urinario (un secondo apparecchio 20 W si è affiancato nel 2008). La disponibilità di tali Holmium Laser ha portato a tutt'oggi ad una casistica di circa 2500 ureterolitotrixis laser e di circa 200 litotrixis intrarenali per via retrograda (RIRS). Anche tali esperienze sono sfociate in comunicazioni durante Congressi nazionali ed internazionali da parte dell'equipe dell'Unità funzionale di Urologia.

La collaborazione con la Dornier Med Tech ha quindi avuto una ulteriore spinta con la fornitura del Laser URO-BEAM 250 W per il trattamento della ostruzione dell'apparato urinario basso mediante vaporizzazione laser (attualmente l'esperienza con l'Urobeam ha superato il numero di 50 pazienti con un follow up maggiore di un anno in circa 40). Un ulteriore filone di cooperazione riguarda lo studio dell'efficacia clinica di un nuovo tipo di generatore di onde d'urto (XXP HP) dotato di una onda d'urto con maggiore penetrazione adatto per i soggetti con elevato body mass index.

Città Bianca

I RISULTATI DI UNO STUDIO SULLA SINDROME METABOLICA AL CONGRESSO INTERNAZIONALE DI VIENNA

I dati raccolti dalle "Giornate di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari" organizzate dal Servizio di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica della Divisione INI Città Bianca di Veroli, svoltesi tra dicembre 2009 e gennaio 2010, saranno presentati al Congresso internazionale sulla Pre-Ipertensione e Sindrome Metabolica, che si svolgerà a Vienna dal 24 al 27 febbraio 2011, con il titolo "Caratteristiche della Sindrome Metabolica in una popolazione rurale mediterranea". Nel corso delle giornate di prevenzione furono sottoposti a visita cardiologica, "gratuitamente", circa 200 pazienti in tre giornate di screening. Da un'analisi accurata dei dati è stato possibile osservare che la "sindrome metabolica" rappresenta una realtà "emergente" e misconosciuta come predittore di rischio di eventi cerebrovascolari (incremento della pressione sanguigna ed elettrocardiogrammi anormali).

Lo studio è stato condotto da: prof. Giuseppe Pannarale del Dipartimento Cuore e Grossi Vasi de la "Sapienza" Università di Roma; dott. Carmine Romaniello del Servizio di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica della Divisione INI Città Bianca di Veroli (Frosinone).



IL FONDO OCULARE: QUANDO E PERCHÉ STUDIARLO

È un esame che andrebbe fatto almeno una volta l'anno, in quanto permette di svelare in fase precoce eventuali patologie oculari, alcune delle quali spesso asintomatiche nelle loro fasi iniziali, ed intervenire per rallentarne e/o arrestarne il decorso.

L'esame del fondo oculare è quella parte della visita oculistica in cui si esaminano le strutture più nobili ed importanti dell'occhio, ovvero umor vitreo, retina, testa del nervo ottico. Tale esame è agevolato dalla precedente instillazione di collirio midriatico che serve appunto a dilatare l'iride e meglio studiare le strutture posteriori ad esso. Tale esame dovrebbe essere eseguito a scopo preventivo dalla popolazione generale almeno una volta l'anno, in quanto permette di svelare in fase precoce eventuali patologie oculari, alcune delle quali spesso asintomatiche nelle loro fasi iniziali, ed intervenire per rallentarne e/o arrestarne il decorso.

Per citare qualche esempio, basti pensare al glaucoma (con il tipico aspetto del nervo ottico che ne consegue) alle maculopatie giovanili e senili, alle alterazioni retiniche regmatogene del miopie (laser-trattate in fase precoce scongiurano il pericolo del distacco retinico!) alle membrane epiretinali, ai nevi e melanomi corio-retinici (se curati nelle fasi iniziali si può salvare la vita del paziente!), ai danni creati dal diabete a livello retinico (Retinopatia Diabetica) ecc.

A proposito di Diabete e Retinopatia, è utile sapere che il miglioramento dei mezzi terapeutici ha determinato negli ultimi 50 anni un considerevole aumento della durata della vita media dei diabetici e, di conseguenza, anche un incremento impressionante della incidenza della retinopatia diabetica (RD).

I fattori di rischio che influenzano l'evoluzione della retinopatia diabetica possono essere suddivisi in: fattori esterni (controllo metabolico e dieta, fumo, alcool, contraccettivi orali) fattori interni (età, ipertensione, lipidi, nefropatia, gravidanza ed eventuali patologie della ghiandola ipofisaria) e fattori oculari (miopia, ambliopia, glaucoma, distacchi posteriori di vitreo, corio-retinopatia e trattamento chirurgico della cataratta, i primi dei quali sembrano protettivi nei confronti della RD).

Nella gestione e nella prevenzione delle complicanze del diabete è molto importante un controllo metabolico preciso ed uno screening regolare, responsabilità per lo più del medico di base e del diabetologo, che devono lavorare in stretto contatto con l'oculista, il quale ha il compito di eseguire un'osservazione costante del fondo oculare dei pazienti diabetici, un'eventuale fluorangiografia retinica (FAG) ed OCT, per poi dare, in relazione alla forma di RD trovata, la più appropriata terapia. La fluorangiografia, che consi-

ste praticamente nell'esecuzione di fotografie del fondo oculare dopo iniezione di mezzo di contrasto, sembra ancora oggi il miglior metodo per la diagnosi precisa dello stadio della malattia e per l'individuazione di aree retiniche ischemiche. Altri esami a cui sottoporre costantemente il paziente con RD, sono l'OCT, metodica con la quale si valuta lo spessore retinico l'entità dell'edema maculare, e la microperimetria (MP) che invece esamina in maniera perfetta e ripetibile la funzione della retina. Tali esami, come anche la FAG, sono utili per monitorare l'eventuale efficacia della terapia.

La laser-terapia fotocoagulativa resta oggi, a 50 anni dalla sua nascita, il miglior sistema per la cura e la prevenzione delle complicanze più gravi della retinopatia diabetica. Per le forme di retinopatia con

edema maculare che non rispondono alla terapia con laser, esistono oggi diversi farmaci ad uso intraoculare (intravitreale), con azione antiangiogenetica, dotati di estrema efficacia. Essi si praticano in regime ambulatoriale ed in anestesia topica (con collirio). I più usati e scientificamente più studiati ed efficaci sono l'Avastin (Bevacizumab) ed il Triamcinolone acetone. Utile è comunque la somministrazione di farmaci ed integratori attivi sul microcircolo e sul trofismo della retina e del nervo ottico.

Tali nuove ed efficaci terapie vengono utilizzate oggi anche per la cura delle maculopatie senili, con brillanti risultati. La retinopatia diabetica è quasi sempre asintomatica nelle sue fasi iniziali, per cui è importante che tutti i pazienti diabetici eseguano frequenti controlli anche in



assenza di problemi oculari, con lo scopo di ritardarne l'insorgenza o di curarla tempestivamente qualora fosse presente; il trattamento immediato ed appropriato della retinopatia riduce, infatti, del 90% a 5 anni il rischio di cecità conseguente alla retinopatia.

Luca Iacobelli

Servizio Sanitario Nazionale

VARATO DDL SU FUNZIONALITÀ

(continua da pag. 1)

Dispositivi medici. Dalla data di entrata in vigore della legge e fino al 31 marzo 2012, le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici, compresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i dispositivi su misura, sono tenute, in occasione di ogni vendita effettuata a strutture del Servizio sanitario nazionale, al versamento a favore dell'acquirente di un contributo pari all'1 per cento della somma fatturata al netto dell'IVA. Prevista anche l'istituzione di un apposito tavolo presso il Ministero della Salute, con la partecipazione del Dipartimento per gli affari regionali, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero dello Sviluppo economico, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, di rappresentanti regionali e delle associazioni industriali maggiormente rappresentative, allo scopo di predisporre una proposta organica per la sostituzione della disciplina dei prezzi da porre a base d'asta.

Finanziamenti ricerca. Dal 2010 nell'ambito delle risorse previste per il finanziamento dei bandi di "ricerca finalizzata" una quota pari al 10 per cento di tali risorse è destinata a progetti di ricerca sanitaria presentati da ricercatori di età inferiore ai quarant'anni. Inoltre stabilisce che con Decreto del Ministro della Salute siano definite le modalità per consentire al singolo ricercatore di completare il progetto di ricerca qualora venga meno il rapporto con la struttura nella quale è stato avviato il suddetto progetto. Ciò significa che i finanziamenti sono destinati alla persona e non alle istituzioni.

Direttori scientifici Irccs. Il rapporto di lavoro del direttore scientifico può essere a carattere esclusivo o non esclusivo delle prestazioni e regolato da un contratto di diritto privato. Nel caso di rapporto non esclusivo, l'assunzione del-

l'incarico, dovrà comunque avvenire nel rispetto dell'ordinamento giuridico dell'amministrazione di appartenenza e comporterà la riduzione del 30% della retribuzione rispetto a quella prevista per il direttore scientifico con rapporto di lavoro esclusivo.

Pignoramenti. Disposto il divieto di atti di sequestro e pignoramento presso terzi a valere sui fondi destinati al finanziamento della ricerca sanitaria, corrente e finalizzata, svolta dagli enti destinatari dei finanziamenti di cui agli articoli 12 e 12-bis d.lgs. n. 502 del 1992.

Programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie. Ammessi a beneficiare degli interventi relativi ai programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 della legge n. 67 del 1988) anche l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e il Ministero della Salute, quest'ultimo relativamente alla realizzazione e ristrutturazione di locali destinati ad accogliere materiale per le attività svolte in favore del SSN.

Professioni sanitarie. Gli Ordini e le relative Federazioni dovranno essere Enti pubblici non economici istituiti al fine di tutelare i cittadini e gli interessi pubblici sottoposti alla vigilanza del Ministero della Salute. Istituito un Ordine specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli Albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione. E' prevista inoltre l'abrogazione delle attuali norme che indicano il diploma di specializzazione in odontoiatria quale requisito necessario per accedere al profilo professionale dirigenziale di odontoiatra e per il conferimento dell'incarico di responsabile di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale.

Segnalazione eventi avversi. Allo scopo

di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati e la sicurezza dei pazienti è prevista l'implementazione di sistemi di segnalazione degli eventi avversi per individuare le problematiche organizzative che concorrono a generare tali eventi nelle strutture sanitarie.

Cure termali. Prevista una delega per il riordino delle attività idrotermali. In particolare il Ddl consente, attraverso l'elaborazione di un testo unico meramente compilativo, di disporre di un quadro normativo certo, sul quale poter successivamente sviluppare iniziative di rilancio e sviluppo e per una politica di riqualificazione e promozione del patrimonio idrotermale, cui necessariamente si collegano le esigenze di valorizzazione del patrimonio ambientale.

Sanità elettronica. Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), fino ad oggi non disciplinato a livello nazionale da norme di carattere primario o secondario, è definito come l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

Il Fascicolo sanitario elettronico è istituito dalle Regioni e Province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Registri. Sono istituiti sistemi di sorveglianza e registri di rilevante interesse sanitario e di impianti protesici ai fini di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico al fine di garantire un sistema attivo di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di un rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.



(continua da pag. 1)

INFLUENZA, PREVENZIONE E CONTROLLO

seguenti sintomi respiratori: tosse, faringodinia, congestione nasale. Soprattutto nei bambini, le ILI, si possono manifestare anche con sintomi a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito, diarrea). Come osservato in tutte le stagioni influenzali, la fascia di età più colpita è quella dei bambini fino a 14 anni (in particolare il picco massimo è stato osservato nella fascia 0-4 anni, seguito dalla fascia 5-14 anni); l'incidenza decresce all'aumentare dell'età, e raggiunge il valore minimo negli anziani.

Alla sorveglianza epidemiologica si affianca la sorveglianza virologica, mirata alla caratterizzazione qualitativa dei diversi ceppi di virus influenzali circolanti, per aggiornare la composizione del vaccino annuale della stagione successiva.

Misure di igiene e protezione individuale. Recentemente l'ECDC ha valutato le misure di protezione personali utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza, ed ha raccomandato:

- il **lavaggio** delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici)
- una **buona igiene respiratoria** (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani)
- l'**isolamento volontario** a casa di delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale
- l'**uso di mascherine** da parte delle persone influenzate quando si trovano in ambienti sanitari

Tali misure si aggiungono a quelle basate sui presidi farmaceutici (uso di antivirali e vaccinazioni).

Antivirali. Sebbene la vaccinazione antinfluenzale annuale rappresenti la migliore strategia per la prevenzione delle complicanze delle infezioni da virus influenzali, i farmaci antivirali possono essere considerati come ulteriore presidio per il trattamento e la chemioprophilassi dell'influenza.

Gli antivirali:

- non sono un'alternativa alla vaccinazione;
- devono essere assunti sempre su prescrizione e sotto controllo medico;
- devono essere assunti con tempestività.

Vaccinazioni. Il vaccino antinfluenzale è indicato per la protezione di tutti i soggetti che non abbiano specifiche controindicazioni alla sua somministrazione.

Questi i gruppi di popolazione per cui

l'offerta attiva e gratuita di vaccinazione è prioritaria:

1. Soggetti di età pari o superiore a 65 anni;
 2. Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti affetti da: a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronica ostruttiva-BPCO); b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio; c) diabete mellito e altre malattie metaboliche; d) malattie renali con insufficienza renale; e) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie; f) tumori; g) malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV; h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale; i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici; j) patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie;
 3. Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico.
 4. Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza;
 5. Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti;
 6. Medici e personale sanitario di assistenza;
 7. Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio;
 8. Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori;
 9. Personale a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.
- Per finire, possono scegliere di vaccinarsi tutte le persone che desiderino evitare l'influenza per varie motivazioni (timore della malattia, viaggi, lavoro, ecc.), salvo quelle per cui esistano specifiche controindicazioni. È bene che tale scelta sia sempre effettuata con l'intervento del proprio medico. Il vaccino è disponibile presso le farmacie. (Fonte: ministero della Salute)

(continua da pag. 1)

NUOVA SPINTA VERSO IL FEDERALISMO SANITARIO

il calcolo del reale numero degli abitanti di ogni Regione, l'incidenza dell'età nel determinare i bisogni assistenziali e del peso dei fattori di povertà e di deprivazione culturale e sociale e di eventuali altri fattori, individuati d'intesa con le Regioni. Si tratta infatti di fattori in grado di incidere in maniera significativa nella variazione del bisogno tra diverse aree della popolazione. La Commissione auspica che si arrivi presto a un'intesa tra Stato e Regioni, e chiede un'accelerazione dei tempi per far sì, che il nuovo riparto sia realizzato entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto sui costi standard. Anche sul problema dei disavanzi sanitari la Commissione ha indicato le coordinate per uscire dall'impasse. Occorre innanzitutto introdurre procedure e regole contabili uniformi, certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie sulla base di modelli comuni e confrontabili, uniformità dei sistemi di raccolta e elaborazione dei dati per consentire efficaci correttivi di spesa e un primo monitoraggio sull'effettiva copertura dei Lea.



SERVIZI AMBULATORIALI

- Acceleratore lineare 18MeV** (Resp. Dr. M. Nappa)
- Ambulatorio di Ecografia** (Resp. Dr. G. Magnani)
- Ambulatorio di Fisiatria** (Resp. Dr. D. Lucchetti)
- Angiologia** (Resp. Prof. F. Serino)
- Broncopneumologia e Allergologia** (Resp. Dr. F. Ceccherini)
- Capillaroscopia** (Resp. Dr.ssa I. D'Emilia)
- Cardiologia** (Resp. Dr. R. Berionne)
- Centro Antidiabetico** (Resp. Dr. R. Scalpone)
- Centro di alta specializ. per la cura delle cefalee** (Resp. Dr.ssa J. Faroni)
- Centro per la cura della Sclerosi multipla** (Resp. Dr.ssa J. Faroni)
- Centro per la diagnosi e cura della Malattia di Parkinson** (Resp. Dr. L. Calandriello)
- Centro di Odontoiatria** (Resp. Dott. L. Angelovici)
- Centro per la cura dell'obesità e sovrappeso** (Resp. Dr. L. Pecchioli)
- Centro per la cura della sordità, del russamento e delle apnee notturne** (Resp. Dr. L. Pecchioli)
- Chirurgia Generale** (Resp. Dr. M. Di Renzo)
- Chirurgia della mano** (Resp. Prof. Giulio Basoccu)
- Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica** (Resp. Prof. Giulio Basoccu)
- Dermatologia** (Resp. Dott. Gianluca Pagnanelli)
- Diagnostica per immagini** (Resp. Dr. G. Brughitta)
- Endocrinologia** (Resp. Prof. G. Messina)
- Endoscopia digestiva** (Resp. Dr. Pecchioli)
- Epatologia e malattie infettive** (Prof. C. De Bac)
- Fisiocinesiterapia** (Resp. Dr. Ernesto Cotichelli)
- Ginecologia** (Resp. Prof. Iride Bosi)
- Laboratorio analisi** (Resp. Dr. G. Tofini)
- Medicina nucleare** (Resp. Dr. C. Barbarossa)
- Neurochirurgia** (Resp. Dr. S. Coscia)
- Neurologia** (Resp. Dr. L. Calandriello)
- Oculistica** (Resp. Dr. L. Iacobelli)
- Oncologia** (Resp. Prof. G. Lanzetta)
- Ortopedia e traumatologia** (Resp. Prof. F. Bove)
- Otorinolaringoiatria** (Dott. R. Cerruto, Dott.ssa P. Mancini)
- Psicologia clinica** (Resp. Dott.ssa C. Semerari)
- Reumatologia** (Resp. Prof. D.G. Faroni)
- Urologia e andrologia** (Resp. Dr. F. De Marco)
- Litotrissia articolare** (Resp. Dr. N. Campaniello e Dr. L. Pietrosanti)
- Servizio di traumatologia e riabilitazione nello sport** (Resp. Dott. D. Lucchetti)

COME ARRIVARE ALLA DIVISIONE GROTTAFERRATA

IN AUTO

Da Roma GRA

SS 511 Anagnina per 2,2 Km fino al Bivio di Via della Mola Cavona. Al semaforo girare a destra e percorrere via della Mola per 900 m. girare a sinistra per vicolo della MOLA percorrendola per 3,4 Km. All'incrocio con Via di S. Anna girare a destra e percorrere Via di S. Anna per 300 metri, al bivio svoltare a sinistra

IN TRENO

Roma Termini/Frascati/Roma Termini

ANDATA

Roma Termini - Frascati linea FM4 in 30 minuti circa, con fermate intermedie a Capannelle e Ciampino. Primo treno da Roma Termini alle ore 5,46 ultima partenza da Roma Termini alle ore 21,52 con frequenza ogni ora circa.

RITORNO

Frascati - Roma Termini linea FM4 in 30 minuti circa con fermate intermedie a Ciampino e Capannelle. Primo treno alle ore 5,11, ultima partenza alle ore 22,31 con frequenza ogni ora circa.



Divisione Grottaferrata

Casa di Cura Accreditata con il SSN
Certificata UNI EN ISO 9001:2008
Via S. Anna, snc
00046 Grottaferrata (RM)
Tel. 06 942851
Direttore sanitario:
Dott. Giuseppe Pulvirenti

ATTIVITÀ DI RICOVERO

Raggruppamento di medicina
(Resp. Prof. D.G. Faroni)

Unità funzionale di medicina neurologica
(Resp. Dr. L. Calandriello)

Unità funzionale di medicina reumatologica
(Resp. Prof. D.G. Faroni)

Unità funzionale di medicina urologica
(Resp. Dr. F. De Marco)

Unità funzionale per le malattie disfunzionali
(Resp. Prof. D.G. Faroni)

Raggruppamento di riabilitazione

(Primario. Dott. D. Lucchetti)

Raggruppamento di chirurgia ortopedica
(Primario. Prof. F. Bove)

Raggruppamento di oncologia
(Primario. Prof. G. Lanzetta)

ATTIVITÀ IN DAY HOSPITAL

Day Hospital oncologico

(Resp. Dr. G. Lanzetta)

Day Hospital riabilitativo

(Resp. Dott. D. Lucchetti)

Day Hospital medico

(Resp. Dr. I. D'Emilia)

Day Hospital chirurgico

(Resp. Prof. F. Bove)

SERVIZI

Religiosi, bar, edicola giornali, parcheggio, sportello Bancomat Sanpaolo - INI

RICOVERI PRIVATI

CONVENZIONI CON ASSICURAZIONI

(Per informazioni rivolgersi allo sportello oppure chiamare lo **06 94285488** - lun. mart. gio. dalle ore 10.00 alle ore 13.00)

PRENOTAZIONI ON-LINE DELLE VISITE SPECIALISTICHE

(Tramite il sito web www.gruppoini.it)

Roma Termini/Marino/Roma Termini ANDATA

Roma Termini - Marino linea FM4 (linea per Albano Laziale) in 30 minuti circa con fermate intermedie a Capannelle e Ciampino. Primo treno da Roma Termini alle ore 5,51, ultima partenza da Roma Termini alle ore 21,06 con frequenza ogni ora circa.

RITORNO

Marino - Roma Termini linea FM4 (linea da Albano Laziale) in 30 minuti circa con fermate intermedie a Ciampino e Capannelle. Primo treno da Marino alle ore 6,20, ultima partenza da Marino alle ore 23,40 con frequenza ogni ora circa.

IN AUTOBUS

ANDATA

Da Roma Anagnina a Grottaferrata, in 30 minuti circa, prima partenza alle ore 05,00, ultima partenza alle ore 23,40 con frequenza ogni ora a circa.

RITORNO

Da Grottaferrata a Roma Anagnina, in 30 minuti circa, prima partenza alle ore 05,15, ultima partenza alle ore 23,40 con frequenza ogni ora circa.

SERVIZIO NAVETTA

Gratuito e giornaliero (il sabato pomeriggio e i festivi non è attivo)

INI - Frascati 7.45 / 10.00 / 12.05 / 14.05

Frascati - INI 8.30 / 10.30 / 12.30 / 14.30

INI - Albano 9.05 / 11.05 / 13.05 / 15.05

Albano - INI 9.30 / 11.30 / 13.30 / 15.30

INI - Marino una corsa ogni ora a partire dalle ore 7.05 fino alle ore 15.05

Marino - INI dopo la corsa delle 7.15, una corsa ogni ora a partire dalle ore 8.40 fino alle ore 15.40



Direttore scientifico: **Prof. Delfo Galileo Faroni**

Direttore editoriale: **Jessica Faroni**

Direttore responsabile: **Luciano Pecchi**

e-mail: ininews@gruppoini.it

Registrazione Tribunale di Roma n.64/2002 del 15/02/2002

Editore **Giulia s.r.l.**

Via Sardegna, 50 - Roma 00187

Tel. 06 94534700 - Fax 06 94534735

Stampa: **Balzanelli s.r.l.**

Via A. Einstein, 4/6

00015 Monterotondo Scalo (RM)

Videoediting e impaginazione:

wakingdreams communications srl