

# il caduceo

Vol.12, n° 4 - 2010



## Il Caduceo

Rivista di aggiornamento  
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE  
AL TRIBUNALE DI ROMA  
AUT. N° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE  
**M. Sperone**

DIRETTORE SCIENTIFICO  
CO-EDITOR  
**B. Trinti**

COMITATO SCIENTIFICO  
**F. Palazzo, A.F. Radicioni,  
S. Sciacchitano, A. Torre.**

COORDINAMENTO EDITORIALE  
**S. Trinti**

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
**A. Cecchi**

EDITORE  
**RM '81 S.p.a.**  
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA  
**Arti Grafiche Tris S.r.l.**  
Via delle Case Rosse, 23  
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE NEL MESE  
DI DICEMBRE 2010  
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina  
**Flora** by digitalblasphemy

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,  
edita a cura dell'Unione Sanitaria Internazionale in  
collaborazione con Cancer Therapy & Prevention  
Research Association - Onlus.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della  
rivista devono essere autorizzate per iscritto  
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari  
di Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità  
degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI  
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:  
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma  
Tel. 06.32.868.34.04  
Fax 06.77.25.04.82  
ilcaduceo@hotmail.com  
[www.usi.it](http://www.usi.it)

  
Unione Sanitaria Internazionale

## SOMMARIO

1. Sommario
2. Istruzioni agli Autori
3. Il gioco d'azzardo patologico  
*M. Caponi*
6. La dislessia: uno strano disturbo  
*F. Marsiglio, V. Guaraldo*
8. La nostra missione? Il loro sorriso
11. Cenni sulle preparazioni farmaceutiche  
dei rimedi omeopatici  
*P. D'Annibale, M. D'Annibale*
15. LILT: Si scrive screening, si legge prevenzione
20. LILT: Ricerca conoscitiva sul livello  
di dipendenza e la motivazione a smettere  
di fumare in persone affette da patologie  
da fumo: ipotesi di intervento  
*I. Mancinelli, M. Di Domenico*
25. Tariffe DRG: una storia tutta all'italiana  
*E. Rosati*
26. NETWORK NEWS
28. Smile Train Italia: A Natale dona un sorriso  
ai bambini di Smile Train!
31. "Mi fa male il fegato... Mi devo preoccupare?"  
*Intervista a Giovanni Galati*
33. Nuove tecniche iniettive: "Hydro-lift" e "Perlift"  
*S. Dima*
35. Un amore all'improvviso,  
prima la magia poi la... chiromanzia  
*M. Trecca*

# ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche, lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.

Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2007). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista.

Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

## Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. SOMMARIO. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. INTRODUZIONE. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. MATERIALI E METODI. Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. RISULTATI. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimo-

strabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. RINGRAZIAMENTI. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. BIBLIOGRAFIA. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

*Bosch FX, Munoz N. The causal relation between HPV and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55: 244-65*

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori.

## Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

## Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

## Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche.

Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

**N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.**

# Il gioco d'azzardo patologico



*Marica Caponi*  
Psicologa



Il gioco d'azzardo patologico rappresenta un disturbo in via di espansione, che oggi, più che mai, meriterebbe la nostra attenzione al fine di rendere possibile il riconoscimento di un comportamento problematico legato al gioco. È una delle prime forme di "dipendenza senza droga" studiate che ha ben presto attratto l'interesse della psicologia e della psichiatria, al punto che si continua spesso a riparlarne in relazione alle sue conseguenze piuttosto serie sulla salute ed in particolare sull'equilibrio mentale che questo tipo di problema è in grado di produrre.

## Definizione del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Secondo i criteri classificatori tradizionali della psichiatria si può parlare di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) quando esiste un comportamento persistente, ricorrente e disadattivo di gioco d'azzardo, intendendo in quest'ultimo caso che il gioco è in grado di avere delle pesanti ricadute negative sulla vita personale, sociale e lavorativa del giocatore (A.A.V.V., 2001).

L'Associazione psichiatrica Americana (APA) ha classificato il Gioco d'Azzardo Patologico all'interno dei "Disturbi del controllo degli impulsi", in quanto un giocatore patologico è consapevole che il suo comportamento danneggia le sue relazioni personali, matrimoniali, familiari e lavorative, tuttavia è incapace di resistere all'impulso di giocare. Gli impulsi sono pensieri o azioni stereotipati e ripetitivi "non legati all'ansia", ma ad uno stimolo provocativo di tipo sensoriale o cognitivo, senza alcuna resistenza e la cui esecuzione è fonte di piacere (egosintonia). Il GAP ha anche grande affinità con i Disturbi Ossessivo-Compulsivi (DOC) in cui le compulsioni, a differenza degli impulsi, sono "legate alla riduzione dell'ansia" o all'evitamento di un evento temuto e contrastate da un certo grado di resistenza, con conseguente messa in pratica di un atto considerato spiacevole (egodistonico). Ciò che differenzia il GAP dal DOC, è l'eccessivo dubbio mostrato dai pazienti ossessivo compulsivi, che manca invece nei giocatori patologici; al contrario la possibilità della vincita tende ad assumere i caratteri della certezza. Un'altra analogia è quella tra GAP e disturbi legati all'uso di sostanze. Il GAP fa parte delle New Addictions, nuove forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica. L'oggetto della dipendenza è in questo caso un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata.

Una caratteristica di personalità correlata ai problemi di gioco d'azzardo è sicuramente la "Sensation-Seeking", ossia la tendenza a ricercare sensazione forti e a sperimentare il rischio.

Secondo l'interpretazione di Zuckerman, il tratto di personalità SS è correlato alle differenze inter-individuali del sistema "arousal", in particolare al suo livello basale di funzionamento ed al suo livello di reattività

agli stimoli ambientali. Sarebbe possibile evidenziare in ogni soggetto un livello ottimale di "arousal" corrispondente ad un livello ottimale di gratificazione "tonica" da stimoli ambientali. Al di sotto di una soglia di attivazione specifica ed individuale, nascerebbe il comportamento Sensation Seeking (SS) di ricerca attiva degli stimoli, quale risposta adattativa del soggetto alla perdita del tono sensoriale gratificante. Precisa inoltre, che l'aspetto più rilevante della dinamica SS è rappresentato dall'intensità dello stimolo, piuttosto che dal tipo di stimolo ricercato. L'intensità dello stimolo ricercato sarebbe, inoltre, proporzionale al deficit di gratificazione connesso all'insorgere del comportamento SS.

## Aspetti epidemiologici del gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta (pari a circa 30 milioni di scommettitori). Secondo i dati S.I.I.Pa.C i malati di GAP in Italia sono circa 700.000. Il fenomeno è più diffuso tra gli uomini di età compresa tra i 20 e i 60 anni, per cui i maschi risultano più coinvolti delle femmine in questa problematica, anche se nel tempo questa differenza tende a diminuire (rapporto M/F da 9:1 a 3:1). L'età media delle donne con problemi legati al gioco è più alta dei maschi, ma il percorso verso la dipendenza è più veloce. Rispetto alla popolazione generale adulta, la prevalenza di soggetti in età giovanile con gambling problematico risulta essere quasi il doppio (5-6%). Secondo un'indagine S.I.I.Pa.C. su circa 2.800 studenti di età compresa tra i 13 e i 21 anni quasi il 10% sono risultati essere giocatori problematici e il 5% patologici (grafico 1).

In letteratura esistono molti studi che si sono occupati di comorbilità: in uno dei più recenti (Petry N. M, 2005), realizzato su un campione di giocatori d'azzardo patologici è stato calcolato che il 73% erano anche alcolodipendenti, il 38% dipendenti da altre sostanze psicotrope illegali, il 60% erano tabagisti, il 50% presentavano disturbi dell'umore, il 41% disturbi d'ansia e il 61% disturbi della personalità (grafico 2). In Italia i dati epidemiologici sul fenomeno del gioco d'azzardo patologico non si discostano molto da quelli internazionali.

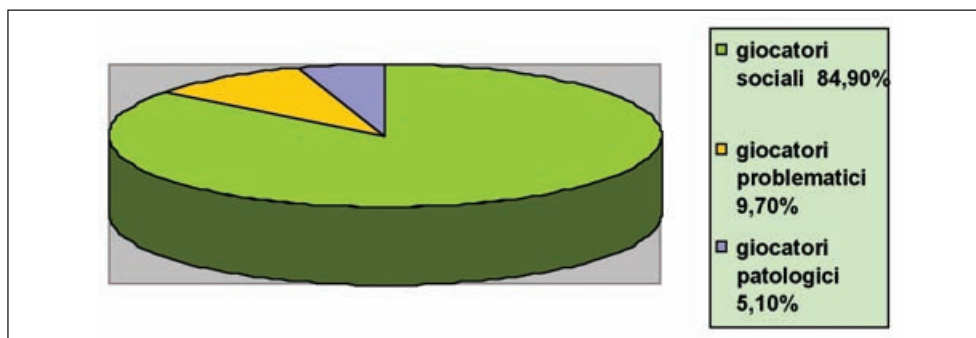


Grafico 1

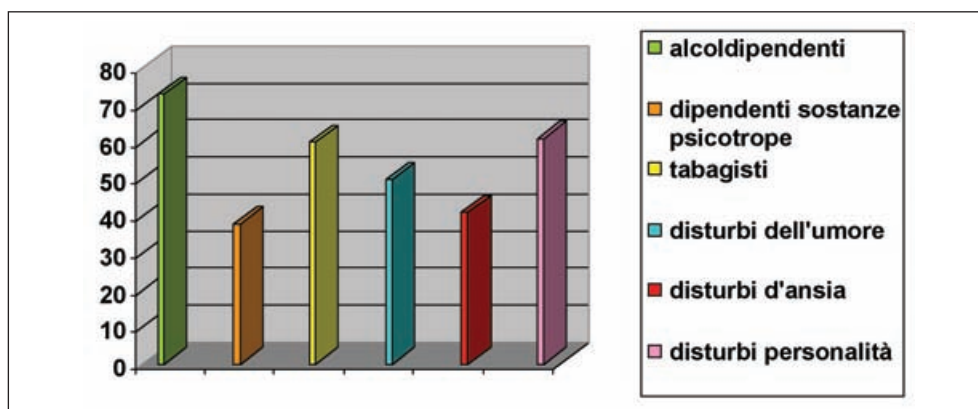


Grafico 2

### Caratteristiche del giocatore d'azzardo patologico

Generalmente si inizia a giocare per divertimento e svago, ma dopo aver vissuto la fase della vincita (Custer, 1982) si capisce che questo passatempo può diventare redditizio e allora lo si inizia a vedere come mezzo possibile per avverare i propri desideri e per un riscatto sociale.

Guerreschi (2000) classifica i giocatori patologici in diverse categorie (Tabella I).

### Sintomi e conseguenze

I principali sintomi prodotti dal gioco d'azzardo sono rappresentati in tabella II.

Si può parlare di una vera e propria **"dipendenza dal gioco d'azzardo"** se sono presenti sintomi di tolleranza

**Tabella I - Classificazione giocatori**

Giocatori sociali	Il gioco è un'occasione per socializzare e divertirsi
Giocatori compulsivi	Il gioco è vissuto come un obbligo insensato ma necessario
Giocatori d'azione	Il gioco ha un effetto di tipo euforizzante
Giocatori per fuga	Il gioco come alleviamento delle sensazioni di ansia, depressione, rabbia, noia, solitudine
Giocatori professionisti	Il gioco diventa un "lavoro" e una forma di mantenimento

**Tabella II - Sintomi principali del gioco d'azzardo**

Sintomi Psicici	Sintomi Fisici	Sintomi Sociali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ossessione del gioco</li> <li>• Senso di onnipotenza</li> <li>• Alterazioni tono dell'umore</li> <li>• Persecutorietà</li> <li>• Senso di colpa e perdita autostima</li> <li>• Tendenza alla superstizione</li> <li>• Aumento dell'impulsività</li> <li>• Distorsione della realtà</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterazioni dell'alimentazione</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Dolori allo stomaco (ulcere, coliti)</li> <li>• Insonnia</li> <li>• Sintomi fisici dell'ansia (tremori, sudorazione, palpitazioni...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Danni economici</li> <li>• Danni morali</li> <li>• Danni sociali</li> <li>• Danni familiari</li> <li>• Danni lavorativi</li> </ul>

za, come il bisogno di aumentare la qualità di gioco, sintomi di astinenza, come malessere legato ad ansietà e irritabilità associati a problemi vegetativi o comportamenti criminali impulsivi e sintomi di perdita del controllo manifestati attraverso incapacità di smettere di giocare.

Tra le conseguenze del GAP troviamo il **rischio di suicidio**, che è superiore quattro volte rispetto alla media dell'intera popolazione. A ciò bisogna aggiungere i danni creati dalla frequente associazione con altre dipendenze, soprattutto da alcol o altre sostanze stupefacenti.

### Trattamento e cura del gioco d'azzardo patologico

Dal momento che il gioco d'azzardo è stato riconosciuto come un vero e proprio disturbo psicologico, distinto da altre problematiche, necessita di un intervento terapeutico strutturato. L'obiettivo della cura deve essere dapprima l'astinenza del comportamento e poi successivamente il raggiungimento di una condizione di sobrietà, cioè un cambiamento dello stile di vita che permetta di essere più forti verso le possibili ricadute. Il giocatore patologico, anche dopo aver smesso di giocare, ha bisogno nella maggior parte dei casi di un intervento teso il più possibile a rimuovere i danni a livello psicologico, medico e sociale, prevenendo un eventuale ritorno alla malattia (ricaduta). Oltre a questo, è importante che l'individuo da soggetto passivo e dipendente (dal gioco e dalla patologia) diventi soggetto attivo e indipendente, in grado di prendere decisioni e affrontare cambiamenti in modo autonomo e responsabile.

Ciò che va sottolineato è che, attraverso metodi individuali, di gruppo terapeutico, di auto-aiuto o di comunità, gli obiettivi terapeutici vanno sempre centrati sulla possibilità di modificare, oltre che il comportamento di gioco, il substrato cognitivo fatto di pensieri legati all'idea che prima o poi arriverà il giorno in cui il gioco potrà cambiare la propria vita risolvendo magicamente i propri problemi. Un programma terapeutico, volto al recupero del giocatore patologico, prevede diverse fasi di trattamento. Innanzitutto l'utente viene sottoposto ad un primo colloquio di motivazione, che ha l'obiettivo di costruire e rafforzare la motivazione al cambiamento. Sono in seguito previste: psicoterapie individuali, riferendosi ad ogni interazione tra paziente e psicologo, all'interno di una situazione ben stabilita e orientata al raggiungimento degli scopi prefissati; psicoterapie di gruppo, in cui non viene preso in considerazione il singolo individuo, ma il gruppo che è inteso come agente di modificazione; psicoterapie familiari, che hanno lo scopo di facilitare una presa di coscienza delle varie ed eventuali problematiche interne, creare momenti di confronto che permettono di alleviare le tensioni, progettare e proporre momenti efficaci di dinamiche interattive idonee alla quotidianità e al reinserimento del soggetto; gruppi di auto-aiuto, che hanno lo scopo di favorire lo scambio e il confronto attivo con quanti vivono questa situazione di disagio. Il vivere in

un gruppo di pari condizioni, favorisce l'acquisizione di nuove modalità comportamentali, necessarie ad attivare la motivazione al cambiamento e al senso di responsabilità. Uno scambio periodico e costante tra persone accomunate dallo stesso disagio non sostituisce un percorso terapeutico, ma costituisce un mezzo valido per assicurare un sostegno emotivo a tutti i partecipanti. Si tratta di offrire e di offrirsi, anche in questa maniera, l'opportunità di esplorare nuove risorse che consentano di guardare al proprio essere nel mondo in un'ottica di trasformazione, di crescita e di speranza.

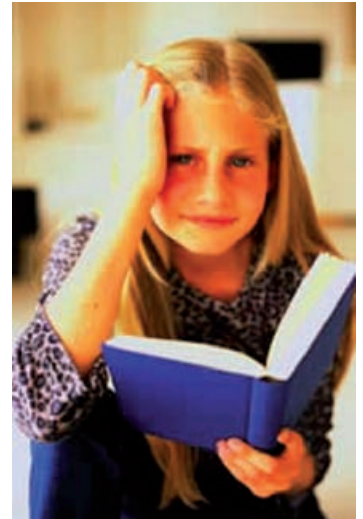
### Bibliografia

1. AA.VV., Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, il problema, le forme di intervento, Franco Angeli, 2001.
2. Bergler E., La psicologia del giocatore, Newton, 1974.
3. Bion W. R., Esperienze nei gruppi a altri saggi, [1961], trad. it. di S. Muscetta, Roma: Armando, 1997.
4. Cancrini R., Una tossicomania senza farmaci, prefazione a Dostoevskij F., Il giocatore, Roma: Ed. U.P., 1996.
5. Croce M., Il gioco tra nuove proposte e vecchie contraddizioni, a cura di MAG, Venezia, 2000.
6. Custer R.L., Profile of the pathological gambler. In Journal of Clinical Psychiatry, 1984.
7. Custer R.L., The diagnosis and scope of pathological gambling, Edizioni Galski, 1987.
8. Dickerson, Le dipendenze da gioco: Come diventare giocatori e come smettere, Gruppo Abele, 1993.
9. Douglas M., Rischio e colpa, Il Mulino, 1996.
10. Fernandez F.A., Le altre droghe, Ed. Universitarie, 1999.
11. Greenberg H.R., Psychology of gambling, in Kaplan et al., Textbook of Psychiatry, W&W, 1980.
12. Guerreschi C., Il gioco d'azzardo patologico, Città di Bolzano, 1999.
13. Guerreschi C. (2000) Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico. San Paolo. Milano.
14. Guerreschi C., L'azzardo si veste di rosa, Franco Angeli, 2008.
15. Lavanco G., Varveri L., Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa, Carocci, 2006.
16. Lesieur H.R., Costs and treatment of pathological gambling, in Annals, 556, 1998.
17. Maggiolini A., Riva E., Adolescenti e trasgressivi, Franco Angeli, 1999.
18. Marinelli A., La costruzione del rischio, Franco Angeli, 1993.
19. Pani R., Biolcati R., Le dipendenze senza droghe, UTET Università, 2006.
20. N.M. Petry, Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment, Washington (DC): American Psychological Association, 2005.
21. Valleur M., Le jeux pathologiques, P.U.F., 1997.
22. Zuckerman M., La ricerca di forti sensazioni, Psicologia contemporanea, 59.

# La Dislessia: uno strano disturbo

*Fulvia Marsiglio e Valentina Guaraldo*  
Psicologia clinica

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 244 del 18 Ottobre 2010 è finalmente una legge dello Stato l'atto approvato in via definitiva dal Senato alla fine di settembre che riconosce e definisce alcuni disturbi specifici di apprendimento (DSA) in ambito scolastico quali **dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia**. Grazie a questa norma si riconosce l'esistenza di questi disturbi stimolando la scuola a individuarli precocemente e definendo i luoghi del percorso diagnostico. La legge sancisce il diritto a usufruire dei provvedimenti compensativi e dispensativi lungo tutto il percorso scolastico compresa l'Università e assicura la preparazione degli insegnanti e dei dirigenti scolastici. Per le famiglie sarà inoltre garantita la possibilità di usufruire di orari di lavoro flessibili. Inoltre, qualora non sia disponibile effettuare diagnosi presso le strutture del Ssn, la legge dà la possibilità di effettuarle presso strutture accreditate.



## Ma di cosa stiamo parlando?

La *dislessia* è una disabilità specifica dell'apprendimento. Rientra nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). Con questo termine ci si riferisce ai disturbi che riguardano le abilità scolastiche, in particolare: *dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia*. Tutti questi sono **problemi specifici**, la cui caratteristica peculiare è proprio quella di interessare un preciso dominio di abilità (lettura, scrittura, calcolo) lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale.

La *dislessia*, in particolare, è una difficoltà che riguarda la capacità di leggere e scrivere in modo corretto e fluente che riguarda, solo in Italia, il 5% della popolazione in età scolastica.

L'ostacolo maggiore che incontra un bambino dislessico è il riconoscimento della parola e delle lettere che la compongono, difficoltà spesso definita come **cecità per la parola**: è come se per il bambino quella parola non ci fosse, non riuscisse a vederla.

Un'altra caratteristica della dislessia è che non è causata da un deficit di intelligenza né da problemi ambientali o psicologici o da deficit sensoriali o neurologici.

Per cercare di comprendere l'etiologia della dislessia, serve definire il termine di **percezione** e di **deficit di percezione**.

## Un problema di percezione e automazione

Ognuno di noi entra in contatto ed interagisce col mondo esterno attraverso i cinque sensi. Grazie ad essi riceviamo informazioni importanti da elaborare e confrontare con altre informazioni precedentemente acquisite, in modo tale da poter fornire una risposta adeguata allo stimolo. Questa capacità di integrazione delle informazioni è la percezione.

Il bambino con dislessia, pur avendo perfettamente

intatti e funzionanti la vista, l'udito, la capacità di pronunciare le parole e i suoni, ha un deficit di percezione, ovvero, non riesce ad integrare efficacemente le informazioni perché alcune di esse è come se non venissero registrate e quindi fosse impossibile utilizzarle e tirarle fuori al momento giusto.

Leggere e scrivere sono considerati atti così semplici e automatici che risulta difficile comprendere la fatica di un bambino dislessico, ma per capire esattamente di cosa si sta parlando, bisogna porre l'attenzione sul concetto di "automatico".

Il bambino con deficit di percezione deve imparare ad integrare i suoi sensi e a rendere automatica questa capacità.

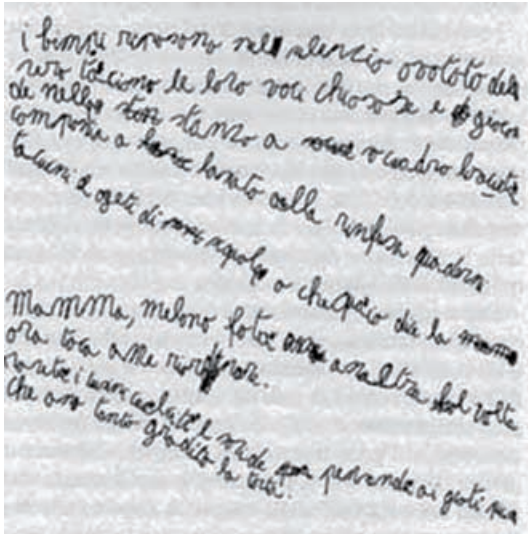
Il saper leggere altro non è che la capacità di decodificare simboli e suoni. Nella letto-scrittura, infatti, ad ogni simbolo corrisponde un suono e viceversa.

Leggere, quindi, è un'attività che diventa particolarmente difficile per chi ha un deficit di percezione e non riesce ad automatizzare il riconoscimento di suoni-simboli.

A causa del deficit di percezione, il bambino con dislessia, avrà difficoltà a percepire correttamente le lettere e i suoni ad esse correlati, a leggere bene, scrivere correttamente, comporre e comprendere brani e compitare.

Durante la lettura ci saranno molti errori e questa potrà essere molto lenta. Il bambino spesso compie, nella lettura e nella scrittura, errori caratteristici come l'inversione di lettere e di numeri (es. 21 - 12) e la sostituzione di lettere (m/n, v/f, b/d). A volte non riesce ad imparare le tabelline e alcune informazioni in sequenza come le lettere dell'alfabeto, i giorni della settimana, i mesi dell'anno. Può fare confusione per quanto riguarda i rapporti spaziali e temporali (destra/sinistra, ieri/domani, mesi e giorni, lettura dell'orologio), non riuscendo, per esempio, a scrivere nelle righe del quaderno e può avere difficoltà a esprimere verbalmente ciò che pensa. Avrà sicuramente difficoltà a copiare dalla lavagna e a prendere nota delle istruzioni impartite oralmente.

## La Dislessia: uno strano disturbo



Il bambino dislessico non è completamente incapace di leggere e scrivere, ma riesce a farlo solo impegnando al massimo le sue capacità e le sue energie, poiché non può farlo in maniera automatica e perciò si stanca facilmente, commette errori, rimane indietro, non impara.

Tramite un programma di rieducazione specifico si cerca di facilitare l'automatizzazione e allenare il bambino in questa attività per lui così difficile e faticosa.



### Dislessia e disagio psicologico

Il disturbo specifico comporta un impatto significativo e negativo per l'adattamento scolastico e /o per le attività della vita quotidiana.

Purtroppo è molto frequente che le difficoltà specifiche di apprendimento non vengano individuate precocemente. Quando questo accade, il bambino è costretto a vivere una serie di insuccessi scolastici a catena senza che se ne riesca a comprendere il motivo. Quasi sempre i risultati insoddisfacenti a scuola vengono attribuiti allo scarso impegno del bambino, al disinteresse verso le varie attività o alla distrazione e così, questi alunni, oltre a sostenere il peso della pro-

pria incapacità, se ne sentono anche responsabili e colpevoli.

L'insuccesso prolungato porta, inevitabilmente, ad una scarsa affezione allo studio e alla scuola; la fatica dei bambini dislessici è talmente grande che impegnarsi in un'impresa che sembra impossibile non può portare ad altro che ostilità verso l'istituzione scuola. C'è però una conseguenza ancora più grave: l'insuccesso prolungato genera, inevitabilmente, scarsa autostima. Dalla mancanza di fiducia nelle proprie possibilità scaturisce un disagio psicologico che, nel tempo, può strutturarsi e dare origine ad una elevata demotivazione all'apprendimento e a manifestazioni emotivo-affettive particolari quali la forte inibizione, l'aggressività, gli atteggiamenti istrionici di disturbo di classe e, in alcuni casi, la depressione.

### Cosa si può fare?

Vista la complessità del problema, risulta chiaro che ciò che si può fare all'interno della scuola e in famiglia è importante, ma non sufficiente. È necessario un sostegno esterno costante, che dia sicurezza e solidità al bambino e di riflesso anche alla sua famiglia. Perché ciò avvenga c'è bisogno, prima di ogni altra cosa, di fare una corretta diagnosi.

La diagnosi precoce offre indiscutibilmente buone garanzie per la riduzione dei disturbi, solo se seguita e accompagnata da una Terapia Strutturata e adattata alle esigenze del bambino.

La terapia migliore sarà quella **Diagnostico-induttiva**, ciò vuole dire che il terapeuta dovrà tenere conto, in ogni momento, dell'implicazione di ogni risposta del bambino e dovrà conoscere la materia così a fondo da poter modificare all'uopo la sequenza del test personalizzando così l'intervento per ogni bambino. Una terapia efficace porterà all'automatizzazione di quei processi che non sono scontati per i dislessici grazie ad un continuo controllo del livello raggiunto e alla possibilità di "correggere il tiro" in corso d'opera. La flessibilità, l'attenzione al bambino e il continuo aggiornamento della terapia sono le carte vincenti per aiutare questi bambini ad affrontare le sfide a cui sono sottoposti ogni giorno.

È necessario un processo diagnostico e terapeutico personalizzato per potere davvero ottenere risultati soddisfacenti!

**“Il misero non ha altra medicina che la speranza.”**

*William Shakespeare*



Associazione Luigi Sperone - ONLUS

## LA NOSTRA MISSIONE? IL LORO SORRISO

LAVORIAMO PER REALIZZARE PROGETTI SANITARI IN ITALIA  
E NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

### Presentazione

L'Associazione prende nome dal fondatore del gruppo sanitario U.S.I. ed è stata costituita per proseguire il suo impegno e i suoi insegnamenti in campo socio-sanitario, in cui l'azienda opera con successo da oltre 50 anni nella Regione Lazio. In quest'ottica quindi l'Associazione intende dare il proprio contributo a sostegno di progetti sia di sviluppo integrato che di emergenza nei paesi in via di sviluppo.

L'Organizzazione vuole essere indipendente da formazioni politiche e vuole agire nel pieno rispetto delle culture locali in un'ottica di auto sviluppo e di autodeterminazione.



### Le finalità dell'Associazione

- inviare un coordinatore logistico che analizzerà le condizioni del territorio e valuterà i requisiti necessari alla missione (veicoli e trasporti, elettricità e telecomunicazioni);
- collaborare con Ministeri per specifiche cooperazioni in accordo con le autorità locali;
- collaborare con ospedali, cliniche ed istituti universitari;
- sensibilizzare e preparare personale socio sanitario e tecnico idoneo all'espletamento delle attività progettuali;
- migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari locali promuovendo la medicina di base e comunitaria, realizzando adeguate infrastrutture e formando personale medico, infermieristico e tecnico.

*Vorremmo operare realizzando:*

- ospedali e/o farli costruire;
- laboratori e strutture diagnostiche polifunzionali inserite nei rispettivi sistemi sanitari internazionali;
- progetti sanitari di base ed interventi integrati di sviluppo comunitario, educazione sanitaria e formazione di operatori sanitari di base;
- scuole sanitarie che contribuiscono alla formazione degli specialisti locali;
- interventi di emergenza per fronteggiare calamità naturali o provocate dall'uomo;

L'Associazione no-profit è finanziata con il contributo di privati ed Enti che credono nel progetto e desiderano supportare le nostre iniziative.

*L'Organizzazione è in grado di provvedere autonomamente alla gestione di tutti gli aspetti progettuali quali:*

- studio e fattibilità e stesura del documento di progetto;
- fornitura di tecnologia biomedica;
- supervisione e valutazione delle attività.

*Ci prefiggiamo di poter gestire in maniera autonoma inoltre:*

- selezione e formazione del personale espatriato;
- realizzazione e gestione di strutture sanitarie;
- educazione sanitaria e formazione del personale locale;
- raccolta fondi.

**Assicurare la corretta destinazione dei fondi è un impegno imprescindibile delle organizzazioni no profit come la nostra. Le buone intenzioni senza le giuste azioni non sono sufficienti.**

Il nostro obiettivo è quello di rendere sicura e monitorabile la gestione dei fondi.



Uno dei più importanti strumenti per il controllo dei costi è il budget annuale, stabilito e approvato in consiglio d'amministrazione, revisionato nel rispetto dei programmi d'intervento, del numero e del tipo dei beneficiari, assicurando trasparenza e correttezza nella gestione finanziaria delle donazioni.

## Organizzazione e struttura

La sede dell'Associazione è a Roma in Via Eschilo 191 e gestisce le attività progettuali e coordina le varie attività attraverso incontri e pubblicazioni sulle problematiche della cooperazione.

*La fondazione è regolata da uno statuto che prevede:*

- l'Assemblea dei soci, cui compete la programmazione delle attività, l'approvazione dei bilanci, l'elezione del Presidente e del comitato direttivo
- la Direzione Generale, responsabile dell'organizzazione della struttura operativa e della realizzazione delle attività progettuali.

Ogni vita è unica, tutte sono speciali: certe, però, ancora di più. Il dottor Luigi Sperone era una persona così, un cittadino del proprio tempo. Era pugliese, di Andria, in provincia di Bari. Era del '24. Ha fatto l'università a Perugia e poi è stato ufficiale medico al Celio. Lì è cominciata la sua vicenda professionale, la sua avventura nella diagnostica. Il Dottor Sperone ha identificato il proprio destino nella professione, la propria umanità nella famiglia. Un galantuomo. È stato un pioniere della diagnostica privata e fondatore dell'Unione Sanitaria Internazionale.

Era una persona estremamente seria e corretta. Per lui la parola era un impegno, una garanzia per chi la riceveva. La serietà nella professione era la serietà nella vita, nel lavoro come nella famiglia. L'attività professionale lo coinvolgeva al cento per cento. Era molto attaccato alla sua terra. E lì ha voluto essere sepolto, nella sua Andria.



Il Dottor Luigi Sperone

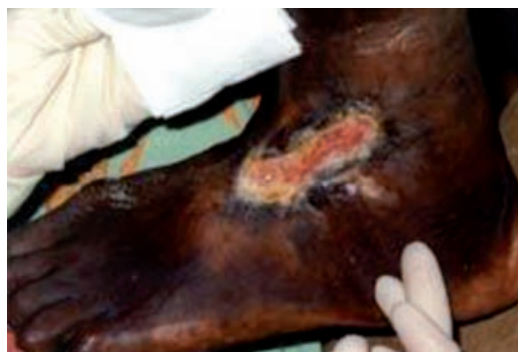
## L'ASSOCIAZIONE IN COSTA D'AVORIO CON L'OZONOTERAPIA...

### Il progetto: OZONOTERAPIA PER LA CURA DELLE PIAGHE E DELLE ULCERE DI BURULI

In Costa d'Avorio circa 110 bambini su 1000 muoiono entro i primi cinque anni di vita per patologie come: tubercolosi, poliometite, malaria e ulcera di Buruli.

Quest'ultima si sviluppa soprattutto nelle fasce di territorio lagunare, nelle cui acque semistagnanti prolifera un insetto acquatico che, attraverso la puntura della cute, è in grado di trasmettere il micobacterium ulcerans, responsabile dell'ulcera di Buruli.

La bonifica di queste vaste aree non è sufficiente in un paese come la Costa d'Avorio, dove una notevole porzione di territorio è lagunare.





L'Associazione Luigi Sperone si è mobilitata in favore delle popolazioni della Costa d'Avorio acquistando un macchinario per l'ozonoterapia, installandolo presso il centro di salute delle Figlie di San Camillo, operativo da circa un anno. Il macchinario sarà utile a curare le piaghe, le ulcere di Buruli, artrosi e linfedemi, con particolare attenzione alla presa in carico dei piccoli pazienti affetti da malnutrizione ed ai bambini colpiti da ulcera di Buruli.

**INTERMED ONLUS  
COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE  
VIALE VENEZIA 20, BRESCIA  
TEL 030.294976  
MOBILE 3355423229**

(Articolo pubblicato da Intermed Onlus 26/9/2010)

*La missione di Intermed onlus, conclusasi nel Settembre 2010, ha permesso, grazie alla collaborazione con l'Associazione Luigi Sperone Onlus, di portare avanti il progetto di cura delle piaghe tropicali in Africa subsahariana con la apertura di un ambulatorio di ozono terapia.*

*L'apparecchiatura dell'ozono, donata dall'Associazione, ha avuto grande successo, anche in considerazione del fatto che molti pazienti, da mesi in cura per piaghe e ulcere cutanee, possono finalmente avere accesso ad una terapia non invasiva e, quindi, meno dolorosa.*

*L'ambulatorio, gestito dalle Suore di San Camillo in Costa d'Avorio, (Africa occidentale), ha un vasto bacino di utenza e, attualmente, oltre alla cura delle piaghe, stiamo cominciando a trattare con infiltrazioni di ozono anche i pazienti affetti da patologie articolari.*

*L'ozono, infatti, grazie al suo potere battericida e virus statico, permette alle piaghe di guarire velocemente e, grazie anche alla sua capacità di ridurre l'infiammazione, è in grado di apportare un effetto antalgico. I pazienti affetti da varie patologie infiammatorie articolari, alcune delle quali piuttosto invalidanti sotto l'aspetto motorio, hanno iniziato il ciclo di infiltrazioni, una al di per 10 giorni.*

*I risultati sono stati sorprendenti e molti anziani che, prima del trattamento, deambulavano con ausilio di grucce o bastoni, sono riusciti a camminare senza appoggi.*

*Ringraziamo dunque l'Associazione Luigi Sperone Onlus per la disponibilità e ci auguriamo nuove collaborazioni ad altri progetti.*

Con riconoscenza

Antonella Bertolotti  
medico chirurgo Intermed onlus



*L'Associazione Luigi Sperone ha già intrapreso altre iniziative in Italia e nel resto del mondo; aiutala a regalare speranza e sorriso a coloro che l'hanno perso o che non l'hanno mai conosciuto.*

## COME FARE PER SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE LUIGI SPERONE ONLUS:

- Tramite bollettino c/c postale (n. 000005574880) intestato a Associazione Luigi Sperone
- Tramite bonifico bancario Poste Italiane cod.IBAN: IT 61T076010320000005574880
- Destinando il tuo 5 x mille nella prossima dichiarazione dei redditi indicando il Codice Fiscale dell'Associazione: 976 11 130 580.



Via Eschilo, 191 00125 Roma  
Tel. +39 06.50938385 Fax +39 06.50917367  
Codice Fiscale 976 11 130 580  
E mail associazione.luigi.sperone@usi.it

# Cenni sulle preparazioni farmaceutiche dei rimedi omeopatici

*A cura del Dottor Paolo D'Annibale e dell'Erborista Mario D'Annibale*

Il dottor Samuel Hahnemann studiò, preparò, amministrò con le sue proprie mani circa 61 rimedi estratti dai regni: Minerale, Vegetale, Animale a cominciare dalla corteccia di China, Ipecacuana, Arsenico, su se stesso, i suoi studenti e pazienti dal 1789 fino ad arrivare al 1805 anno in cui pubblicò la sua prima Materia Medica.

“Fragmenta de Viribus Medicamentorum positivis sive in sano corpore humano observatis” frutto delle sue sperimentazioni dove sono elencati tutti i sintomi soggettivi e oggettivi che possono essere provocati dalle numerose sostanze pure di rimedi unitari, che attualmente hanno raggiunto e superato le 1000 unità e che il medico omeopata dovrà conoscere, ricercare e ritrovare sul malato che lui visiterà. Allora soltanto il medico, dopo aver analizzato e valorizzato i sintomi osservati e raccolti, userà il rimedio il più simile possibile come una guida esatta per la cura e la terapia omeopatica, ma per far ciò i rimedi impiegati devono essere, freschi, puri, senza miscele, né disturbati nel loro stato originale da: succhi tossici come Manioca, Cassava Euforbiacee, o altre sostanze, dall'aceto, lieviti, sale, da alimenti come prosciutto affumicato, né torrefatti, grigliati, arrostiti, come ad esempio: le radici di Iris, Rafano, Gigaro, Peonia che dopo una essiccazione prolungata perderanno quasi tutte le loro virtù terapeutiche, così pure, allorché le piante verdi vengono ammassate perderanno per fermentazione le loro virtù farmacodinamiche, e lo stesso dicasi per le piante velenose che se esposte all'aria perderanno tutte le loro proprietà tossiche, dopo aver subito fermentazione acetica, putrida, risultando inoltre inoffensive come l'amido, (dal Paragrafo 266 dell'Organon). Gli Utensili che vengono indicati sono: vasi di porcellana, vetro, mortai, pestelli, spatola di corno ben nettati con acqua e asciugati al fuoco, i panni di tela per esprimere il succo vegetale, o filtrare gli infusi devono essere nettissimi e monouso, l'alcool Weingeist Spirito di Vino a 95°, acqua distillata, amido stark, con il quale Hahnemann inizialmente preparava i rimedi a secco, mentre successivamente vennero preparati con lattosio e saccarosio. Egli fin da sempre cercò di utilizzare il meglio degli ingredienti: Minerali, Vegetali, Animali, alcune volte coltivandoli anche nel suo Hausgarten Botanico nella sua casa di Koethen. Le Piante nostrane vanno raccolte in fioritura, lavate; di esse si usano le radici, le erbe, i fiori. Per estrarre le sostanze farmacodinamiche, i principi attivi dalle piante fresche, il procedimento più perfetto consiste nel tagliare minutamente con il coltello d'acciaio la pianta, poi nel ridurla in poltiglia nel mortaio, poi, attraverso il panno di tela, nell'esprimere dalla pianta fresca il succo, che appena estratto si miscelerà con parti uguali di alcool a 95° gradi Weingeist Spirito di Vino. Poi si lascia riposare la soluzione per 24 ore in un flacone ben tappato, quindi si decanta separando e abbandonando il deposito albumino cellulosico, e di fibrina, e si conserva al riparo dalla luce ed umidità per uso medico (dal Paragrafo 267 dell'Organon).



**Figura 1** - Mortaio.

Per le piante contenenti più succo di albumina è necessaria una doppia quantità di alcool, e poi si esprime il miscuglio, per ottenerne il succo. Per le piante straniere, le scorze, i grani, le radici di piante esotiche è necessario averle allo stato fresco e mai accettarle polverizzate, ma vanno polverizzate autonomamente così pure per gli animali essiccati. Poi vanno privati dell'umidità residua facendoli asciugare su di una fiamma a bagnomaria fino ad ottenere una polvere simile alla sabbia e non più agglomerata, per poi conservarle in flaconi ben tappati al riparo di luce ed umidità. Pochi rimedi richiedono l'etere, i metalli si possono preparare in acido o tritirati in lattosio. Questo procedimento di base venne poi modalizzato per ciascuna pianta come per quelle contenenti muco spesso e materia albuminoide come: *Symphytum Officinale*, *Viola tricolor*, *Aethusa Cynapium*, *Solanum Nigrum* ecc. Per le piante secche povere in succo, come *Nerium oleander*, *Taxus baccata*, *Ledum palustre*, *Juniperus Sabina*, *Buxus Sempervirens*, occorre invece una quantità doppia di alcool, oppure possono essere disseccate, poi ridotte in polvere triturate in zucchero di latte fino alla terza triturazione centesimale CH3, poi prelevando 5 cgr di questa triturazione e dopo averla dissolta si prepareranno le successive dinamizzazioni liquide (secondo il paragrafo 271 dell'Organon). Dalle varie Tinture Madri liquide si parte poi per la diluizione e dinamizzazione o potentizzazione del rimedio, onde ottenere una scala di potenze infinitesimali dalla 1DH Decimale ottenuta da una goccia di T.M. in 10 gocce di alcool, scala creata dal dottor Vesemeyer di Berlino e dal dottor Hering di Philadelphia, alla 1CH formata da una goccia di T.M. a 90° con 90 gocce di alcool, il tutto elevabile fino a scale superiori: 200CH, 1000CH, ed LM, o Q 50 Millesimali, potenze molto maneggevoli da usare particolarmente in gravidanza, eugenetica, e nelle malattie del sistema

nervoso. Tecnicamente avviene così: si versano in un mortaio di porcellana una delle tre parti di 100 grani di zucchero di latte, quello più pregiato in bastoni cilindrici, quindi si miscela la prima parte con 5 cgr della sostanza da tritare riducendola in polvere oppure una goccia di mercurio o petrolio o altro se si tratta di una sostanza liquida, si mescola con una spatola di porcellana, e si tritura il tutto fortemente con il pestello opaco alla base per 6-7 minuti. Poi per 3-4 minuti, con il pestello si raschia la base del mortaio, fatto ciò si continua per 6-7 minuti la triturazione con la stessa forza e ritmo, poi ancora si distacca la massa dal fondo del mortaio per 3-4 minuti; trascorsi i primi 20 minuti si aggiunge il secondo/terzo di zucchero di latte, quindi si triturerà con la stessa forza per 6-7 minuti, si distaccherà la massa dalla base del mortaio per 3-4 minuti, si tritura per 6-7 minuti e si distacca dal fondo del mortaio per 3-4 minuti. Fatto ciò, trascorsi 40 minuti, si aggiunge l'ultimo terzo di zucchero di latte, si tritura per 6-7 minuti, si distacca dal fondo del mortaio per 3-4 minuti, al termine si tritura per 6-7 minuti; la polvere ottenuta si conserva lontano da fonti di calore e luce ben tappata in un recipiente di vetro scuro. Questa polvere, ottenuta dopo 60 minuti, costituisce la 100<sup>a</sup> attenuazione 1CH e per ottenere la 2<sup>a</sup> attenuazione centesimale, si riparte da 5 cgr di un grano della 100<sup>a</sup> attenuazione che si miscela in un mortaio con un terzo di 5 gr di zucchero di latte ripetendo per 1 ora lo stesso procedimento suddetto onde ottenere la 2CH e così pure dopo 180 minuti si ottiene la 3CH. Poi se si prende un grano di questa polvere della centesima attenuazione, 3CH che pesa 5cgr e si diluisce in 500 gocce di alcool a 90° con aggiunte 4 parti di acqua distillata questa soluzione così ottenuta costituirà la T.M. Se poi si prenderà una goccia di questa T.M. mettendola in un flacone ed aggiungendovi 100 gocce di Weingeist Puro Spirito di Vino a 95° e si scuoterà contro un libro con la copertina in cuoio per 100 volte si otterrà la 1LM o Q prima potenza Cinquantamillesimale, con cui si possono impregnare 500 granuli di lattosio, che appena asciutti costituiranno la 1LM a secco. Di questi un grano 1LM disciolto in acqua distillata con 100 gocce di alcool a 95° scosso 100 volte sulla copertina di un libro in cuoio fornirà la 2LM con cui si impregneranno i 500 secondi granuli o globuli e così via fino a raggiungere la 30LM. o Q 50 Millesimale, secondo Hahnemann la più perfetta ed in grado di curare affezioni acute e croniche, poiché in grado di essere somministrate a brevi intervalli e per molti giorni anche per il rimedio Belladonna, eccellente nelle febbri acute e senza inconvenienti, e così pure nelle malattie croniche dove, se il risultato non fosse soddisfacente, si potranno usare dinamizzazioni sempre più elevate. Il maestro Hahnemann era solito usare, come scrive Croseiro omeopata attivo in Parigi, il quale ebbe il privilegio di visitare con il Maestro fino agli ultimi giorni della sua vita ed accudirlo, insieme al collega Jahr, (Boenninghausen 28, 1844 Neues Archiv, vol.1, 2, p.30) anche altre dinamizzazioni; ad esempio partendo da uno o due globuli della 30 CH dinamizzazione, che usava sia nelle malattie acute che croniche, li faceva dissolvere in una caraffa di acqua contenente 15 cucchiaini di acqua con mezzo o un'intero cucchiaino da

tavola di brandy francese, quindi un solo cucchiaino di questa soluzione veniva messo in un bicchiere di acqua da cui ne veniva preso un cucchiaino il primo giorno, due il secondo, tre il terzo e così via fino ad avere e notare un effetto; a questo punto faceva ridurre o cessare le assunzioni del "rimedio". In altri casi ordinava la seguente preparazione: un cucchiaino del primo bicchiere versato nel secondo bicchiere di acqua, dal secondo al terzo e così via fino al 6°, ordinando l'assunzione di un solo cucchiaino da prendere dall'ultimo bicchiere, specialmente per le persone molto eccitabili, soltanto in rari casi permetteva l'assunzione di un cucchiaino della prima soluzione in 8-15 cucchiaini di acqua, da prendere una volta al giorno. Negli ultimi tempi della sua pratica fece anche molto uso della Olfazione. A questo proposito egli immergeva 2 globuli della sostanza in una piccola fiala, contenente 2 dracme di alcool, circa 8,60 gr, diluito con egual quantità di acqua e lasciava odorare una o due volte da ciascuna narice, mai di più. In questo modo, riferisce il dottor Croseiro, venne curata sua moglie, in 5 ore da una violenta pleurite. Nelle malattie croniche era solito far odorare il rimedio una volta la settimana senza dare nulla per Os, se non dello zucchero di latte, ottenendo in questo modo delle ammirabili ed effettive guarigioni anche nei casi risultati incurabili da altri. Croseiro assicura che egli era pienamente convinto che in nessun caso fosse necessario dare come medicina il rimedio in gocce e si convinse che attraverso le dosi estese, infinitesimali, ci fosse meno danno, ovvero che la minima dose di un rimedio Simile è sufficiente ed efficace nella cura. Negli anni 1842, 1843 due suoi casi clinici, (pubblicati da Boenninghausen nel Neues Archiv fur die Homeopatische Heilkunst Leipzig, Schumann, 1844 vol I,1, p 79) riguardanti due pazienti, furono curati da Hahnemann a conferma della sua metodica concentrata sull'Infinitesimale nel rispetto del Simile sul rimedio Unico e mai ripetuto a secco con la stessa dinamizzazione, ma in acqua e scuotendo la soluzione da due a dieci volte (p80, 1842, settembre 12). Hahnemann curò un colpo di sole avuto da una ragazza di 14 anni con Belladonna, con un globulo alla 6CH dissolto in 7 cucchiaini di acqua. Di questa soluzione amministrò un cucchiaino disciolto in un bicchiere di acqua da cui dopo essere stata agitata ne prese un cucchiaino al mattino dopo; il quinto giorno ordinò un cucchiaino di questa soluzione da mettere in un secondo bicchiere di acqua da cui assumere due o quattro cucchiaini, ancora 5 giorni dopo prescrisse un globulo sempre di Belladonna ad alta potenza da dissolvere in 7 cucchiaini di acqua, poi di prenderne un cucchiaino e miscelarlo in un bicchiere di acqua, da cui prenderne un cucchiaino per 6 giorni ogni mattina, nove giorni dopo le prescrisse Hyoscyamus 1/30 da dissolvere in 7 cucchiaini di acqua, di cui gliene fece prendere uno e miscelarlo in un altro bicchiere di acqua, del quale gliene fece assumere un cucchiaino ogni mattina. Dopo 8 giorni fece preparare dello zucchero di saccarina lattosio allo stesso modo delle miscele precedenti e così anche per l'assunzione; 14 giorni dopo prescrisse Sulfur ad una nuova dinamizzazione, un globulo potentizzato attraverso 3 bicchieri, da prenderne un cucchiaino al mattino. Cinque giorni

## Cenni sulle preparazioni farmaceutiche dei rimedi omeopatici

dopo ordinò la successiva dinamizzazione di Sulfur, un globulo potentizzato in 2 bicchieri di acqua, assunti per circa una settimana dopo di che la paziente guarì. Attualmente le principali Case Farmaceutiche Omeopatiche dotate di Laboratori all'avanguardia preparano i Rimedi Unitari in accordo con le Linee Guida indicate dal Maestro Dott.S. Hahnemann ed oggi confermate dalla OMS in cui egli ribadisce che la terapia deve essere individualizzata nel rispetto del simile, con dosi infinitesimali, e con l'uso di un rimedio unico. Soltanto la cura alternata fu da lui attuata nel 1813 curando con successo un tipo di Tifo, alternando con successo al cambiamento dei sintomi *Wurzelsummach Rhus Toxicodendron* con *Zaunrebe Brionia* (pag.358 del libro *Reine Arzneimittellehre Zweiter Teil Dritte Vermehrte Auflage Dresden und Leipzig in der Arnoldische Buchhandlung 1833*, articolo descritto precedentemente dall' *Allgemeinen Anzeigers der Deutschen 1814*).

In questo articolo verranno presentati i 3 minerali più importanti: Il Calcio (Ca), Il Fosforo (P), Il Fluoro (F), relativi ai Rimedi e Biocostituzioni: *Calcarea Carbonica*, *Calcarea Fosforica*, *Calcarea Fluorica* ed alcune piante ed animali come *Belladonna*, e *Sepia*. Nei successivi articoli verranno descritti altri rimedi, minerali, vegetali e animali, di più largo uso denominati *Policrestis*, ed alcuni *Nosodi*, insieme ad una scatola di primo soccorso ad uso familiare aspettando il medico.

Il Calcio è un metallo bivalente ed il 5° elemento in ordine di abbondanza nella crosta terrestre, non esiste allo stato libero, ma composto sotto forma di sali: Carbonati, Fosfati, Fluoruri, Solfati, Ossalati e in combinazioni organiche sottoforma di ioni nei liquidi organici. *Calcarea Carbonica-Kalkerde*, (dal volume 2 del libro *Malattie Croniche 1835 Dresden U. Leipzig A.B. seconda edizione pag.30*) si prepara secondo Hahnemann (*Malattie Croniche II pag 308*) così: "si spezza una pura e un po' grande cocchia di ostrica, si prende della stessa la parte fra l'esterno e l'interno, si tritura come fina neve, poi si secca custodendola davanti al sole pronta per l'uso omeopatico per tutte le potenze e gradi fino alla X". Viceversa, per la *Farmacopea Omeopatica Poliglotta* si prepara a norma del Paragrafo 7. Questa appartiene ai rimedi curativi più antipsorici. Ecco alcuni dei principali sintomi dalle *Malattie Croniche*. Si usa la dose 30CH oppure LM, la cui durata di azione è di 50gg, gli antidoti sono *Canfora* e *Sulfur*. Il paziente è un biotipo pletorico, linfatico, verso l'obesità, testa tonda, brachicefalo, l'endoblasta del *Martiny* con carenze *Ectomesoblastiche*.



**Figura 2** - Guscio di ostrica.

È l'idrogenoide del *Grauvogl* che ritiene i liquidi, soffre di eczemi, artriti, ha arti corti, denti solidi separati da un piccolo spazio con arcate combacianti, pelle chiara, fronte larga, capelli fini, collo corto infossato sulle spalle, ventre rotondo, torace largo, vertebre lunghe, muscoli corti, molli, mani quadrate, dita corte. È forte e resistente, l'avambraccio ed il braccio formano un angolo ottuso. Il Fosforo, numero 15, peso atomico 30,97 è presente nella quantità di 700 gr. in tutte le cellule del corpo, dei denti e delle ossa, in combinazione con il Calcio negli Acidi Nucleici, nelle Fosfoproteofosfatidi, nella Fosfocreatina. Il bisogno giornaliero è di 1 gr; le fonti alimentari sono: il formaggio, le uova, la carne, il latte. Il Fosforo regola l'acidità e la basicità del Ph, accresce lo scheletro, sviluppa i denti, il metabolismo dei glucidi, protidi, lipidi e funge da combustibile. *Calcarea Fosforica* è un sale insolubile bianco, forma la base dello scheletro, delle corna e dei denti degli animali vertebrati. Si prepara versando acido fosforico nell'acqua di calcio, il deposito che si forma viene lavato, disseccato triturato secondo Allen (*Mat. Med. II, 394*). Secondo la *Farmacopea Omeopatica Poliglotta* si tritura con il Fosfato di calce a norma del paragrafo 7. Le prime 3 attenuazioni si fanno con la triturazione. È un eredo Luesinico Tubercolinico. Biotipo longilineo, elegante, come un cavallo da corsa, slanciato, fragile. Ha poca resistenza, le arcate sono combacianti, l'avambraccio ed il braccio formano un angolo piatto. Passa dall'entusiasmo alla malinconia, ha mani lunghe come un pianista, intuitivo, ha una dentizione dolorosa, le fontanelle posteriori si chiudono tardi. È predisposto alle affezioni dei gangli.

Il Fluoro è un elemento chimico con numero 9 e peso atomico 18,998. È un gas verde giallastro di odore irritante, le cui inalazioni sono nocive. Si prepara dal Fluoruro di Calcio secondo Hempel (*Mat Med. II, pag 135*). Si tritura il Fluoruro di calce a norma del paragrafo 7 della *Farmacopea Omeopatica Poliglotta* in cui una parte in peso della sostanza medicinale con 99 parti in peso di zucchero di latte dalla 1ª triturazione centesimale. Il Fluoruro di calcio entra nella composizione di tutti i tessuti. L'Ac. fluoridrico distrugge il calcio e causa una disarmonia nelle ossa e nei tendini, con deformazione dei legamenti, vene, periostio, lassitudine, con denti che crescono storti, varici, emorroidi, ptosi, ipertrofia dei gangli, duri come la pietra. Biotipo ansioso, indeciso, aggrava al freddo con il riposo, migliora con il caldo, ed il movimento.

Ha gonfiore dei legamenti capsulari, tendini, vari tipi di prolasso uterino, lombaggine cronica che migliora con il movimento come in *Rhus Toxicodendron*, indurimenti con suppurazioni minaccianti, tumori vascolari. È una costituzione mista originata da un genitore con morbosità Tubercolinica e Luesinica. È un Mesoblasta con carenza Endoblastica e relativi metabolismi del calcio e fosforo perturbati, con conseguente demineralizzazione di silice e carbonato di calcio. È un ipotonico, con arcate dentarie superiori ed inferiori non combacianti, perciò a dieci anni è necessario l'intervento del dentista per correggere tale deformazione, ha vasodilatazione dei capillari e delle vene. L'avambraccio con il braccio formano all'indietro un an-

golo ottuso. Ha cranio dolicocefalo, è magro, ossa irregolari, ernie, obesità, sclerosi, indurimenti gangliari, al collo ai seni, ai testicoli, ascelle, gola. La sua tibia è a lama di spada con i denti che si cariano, oltre ad essere asimmetrici. È soggetto alle distorsioni, enuresi, fibromi al seno che virano al cancro, vene varicose, come Sepia, soffre di albuminuria, indeciso, instabile, irregolare, teme la solitudine, e la mancanza di soldi. È ansioso, capriccioso, ha bisogno di guida. Soffre del complesso di inferiorità.



**Figura 3** - Belladonna.

Belladonna è un rimedio la cui essenza si estrae dalla radice fresca colta in autunno a norma del paragrafo 1 della Farmacopea omeopatica poliglotta, mentre il dottor Hahnemann nelle sue Malattie Croniche usa il sodo fresco dell'intera pianta all'inizio della sua fioritura miscelandolo con uguali parti di alcool. È uno dei rimedi estratti dal mondo vegetale più usati in omeopatia, i suoi antidoti sono: Canfora, Opium, Aconitum, Coffea. È un Biotipo Pletorico, il Sanguigno di Ippocrate è indicato nei Carbonici e Sulfurici. Ecco alcuni sintomi dalle Malattie Croniche del Dottor Hahnemann: Il suo mentale è caratterizzato da: irritabilità, furia, desidera battere, mordere, strappare, litigare, ha esplosioni di rabbia, delirio violento, furore e disposizione alla violenza, depressione con tendenza suicida, paura dei cani neri, le pupille sono dilatate durante la febbre ed il delirio, è rosso congesto, ha calore irradiante, ha dolori battenti, una triade che esprime l'infiammazione microbica acuta e l'attacco ipertensivo, ha eccitazione, angoscia, occhi rossi di sangue, vertigini come se tutto gli girasse intorno, febbre senza sete, dolori battenti, pulsanti, dolori spasmodici, nelle coliche, renali, epatiche, biliari, la lingua ha papille rosse come la fragola, coliche migliorate pendendo indietro, secchezza delle mucose, tosse secca, nefrite, uretrite, cistite acuta all'inizio, bruciori violenti urinando, l'urina scola costantemente, goccia a goccia, regole anticipate abbondanti di color rosso vivo, emorragie uterine, battiti arteriali duri e rapidi, peggiora al contatto con le correnti di aria, al movimento, migliora con il fresco, insensibilità, assenza di sensi, cefalgia frontale, viso

gonfio, presbiopia, diplopia, sforzi vani di eruttazioni, pressione allo stomaco dopo pranzo, basso ventre gonfio e duro, frequente bisogno di urinare, emissione di seme la notte senza erezione, grande debolezza, ansia che impedisce il sonno, eruzioni scarlattinose. Sepia rimedio animale si prepara dalla triturazione della seppia secca a norma del paragrafo 7 della Farmacopea Omeopatica Poliglotta.



**Figura 4** - Sepia.

È un Policresto, un Biotipo incapace di dare amore, gioia, sorrisi, particolarmente ai suoi familiari, ipocondriaco, egoista, tutto lo irrita, fugge la compagnia e la consolazione. L'atonìa, la stasi venosa, i prolassi, la rilassatezza dei tessuti le vampate della menopausa con apprensione e sudore. Può avere ipercolesterolemia, la vagina secca non gli fa tollerare i rapporti sessuali. Ha dolori pungenti nelle ovaie, congestione utero ovarica, ptosi gastrointestinale, digestione lenta, che migliora con l'aceto, peggiora con il latte, le costipazioni durano anche tre giorni, il fegato insufficiente è aumentato di volume, congestione portale, così come la cistifellea, e di riflesso la funzione glicogenica, uropoietica con aumento di acido urico, a causa dei pigmenti di bilirubina, trasformati in modo incompleto. Cistiti con deposito rossastro come Lycopodium, con orticaria, eczemi attorno alla bocca e nelle pieghe di flessione del corpo, oppure le classiche tasche brune o gialle sulla base del naso, cefalee, crisi di asma dopo aver bevuto il latte, coliche aggravate durante le regole, gonorrea cronica, emorroidi, tosse secca spasmodica, congiuntivite, odore e sudore forte dai piedi e ascelle, aggrava con il freddo, dopo pranzo, migliora con esercizi, con il calore. Ecco alcuni sintomi presi dalle Malattie Croniche (V volume pag. 169) del Dott. Hahnemann: debolezza di memoria, mal di testa con nausea, eruzioni di piccole bolle rosse nella fronte, colore giallo del viso e della sclera degli occhi, violenta emorragia nasale, le gengive sanguinano senza causa, mal di gola e gonfiore delle ghiandole del collo, gusto acido in bocca, nausea a digiuno, prurito nel retto e ano, espulsione difficile delle feci, le regole ritardano di tre mesi, dolori tiranti della spalla, crampi nelle cosce camminando, si affligge per niente, forte sudore notturno che inonda il corpo. Nei prossimi numeri inizierà la descrizione di casi Clinici curati dal Dottor S. Hahnemann durante il periodo parigino e, a seguire, la cura delle varie patologie dei vari organi ed apparati secondo il dottor Cartier - medico presso il famoso Hôpital S. Jacques di Parigi - Leon Simon e altri illustri Medici Omeopati.

# Si scrive screening, si legge prevenzione



In attesa che la ricerca e la medicina riescano a trovare la soluzione definitiva per debellare il cancro, o meglio le tante forme di tumore, il terreno sul quale si registrano e si potranno registrare nel prossimo futuro, i successi più importanti è, senza ombra di dubbio, quello della prevenzione, in particolare di quella secondaria, quella cioè dei controlli medicodiagnostici periodici e preventivi.

È su questo fronte che da sempre la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori gioca la sua partita più importante e impegnativa. L'obiettivo principe da raggiungere è quello di convincere la maggior parte della popolazione interessata a sottoporsi alle visite di controllo, agli screening preventivi. Elemento quindi fondamentale di questa strategia è la comunicazione, la conoscenza da parte dei cittadini del percorso da seguire, dei passi necessari da compiere. Un obiettivo questo completamente condiviso dal Ministero della Salute, al quale spetta determinare le linee generali della politica sanitaria nel nostro Paese. Linee generali di un quadro che è compito autonomo delle singole Regioni riempire di contenuti. Nasce così su stimolo del Ministero, l'Osservatorio Nazionale degli Screening e nel 2005 la collaborazione con la LILT che ne diviene l'organo tecnico di riferimento. Dall'intesa e dalla collaborazione con il Ministero della Salute nasce il Progetto Screening LILT, che inizialmente viene avviato in tre regioni pilota: Lazio, Puglia e Sardegna.

Da questa prima esperienza viene codificato quello che può essere definito a tutti gli effetti il modus operandi, il modello cioè da esportare e realizzare nelle altre Regioni, grazie anche alla presenza capillare sul territorio delle Sezioni Provinciali della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori.

Il modello descrive analiticamente quelli che devono essere i ruoli, i compiti, le procedure e gli strumenti di attuazione, di monitoraggio e di verifica.

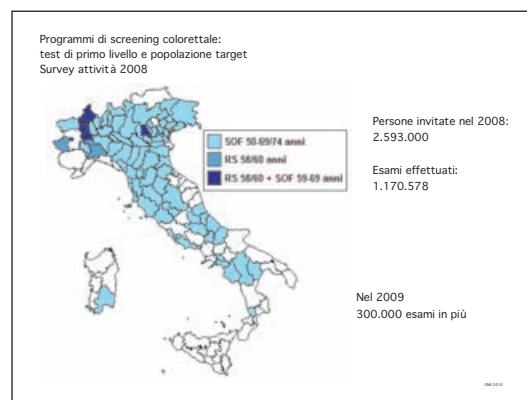
Una volta strutturato in tutti i suoi passaggi, il modello viene inviato alle Sezioni Provinciali della LILT con l'obiettivo di:

- Promuovere la sensibilizzazione dei cittadini allo screening, attraverso strumenti come campagne di comunicazione e il coinvolgimento di referenti attivi sul territorio
- Creare rapporti solidi, sistematici e continuativi con le istituzioni attive nel campo della prevenzione oncologica e degli screening, che proseguano anche al di fuori del progetto specifico



- Formare e consolidare una rete di rapporti con le organizzazioni che si occupano di volontariato presenti sul territorio, che continui anche oltre il progetto specifico
- Introdurre i presupposti concettuali e le modalità per la definizione e l'applicazione di indicatori di qualità

Appare evidente che le Campagne Informative Regionali devono essere personalizzate in base alle specifiche esigenze ed ai target delle Regioni interessate. Sono tre, al momento, gli screening sui quali si concentra, secondo le linee guida decise a livello ministeriale, l'attività specifica delle Regioni coinvolte: mammella, cervice uterina, colon retto.



La necessità dei programmi di screening appare evidente da quelli che sono stati i dati di partenza del Progetto voluto dal Ministero della Salute e dalla LILT. In-

## Si scrive screening, si legge prevenzione

fatti secondo i dati rilevati a fine 2006, circa il 50% degli italiani non attua alcuna forma di prevenzione. Un dato che solo ora, almeno nelle Regioni in cui il progetto è stato realizzato, inizia a modificarsi in maniera virtuosa. Dopo l'esperienza condotta nelle tre Regioni pilota, Lazio, Puglia e Sardegna nel 2008 il modello operativo codificato è stato trasferito alle Regioni Basilicata, Molise, Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta, Umbria e quest'anno si sono aggiunte Liguria e Calabria.

Le fasi di realizzazione del Progetto a livello regionale si possono in sintesi riassumere in questo modo:

- Definizione della struttura di coordinamento e costituzione della cabina di regia regionale
- Coinvolgimento delle Istituzioni
- Analisi delle criticità e pianificazione delle attività
- Coinvolgimento degli stakeholder
- Campagna di comunicazione e diffusione dei risultati
- Valutazione di efficacia delle azioni intraprese

La pianificazione, la realizzazione e il monitoraggio sono affidati alla cabina di regia regionale nella quale sono presenti i rappresentanti di tutte le componenti della LILT interessate, i delegati delle istituzioni regionali, eventuali rappresentanti di associazioni di volontariato attive nel territorio interessato, medici di medicina generale, professionisti sanitari, imprenditori, banche, fondazioni, testimonial... etc...

Tre le funzioni principali affidate alle cabine di regia:

- **La funzione istituzionale** per l'attivazione e la gestione del processo di aggregazione, partecipazione

e diffusione di istanze, iniziative, partnership; è inoltre responsabile del mantenimento delle relazioni e del coinvolgimento delle parti istituzionali, economiche e sociali

- **La funzione strategica** e metodologica che ha come obiettivo quello di leggere e guidare il processo, prevedendo e implementando metodologie e strumenti di supporto per l'attuazione delle fasi di lavoro successive
- **La funzione gestionale e attuativa** per controllare e guidare con efficacia ed efficienza tutto il processo

Uno degli aspetti fondamentali di tutto il progetto resta, comunque, il coinvolgimento delle istituzioni locali, in particolare dell'assessorato regionale alla Sanità che rappresenta il motore in condizione di attivare le Agenzie sanitarie e le Asl. Il rapporto con l'assessorato è delegato al Comitato regionale della Lilt che ha come obiettivo prioritario quello di stipulare accordi formali e protocolli d'intesa con il referente regionale.

Attore principale resta quindi una corretta e funzionale campagna di comunicazione verso la popolazione interessata dagli screening. Infatti una campagna sbagliata o poco efficace può rappresentare la causa principale della scarsa adesione al programma. Spetterà quindi alla cabina di regia analizzare e valutare l'efficacia delle azioni intraprese e, soprattutto, quali debbono essere gli indicatori da utilizzare per tale valutazione.

Nelle tavole che seguono si può trovare la sintesi schematica delle varie fasi del progetto Screening della LILT:

### Le fasi del progetto...

#### **OBIETTIVO 1.1: Creare cabine di Regia**

- Integrazione componenti cabine di regia
  - Sezioni LILT
  - Regione
  - Associazioni
  - ASL
  - ....
- Creazione gruppi di lavoro

### ...le fasi del progetto

#### **OBIETTIVO 1.2: Elaborare un modello condiviso di collaborazione con gli organismi di rappresentanza dei cittadini e delle associazioni di volontariato per la valutazione**

Raccolta informazioni

- Iniziative in atto sul territorio (tipologia, target, modalità di attuazione)
- Enti coinvolti
- Iniziative comunicative attuate
- Iniziative comunicative necessarie/proposte
- Creazione di una banca dati/albo delle associazioni attive territorialmente

### ...le fasi del progetto

#### **OBIETTIVO 1.3: Creazione di un Vademecum**

- Razionalizzare la mappa dei rapporti istituzionali e interistituzionali codificando
  - le procedure di funzionamento per le Cabine di Regia Regionali
  - i processi per l'adesione o promozione delle campagne di screening a livello locale
  - le modalità di coinvolgimento degli EELL, delle associazioni e della cittadinanza.
- Individuare e monitorare i flussi informativi (comunicati, proposte, pareri, coinvolgimenti), sia interni sia esterni alle Cabine di Regia Nazionale Regionali.
- Pianificazione concertata delle campagne di comunicazione sugli screening.

### ...le fasi del progetto

#### **OBIETTIVO 2.1: Predisporre campagne informative**

- Promuovere l'importanza della comunicazione nella promozione di determinati atteggiamenti presso i gruppi obiettivo.
- Conoscere e approfondire i giusti toni e i migliori linguaggi da utilizzare nei processi comunicativi.
- Impostare e realizzare Piani Media regionali per garantire la massima copertura del target individuato.



## ...le fasi del progetto

### **OBIETTIVO 2.2: Diffondere i risultati**

- Organizzare convegni regionali
- Organizzare il Convegno Nazionale su "Gli stili Comunicativi in Sanità".

## Conclusioni

Le strategie e le azioni illustrate vogliono costruire un sistema di relazioni basate sui valori (efficacia, umanizzazione, rispetto della persona, prevenzione, volontariato, collaborazione, ecc.).

Gli obiettivi di salute e di partnership sembrano raggiungibili e possono essere utili per recuperare situazioni di incomprensione/confitto.

Possiamo condividere la *vision* (che è alla base delle strategie del Ministero) della promozione di una partecipazione consapevole di cittadini e delle loro rappresentanze istituzionali ed associative ad un grande progetto di sanità pubblica quale è il programma di screening.

## Convegno Nazionale LILT "Comunicare per prevenire"

### **Il Progetto Screening mette in evidenza un'Italia spaccata in due**

Il 20 ottobre, su iniziativa della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), in collaborazione con il Ministero della Salute, si è svolto a Roma il Convegno Nazionale "Comunicare per prevenire", dedicato al tema della qualità ed efficacia della comunicazione, quale strumento per garantire ai cittadini l'accesso informato ai programmi di screening per promuovere la cultura della prevenzione come metodo di vita. L'evento si è svolto a conclusione del progetto triennale "Si scrive screening, si legge prevenzione dei tumori", promosso dal Ministero della Salute e condotto dalla LILT in collaborazione con dieci Regioni. Obiettivo del Progetto, ampliare sempre di più la platea di cittadini che partecipa consapevolmente alla prevenzione medico diagnostica (screening) finalizzata a combattere il cancro.

Le Regioni che hanno aderito al progetto sono state: Lazio, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta, Molise, Basilicata, Provincia autonoma di Trento, Liguria, Calabria. Il Convegno ha rappresentato, quindi, un'occasione concreta di confronto per verificare i percorsi e le strategie messe in atto in ciascuna Regione dalla LILT, in collaborazione con le istituzioni e gli organismi coinvolti, nel rispetto della cultura dei territori locali e con un approccio metodologico comune.

I lavori si sono articolati in due sessioni, una dedicata al valore e alla funzione della comunicazione nei percorsi di Prevenzione, con il ruolo determinante del volontariato, l'altra, alla quale hanno partecipato le Regioni con i Presidenti e coordinatori delle Sezioni Provinciali LILT, ha affrontato i temi connessi alle metodologie della comunicazione, alle finalità, ai punti critici e ai risultati dell'esperienza comune condotta, evidenziando altresì le prospettive di continuità ed integrazione organizzativa ed operativa nel settore della prevenzione.

Nel corso del Convegno, inoltre, è stato presentato il Vademecum delle procedure che, sulla base della prima esperienza condotta dalla LILT, sistematizza il modello organizzativo ed operativo integrato, quale utile strumento, proponendo specifici indicatori di efficacia delle azioni intraprese nei percorsi di comunicazione per promuovere i programmi di screening.

Il Convegno si è svolto con il Patrocinio dei Ministeri della Salute, delle Pari Opportunità, dei Rapporti con le Regioni e per la Coesione Territoriale e delle Regioni coinvolte nel progetto. Sono intervenuti anche i ministri Ferruccio Fazio e Raffaele Fitto, la Presidente della Regione Lazio Renata Polverini e il sindaco di Roma Gianni Alemanno.

### **Sintesi di alcuni degli interventi al Convegno Nazionale della LILT "Comunicare per prevenire"**

Nel corso dell'incontro del 20 ottobre sono stati moltissimi gli interventi delle varie figure coinvolte nel progetto/programma "Si scrive screening si legge prevenzione dei tumori".

A seguire una sintesi di alcuni di essi.

## Si scrive screening, si legge prevenzione



### **Ferruccio Fazio**

*Ministro della Salute*

È necessario spingere la cultura della prevenzione, che è l'arma principale per ridurre il numero delle vittime di tumori. L'aspetto importante è la comunicazione. In alcune regioni italiane, però, c'è una carenza di informazione. Lo screening oncologico fa parte dei programmi di prevenzione. Le campagne devono avere un certo numero di adesioni, ma persistono differenze tra regioni. Per quanto riguarda il tumore della mammella, ad esempio, in alcune regioni c'è una carenza di informazione e le donne non hanno adeguati input per fare lo screening. Lo Stato destina il 5% del Fondo Sanitario Nazionale proprio ai programmi di prevenzione, che sono lo screening e la lotta ai fattori di rischio.



### **Francesco Schittulli**

*Presidente Nazionale della LILT*

Il traguardo è chiaro: favorire la guarigione dai tumori. Il nostro obiettivo è quello di coprire con campagne di screening tutto il Paese nel giro di cinque anni, così da portare il tasso di guaribilità all'80%, rispetto al 58% attuale. Nelle regioni coinvolte dal progetto la percentuale di adesione ai programmi di screening è aumentata del 15%. Negli ultimi tre anni la percentuale di adesione ai programmi di diagnosi precoce contro il tumore alla mammella è del 70%. Con una sostanziale differenza tra Nord e Sud. Al settentrione è del 90%, mentre al meridione è ferma al 50%. I motivi? Oltre a esserci migliori

strutture e una migliore organizzazione, c'è da considerare che nel Nord le campagne di prevenzione oncologica sono partite da più tempo. Per il tumore alla mammella siamo già oltre l'80% di guaribilità, ma, grazie anche alla diagnosi precoce, intendiamo arrivare al 95%. La comunicazione è il fattore chiave. Se riuscissimo a coprire l'intero territorio nazionale con i progetti di screening, credo che in cinque anni si riuscirebbe a portare il tasso di guaribilità dei tumori che oggi è al 58 per cento a oltre l'80. E nel caso del carcinoma alla mammella, oggi già guaribile in più dell'80 per cento dei casi, si potrebbe arrivare al 95%. Negli ultimi anni l'aumento stimato dei tumori è stato del dieci per cento con 270 mila nuovi casi solo nel 2010. La prevenzione tramite gli screening per la diagnosi precoce, purtroppo funziona a singhiozzo. Le cause dell'aumento nell'incidenza dei tumori sono da ricercarsi nell'allungamento dell'età media della popolazione e nella crescita dei fattori di rischio come fumo, alimentazione poco sana e cambiamento nel ciclo riproduttivo per le donne. Nello stesso periodo, però, la mortalità per cancro è diminuita, principalmente per tre ragioni: l'evoluzione della diagnostica che consente di scoprire un numero maggiore di casi, la disponibilità di terapie innovative sempre più efficaci e la funzione, cruciale, della comunicazione. Un discorso a parte merita poi il cancro al seno, che ha fatto registrare 41 mila nuove diagnosi nel 2010 e la cui diffusione, è legata al cambiamento nel ciclo riproduttivo delle donne. Il primo ciclo mestruale, prima, faceva la sua comparsa tra i 12 e i 15 anni, oggi, invece, arriva tra i 9 e gli 11 anni. La menopausa, un tempo precoce, oggi si presenta dopo i 50 anni. Questo vuol dire che sono aumentati i cicli di fertilità. Aggiungendo il calo delle gravidanze e dell'allattamento al seno, oltre all'aumento dell'età della donna alla prima gravidanza, si crea un mix di fattori favorevoli all'insorgere della neoplasia.

### **Paolo De Nardis**

*Ordinario della Facoltà di Sociologia Università degli Studi di Roma La Sapienza*

Su questo delicatissimo fronte la comunicazione diventa strumento fondamentale per una partecipazione consapevole. L'intervento sulla comunicazione si propone di offrire un panorama chiaro, completo ed esaustivo dei diversi strumenti di comunicazione, inquadrati nella logica di un approccio strategico coerente, funzionale e completo. La forte criticità del saper comunicare, del saper scegliere tra i vari strumenti a disposizione tra i più adeguati agli obiettivi che un'Istituzione o un soggetto si pone, si manifesta in modo particolarmente accentuato nell'attuale "società della comunicazione". In particolare nel settore sanitario occorre affrontare la comunicazione non in modo improvvisato o semplicistico, ma basandosi su solide competenze tecniche. Gli errori in questo campo, talvolta incautamente sottovalutati, si pagano infatti assai cari: sia in termini di risultati del tutto o in parte insoddisfacenti, sia, in termini di pesanti ricadute negative sui singoli cittadini e sulla collettività.

### Antonio Federici

*Direzione Generale Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute*

Negli screening la comunicazione si pone la principale finalità di promuovere una scelta consapevole e matura da parte dei cittadini rispetto ai programmi di screening, la partecipazione e la motivazione degli operatori ed il coinvolgimento delle associazioni della società civile. La partecipazione e responsabilizzazione di questi soggetti diviene un requisito essenziale per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei programmi stessi.

La comunicazione si articola su due principali livelli: quella rivolta all'interno della Pubblica Amministrazione è subordinata ad una logica di empowerment del cittadino ed è finalizzata al raggiungimento dell'adesione consapevole, all'umanizzazione del percorso, al miglioramento della qualità a livello del microsistema e al coinvolgimento degli operatori. Il livello esterno alla Pubblica Amministrazione si pone come finalità lo sviluppo e la costruzione di un'alleanza con la società civile, la partnership e l'empowerment dei soggetti collettivi (movimenti, associazioni, etc). Inoltre concorre alla diffusione di un brand e stimola la valorizzazione, in altri ambiti, del sistema sanitario.

### Aldo Morrone

*Direttore Generale Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà*

Un aspetto poco considerato riguarda, certamente, la popolazione immigrata spesso afflitta da una condizione di fragilità, che diventano fattori di rischio per ciò che riguarda la loro salute, come i dati nazionali e regionali dimostrano. Sia a livello nazionale, sia regionale, si registra un lieve, ma costante aumento delle patologie tumorali a carico dei cittadini stranieri residenti, ed una minore adesione ai programmi di screening. Le cause di questa mancata adesione ai programmi di screening dipendono da diversi fattori, tra i quali, la difficoltà di accedere al servizio per mancata informazione, la non conoscenza, la non comprensione dell'utilità del servizio stesso, le condizioni sociali volte alla sopravvivenza e alla risoluzione di problemi contingenti, la posizione giuridica, regolare/irregolare. **Partecipanti al Convegno**



## I RISULTATI DEL PROGETTO TRIENNALE

L'adesione ai programmi di screening contro il cancro è cresciuta del 15 per cento. Resta però il fatto che in materia di screening per la diagnosi precoce l'Italia risulta ancora spaccata in due: il Nord e il Centro registrano percentuali piuttosto alte di partecipazione, mentre il Sud resta indietro. La partecipazione dei cittadini allo screening mammario si attesta oggi intorno al 70 per cento, con una diffusione più massiccia al nord (90 per cento), minore al sud (50%). Per la prevenzione del tumore del colon-retto siamo invece intorno al 50 per cento. Se in Umbria il 98 per cento delle donne è stato chiamato a fare la mammografia di screening, in Sicilia ha ricevuto la lettera d'invito solo il 17 per cento delle interessate. E ancora, in Lombardia tutti i residenti tra i 52 e i 69 anni hanno ricevuto il richiamo per lo screening del tumore del colon retto, ma in Sicilia, Puglia, Marche e Liguria l'invito non l'ha ricevuto nessuno. Infine, i dati pubblicati dal Ministero per l'estensione dei programmi di prevenzione del carcinoma mammario vedono tre regioni più virtuose: l'Umbria (98 per cento), la Basilicata (94%) e l'Emilia Romagna (93%). Mentre i dati più bassi si registrano in Sicilia (17%), Puglia (24%) e Sardegna (26%). Quanto allo screening per il tumore del colon retto, la situazione migliore, per estensione, si ritrova in Lombardia (102 per cento), Emilia Romagna (92%) e Umbria (80%), mentre la maglia nera va a Sicilia, Puglia, Marche e Liguria, dove il programma non è stato ancora avviato.

### I relatori del convegno

<b>FERRUCCIO FAZIO</b>	<i>Ministro della Salute</i>
<b>FRANCESCO SCHITTULLI</b>	<i>Presidente Nazionale LILT</i>
<b>ELDA D'ALBA MELARAGNO</b>	<i>Referente Nazionale Progetto Screening</i>
<b>PAOLO DE NARDIS</b>	<i>Ordinario della Facoltà di Sociologia Università degli Studi di Roma La Sapienza</i>
<b>ANTONIO FEDERICI</b>	<i>Direzione Generale Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute</i>
<b>MARGHERITA COLNAGHI</b>	<i>Presidente Consulta Nazionale LILT</i>
<b>ALDO MORRONE</b>	<i>Direttore Generale Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà</i>
<b>GRAZIA GRAZZINI</b>	<i>Collaboratrice Osservatorio Nazionale Screening e Dirigente Medico dell'Istituto Studio e Prevenzione Oncologica</i>
<b>FRANCESCO BEVERE</b>	<i>Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori e Istituto Dermatologico San Gallicano, IRCCS Roma</i>
<b>ANGELA LABIANCA</b>	<i>Capo Progetto Screening Nazionale</i>

Le pagine della LILT di questo numero sono a cura di: **Marcello D'Angelo, Angela La bianca, Daniela Morigi**

# Ricerca conoscitiva sul livello di dipendenza e la motivazione a smettere di fumare in persone affette da patologie da fumo: ipotesi di intervento

*Ilaria Mancinelli e Maria Di Domenico*

## Scenario

È assolutamente noto che il fumo con il prolungarsi del tempo può determinare l'insorgenza di tumori e/o altre patologie correlate: tumori della pelle, dei polmoni e del pancreas, ictus, bronchite cronica, enfisema, e altre patologie correlate che possono portare alla morte. Sono conosciuti anche i vantaggi dello "smettere di fumare", quali la riduzione dell'insorgenza di malattie, visto che la pressione del sangue e la frequenza del battito cardiaco diminuiscono e ritornano ai livelli precedenti, il rischio di infarto cardiaco si riduce del 50% dopo 1 anno, il rischio di avere un ictus cerebrale regredisce in 5-10 anni, il rischio di avere un cancro del polmone si riduce progressivamente fino ad essere paragonabile a quello di chi non ha mai fumato dopo 10 anni dalla sospensione. Considerata l'importanza di tale atto, nel secondo trimestre 2010, all'interno dei reparti del Dipartimento di Medicina Generale della ASL di Pescara, è stata condotta una ricerca conoscitiva su di un campione di 100 soggetti, degenti di cui 49 donne e 51 uomini con età media di 53 anni, tutti ricoverati con patologie diverse ma dipendenti dal fumo.

L'indagine aveva lo scopo di:

1. effettuare una rilevazione del livello di dipendenza e la motivazione alla sospensione dell'uso del tabacco in persone con patologie da fumo;
2. avere dati ed informazioni necessari per programmare dei percorsi di rinforzo mirati alla disassuefazione da nicotina già dalla fase del ricovero per favorire il processo del cambiamento.

Il mezzo utilizzato è stato il **Test di Fagerstrom**, che permetteva di individuare e le determinanti psico-sociali della dipendenza da tabagismo e la motivazione a smettere di fumare.

Lo strumento psicometrico si componeva di due parti:

1. la prima parte valutava il livello di dipendenza dalla nicotina (otto item a risposta multipla);
2. la seconda parte valutava la percezione del livello di motivazione a voler smettere di fumare (quattro item a risposta multipla).

## Risultati e Discussione

### *Analisi delle frequenze e delle percentuali del livello di dipendenza e del livello di motivazione a smettere*

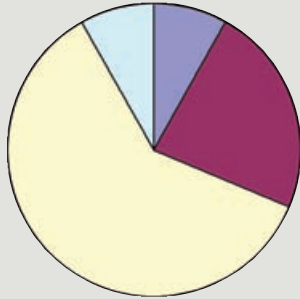
#### **A - L'analisi del livello di dipendenza ha evidenziato che:**

1. le persone accendono la sigaretta tra i 6 minuti e i 30 minuti dopo il risveglio, fanno fatica a rinunciare a qualsiasi sigaretta e quasi tutte aspirano sempre il fumo,
2. le persone fanno fatica a evitare di fumare nei luoghi dove è vietato;
3. le persone ritengono che sia opportuno fumare in ogni momento della giornata;
4. esiste una relazione diretta tra il massimo livello di nicotina che si introduce nel corpo (0,8 a 1,5 mg) e il numero di sigarette che si fumano quotidianamente ( 11 - 20)

#### TABELLE E GRAFICI CHE EVIDENZIANO IN MANIERA SIGNIFICATIVA IL LIVELLO DI DIPENDENZA:

Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta ?		Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulative
risposte	dopo 60 minuti	8	8,0	8,0	8,0
	dopo 31 - 60 minuti	23	23,0	23,0	31,0
	dopo 6 - 30 minuti	61	61,0	61,0	92,0
	entro 5 minuti	8	8,0	8,0	100,0
	Totale	100	100,0	100,0	

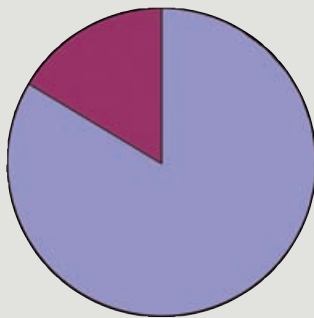
**QUANTO TEMPO DOPO IL RISVEGLIO ACCENDE LA PRIMA SIGARETTA**



- 8% DOPO I 5 MINUTI
- 23% DOPO I 31 MINUTI
- 61% FUMA DAI 6 AI 30 MINUTI DOPO IL RISVEGLIO
- 8% DOPO I 60 MINUTI

A quale sigaretta farebbe più fatica a rinunciare?		Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulative
risposte	qualsiasi	82	82,0	82,0	82,0
	la prima del mattino	18,0	18,0	18,0	100,0
	Totale	100	100,0	100,0	

**A QUALE SIGARETTA FAREBBE PIÙ FATICA A RINUNCIARE?**



- 82% FA FATICA A RINUNCIARE A QUALSIASI SIGARETTA
- 18% FA FATICA A RINUNCIARE ALLA PRIMA DEL MATTINO

Aspira il fumo?		Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulative
risposte	a volte	4	4,0	4,0	4,0
	sempre	96	96,0	96,0	100,0
	Totale	100	100,0	100,0	

**ASPIRA IL FUMO?**



- 4% MAI
- 96% SEMPRE

I. Mancinelli, M. Di Domenico

**B - L'analisi della motivazione a smettere di fumare ha evidenziato che:**

1. le persone percepiscono fortemente il desiderio di voler smettere;

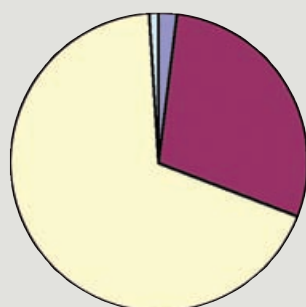
2. le persone sono molto determinate a voler smettere di fumare;

3. le persone sono convinte che le probabilità di smettere di fumare siano alte, proprio perché la loro salute ne sta risentendo.

**TABELLE E GRAFICI CHE EVIDENZIANO IN MANIERA SIGNIFICATIVA IL LIVELLO DI MOTIVAZIONE A SMETTERE DI FUMARE:**

Quanto è importante per lei smettere di fumare?		Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulative
risposte	Non molto importante	2	2,0	2,0	2,0
	Abbastanza importante	28	28,0	28,0	30,0
	Molto importante	66	66,0	66,0	96,0
	Disperatamente importante	4	4,0	4,0	100,0
Totale		100	100,0	100,0	

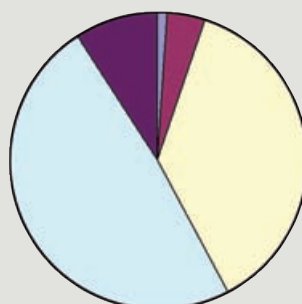
**QUANTO È IMPORTANTE PER LEI SMETTERE DI FUMARE?**



- 2% NON MOLTO IMPORTANTE
- 29% ABBASTANZA IMPORTANTE
- 68% RITIENE MOLTO IMPORTANTE RIUSCIRE A SMETTERE
- 1% DISPERATAMENTE IMPORTANTE

Quanto ritiene siano alte le probabilità di riuscire a smettere?		Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulative
risposte	Basse	1	1,0	1,0	1,0
	Non molto alte	4	4,0	4,0	5,0
	Abbastanza alte	36	36,0	36,0	41,0
	Molto alte	47	47,0	47,0	88,0
	Estremamente alte	12	12,0	12,0	100,0
Totale		100	100,0	100,0	

**QUANTO RITIENE SIANO ALTE LE POSSIBILITÀ DI RIUSCIRE A SMETTERE?**



- 1% BASSE
- 4% ESTREMAMENTE ALTE
- 37% ABBASTANZA ALTE
- 49% RITIENE SIANO MOLTO ALTE
- 9% NON MOLTO ALTE

**Da un confronto comparativo di entrambe le analisi si può rilevare che:**

1. le persone che ritengono alta la probabilità di riuscire a smettere hanno anche il più alto livello di dipendenza;
2. le persone che esprimono la volontà di voler smettere di fumare hanno anche difficoltà a non fumare nei luoghi dove è vietato;
3. le persone che desiderano smettere di fumare tendenzialmente fumano con buona frequenza in qualsiasi ora del giorno;
4. le persone che percepiscono alte le probabilità di riuscire a smettere hanno la tendenza a fumare quando sono costrette al letto da qualche malattia incoerente, quindi questo significa la tendenza a fumare anche quando c'è un malessere;
5. le persone che sono convinte di riuscire a smettere, sono proprio le stesse che hanno una relazione manifesta con l'aspirare sempre il fumo.

**Conclusioni**

I dati mettono in luce che le persone con alto livello di dipendenza sono le stesse che percepiscono di riuscire a smettere e che credono nell'elevata possibilità di riuscirci nonostante continuino a fumare durante l'evento avverso.

Proprio la discrepanza tra la rilevanza del livello di dipendenza da nicotina e la facilità con cui loro pensano si possa smettere, suggerisce che **l'evento avverso-stressante ha permesso l'accesso all'ipotesi del cambiamento che dal punto di vista psicologico viene chiamata fase della contemplazione**, senza la quale non si attiverebbe l'ipotetico percorso di cambiamento (modello transteorico). Ricordando che qualsiasi evento stressante può essere un facilitatore al cambiamento ma anche elemento portante di una ricaduta.

Lo stesso scenario, nel contempo, apre l'ipotesi all'idea che proprio l'assenza della consapevolezza che la dipendenza da nicotina sia ascrivibile alla malattia e le false credenze circa il concetto di vizio ostacolino il vero passaggio alla **fase della determinazione e dell'azione quindi alla disassuefazione**.

Le osservazioni effettuate in questa ricerca conoscitiva suggeriscono la possibilità di:

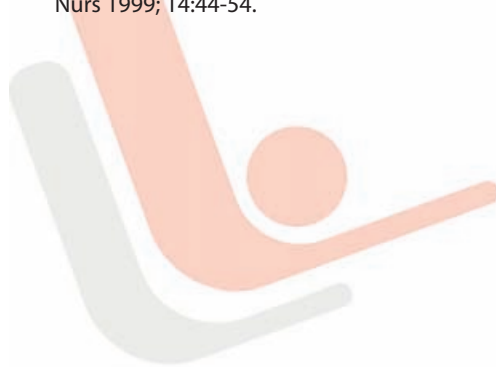
1. Sostenere durante la fase di ricovero, da subito, il paziente con del counseling motivazionale "approfondendo del cambiamento intenzionale" per favorire il processo elaborativo e spostare la "Bilancia decisionale" dalla contemplazione alla determinazione che porterà dunque alla maggiore probabilità di frequentare i centri antifumo alla dimissione;
2. Proporre, già nella fase del ricovero, una corretta valutazione clinica del fumatore, fondamentale per impostare un efficace programma terapeutico di disassuefazione, attraverso tre aspetti che devono essere sistematicamente valutati, quali:
  - a. la motivazione;
  - b. il grado di dipendenza;
  - c. la rilevazione il tono dell'umore.

3. Continuare la ricerca, nelle aziende o su altri luoghi di lavoro, sempre con la stessa fascia di età, per rendersi conto di quali siano gli stadi in cui si trovano gli individui per poi dar vita alla sensibilizzazione con tecniche apposite e adeguate per stimolare il cambiamento;
4. Effettuare in maniera capillare, con i giovani, una mappatura di significato dell'uso della sigaretta per osservare il movimento lungo il continuum dall'uso come momento di cambiamento evolutivo a dipendenza come patologia del percorso evolutivo.

**Bibliografia**

1. Luigi Grassi, Massimo Biondi, Costantini Anna, Manuale pratico di Psico-Oncologia, Il Pensiero Scientifico Editore 2003.
2. Spiller V., Scaglia M., Ceva S. Il modello transteorico. Una modalità eclettica di terapia, Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcoolismo, 2, XXI, 1998.
3. Spiller V., Il colloquio motivazionale breve, in Ameglio M. (a cura di) "Tabagismo: clinica e prevenzione", Ti Con Erre Sicurezza sociale, Firenze, 2002.
4. Spiller V., Scaglia M., Guelfi G. P., Il Colloquio Motivazionale nell'applicazione dell'art.75 D.P.R. 309/90. Resoconto di una ricerca sperimentale sull'efficacia del colloquio, De Ferrari, Genova, 2002.
5. Lucia Macciocu, Valentina Rosa, dipartimento di medicina del lavoro laboratorio di psicologia, ispesl istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro 2003.
6. AA. VV., L'approccio motivazionale, Itaca, n.19/20, Roma, 2003.
7. Quercia V., Il colloquio nel servizio sociale come strumento per motivare le persone al cambiamento, in La Professione Sociale, anno 13, n.26, dicembre 2003.
8. Spiller V., Zavan V., Guelfi G. P., Motivation and change: a three dimensional continuum. In Tober G., Raistrick D., Motivational Dialogue, Routledge, London, 2007.
9. Bimbo A., Togliarsi il fumo dagli occhi, Itaca, n. 19/20, Roma, 2003, pp. 50-56
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial infarction. Edinburgh: SIGN, 2000 (SIGN publication no. 41).
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Stable Angina. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 2001 (SIGN publication no. 51).
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and treatment of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 1999(SIGN publication no. 35).
13. Feigenbaum E, Carter E. Cardiac rehabilitation

- services. Health technology assessment report 1987, no. Rockville, MO: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment OHSS publication 1998; no. PHS 88-3427.
14. World Health Organisation Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular disease with special emphasis on developing countries. Technical report series Geneva: WHO 1993; 831.
  15. Thompson DR. A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners: effects on anxiety and depression. *J Adv Nurs* 1989; 14:291-7.
  16. Johnston M, Foulkes J, Johnston OW, et al. Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counselling and rehabilitation: a controlled trial. *Psychosom Med* 1999; 61:225-33.
  17. Gilliss CL, Gortner SR, Hauck WW, et al. A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery. *Heart Lung* 1993; 22: 125-33.
  18. Van Eideren-Kemenade T, Maes S, van den Broek Y. Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *Br J Clin Psychology* 1994; 33:367-78.
  19. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, et al. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 1999; 25:6-14.
  20. Roebuck A. Telephone support in the early post-discharge period following elective cardiac surgery: does it reduce anxiety and depression levels? *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15:142-6.
  21. Savage LS, Grap MJ. Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients. *Am J Crit Care* 1999; 8:154-9.
  22. Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalised with common medical and surgical cardiac conditions. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 14:44-54.
  23. Lewin B, Robertson IH, Cay EL, et al. Effects of self help post myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet* 1992; 339:1036-40.
  24. Bethell HJ, Mullee MA. A controlled trial of community based coronary rehabilitation. *Br Heart J* 1990; 64:370-5.
  25. Hamalainen H, Kallio V, Knuts LR, et al. Community approach in rehabilitation and secondary prevention after acute myocardial infarction: results of a randomized clinical trial. *J Cardiopulmonary Rehabilitation* 1991; 11:221-6.
  26. Cupples ME, McKnight A. Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in a randomised controlled trial of health promotion. *BMJ* 1999; 319:687-8.
  27. Schnohr P, Parner J, Lange P. Mortality in joggers: population based study of 4658 men. *BMJ* 2000; 321: 602-3.
  28. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: ten year results from 37WHO MONICA Project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353:1547-57.
  29. Scottish Needs Assessment Programme. Provision of Cardiac Rehabilitation Services in Scotland - Needs assessment and guidelines for decision-makers. Glasgow: Public Health Institute of Scotland, 2001.
  30. Horgan J, Bethell H, Carson P, et al. Working party report on cardiac rehabilitation. *Br Heart J* 1992; 67:412-8. rehabilitation services in the United Kingdom 1992. *Br Heart J* 1995; 73:201-2.
  31. Lewin RJ, Ingleton R, Newens AJ, Thompson DR. Adherence to cardiac rehabilitation guidelines: a survey of rehabilitation programmes in the United Kingdom. *BMJ* 1998; 316:1354-5.
  32. Bethell H, Tumer S, Flint EJ, Rose L. The BACR database of cardiac rehabilitation units in the UK. *Coronary Health Care* 2000; 4:92-5.



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere



# Tariffe DRG: una storia tutta all'italiana

**Dal 1994 ad oggi il "rebus" sull'aggiornamento delle tariffe ospedaliere resta ancora irrisolto.**

**E all'orizzonte ecco spuntare i costi standard nel settore sanitario...**

*Enrico Rosati*

Direttore Sanitario Casa di Cura "Marco Polo", Clinica Oncologica Monospecialistica (Roma)

In principio, coerentemente all'indirizzo tracciato della riforma *bis* del SSN (Decreto legislativo 502/92), fu la triade normativa costituita dal DM 15 aprile 1994, dal DM 14 dicembre 1994 e dalla Legge Finanziaria del 2004, che stabilì l'introduzione di un sistema di finanziamento prospettico dell'attività ospedaliera basato su tariffe DRG-correlate.

Le successive Linee-guida n.1/1995, dell'allora Ministro Guzzanti, definirono in maniera dettagliata le regole e le modalità di pagamento (nonché la metodologia adottata per la determinazione delle tariffe) in funzione dei diversi *setting* assistenziali (regime ordinario, ricovero diurno, riabilitazione, lungodegenza...), delineando l'architettura generale di un sistema che, di lì a breve, sarebbe dovuto fisiologicamente evolversi e perfezionarsi, ma che, invece, è rimasto sostanzialmente invariato fino ad oggi, salvo poche eccezioni e nonostante una successiva riforma del SSN.

Il primo aggiornamento delle tariffe dell'attività ospedaliera (e anche dei pesi relativi dei DRG) si realizzò poi nel 1997 (DM 30 giugno 1997), in cui si confermava anche l'autonomia delle Regioni e delle Province Autonome nell'individuare specifiche tariffe nel proprio ambito territoriale e la facoltà di intraprendere opportune modalità di finanziamento a seconda della diversa tipologia degli erogatori e in ragione della complessità assistenziale della casistica trattata e dei volumi di attività (sempre nel rispetto delle indicazioni nazionali relative alle tariffe massime prestabilite); occorre evidenziare che questa linea di indirizzo, ovvero il pagamento correlato non solo agli aspetti quantitativi, ma anche qualitativi della prestazione, rappresenta, di fatto, il germe che avrebbe dovuto incontrare nelle logiche dell'accreditamento istituzionale il suo naturale sviluppo, ma che, purtroppo, ancora non riesce ad affermarsi efficacemente ed uniformemente nel nostro Paese.

L'estremo ritardo del successivo aggiornamento, verificatosi soltanto nel 2006 (DM 12 settembre 2006), contestualmente alla presa di coscienza, da parte delle singole regioni, dei poteri di autonomia sempre maggiori in virtù della Riforma del titolo V della Costituzione, comportò un'estrema variabilità di scenari anche nell'ambito della determinazione delle tariffe, con un alternarsi di "soluzioni" anche all'interno di una stessa regione, grazie a quello spirito di discontinuità *a tutti i costi*, tipico della miope filosofia dello *spoils-system*. Ed ecco che, nel tempo da regione a re-

gione, si applica il piede o punto base del DRG (ossia si stabilisce un valore economico al peso relativo pari ad 1), oppure vengono identificate percentuali incentivanti (ad esempio, per le protesi o per i trapianti) o disincentivanti (ad esempio, interventi chirurgici di bassa complessità) da applicare ai DRG di specifiche prestazioni o, ancora, in alcuni casi vengono determinate particolari forme di pagamento che non rispondono necessariamente alla logica iso-risorse DRG.

In alcune regioni, inoltre, si è proceduti persino alla rideeterminazione complessiva delle tariffe, sia attraverso approcci *top-down* che *bottom-up*, in ragione sia del già menzionato ritardo dell'emanazione, a livello nazionale, dell'aggiornamento delle tariffe massime di riferimento, sia in virtù dell'adozione di versioni differenti dei sistemi di classificazione dei DRG da Regione a Regione.

Nel 2005, ad esempio, sul territorio nazionale erano in vigore ben 3 diverse versioni dei DRG (10, 14 e 19), con la necessità di identificare, di volta in volta, le tariffe specifiche per i raggruppamenti di diagnosi di nuova introduzione. Senza tener conto poi che, se da un lato, con il DM 21 novembre 2005, si stabiliva finalmente l'adozione di un'unica versione dei DRG (versione 19), dall'altro, il DM 12 settembre 2006, atteso da quasi 10 anni, definì sì le nuove tariffe massime di riferimento, ma relative alla versione 10, non più in uso, anziché alla 19, già in vigore dal 1° gennaio di quello stesso anno. A distanza di pochi anni, e siamo ai giorni nostri, con l'introduzione della nuova versione 24 dei DRG a partire dal 1° gennaio dell'anno in corso (DM 18 dicembre 2008) si sta riproponendo un'analoga situazione: a tutt'oggi, infatti, le corrispettive tariffe non sono state ancora emanate, venendo, quindi, disattesa la Finanziaria del 2005 (e, in particolare, l'art. 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311), sebbene, tale ritardo sia frutto anche di una oggettiva difficoltà nell'individuare un'intesa comune per via di una partecipazione e di un coinvolgimento dei decisori politici e delle associazioni scientifiche, da parte del Ministero, probabilmente mai così ampio, ma in sintonia con quanto statuito dall'art. 79 della Legge 25 giugno 2008, n. 112.

La necessità di rendere pubbliche le nuove tariffe, tuttavia, è sempre più impellente, anche perché rappresenterebbe soltanto il primo *step* di un processo particolarmente articolato che deve identificare ancora delle valide soluzioni a numerosi punti critici, che po-



trebbero ormai definirsi "storici" o, meglio, "cronici", del sistema di pagamento prospettico, quali la determinazione di tariffe speciali per le tecnologie di recentissima introduzione, le modalità di finanziamento dei ricoveri pediatrici e riabilitativi, la definizione di un'esperienza italiana originale in tema di classificazione dell'attività ospedaliera al fine di rendere il si-

stema più aderente e flessibile alla nostra realtà sanitaria (e non di altri paesi, *in primis*, Stati Uniti...).

Recentemente (ottobre 2010) è stata approvata la bozza di decreto in materia di determinazione dei costi (e dei fabbisogni) *standard* in Sanità, che saranno applicati a partire dal 2013: sarà realmente questa la "soluzione"?...

## NETWORK NEWS

### Lo studio, stanato il gene della miopia

Roma, 13 set. (Adnkronos Salute) - La soluzione alla miopia potrebbe essere racchiusa in un gene. Almeno secondo i ricercatori del Duke University Medical Center guidati da Terri Young, che in team con altri gruppi di studiosi hanno stanato un gene associato alla miopia in alcune popolazioni caucasiche. Tra queste, quelle olandesi, britanniche e australiane. Non solo. Un'altra equipe, sempre guidata da Young, ha individuato un secondo gene legato a doppio filo con questo difetto visivo nelle popolazioni giapponesi e cinesi. La ricerca, pubblicata su 'Nature Genetics', apre la strada a nuove terapie, stavolta di matrice genica, per uno dei difetti della vista più diffusi. La miopia, di cui, stando alle stime, soffre ben un italiano su quattro, è dovuta a un allungamento del bulbo oculare. In pratica, l'immagine che si dovrebbe formare sulla retina proprio a causa di questo allungamento si forma davanti ad essa, rendendo l'immagine sfuocata. Nella maggior parte dei casi si tratta di forme lievi, ma in circa il 2-3% la miopia è patologica e può dar vita a emorragia maculare, glaucoma prematuro e distacco della retina, fino a provocare cecità. I Paesi con un'alta prevalenza di questo difetto visivo (a Singapore si arriva a ben l'80% di popolazione colpita) hanno ad esempio difficoltà a trovare piloti. I ricercatori a caccia del gene responsabile hanno passato sotto la lente di ingrandimento il Dna di ben 13.414 persone. Scoprendo così che i problemi di messa a fuoco erano legati al gene RasGRF1, almeno per quanto riguarda alcune popolazioni caucasiche. Creando in laboratorio dei topi sprovvisti del gene in questione, il team capitanato da Young ha poi avuto conferma dei cambiamenti registrati nella vista degli animali. "Una prova biologicamente convincente del fatto che possiamo lavorare - secondo lo studioso - su RasGRF1 per prevenire la più comune causa di disabilità visiva". Del resto, questo gene "risulta fondamentale - aggiunge Young - per le funzioni della retina e il consolidamento della memoria visiva". Nelle popolazioni cinesi e giapponesi, invece, la chiave di volta sul fronte miopia sembra nascondersi nel gene CTNDD2.

### Caffè a pranzo contro il diabete

Coloro che consumano caffè a ora di pranzo sono meno esposti al rischio di sviluppare diabete di tipo 2. Lo hanno stabilito alcuni ricercatori brasiliani prendendo

in esame oltre 70mila donne francesi, d'età compresa tra 41 e 72 anni, le cui abitudini alimentari sono state seguite per oltre 11 anni. In breve, nelle partecipanti che hanno consumato almeno una tazza di caffè durante la pausa pranzo è stata riscontrata una riduzione del rischio di sviluppare la patologia diabetica di circa il 30% rispetto alle donne non consumatrici. Gli autori, però, sottolineano che per osservare l'effetto protettivo del caffè, la bevanda deve essere consumata rigorosamente senza nessuna aggiunta di altre sostanze, nemmeno di latte. «Non siamo ancora in grado di capire il meccanismo alla base della protezione offerta da questa bevanda nei confronti del diabete, ma il fatto che l'effetto si osservi solo se il caffè viene bevuto all'ora di pranzo lascia ipotizzare che ci sia qualche legame con il tipo di cibo consumato in questo momento della giornata» ha commentato **Daniela S. Sartorelli**, principale autore dell'indagine. *Am J Clin Nutr.* 2010 Feb 10. Epub ahead of print.

### Epatite da Aloe

Questa recente pubblicazione è molto interessante perché descrive in modo estremamente dettagliato 3 casi di epatite tossica attribuibili all'assunzione di estratti di Aloe. Nei pazienti analizzati non si riscontravano particolari fattori di rischio per l'epatite; dopo la sospensione dell'estratto i valori delle transaminasi (e di altri marker di sofferenza epatica) sono rapidamente tornati alla normalità. La epatotossicità da antrachinoni è nota da tempo, ma conviene ricordarla anche con questi nuovi casi, perché si tratta di una pianta spesso utilizzata in pazienti particolarmente delicati e debilitati come quelli oncologici. L'uso di Aloe, soprattutto in questi soggetti, richiede la consapevolezza di possibili interazioni con i farmaci chemioterapici e la oculata scelta di estratti depurati. *Yang HN et al. J Korean Med Sci.* 2010;25(3):492-5.

### Rischio cardiovascolare con TOS

Finanziato dal National Heart, Lung, and Blood Institute Americano, il the Women's Health Initiative, studio randomizzato in doppio cieco vs placebo condotto secondo la metodica dell'intention-to-treat analyses, ha voluto verificare se l'aumentato rischio di malattia coronarica indotto dal trattamento estrogeno-progestinico "sostitutivo" (TOS) riportato da altri studi in particolare dal The Nurses' Health Study, fosse presen-

## NETWORK NEWS

te e/o condizionato dal tempo di utilizzo del farmaco e/o dal suo utilizzo tardivo dopo la menopausa. La ricerca ha interessato gli anni 1993-1998. Sono stati coinvolti 40 centri clinici statunitensi per un totale di più di 16.500 donne in postmenopausa di età fra i 50 ed i 79 anni con ancora l'utero. Di queste, più della metà (8.506) sono state randomizzate per l'assunzione di 0,625 mg di estrogeni coniugati equini + 2,5 mg di medrossiprogesterone acetato/die verso placebo. Durante il follow up, nelle 8.506 donne che erano in TOS si sono verificati 188 eventi coronarici (80 nei primi 2 anni di terapia) rispetto ai 147 (51 nei primi 2 anni) delle 8102 donne che non assumevano l'estro-progestinico, con un Hazard Ratio per l'insorgenza di malattia coronarica di 2,36 (95% CI 1,55-3,62) nei primi 2 anni di terapia e di 1,69 (95% CI, 0,98-2,89) nei primi 8 anni di trattamento. Nelle 2.782 donne che avevano iniziato la TOS entro 10 anni dall'inizio della menopausa si sono verificati 31 eventi coronarici (14 nei primi 2 anni) rispetto ai 34 (12 nei primi 2 anni) delle 2.712 donne che avevano assunto il placebo con un HR di 1,29 (95% CI 0,52-3,18) per i primi 2 anni e di 0,64 (95% CI 0,21-1,99) per i primi 8 anni. Il valore della p per le differenze nelle curve di comparsa degli eventi coronarici fra le donne in TOS e quelle in placebo è risultato di 0,057 per l'intera casistica, di 0,44 e di 0,011 rispettivamente per le donne che avevano iniziato il trattamento entro i primi e dopo i 10 anni dalla menopausa, con un valore della p per la variazione del HR durante il follow-up di 0,038. Il tempo di crossover medio fra una curva e l'altra era stimabile intorno ai 6 anni di trattamento (95% CI, da 2 a 10 anni). Nel confermare quindi l'assenza di qualsiasi effetto protettivo della TOS, che anzi può determinare un aumentato rischio di eventi coronarici qualora iniziata dopo i 10 anni dalla menopausa, lo studio rileva tuttavia che nel subset di donne che hanno iniziato la TOS precocemente, si può avere un piccolo e non significativo effetto cardioprotettivo, ma solamente dopo 6 anni di trattamento. *Ann Intern Med.* 2010; 152(4): 211-17.

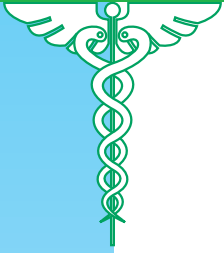
### Effetti cardiovascolari della riduzione del sale

Negli USA si stima che il consumo di sodio sia molto elevato, nonostante le raccomandazioni delle autorità sanitarie che consigliano di seguire diete che ne siano povere (fino ad un introito ideale di 3,7 g/die), si stima che se ne consumi molto di più: gli uomini più di 10 g e le donne più di 7 g/die, e queste quantità sono in aumento. Ciò anche a causa del preconfezionamento dei cibi, che è responsabile del 75-80% del sale introdotto. Utilizzando il Coronary Heart Disease (CHD) Policy Model, una simulazione al computer della malattia cardiaca in individui dai 35 agli 84 anni e un'estensione del modello allo stroke, alcuni ricercatori californiani hanno stimato gli effetti potenziali di una modesta riduzione dell'apporto sodico in differenti segmenti della popolazione americana definiti per età, sesso e razza, confrontandolo con quelli di altri in-

terventi tesi a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e determinandone il rapporto costo benefico. Si è visto che riducendo il sale di 3 g/die si potrebbe ottenere una riduzione stimata del numero annuale di CHD da 60.000 a 120.000, dello stroke da 32.000 a 66.000 e dell'infarto da 44.000 a 92.000 e del numero di morti per ogni causa da 44.000 a 92.000. Ne beneficerebbero tutti i segmenti della popolazione, quella nera in proporzione maggiore; nelle donne si verificherebbe una maggiore riduzione dello stroke, negli anziani degli eventi CHD, mentre nei più giovani delle morti. Nel complesso, in questo modello, gli effetti della riduzione del sale sono paragonabili a quelli della riduzione del tabacco, dell'obesità, del colesterolo e, pur con i limiti costituiti da un modello prospettico per di più incentrato solo sulla riduzione della pressione arteriosa, si può calcolare che un intervento regolatore mirato a ridurre l'introito di sale di 3 g/die possa salvare da 194.000 a 392.000 anni di vita quality-adjusted e ottenere un risparmio annuo della spesa sanitaria da 10 a 24 miliardi di dollari. Ma basterebbe molto meno: se solo si riducesse l'apporto sodico di 1 g/die, nel decennio 2010-2019 si potrebbe ottenere un miglior rapporto costo benefico dell'uso dei farmaci antipertensivi. *Bibbins N Engl J Med.* 2010; 362: 590-9.

### Il cioccolato fa bene al cervello?

Il 12 Febbraio è apparsa su Medscape - Internal Medicine la preliminare comunicazione preliminare di un abstract che sarà prossimamente presentato alla 62<sup>a</sup> Riunione Annuale dell'American Academy of Neurology riguardante i supposti benefici della cioccolata in termini di riduzione del rischio di stroke e della mortalità ad esso correlata. Poiché il cioccolato oltre al burro di cacao, ai carboidrati e alle vitamine contiene una buona percentuale di flavonoidi che sono noti per il loro effetto protettivo sul sistema cardiovascolare, già in passato si era dibattuto sul suo ruolo positivo nelle malattie cardiovascolari, ma mai in modo esaustivo per ciò che riguarda lo stroke. Gli AA dell'abstract hanno condotto una revisione sistematica di studi pubblicati tra il 2001 e il 2009, utilizzando come termini di ricerca "flavonoidi", "flavanoli", "isoflavonoli" e antociani, così come "ictus e mortalità". Fra le 88 pubblicazioni sull'argomento sono stati trovati 3 studi prospettici di coorte. Nel primo era segnalata una riduzione del 22% nel rischio di ictus per chi assumeva cioccolato almeno una volta la settimana. Nel secondo la riduzione della mortalità per ictus risultava essere del 46% per coloro che assumevano un cioccolato "arricchito" con flavonoidi. Mentre il terzo non evidenziava tale positiva associazione. Le conclusioni degli AA, come spesso capita, non sono esaustive nel senso che occorrono ulteriori studi prospettici per valutare se il beneficio di un cioccolato arricchito con flavonoidi sia reale, oppure se il vantaggio sia influenzato da un diverso comportamento salutistico dei partecipanti". *American Academy of Neurology 62nd Annual Meeting. Published online Feb 11, 2009.*



## A Natale dona un sorriso ai bambini di Smile Train!



Al mondo migliaia di bambini non possono sorridere a causa della labio-palatoschisi, una malformazione che nei paesi più disagiati colpisce circa un bambino ogni 300 nati. La labio-palatoschisi è una deformità del labbro e del palato che deturpa completamente il volto dei bambini che ne sono affetti, comportando inoltre difficoltà nella nutrizione, problemi di logopedia, e spesso anche un grave disagio sociale causato dall'isolamento ed emarginazione a cui le culture locali condannano questi piccoli.

L'intervento chirurgico per correggere il labbro leporino dura circa 45 minuti; questa piccola operazione non rappresenta per un bambino solo la soluzione definitiva ad una patologia, ma anche e soprattutto la speranza di poter vivere un nuovo avvenire.

**Smile Train Italia Onlus** nasce proprio con l'intento di operare bambini affetti da labio-palatoschisi nei paesi disagiati, per donare loro il sorriso e la possibilità di godere di un futuro migliore. L'Associazione è costituita da volontari: medici specialisti in chirurgia plastica, maxillo-facciale, anestesia, pediatria, infermieri ed esperti logisti. Il lavoro dei volontari consiste nella realizzazione di missioni chirurgiche nei paesi dove l'incidenza di tali patologie è estremamente elevata e dove è molto limitata la presenza di chirurghi plastici locali in grado di intervenire chirurgicamente su questa particolare malformazione.

Grazie all'operato dei medici volontari di Smile Train più di 500.000 bambini nel mondo hanno ritrovato il sorriso, ma molti altri sono ancora in attesa di un gesto di solidarietà...

Aiutaci a restituire il sorriso ai bambini affetti da malformazioni del volto: in occasione del Natale puoi sostenere i progetti della nostra associazione scegliendo tra diverse modalità di supporto:

- Smile Train ha ideato diversi modelli di biglietti **di Natale a disposizione di privati e aziende**, che possono personalizzare a proprio piacimento i testi ed inserire nuovi elementi grafici. È possibile prendere visione dei modelli di biglietti all'indirizzo <http://www.smiletrain.it/natale.html>, una volta scelto il modello preferito è necessario inviare un'e-mail a [Marta m.romagnoli@smiletrain.it](mailto:Marta.m.romagnoli@smiletrain.it) con l'indicazione dei testi da personalizzare ed il numero di biglietti che si desidera acquistare. Per ogni biglietto ordinato dovrà essere corrisposta una donazione di Euro 1.90 in favore di Smile Train Italia Onlus.
- 
- Sul sito [www.smilegift.it](http://www.smilegift.it) è possibile scegliere tra diverse proposte di **regali sorridenti**: in occasione del Natale puoi scegliere di tramutare i tuoi regali in un gesto veramente responsabile che permetterà ad un bambino nel mondo di ritrovare il sorriso.

Per sostenere le missioni di Smile Train Italia Onlus:

**versamento sul conto corrente postale**

intestato a **Smile Train Italia**  
c/c **80387632**

**bonifico bancario**

intestato a **Smile Train Italia**  
**Banca Popolare dell'Emilia Romagna**  
c/c **1616000**  
Abi **05387** Cab **03203** Cin **J**  
Codice Iban - **IT 91 J 05387 03203 000001616000**

**5x1000**

codice fiscale di Smile Train Italia: **97455990586**.

Per maggiori informazioni relative all'attività dell'Organizzazione è possibile contattare l'Ufficio di Smile Train Italia Onlus al numero 06.84.24.27.99, scrivere un'e-mail all'indirizzo [info@smiletrain.it](mailto:info@smiletrain.it), oppure visitare il sito internet [www.iltrenodelsorriso.it](http://www.iltrenodelsorriso.it)

**“Tra gli esseri umani, anche se intimamente uniti, è sempre aperto un abisso che solo l'amore può superare, e anch'esso solo con una passerella d'emergenza.”**

*Herman Hesse*



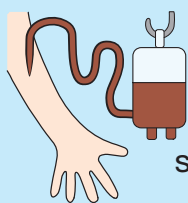
Educazione  
Prevenzione  
Ricerca  
sull'Epatite C

L'Associazione EPAC Onlus ti ricorda che:

## Scoprire l'epatite C in fase precoce fa controllare meglio la malattia

Le principali categorie che sono state in passato - o lo sono tuttora - maggiormente esposte a rischio di infezione sono\*:

### CATEGORIE A RISCHIO



soggetti con qualsiasi evidenza di danno epatico ed in particolare soggetti con ipertransaminasemia persistente

bambini nati da madre anti-HCV positiva

soggetti con crioglobulinemia mista essenziale

soggetti con tatuaggi e body piercing purchè eseguiti in ambienti non igienicamente protetti (es. carceri o istituti non certificati)

persone con infezione da HIV

persone che sono state sottoposte ad emodialisi

soggetti che hanno ricevuto trasfusioni o somministrazione di emoderivati prima del 1992 emofilici in cui sono stati impiegati concentrati di fattori della coagulazione prima del 1987 (quando sono stati introdotti processi di inattivazione virale)

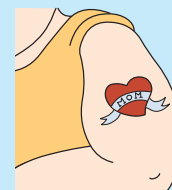
persone che hanno ricevuto trapianto di organi o tessuti eterologhi fino al 1992

soggetti che nell'arco della loro vita hanno fatto uso di droghe per via endovenosa anche se questo uso è stato occasionale, saltuario e non continuativo

soggetti sottoposti a lunga carcerazione

soggetti immigrati provenienti da regioni ad endemia elevata

operatori sanitari e personale di pubblica sicurezza (giustificato dallo specifico rischio professionale)



**Se rientri in una categoria a rischio, parlane con il tuo medico di fiducia**

Per ulteriori  
informazioni:

Internet:  
[www.epac.it](http://www.epac.it)

email:  
[info@epac.it](mailto:info@epac.it)

tel. 0660200566  
fax 0396917255

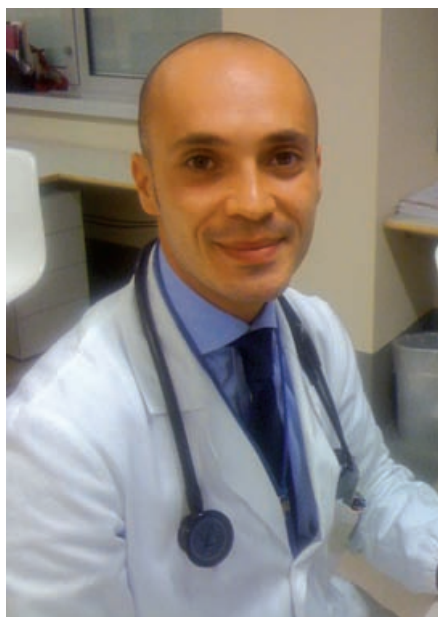
## “Mi fa male il fegato... Mi devo preoccupare?”

### Intervista a Giovanni Galati

Specialista in Medicina Interna - Ecografia epato-biliare  
Unità Operativa Semplice di Medicina Clinica - Epatologia  
Università Campus Bio Medico di Roma

#### Dr. Galati, ringraziandola per la disponibilità, di cosa si occupa esattamente?

Sono uno specialista in Medicina Interna, ho svolto i miei studi presso l'Università Campus Bio Medico di Roma e sin dagli anni degli studi universitari mi sono occupato della cura dei pazienti epatopatici, con particolare attenzione alla terapia del **virus epatitico C e B**, sviluppando competenze nello studio ecografico delle epatopatie e nel *follow-up* della cirrosi epatica e delle sue complicanze.



#### Quali sono i segnali d'allarme che impongono una valutazione specialistica epatologica?

Le malattie di fegato raramente danno sintomi, se non nelle loro fasi più avanzate. Purtroppo questo è uno dei motivi per cui la maggior parte delle persone scopre di avere un problema epatico in maniera del tutto casuale.

Spesso i pazienti che giungono in ambulatorio, alla mia richiesta di sapere il motivo della visita, mi rispondono con un secco **“mi fa male il fegato!”**. Tuttavia, è difficile individuare dai sintomi un'epatite virale, metabolica (legata al sovrappeso/obesità) o alcolica.

Diversa è invece la situazione allorchè venga documentata un'elevazione delle transaminasi (GOT, GPT, gammaGT) o degli indici di funzione epatica (bilirubina, albumina, coagulazione). In tal caso occorrerà effettuare indagini di cosiddetto secondo livello al fine di definire la causa di tali alterazioni.

#### Quindi bisogna allertarsi solo nei casi di alterazione degli esami citati?

No, il più delle volte le analisi ematiche ed uno studio ecografico addominale accurato escludono un problema epatico.

Fanno eccezione alcune patologie delle vie biliari come la calcolosi colecistica, considerato che l'incidenza di coliche biliari in persone asintomatiche è dell'1-3%/anno.

Pertanto un dolore in sede sotto costale destra che dura da diverso tempo, accentuantesi con i pasti o ad insorgenza prevalentemente notturna, potrebbe meritare una valutazione più urgente.

#### Quali sono le cause più frequenti di alterazione degli enzimi epatici (transaminasi) secondo la sua esperienza?

Il riscontro casuale di elevazione delle transaminasi molto spesso appare attribuibile a quella che viene definita **NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease)**, ovvero steatosi epatica non correlata all'assunzione di alcool o più comunemente “fegato grasso”.

#### Dottor Galati che cosa si intende per fegato grasso?

In breve si tratta di un'alterazione del fegato che si accompagna al sovrappeso ed alla **Sindrome Metabolica** (coesistenza di diversi fattori di rischio cardiovascolari come elevati livelli di trigliceridi, ipertensione arteriosa, diabete o ridotta tolleranza ai carboidrati) e che ricalca istopatologicamente le alterazioni che si verificano nel fegato di chi assume alcolici cronicamente.

#### Come si diagnostica?

Una volta accertata l'alterazione dei *tests* di funzione epatica e la presenza ecografica di “fegato grasso”, occorrerebbe valutare i livelli di colesterolo e trigliceridi, effettuare uno *screening* per diabete ed effettuare controlli della pressione arteriosa.

La terapia si avvale soprattutto (ma non solo) di modifiche sostanziali dello stile di vita, finalizzate alla perdita graduale di peso ed alla correzione dei disturbi metabolici sottostanti.

#### Dottor Galati la Steatosi Epatica si riscontra esclusivamente con l'alterazione dei Test biochimici?

È molto più diffusa la steatosi epatica riscontrata solo ecograficamente, in assenza di alterazione degli enzi-

mi epatici. Dal momento che la normalità delle transaminasi non esclude il rischio di sviluppare una malattia di fegato evolutiva, indicherei, supportato da ormai forti evidenze scientifiche, l'esecuzione di un'ecografia epatica a tutte le persone che risultano affette da Sindrome Metabolica e soprattutto diabete, anche in assenza di valori alterati in esami ematici.

#### Quante persone individuate con epatopatia virale?

È poco frequente una nuova diagnosi di epatite cronica virale, considerato che la maggior parte dei pazienti che giungono per un consulto già sono a conoscenza di essere affetti da infezione da virus C o B.

#### Dottor Galati qual è la più diffusa delle epatiti virali?

Tale patologia in Italia è molto prevalente (si consideri che il virus epatitico C rappresenta circa il 60 % delle cause di epatopatia cronica) e dunque rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica, costituendo la fetta predominante di pazienti seguiti dai nostri ambulatori.

Al giorno d'oggi, fortunatamente, ci sono molte armi farmacologiche a disposizione, che di fatto possono portare ad una "eradicazione clinica" dell'infezione virale. Si tratta di trattamenti complessi verso cui abbiamo acquisito molta esperienza e che richiedono una notevole preparazione scientifica da parte del medico e grande motivazione da parte del paziente.

#### È fondamentale la comunicazione Medico-Paziente?

In questo contesto come non mai vale la regola dell'alleanza terapeutica medico-paziente, perché si tratta di terapie di lunga durata e che richiedono frequenti controlli clinici. Il successo terapeutico è possibile e spesso si tratta di vittorie condivise fra medici e pazienti.

#### Quali altre epatopatie gestite all'ambulatorio epatologico?

La restante percentuale comprende casi di epatite alcolica, tossica (ad esempio secondaria ad abuso o

uso di farmaci epatotossici) o da altra causa (epatite autoimmune, disturbi delle vie biliari con associata epatopatia) che necessita uno studio più approfondito sino alla tipizzazione bioptica del parenchima epatico (come detto procedura relativamente immediata presso la nostra struttura, nei casi in cui appare indicata secondo le più recenti linee guida internazionali).

#### In questo contesto, consiglierebbe a tutti i pazienti con primo riscontro di elevazione delle transaminasi uno screening per virus epatitici?

Come detto precedentemente, a volte il rilievo casuale di elevazione delle transaminasi è attribuibile a steatosi epatica o altra causa non virale e comunque spesso i pazienti che valutiamo hanno già effettuato uno screening virologico.

Sostanzialmente chi riscontra una alterazione delle transaminasi dovrebbe essere valutato dal proprio medico di famiglia, che deciderà chi sottoporre a tests di secondo livello, soprattutto se coesistono fattori di rischio indicati dalle società scientifiche di settore (trasfusioni di sangue prima degli anni '90, emoderivati prima del 1987, l'utilizzo di aghi non sterili o di droghe endovenose nel caso dell'epatite C, rapporti sessuali promiscui nel caso di epatite B, etc).

Ogni caso va valutato molto attentamente, escludendo quei cofattori di malattia epatica che sono rappresentati da disturbi metabolici come diabete o iperlipidemia, per poi proseguire passo dopo passo sino ad arrivare ad una diagnosi.

#### Dottor Galati in sintesi se "fa male il fegato" non ci si deve preoccupare?

Non è quasi mai associata un'epatopatia al "mal di fegato", benché devo ribadire, nella maggior parte dei casi le epatopatie virali e non, sono asintomatiche. Mi sentirei di comunicare un messaggio positivo anche in caso di riscontro di epatopatia, perché come già detto, attualmente abbiamo a disposizione numerose ed efficaci armi che possono portare anche alla guarigione.

Unità Operativa Semplice di Medicina Clinica - Epatologia  
Università Campus Bio Medico, Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 - Roma  
(Uscita 25 del G.R.A. direzione Trigoria) Telefono 0687434343



Per la prevenzione delle epatiti, cirrosi e tumore al fegato.  
Non ti costa nulla!



Inserisci il nostro Codice Fiscale **97375600158** e la tua firma nella sezione a sostegno del volontariato e delle Onlus



## NUOVE TECNICHE INIETTIVE: "HYDRO-LIFT" E "PERLIFT"

Il segreto di una cute fresca e giovane è mantenere bilanciata l'idratazione delle cellule che la compongono. Gli effetti negativi dell'esposizione solare durante il periodo estivo e dei cambiamenti climatici rimangono a lungo: la pelle si presenta spenta, ruvida e disidratata.

È il cosiddetto fotoaging: una diminuzione della produzione di acido ialuronico, il principale componente delle cellule cutanee che porta, oltre alla perdita di idratazione, la comparsa di cedimenti cutanei, microrugosità, pieghe e rughe.

Come si può rimediare?

Un ciclo di trattamenti con Restylane Vital, può ripristinare l'equilibrio idrico della pelle (Hydrobalance) migliorandone l'elasticità e donandole un aspetto progressivamente più giovane e sano. Il trattamento consiste nell'iniettare piccoli ma regolari microdepositi di acido ialuronico NASHA a distanza di pochi centimetri, nella zona da trattare. Per la sua eccezionale capacità di trattenere acqua (sino a 500 volte il suo peso) Restylane Vital apporta progressivamente idratazione in profondità, svolgendo anche un'importante azione antiossidante.

Il concetto Hydrobalance, introdotto dalla Q-MED, sfrutta le caratteristiche del gel NASHA, per creare nel derma una preziosa riserva di acido ialuronico che, ceduto lentamente e gradualmente, aiuta la pelle a recuperare la sua struttura e il turgore naturale, rendendola più compatta, resistente agli attacchi esterni e preparandola ai rigori dell'inverno.

Restylane Vital è particolarmente indicato per trattare viso, collo, décolleté, piega intermammaria, mani e polsi.

### " HYDRO-LIFT "

È una tecnica di impianto a "fili" di acido ialuronico, utilizzando Restylane Vital: si inietta a livello dermico in direzione trasversale delle rughe superficiali su tutto il viso, permettendo di migliorare la compattezza, il turgore, la texture cutanea. Ridensificante e rimpolpante. Il ciclo di trattamento prevede due o tre sedute a distanza di un mese.

### " PERLIFT "

È una nuova tecnica iniettiva che riesce a dare sostegno ai cedimenti dei volumi del viso. Il prodotto utilizzato è Restylane Perlane: viene iniettato nel derma profondo in modo da creare dei lunghi "fili" tensori, come una griglia virtuale, a reticolo, trasversalmente alle rughe.

L'effetto tensore sul viso è immediato. È una tecnica che può essere utilizzata per migliorare i cedimenti della zona malare, dello zigomo e risollevare il sopracciglio.

È utile un richiamo dopo 8 - 10 mesi.

Oggi sono disponibili innumerevoli soluzioni che possono ritardare l'appuntamento con il chirurgo.

Il medico estetico ha la possibilità di migliorare la simmetria, arrotondare i contorni, ridare volume e tono cutaneo, con trattamenti minimamente invasivi e in modo omogeneo su tutto il viso.



**Dottor Stefan Dima**

Tel 06 328681 - Cell +39 337 738696


e-mail: medestetica@usi.it

LA TUA PELLE  
TI HA  
SEMPRE  
PROTETTO.

ORA È IL  
MOMENTO  
DI RICAMBIARE  
IL FAVORE.



Oggi Restylane® è anche Skincare

Restylane® Scelto e testato da  **U.S.I.**  
medestetica@usi.it

In esclusiva su [www.restylaneskincare.it](http://www.restylaneskincare.it)

**Nel nuovo romanzo di Camilla Baresani l'amore quando meno te l'aspetti e, come sempre, imprevedibile all'inizio e scontato alla fine ma soprattutto una Roma a "trazione anteriore", frizzante di glamour e pronta a stupirti con luoghi e personaggi eterni ma sempre nuovi.**

## Un amore all'improvviso, prima la magia poi la... chiromanzia

di Michele Trecca

**U**n'estate fa di Camilla Baresani (Bompiani, pagg. 349, € 18.50) comincia così, con un amore involontario per movimento inerziale dei sentimenti. Tu pensi che siano sedati e quelli invece lavorano ad un nuovo agguato.

Erica ha quarantacinque anni, è bella e raffinata, acquietata in una relazione matrimoniale senza figli, libera quanto basta per avere tranquillamente altre storie; è giornalista, si occupa di fiction televisiva, fa la spola fra Milano e Roma, ha ottime amicizie e frequentazioni mondane. La sua non è una vita di poco conto, oltretutto non le è stata regalata dalla sorte che l'aveva invece precipitata in un dramma familiare (il suicidio del padre). Un percorso in salita, il suo. Un'altra si sentirebbe appagata, Erica no. Rassegnata, piuttosto, ad «essere sola al mondo, l'unica vera amica di se stessa». Il suo sogno è «il mirabile stato... di una solitudine non ricattatoria e lagnosa, bensì piena e soddisfatta». Erica si sente spenta. Grigia. In una fase superficiale. Niente *Schwermut*, ovvero creatività, dice di sé citando Schelling. Un epitaffio sulla propria vita sentimentale.

Accade, invece, che conosce Arnaldo e quei sentimenti che sembravano sedati prontamente accelerano il loro movimento inerziale in «vibrante fervore». Mai dire mai. Erica teme la propria insufficienza; prudenza e saggezza le dicono di non avventurarsi e, invece, accetta con se stessa la sfida «d'essere – proprio a causa della sua smagliante solitudine – l'inattesa e l'attesa, l'elemento incalcolabile che smuove le carte, rivoluziona un cuore, accende i desideri». Lui è romano, ha cinquantuno anni. È un produttore di documentari per la televisione. Quando l'aspetta nell'atrio della stazione Termini per il loro primo week end al mare, le appare «come uno scoglio attorno al quale la gente si divide». Al tempo stesso, però, Arnaldo ha fragilità simili alle sue ed anch'egli alle spalle una vicenda di orfano e di difficoltà economiche. Arnaldo conquista Erica, l'ammalia, con la sua capacità di racconto.

Non è un particolare da poco. In *Un'estate fa* Camilla Baresani restituisce l'amore alla sua verità.

Una relazione è mettere in comune le proprie storie: non i dettagli o le morbosità, ma ciò che ha formato le rispettive personalità. Se ci si conosce, ci si ama. La scoperta di sé è il piacere di un nuovo amore. Il contrario del gioco delle apparenze e delle illusioni della nostra contemporaneità raffigurate dall'autrice attraverso il fondale della effervescente mondanità romana, contraltare più che cornice dell'amore fra Erica e Arnaldo.

Altro che Giorgio Montefoschi e i suoi interni pariolini grigi e polverosi, stantii: la milanese Camilla Baresani (bresciana di nascita) finalmente ci dà una rappresentazione della capitale "a trazione anteriore", cioè innovativa, senza folklore, pregiudizi ideologici, alibi e condiscendenze. *Un'estate fa* ti porta nel cuore della contraddittoria magia di Roma con la documentata leggerezza o glamour di una guida, tipo le centouno cose, persone e luoghi che conosce e frequenta chi conta a Roma. C'è la terrazza con vista mozzafiato su qualsiasi bellezza di Roma; la casa con prestigiosa collezione di arte contemporanea da Hirst a Kiefer ad Arad frammista a "cazzoteca" di falli di plastica di ogni genere; la cena con ospite l'ex presidente emerito della repubblica; la mostra alla galleria Gagosian; la spiaggia "colonizzata" di Capalbio con vicini d'ombrellone il meglio dello spettacolo, dell'informazione e della politica; la vacanza di lavoro a Cortina, dove «tutti sono qualcuno di noto, nel bene e nel male... e, quando non sono qualcuno in sé, sono comunque qualcosa di qualcuno. Il commercialista di, il parrucchiere di, l'ex moglie di». Di tutto, di più.

Camilla Baresani, al suo quarto romanzo, ha pubblicato nel 2006 con il sociologo Renato Manneheimer *TIC – Tipi Italiani Contemporanei* e l'anno successivo *La cena delle meraviglie* con lo chef Allan Bay. Ha dunque le competenze giuste per percorrere tutta la dorsale del costume contemporaneo, ma soprattutto ha lo sguardo che serve per un'impresa ambiziosa come quella di raccontare la forma nuova dell'amore al tempo della banalizzazione mediatica dei sentimenti, ridotti oggi da rac-



conto e conoscenza a pettegolezzo ed esibizione. La causa del proprio disagio che Erica attribuisce a se stessa è invece una malattia dell'ambiente alla quale lei non si rassegna continuando a cercare senza enfasi e facili moralismi verità nei sentimenti e umanità nelle persone: non solo in Arnaldo, ma anche, in diverso modo, nell'amico d'infanzia Gerry, "dropout" e prototipo del sottobosco parassitario romano, vittima nell'infanzia di un grave trauma familiare e alfiere dei diritti negati dei padri.

Il tema della paternità e il silenzioso e inconsapevole slancio sentimentale di Erica in direzione ostinata e contraria sono la sostanza del nuovo romanzo di Camilla Baresani, arricchito dalla "suspense" di un misterioso messaggio iniziale sul cellu-

lare che invita la protagonista ad un consulto con un sensitivo catanese in tour a Roma. Tutto il romanzo è costruito come una risposta allo sconosciuto mittente del messaggio per declinare l'invito in nome del valore terapeutico del "fai da te narrativo" in alternativa alla scorciatoia esotica dei poteri paranormali di chissà chi.

*Un'estate fa* è un titolo riduttivo per un romanzo che è molto di più del racconto di una stagione amorosa. Con la sua ricchezza d'affresco e profondità d'analisi perfettamente impastate in una scrittura magistrale, *Un'estate fa* dà a chi lo legge le coordinate sentimentali del nostro tempo, fondamentali per capire noi stessi. Siamo quel che siamo perché siamo dove siamo. Camilla Baresani ci aiuta a scoprirlo.

Lo scorso 8 novembre è venuto a mancare il Padre orionino Don Giancarlo Gramolazzo, dall'anno 2000 Presidente dell'Associazione Internazionale degli Esorcisti e Direttore al Piccolo Cottolengo di Monteverde a Roma.

Pochi giorni dopo la Sua dimissione dalla nostra Casa di Cura, ci pervenne una lettera di ringraziamento in cui traspariva tutta la Sua riconoscenza, che siamo lieti e orgogliosi di pubblicare, anche per ricordare Don Giancarlo.

Spett.le  
CASA DI CURA " MARCO POLO "  
Viale Marco Polo n. 41  
Roma (00154)

Alla Cortese Attenzione dell'Egr. Dott. Rosati Enrico

Gentile Dottor Rosati,

tornato a casa presso il mio Istituto " Don Orione" in Via Poerio, sento l'imprendiscibile dovere di tributare il mio commosso ringraziamento che non si rivolge solo all'Illustre Medico e Direttore della Casa di Cura " Marco Polo", ma anche all'Uomo dotato di un animo non comune per le magnifiche virtù che in esse albergano.

Ma, tramite la Sua persona, vorrei ringraziare tutto il Personale preparato e disponibile e felicitarmi con Lei per l'efficienza organizzativa, per la radicata ospitalità presente ad ogni livello e per l'alto prestigio che fa della Casa di Cura "Marco Polo" un complesso altamente qualificato ed un vanto per Roma e motivo di sicurezza per chi vi trova asilo in occasioni difficili della vita.

La prego di accogliere i sensi della mia stima .

( Sacerdote Don Giancarlo Gramolazzo)



Roma, 16 Settembre 2010

*"Gentile Dottor Rosati,*

*(...) tramite la Sua persona, vorrei ringraziare tutto il Personale preparato e disponibile e felicitarmi con Lei per l'efficienza organizzativa, per la radicata ospitalità presente ad ogni livello e per l'alto prestigio che fa della Casa di Cura "Marco Polo" un complesso altamente qualificato ed un vanto per Roma e motivo di sicurezza per chi vi trova asilo in occasioni difficili della vita.*

*La prego di accogliere i sensi della mia stima"*

Sacerdote Don Giancarlo Gramolazzo"

Enrico Rosati  
Direttore Sanitario  
Casa di Cura "Marco Polo"