

# CIVITAS

## HIPPOCRATICA

ANNO XXXV \* NUMERO 6 \* NOVEMBRE/DICEMBRE 2014

Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale  
del Centro Studi  
di Medicina



HIPPOCRATICA  
CIVITAS  
SALERNO

# CIVITAS

## HIPPOCRATICA

ANNO XXXV \* NUMERO 6 \* NOVEMBRE/DICEMBRE 2014

Rivista bimestrale  
del Centro Studi  
di Medicina



**HIPPOCRATICA  
CIVITAS  
SALERNO**

**Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas"**

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

**Direttore Responsabile**

Domenico Della Porta

**Direttore**

Mario Colucci

**Comitato di redazione**

Adriano Berra, Giovanni Biasucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

**Comitato scientifico**

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D'Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

**Norme per i collaboratori**

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

**Redazione della Rivista "CIVITAS HIPPOCRATICA"**

**Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO**

**e-mail: civitashippocratica@yahoo.it**

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E' auspicabile l'invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l'Ospedale o Istituto di appartenenza e l'indirizzo dell'Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all'Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l'importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de' Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2015.





## SOMMARIO

<b>Editoriale</b>	IV
<i>Raffaello Assisi, Giuseppe Capece, Rino Maisto, Maria Itria Russo, Manuela Avellino, Pietro Schettino</i>	
<b>Trattamento delle intolleranze ed allergie alimentari con beta-glucano, inositolo ed enzimi digestivi. Reazioni avverse ai cibi</b>	Pag. 61
<b>Convegni</b>	Pag. 64
<i>Francesca D'Agostino, Luigi Pizza</i>	
<b>Educazione alla salute e prevenzione dei disturbi psichici: attualità e prospettive</b>	Pag. 65
<b>Libri ricevuti</b>	Pag. 68
<i>Giuseppe Lauriello</i>	
<b>Scompenso cardiaco e Scuola medica salernitana</b>	Pag. 69
<b>Indice dei contenuti</b>	Pag. 72
<b>Indice degli autori</b>	Pag. 74
<b>Parole chiave</b>	Pag. 75



## *Editoriale*

*Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2015.*

**Socio Ordinario: € 30,00**

**Socio Sostenitore: € 60,00**

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci  
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno  
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)  
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli  
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989  
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

# Trattamento delle intolleranze ed allergie alimentari con beta-glucano, inositolo ed enzimi digestivi. Reazioni avverse ai cibi

Raffaello Assisi\*, Giuseppe Capece\*\*, Rino Maisto\*\*\*,  
Maria Itria Russo\*\*\*\*, Manuela Avellino\*\*\*\*\*, Pietro Schettino\*\*\*\*\*

**Parole chiave:** Sindrome intestino irritabile (SII), intolleranze alimentari, dispepsia enzimatica, betaglucano, inositolo, deficienza enzimatica.

**Key Words:** Irritable Bowel Syndrome (IBS), alimentary intolerances, enzymatic dyspepsia, betaglucan, inositol, enzymatic deficiency.

## RIASSUNTO

*Dolori addominali, meteorismo, alterazione dell'alvo, stanchezza cronica, alitosi, nausea sono sintomi comuni sia nella Sindrome dell'Intestino Irritabile (SII) che nelle deficienze enzimatiche ma con differente eziopatogenesi.*

*Nelle SII è sempre presente una instabilità psicosomatica assente nelle deficienze enzimatiche.*

*Recenti studi hanno accertato che la maggioranza dei pazienti con questi sintomi, erroneamente classificati come affetti da IBS, in realtà presentavano un deficit enzimatico, causa del discomfort.*

*Uno studio è stato condotto da alcuni centri di Gastroenterologia per valutare in questi pazienti l'efficacia di un prodotto composto da betaglucano, inositolo ed enzimi digestivi (Biointol).*

*80 pazienti (35 maschi e 45 femmine, di età compresa fra 18 e 65 anni), che presentavano questi sintomi, venivano divisi in due gruppi da 40 ciascuno (A con SII e B con deficit enzimatici) e venivano trattati con 3 compresse/die di Biointol.*

*La somministrazione di Biointol è risultata più efficace nei pazienti con deficienze enzimatiche rispetto a quelli con SII.*

## SUMMARY

*Abdominal pain, bloating, disturbed defecation, chronic tiredness, halitosis, nausea are common symptoms both in Irritable Bowel Syndrome (IBS) and enzymatic deficiency, but with different pathogenesis.*

*In IBS is always a psychosomatic trouble that is not present in enzymatic deficiency.*

*Recent careful research has verified that majority of the patients with these symptoms, estimated as suffering from IBS is instead affected by enzymatic deficiency.*

*A research has been conducted by some gastrointestinal centres to evaluate the effectiveness of administration of a mixture of Betaglucan, Inositol and digestive enzymes in patients affected by enzymatic deficiency.*

*80 patients (35 males and 45 females, mean age 18 – 65), 40 affected by IBS and 40 affected by enzymatic deficiency were treated with Biointol*

*Administration of Biointol has resulted effective in patients affected by enzymatic deficiency but ineffective in patients with IBS.*

\*GRUPPO ITALIANO DI STUDIO  
PER LE DISMOTILITÀ INTESTINALI (GISDI)  
\*\* U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA  
DIGESTIVA OSPEDALE INCURABILI NAPOLI  
\*\*\*U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA  
ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO  
FRATTAMAGGIORE (NA)  
\*\*\*\*SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA  
ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
II UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
\*\*\*\*\*SERVIZIO DI CHIRURGIA ENDOSCOPICA  
II UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI

Ricevuto in Redazione il 6 novembre 2014

## INTRODUZIONE

Di frequente riscontro in ambito specialistico gastroenterologico sono sintomi quali dolori addominali, meteorismo, alterazioni dell'alvo (stipsi o diarrea), alitosi, nausea o vomito, stanchezza cronica, accompagnati occasionalmente da cefalea od emicrania, cistiti ricorrenti, obesità, eruzioni cutanee, disturbi dell'umore, dolori premestruali. Abitualmente tali sintomi sono interpretati come SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE (SII).

Nella patogenesi dell'intestino irritabile, l'instabilità psico-emozionale riveste sicuramente un ruolo fondamentale: la somministrazione di tranquillanti e sedativi associati ad antispastici generalmente sortisce un effetto positivo. Occorre però considerare che in una percentuale di pazienti affetti da tale sintomatologia non sono presenti alterazioni psicosomatiche e che l'insorgenza della stessa è correlata ai pasti ed in particolare a reazioni avverse a cibi. Queste ultime sono causate da una alterata produzione di enzimi digestivi che hanno il compito di metabolizzare e digerire gli alimenti essenziali rendendoli assimilabili.

L'inadeguata produzione da parte delle cellule intestinali di lattasi, amilasi, proteasi, lipasi, cellulasi, pectinasi ostacola il normale assorbimento dei metaboliti di carboidrati, proteine e grassi, rendendo inoltre tali sostanze potenziali allergeni. Altra benefica proprietà degli enzimi digestivi è svolta contro i costituenti di membrana di molti microorganismi che risultano pertanto meno patogeni.

Come evidenziato da recenti studi internazionali, nei paesi sud-europei, la ridotta produzione di enzimi digestivi può essere causata da patologie interessanti il tubo digerente, abuso di farmaci (antibiotici), cibi conservati, additivi, età avanzata, stress emotivi, infezioni batteriche e virali, infestazioni parassitarie.

Le particelle di cibo, non opportunamente metabolizzate, si comportano come corpi estranei e come allergizzanti: attaccate da microflora intestinale, sviluppano gas nocivi e patogeni, responsabili della sintomatologia. Si potrebbe pertanto identificare tale condizione con il termine **dispepsia enzimatica**.

Di particolare efficacia si è dimostrato un farmaco contenente: beta-glucano, inositolo ed una miscela enzimatica di amilasi, proteasi, aminoglicosidasi, lipasi, lattasi, cellulasi.

IL BETAGLUCANO, polisaccaride ad attività antinfiammatoria, stimola i linfociti Th2, responsabili della proliferazione delle cellule T killer e delle cellule B. Queste ultime dotate di una specificità antigenica, promuovono una risposta mirata sui microrganismi patogeni, preservando i tessuti dell'ospite, e modulano con segnali inibitori i linfociti Th1, riducendo in tal modo, la produzione di citochine infiammatorie, lesive per le cellule della mucosa.

L'INOSITOLO o vitamina B7, zucchero presente nei cereali, nelle noci, nei meloni e nelle arance svolge un importante ruolo nei processi di disintossicazione dell'organismo attraverso l'attivazione mitocondriale.

La MISCELA ENZIMATICA contribuisce ai processi digestivi migliorando il metabolismo degli elementi essenziali contenuti nei cibi, evitando così la produzione di particelle che possano fungere da allergeni o che giungano inalterate nel colon ove, attaccati da ceppi patogeni della microflora intestinale, sviluppano gas nocivi.

## TRIAL CLINICO

Al fine di dimostrare l'efficacia del trattamento con beta-glucano, inositolo e miscela enzimatica nei pazienti con intolleranze alimentari legate a deficit enzimatici, è stato condotto un trial clinico che prevedeva la suddivisione dei pazienti in due gruppi: uno con sintomatologia dispeptica ed instabilità psico-emozionale (Sindrome dell'Intestino Irritabile, gruppo A) e l'altro con dispepsia dovuta a reazioni avverse ad alimenti e senza alterazioni psicosomatiche (gruppo B).

Tabella 1 - Indice di gravità dei sintomi

Sintomo	Valutazione di base	Intensità (valutazione del paziente)	Indice di gravità
<b>DOLORE</b>			
No	0		
Provocato dalla palpazione	1		
Dopo i pasti	2	8	10
<b>METEORISMO</b>			
No	0		
Saltuario	1		
Dopo i pasti	2	9	11
<b>ALTERAZIONI DELL'ALVO</b>			
No	0		
Feci semisolide	1		
Liquide sempre	2	7	9
<b>STANCHEZZA CEFALEA</b>			
No	0		
Si	2	7	9
<b>ALITOSI</b>			
No	0		
Spesso	2	7	0

## MATERIALI E METODI

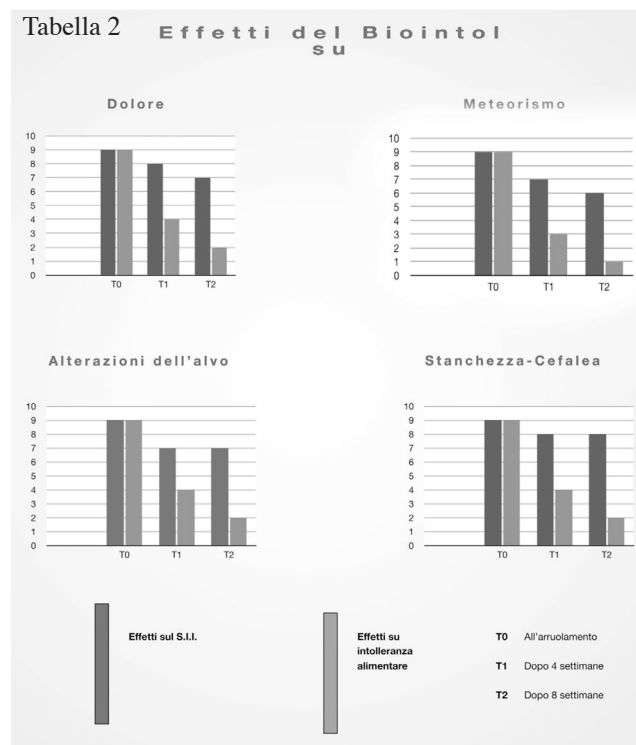
80 pazienti di età compresa fra 18 e 65 anni, 35 uomini e 45 donne, affetti da: dolori addominali post-prandiali, meteorismo, alterazioni dell'alvo (prevalentemente diarrea), stanchezza cronica, alitosi, nausea o vomito – e talora accompagnati da: cefalea, cistiti, dismenorrea, disturbi dell'umore – sono stati selezionati e divisi in due gruppi (A e B) di 40 ciascuno.

Il gruppo A, negativo per deficit enzimatici, comprendeva pazienti affetti da SII ed il gruppo B era formato da pazienti con dispepsia enzimatica.

L'indice di gravità di ciascun sintomo veniva calcolato sommando il punteggio relativo alla sua comparsa (valutazione di base, Tab.1) a quello della intensità ad esso attribuita dal paziente secondo una scala da 0 (assente) a 10 (massima).

Venivano ammessi allo studio i pazienti che avevano un indice di gravità complessivo di 9 (range 8-10) per ciascuno dei più significativi sintomi (dolore, meteorismo, alterazioni dell'alvo, stanchezza cronica, nausea e alitosi). Ambedue i gruppi ricevevano tre compresse/die di Biointol da assumere subito prima dei pasti principali per 8 settimane, con un controllo intermedio a 4 settimane.

La Tabella 2, in cui sulle ascisse sono riportati i tempi della terapia e sulle ordinate l'intensità dei sintomi, mostra l'efficacia del trattamento nel gruppo A e nel gruppo B.



## DISCUSSIONE

Biointol è risultato più efficace nei pazienti del gruppo B vale a dire nei pazienti con intolleranze ed allergie intestinali. La particolare costituzione in compresse a doppio strato a differente rilascio (*strato fast* rappresentato da beta-glucano e miscela enzimatica e *strato slow* da inositolo) ha consentito un'azione mirata sugli elementi patogenetici delle intolleranze e allergie alimentari.

Tabella 3 - Diagnosi differenziale tra SII ed intolleranze alimentari

	SII	INTOLLERANZE ALIMENTARI
<b>DOLORI ADDOMINALI</b>	<b>DIFFUSI E RICORRENTI</b>	<b>NON SPECIFICI E NON FOCALI PREFERIBILMENTE QUALCHE ORA DOPO I PASTI</b>
<b>AEROFAGIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>ALITOSI, NAUSEA, VOMITO</b>	<b>SEMPRE</b>	<b>OCCASIONALMENTE</b>
<b>SENSAZIONE DI SVUOTAMENTO INCOMPLETO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MUCO NELLE FECI</b>	<b>SI</b>	<b>SI/NO</b>
<b>METEORISMO E FLATULENZA</b>	<b>SI/NO</b>	<b>SEMPRE</b>
<b>ALTERAZIONI DELL'ALVO</b>	<b>ALTERNE STIPSI E DIARRE</b>	<b>DIARREA ACQUOSA E ACIDA</b>

La minore efficacia del Biointol nei pazienti del gruppo A, affetti da SII, è imputabile alla diversa eziopatogenesi ed alla assenza, nei soggetti di questo gruppo, di deficit enzimatici.

#### CONCLUSIONI

La combinazione di beta-glucano ed inositolo ad enzimi digestivi quali amilasi, proteasi, aminoglicosidasi, lipasi, lattasi, cellulasi, risulta efficace nella dispepsia da carenza di enzimi digestivi prodotti da mucosa duodenale. Tale efficacia non è evidente nei pazienti affetti da Sindrome dell'Intestino Irritabile. Occorrerà dunque, differenziare le due patologie ed accertarsi con opportune indagini, dell'esistenza o meno di una scarsa produzione enzimatica prima di sottoporre il paziente ad un trattamento terapeutico.

La Tabella 3 illustra schematicamente le differenze nella dispepsia da SII e da Intolleranze alimentari.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ASSISI R.F. et al.: *Rationale for the use of probiotics against Irritable Bowel Syndrome*. Gastroenterology International. 1999; 12 suppl.2: 34-35
2. ASSISI R.F., PLESIAA.: *Approccio plurifattoriale alla terapia della SII*. Il Gastroenterologo, 2006 XXVIII; n.2/3: 53-59
3. BOLIN T.: *IBS or intolerance?* Aust. Fam. Physician, 2009; 38: 962-965
4. DROSSMAND.A. et.al.: *Rome II Multinational Working Teams, ed*. Gastrointest Endosc. 1998; 47: 449-454
5. FRIERI G.: *Le cosiddette intolleranze alimentari*. Il Gastroenterologo 2011 XXXIII; 1/2: 6-9
6. SANDLER R.S.: *Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States*. Gastroenterology 1990; 99: 409-415
7. SAUNDERS W.B.: *Clinical management dyspepsia*. Gastroenterology, 2003; vol. 125, n 4: 1-12

Indirizzo per corrispondenza:  
**Raffaello Assisi**  
e-mail: prof\_assisi@yahoo.it



## Convegni

- 24 gennaio 2015 – Salerno  
**“La calcolosi urinaria e il dolore al fianco da altre patologie”**  
*Segreteria Scientifica:* N. Confessore, D. Sorrentino  
*Segreteria Organizzativa:* CIPPUS  
Tel. 081.19203453 – e-mail: info@cippus.it
- 8-30 gennaio 2015 – Napoli  
**“IBAT 2015 – Infezioni batteriche, micotiche, virali e parassitarie: Attualità terapeutiche”**  
*Segreteria Scientifica:* S. Noviello, F.G. De Rosa  
*Segreteria Organizzativa:* G. P. Pubbliche Relazioni  
Tel. 081.411450 – e-mail: info@gpcongress.com
- 31 gennaio – 11 aprile 2015 – Salerno  
**“La Low Dose Medicine nell’ambulatorio di medicina generale e del pediatra di famiglia”**  
*Segreteria Scientifica:* M. Colucci, A. Fresa  
*Segreteria Organizzativa:* www.ordinemedicisalerno.it
- 13 febbraio 2015 – Napoli  
**“Master annuale di II livello Medicine non Convenzionali: Agopuntura – Fitoterapia - Omeopatia”**  
**Anno Accademico 2014-2015**  
*Segreteria Amministrativa:* F. Attena  
Tel. 081.5666030 – e-mail: francesco.attena@unina2.it  
*Segreteria Didattica:* Tel. 081.2547938 – e-mail: info@gpcongress.com
- 18 febbraio 2015 – Roma  
**“Future Scenarios in Hepatology”**  
**17<sup>th</sup> Pre-Meeting Course AISF**  
*Segreteria Scientifica:* AISF  
e-mail: info@webaisf.org  
*Segreteria Organizzativa:* Spazio Congressi  
e-mail: spazio.c@mclink.it
- 30-31 marzo 2015 – Livorno  
**“Ecografia Clinica in Epatologia”**  
*Segreteria Scientifica:* S. Sani  
e-mail: s.sani@usl6.toscana.it  
*Segreteria Organizzativa:* Ti.Gi. Congress  
dario@tigicongress.com

# Educazione alla salute e prevenzione dei disturbi psichici: attualità e prospettive

\*DIRIGENTE MEDICO UOSM SAPRI  
PAST REFERENTE EDUCAZIONE  
ALLA SALUTE DSM – AREA SUD

\*\*DIRETTORE DSM  
ASL SALERNO

Francesca D'Agostino\*, Luigi Pizza\*\*

**Parole chiave:** Disturbi psichici, prevenzione.

**Key Words:** Psychiatric disorders, prevention.

Ricevuto in Redazione il 10 dicembre 2014

## RIASSUNTO

*Gli Autori esaminano l'impatto degli interventi di educazione alla salute per quanto attiene alla prevenzione dei principali disturbi psichici.*

## SUMMARY

*Authors are going to evaluate the effectiveness and efficacy of educational intervention for the prevention of main psychiatric disorders.*

## INTRODUZIONE

La prevenzione dei disturbi psichici e la lotta allo stigma sociale costituiscono obiettivi primari nell'ambito sanitario, la cui realizzazione è affidata ai Dipartimenti di Salute Mentale. I disturbi mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il costante aumento dei soggetti colpiti, sia perché si accompagnano ad un elevato carico di disabilità, a importanti costi economici e sociali che pesano sui pazienti, sulle loro famiglie e sulla collettività. I dati provenienti dalla letteratura scientifica internazionale, confermati dall'OMS e in linea con le stime del Ministero della Salute, evidenziano come nell'arco di un anno il 20% della popolazione adulta presenti uno o più disturbi mentali elencati nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Tabella 1 viene proposto come declinare i tre livelli di prevenzione nell'ambito della salute mentale.

## LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE: PREVENZIONE PRIMARIA

La promozione della salute fisica in generale è un concetto di facile comprensione, tuttavia nell'area della salute mentale non esiste alcuna indicazione che essa stessa possa essere rinforzata e favorita con una ricaduta positiva e, dunque, con la garanzia che le varie attività preventive poste in essere possano fattivamente aumentare la resistenza alla malattia mentale. I disturbi psicopatologici, infatti, vengono tradizionalmente collocati lungo un continuum eziopatogenetico a cui contribuiscono in maniera differenziale determinanti di natura psicologica e biologica (psicosi organiche vs. disturbi dell'adattamento). Anche le teorie

**Tabella 1: Prevenzione**

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Primaria</b> (evitare insorgenza malattia)*</li><li>• <b>Secondaria</b> (trattamento psicofarmacologico e/o psicoterapico)</li><li>• <b>Terziaria</b> (riabilitazione psichiatrica e psicosociale)</li></ul>
<p>* <b>PREVENZIONE PRIMARIA = FORNIRE SERVIZI INDIRETTI (consulenze ai docenti, interventi sociali) DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Attività che promuovono la salute in generale e pertanto aumentano la resistenza alla malattia</li><li>➤ Attività volte ad impedire l'insorgenza di specifiche malattie.</li></ul>

ereditarie riconoscono che per quanto attiene ai disturbi psichici l'ereditarietà è multifattoriale con variabile penetranza (incompleta) riconoscendo pertanto grande importanza alle variabili ambientali per quanto attiene alla espressività del fenotipo. Anche l'Unione Europea nel 2009 ha calcolato che l'impatto economico diretto e indiretto del mancato intervento per le diverse forme di disagio psicologico è di 436 miliardi di euro nel territorio europeo. Una cifra spropositata che dimostra che occuparsi di prevenzione e cura psicologica conviene eccome. Resta purtroppo da aggiungere che, malgrado gli sforzi massicci per combattere la povertà e migliorare il benessere sociale, non vi è evidenza statistica che l'incidenza di malattie psichiatriche funzionali, e dunque non di matrice prevalentemente organica, sia diminuita. Tuttavia è opportuno sottolineare anche che, a causa dell'ampia variabilità legata all'eziologia multifattoriale degli stessi, tale dato per quanto suggestivo non rivesta carattere probante circa l'inefficacia degli interventi di prevenzione primaria.

## L'ESPERIENZA INGLESE

In Inghilterra è stato finanziato un imponente progetto di prevenzione secondaria dal titolo: "No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages". Tale titolo rivela la filosofia

di fondo che ha ispirato il progetto stesso: migliorare la salute a tutte le età significa migliorare la salute mentale. “Non c’è salute senza salute mentale”: è la traduzione italiana del titolo di questo programma quadriennale del Ministero della Salute inglese. Un progetto che parte da uno studio di economia sanitaria della London School of Economics che analizza i costi-benefici degli interventi psicologici e dimostra come una programmazione basata su investimenti per la prevenzione e la cura dei più diffusi disturbi psicologici riduca drasticamente la spesa sanitaria e incida significativamente sul Pil nazionale. Scopo del programma è il trattamento su larga scala dei disturbi depressivi e della psicopatologia più diffusa in generale. Considerando solo la depressione maggiore (quindi non tutte le forme minori o sotto-soglia, certamente più diffuse) l’OMS stima in oltre 300 milioni le persone nel mondo colpite da depressione (5 milioni in Italia), che sarà la seconda causa di disabilità nei paesi occidentali nel 2030 per l’elevata associazione con molte malattie croniche e letali (dall’infarto del miocardio al diabete). In Gran Bretagna il trattamento della depressione pesa l’1.5% del PIL e causa il 40% della disabilità lavorativa (contro l’8%, ad esempio, delle patologie respiratorie). Oltre a quelli diretti, i costi indiretti riguardano un aspetto difficilmente quantificabile ma fondamentale per la vita sociale, economica e produttiva: l’infelicità, la demotivazione, la difficoltà di vivere fa elevare la spesa sociale e diminuire la produttività. Ecco perché in Gran Bretagna sono stati proprio gli economisti a occuparsi di depressione: per una persona depressa, un anno senza sintomi costa 1000 euro di psicoterapia ma fa guadagnare 8000 euro alla collettività per resa lavorativa. Il raggiungimento di tali obiettivi ha comportato uno stanziamento previsto di 800 milioni di euro con lo scopo di consentire l’accesso degli utenti a 10.000 psicoterapeuti aventi l’obiettivo previsto di trattare, a regime, 800.000 persone.

#### PREVENZIONE E SALUTE MENTALE: WORK IN PROGRESS

L’OMS ha ritenuto prioritario intervenire sul problema non tanto individuando nuovi trattamenti per le patologie psichiatriche, quanto attuando interventi finalizzati ad impattare sull’inclusione, l’accesso ai migliori trattamenti possibili e la lotta allo stigma (Tabella 2). Si è visto, infatti, che solo una parte delle persone che soffrono di un disturbo psichico hanno a disposizione trattamenti adeguati o chiedono di essere aiutati dato il timore di essere etichettati.

**Tabella 2: Interventi possibili**

- aumento di diffusione e accessibilità dei trattamenti efficaci disponibili
- monitoraggio dell’evoluzione della malattia
- facilitazione dell’accesso ai servizi
- lotta allo stigma
- individuazione precoce degli “stati mentali a rischio”

Studi recenti, infatti, hanno mostrato come i fattori critici più importanti nel determinare una evoluzione negativa della malattia siano:

- l’individuazione precoce degli “stati mentali a rischio“ da considerare come fattore di rischio per lo sviluppo delle psicosi, su cui è possibile intervenire per contrastarne l’evoluzione verso uno stato psicopatologico strutturato;
- l’intervallo fra l’esordio dei sintomi e l’inizio del trattamento in quanto la maggior lunghezza di quest’arco temporale si correla con un processo di guarigione più lento e incompleto, livelli di disabilità più alti, e maggiori costi sanitari collegati ad un maggior utilizzo dei servizi, sociali collegati alla minor autonomia;
- la lotta all’esclusione sociale dovuta allo stigma e alla discriminazione nell’accesso alle opportunità offerte agli altri cittadini. E’ comunemente ormai riconosciuto come la stigmatizzazione e la discriminazione derivanti dalla malattia mentale siano fra le principali cause che ostacolano una tutela della salute mentale di qualità adeguata.

Un approccio preventivo alla salute mentale appare in grado di influenzare di fatto questi elementi, modificando lo stigma che accompagna la persona che soffre di un disturbo psichico, i suoi familiari e i servizi che se ne occupano, attraverso una maggior informazione sulle malattie e i servizi, incidendo quindi efficacemente sulle opinioni e i pregiudizi. Viene pertanto favorita la possibilità di accesso ai servizi e conseguentemente l’eventuale riconoscimento precoce delle condizioni di sofferenza e l’accettazione dei trattamenti; parallelamente si induce un circolo virtuoso con ricaduta positiva sull’efficacia degli interventi riabilitativi a fronte di una miglior recettività del contesto sociale rispetto all’utente.

#### ALCUNI ESEMPI DI POSSIBILI ATTIVITA’ SUL CAMPO

La necessità di introdurre un approccio preventivo in ambito psichiatrico trova la sua ragion d’essere nel fatto che i disturbi psichici e, più in generale il disagio psichico, rappresentano una questione di salute pubblica data la loro incidenza e prevalenza, la potenziale cronicità, i costi che determinano e le conseguenze per coloro che ne sono affetti e per le loro famiglie. Per quanto riguarda la promozione della salute mentale e della qualità di vita, area in cui sono particolarmente necessari progetti riguardanti interventi di provata efficacia, i benefici possono venire da molteplici iniziative. Fra le più facili da incoraggiare anche a livello di comunità locali possiamo annoverare:

- l’individuazione e diffusione di approcci efficaci per convincere le persone a adottare stili di vita più salutari;
- il dare informazioni semplici e corrette sulle malattie mentali nella popolazione locale;
- lo svolgere un’attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale;
- l’attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con le famiglie che aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale;

- l'assicurare la formazione dei medici, dei pediatri di base, degli operatori psicosociali, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, degli educatori professionali e dei volontari;
- il creare una rete con Enti, servizi e volontariato al fine di diffondere informazioni ed elaborare progetti sui temi della salute mentale;
- l'individuazione e diffusione di strategie efficaci per migliorare la qualità delle relazioni interpersonali e atteggiamenti di collaborazione costruttiva e solidaristica, a partire dalla scuola (non si tratta di un'utopia, perché è da più di un decennio che compaiono studi ben fatti, che indicano che si può fare molto in questo campo);
- l'individuazione e diffusione di strategie di trattamento precoce dei disturbi psichici, in particolare di quelli più frequenti, la depressione e le varie forme di ansia (in questo campo è molto importante indagare l'integrazione dei trattamenti psicoterapeutici e riabilitativi con quelli farmacologici e le potenzialità del mutuo-aiuto tra gruppi di pazienti ed ex pazienti);
- la promozione, nelle scuole superiori, dei gruppi di educazione alla salute tra pari e dell'approccio basato sui concetti di autoefficacia (sentirsi cioè capaci di affrontare il lavoro o la scuola, le relazioni con gli altri e le proprie reazioni) e di intelligenza emotiva;
- la promozione della salute mentale sui luoghi di lavoro mediante insegnamento di semplici tecniche di counseling ai capi e favorendo la partecipazione attiva dei lavoratori ad approcci strutturati di soluzione di problemi;
- l'"affidamento" di madri giovani a rischio a madri esperte che vivano nella stessa zona e formazione del personale dei reparti di ostetricia e delle visitatrici sanitarie a riconoscere e a gestire inizialmente la depressione delle puerpere;
- la diffusione degli interventi psicoeducativi di gruppo, di promozione delle capacità di coping delle famiglie con una familiare affetto da disturbo mentale grave.

Infine, sarebbe utile promuovere la valutazione di semplici interventi di promozione del sostegno sociale nella comunità basati, ad esempio, sulla diffusione di opuscoli e di iniziative di formazione, sulle abilità di comunicazione fondamentali e sui metodi strutturati di soluzione dei problemi o promozione di visite nelle case di riposo di abitanti del vicinato e partecipazione con gli ospiti ad attività ricreative.

## CONCLUSIONI

Parlare di prevenzione nell'ambito della salute mentale sposta decisamente l'asse del trattamento dalla cura delle malattie conclamate alle sue cause psicologiche e sociali, dai farmaci alla psicoterapia, perché impegna il welfare in un cospicuo investimento nell'intervento psicologico. È un modo coraggioso di applicare quel 'modello bio-psico-sociale' della salute (George Engel, 1977 in un articolo pubblicato su Science). Per quanto siamo lontani dalla comprensione di come la realtà sociale, ma anche economica, si intreccino con il disagio psichico e le sue forme di espressione e di cura, ci piace ugualmente immaginare che i tentativi empirici di educazione alla salute nel campo del disagio mentale

possano smuovere qualcosa e che si comincino ad utilizzare le competenze psicologiche al servizio della comunità. La ricaduta sulle questioni di salute mentale sarà verosimilmente indiretta e dilazionata nel tempo, ma come per altri lenti mutamenti culturali che si sono declinati nel corso di lustri, verrà verosimilmente metabolizzata trasversalmente da generazioni successive, con una ricaduta positiva che non potrà non stabilizzarsi ed essere foriera di un progressivo impatto su fattori di suscettibilità e condotte a rischio.

## BIBLIOGRAFIA

1. MUSIAT P, CONROD P, TREASURE J, TYLEE A, WILLIAMS C, SCHMIDT U: *Targeted prevention of common mental health disorders in university students: randomised controlled trial of a transdiagnostic trait-focused web-based intervention*. 2014 Apr 15; 9(4): e93621. doi: 10.1371/journal.pone.0093621. eCollection 2014
2. MERRY S, MCDOWELL H, HETRICK S, BIR J, MULLER N: *Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (1): CD003380
3. CONROD PJ, O'LEARY-BARRETT M, NEWTON N, TOPPER L, CASTELLANOS-RYAN N, MACKIE C, GIRARD A: *Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial*. JAMA Psychiatry 2013 Mar; 70(3): 334-42
4. TAYLOR CB, BRYSON S, LUCE KH, CUNNING D, DOYLE AC, ABASCAL LB, ROCKWELL R, DEV P, WINZELBERG AJ, WILFLEY DE: (2006) *Prevention of eating disorders in at-risk college-age women*. Arch Gen Psychiatry 2006 Aug; 63(8): 881-8
5. RASING SP, CREEMERS DH, JANSSENS JM, SCHOLTE RH: *Effectiveness of depression and anxiety prevention in adolescents with high familial risk: study protocol for a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 2013 Nov 22; 13: 316
6. CLEMENT S, LASSMAN F, BARLEY E, EVANS-LACKO S, WILLIAMS P, YAMAGUCHI S, SLADE M, RÜSCH N, THORNICROFT G: *Mass media interventions for reducing mental health-related stigma*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 23; 7: CG009453
7. KIROPOULOS LA, GRIFFITHS KM, BLASHKI G: *Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: a randomized controlled trial*. J Med Internet Res. 2011 Apr 19; 13(2): e34

Indirizzo per corrispondenza:  
**Dott. Luigi Pizza**  
e-mail: pizza.luigi@hotmail.it

## Libri ricevuti

**Giuseppe Lauriello**

*Menecrate di Tralles: il medico che curava col vino*

Book Sprint Edizioni, 2014, pag. 196, € 15,00



E' questa la nuova recente pubblicazione di Giuseppe Lauriello, primario pneumologo emerito storico della medicina e cultore della Scuola medica salernitana, che vede la luce con i tipi della Book Sprint Edizioni. Il testo di agile lettura, come nello stile dell'Autore, è una raccolta di relazioni, interventi, conferenze dallo stesso tenute nel recente passato, alcune già in precedenza apparse in stampa, altre inedite. La decisione di darle alla luce adunate in un tascabile è stata adottata per evitarne la perdita, sparse come erano in periodici di effimera conservazione o addirittura rinchiusi e dimenticati in un cassetto e quindi destinate fatalmente alla distruzione e alla scomparsa.

Diversamente dal suo precedente lavoro Leopardi e le mummie di Ruysch, che tratta argomenti di carattere letterario anche se con risvolti sanitari, Menecrate di Tralles svolge temi più specificamente storico medici, affrontati con angolazioni peculiari e di non ricorrente richiamo.

Il titolo del libro è ripreso dal saggio con cui apre la raccolta, nel quale l'Autore ripercorre le ricerche condotte da più studiosi intorno alla ritrovata lapide sepolcrale di questo personaggio, risalendone alle origini e discutendo intorno alla sua attività professionale di ortodossa scuola metodica romana, una scuola che del vino faceva un'arma terapeutica strategica nella cura delle psiconevrosi.

Il lavoro si dilunga poi in successive memorie di accattivante lettura e di estroso argomento come La cassetta del tonsor cerusico, Sulla jettatura, I chirurghi di Napoleone. Un'attenta disamina del testo mostra in tutta evidenza l'innata curiosità intellettuale dell'Autore e la sua connaturata disposizione umanistica, né sfugge la radicata formazione nel crogiuolo di una cultura classica consolidata. Non a caso il Nostro ha voluto dedicare la raccolta ai suoi lontani professori del liceo, riconoscendo nei loro insegnamenti le basi della propria educazione ed impostazione dottrina. Versato negli studia humanitatis, Lauriello ha coltivato peraltro e in modo particolare diverse tematiche della Scuola medica salernitana, volgendone in italiano e commentandoli alcuni testi, ultimo dei quali il Post mundi fabricam di Ruggiero di Frugardo.

**Mario Colucci**

## Storia della Medicina

# Scompenso cardiaco e Scuola medica salernitana

Giuseppe Lauriello

Centro Studi Civitas Hippocratica

**Parole chiave:** Cuore, insufficienza cardiaca, Scuola medica salernitana.

**Key Words:** Heart, heart failure, Salernitan medical school.

Ricevuto in Redazione il 15 novembre 2014

### RIASSUNTO

Dopo aver passato in rassegna le convinzioni degli antichi medici salernitani sulla fisiopatologia del cuore e sull'insufficienza cardiaca ed averne illustrato la terapia, l'Autore sottolinea come molte indicazioni di un tempo lontano restino ancora valide e tuttora applicate.

### SUMMARY

After having analysed the knowledge ancient doctors, had in the field of heart physiopathology as well as in the field of heart failure and having given an appropriate therapy, the A. underlines that some of those medical indications remain still valid and applied nowadays.

C'è un aforisma tra i precetti salernitani ripetutamente citato e che ha fatto il giro del mondo:

*“Si tibi deficient medici, medici tibi fiant*

*haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta*

“se ti mancano i medici, ti siano medici queste tre cose: la serenità d'animo, il riposo e una dieta moderata”: probabilmente il consiglio era diretto a un cardiopatico.

Ed infatti non si può disconoscere come questi tre suggerimenti si attaglino perfettamente al corretto stile di vita di un malato di cuore: la creazione di un clima sereno scevro da preoccupazioni ed atto ad evitare pericolosi riflessi sulle condizioni cliniche, il riposo per alleviare il lavoro del cuore ed una dieta adeguata, leggera, digeribile, priva di scorie e di sale che persegue la medesima finalità, sono prescrizioni salutari di estrema validità e attualità.

Possiamo dividere la storia della cardiologia in due grandi periodi, il cui confine è la scoperta della circolazione del sangue ad opera di Harvey nel XVII secolo.

La cardiologia salernitana appartiene al primo periodo: il suo apogeo copre i secoli XI-XIII.

La spiegazione del movimento del cuore e dei vasi è quella di Galeno. Essenza della vita sono lo *pneuma* (il soffio vitale) e il *calore innato*, la teoria accreditata è la pneumatica. Lo *pneuma*, soffio vitale, si presenta sotto tre aspetti: *spirito naturale* con sede nel fegato, presiede alla fabbricazione del sangue e alla nutrizione dell'organismo; *spirito vitale* con sede nel cuore, regola il movimento del sangue e il calore del corpo; *spirito animale* con sede nel cervello, governa le funzioni più alte della sensibilità e del movimento: una costruzione concettuale indaginosa, ma forse più comprensibile, se sostituiamo la voce “spirito” con “ossigeno” e riflettiamo sulla presenza decisiva di quest'ultimo in tutti i processi biochimici che si svolgono nell'organismo.

Il sangue è prodotto dal fegato che utilizza il nutrimento giuntogli dall'intestino attraverso la vena porta. Con un movimento di flusso e riflusso regolato dal cuore è inviato ai vari organi e ritorna al fegato. Gran parte raggiunge il ventricolo destro per esservi purificata, una parte minore è inviata nei polmoni ad ogni sistole dove si scarica delle impurità (i cosiddetti *vapori fuliginosi*) e così ripurgata ritorna nelle vene. Ancora un'altra parte passa dal ventricolo destro al sinistro attraverso fori minutissimi del setto interventricolare. Nel ventricolo sinistro sotto l'influenza del calore innato che ha sede nel cuore e dell'aria che vi giunge dai polmoni si trasforma in *spirito vitale*, che attraverso le arterie è distribuito in tutto il corpo: le arterie, ritrovate vuote nel cadavere, sono ritenute non tanto trasportatrici di sangue, ma di aria, di *spirito vitale*. Infatti, il termine “arteria” deriva dal greco *aer tereos*: “custode dell'aria”. Una parte del sistema arterioso contenente sangue ricco di *spirito vitale* va a sfociarsi nella *rete mirabile* del cervello, dove si trasforma in *spirito animale*, che a sua volta, diffondendosi nel corpo attraverso i nervi, governa le attività psichiche e nervose.

Il cuore è il centro del calore innato: una piccola fornace, dove l'aria che giunge dai polmoni ne modera la temperatura.

Questa la *fisiologia* medievale.

Per quanto riguarda la *patologia*, il segno più evidente dell'insufficienza cardiaca segnalato dai nostri predecessori è la dispnea, così classificata:

- una dispnea inspiratoria, detta *sansugium*, in quanto ricorda la suzione della sanguisuga, è riferita a quella che noi oggi osserviamo nelle stenosi delle alte vie respiratorie e nelle sindromi restrittive;
- una dispnea espiratoria, detta *anhelatio*, è tipica del paziente asmatico;
- una dispnea inspiratoria-espiratoria, indicata come *ortopnea*, è presente nello scompenso cardiaco.

Ben noti ai nostri maggiori sono ancora gli edemi delle parti declivi che insorgono nelle cardiopatie scompensate e che nelle manifestazioni più gravi si presentano con gli aspetti vistosi di versamenti trasudatizi nelle cavità sierose pleuriche, pericardiche, peritoneali. Tali versamenti sono accomunati nella dizione onnicomprensiva di "idropisia", ma nell'ambito della quale è prevista una ulteriore distinzione, come la "leucoflegmasia", edema riferito agli arti inferiori, o l'"ascite" e l'"anasarca", termini ancora oggi adottati, giuntici appunto dal passato.

Particolare attenzione è portata all'esame del polso, una conoscenza legata alle dottrine di Galeno e su cui l'arcivescovo Alfano scrive addirittura un trattato: *De pulsibus*. La raffinatezza della semeiotica fisica applicata dai nostri predecessori è tale da poter sostenere brillantemente un improbabile confronto. L'esame del polso e l'esame delle urine sono i soli e fondamentali accertamenti che accompagnano la visita medica, perché uniche, ma decisive fonti di informazioni nella formulazione della diagnosi.

L'insufficienza cardiaca è stata certamente una delle malattie che maggiormente ha afflitto l'uomo. Per questo motivo molti gli interventi terapeutici tentati con maggiore o minore fortuna. La maggior parte di essi si è dimostrata priva di valore scientifico, ma alcuni, anche se basati su presupposti errati, erano concentrati sull'utilizzo di principi attivi e sulla conoscenza di meccanismi fisiologici razionali da giustificare l'impiego.

La teoria patogenetica più diffusa sin da tempi remoti e fino alle soglie del XIX secolo è quella ippocratico-galenica, legata alla presenza di umori nell'organismo, dal cui equilibrio dipende lo stato di salute. L'eccesso o la decomposizione di uno di questi determina lo stato di malattia e quindi la necessità di espellere quello alterato e liberare l'organismo riconferendogli la salute. Da tale convincimento l'impiego massiccio di diuretici, emetici, purganti e diaforetici. Su questi principi si basa la terapia cardiologica salernitana, i cui pilastri sono sostanzialmente una triade: i diuretici, il salasso ed i confortativi.

Escludendo i rimedi cosiddetti confortativi, sostanzianti da un'opoterapia inutile ed inefficace di estrazione popolare magico superstiziosa, i diuretici sono farmaci ancora oggi indiscussi nella terapia dello scompenso, in quanto riducono i sintomi da congestione venosa polmonare e sistemica e disperdono gli edemi periferici. In proposito i salernitani, non potendo ovviamente disporre dei moderni laboratori di sintesi, si avvalgono delle offerte che provengono dal mondo vegetale e il coacervo di erbe medicinali in possesso di tale proprietà è veramente enorme. Da ricordare tra i tanti lo *sciroppo delle cinque radici*, un decotto zuccherato e concentrato di radici di pungitopo, sedano, asparago, finocchio e prezzemolo, la cui azione diuretica scientificamente provata è data dal sinergismo d'azione delle singole droghe. Ma certamente più interessante è l'uso della *scilla maritima* o *urginea maritima* o *drimia maritima*, una liliacea bulbosa che cresce sui litorali mediterranei, adottata dai nostri maestri nell'idropisia e la cui efficacia è legata ai noti glucosidi conosciuti come *scillaren A* e *scillaren B*. Il suo impiego fu in auge fino a un non lontano passato ed i suoi principi attivi ancora oggi sono impiegati come diuretici e cardiotonici in sostituzione della digitale in terapie di mantenimento. La *scilla maritima*, conosciuta quindi fin dai tempi più antichi, è somministrata sotto forma di *vino scillitico* (bulbi freschi di scilla macerati nel vino) e *ossimele scillitico* (aceto scillitico con aggiunta di miele). Caduta in disuso con l'introduzione della digitale nella prima metà del XIX secolo, è riproposta in cardiologia da Mendel nel 1918 e torna in agone nel corso degli anni 20 del XX secolo con l'isolamento dei due citati glucosidi cardioattivi, anche perché si osserva in queste sostanze un effetto digitalo-simile oltre che diuretico. Ed infatti ancor oggi troviamo la scilla inserita nel gruppo dei digitalici assieme allo strofanto, pur se classificata come *glucoside di 2° ordine*, elettivamente indicata in quei casi di insufficienza cardiaca, ove è richiesta una buona azione diuretica.

Il salasso infine, del quale i salernitani si rivelano abili e generosi cultori, è uno dei provvedimenti adottati in caso di grave ortopnea. Tuttora in occorrenza di uno scompenso congestizio da cuore polmonare, quando la cianosi e l'ipercapnia sono intense e non dominabili con una corretta ossigenoterapia, il ricorso a questa forma di trattamento depletivo non è del tutto abbandonato.

La stessa cosa dicasi del sanguisugio, diffusamente praticato nel caso di un grosso fegato da stasi prima dell'avvento della *furosemide* negli anni 60-70. I salernitani ne conoscono perfettamente le procedure d'impiego, le dosi e le sedi di applicazioni.

E così l'uso dei purganti drastici è rimedio ricorrente adottato dai nostri antichi, il cosiddetto salasso bianco, termine poi assegnato alla *furosemide*.

Voler fare un confronto tra i soli cinque sensi a disposizione dei nostri predecessori e le provvidenze tecnologiche oggi in possesso della medicina è come comparare la coca cola con lo champagne. Però sarebbe sbagliato voler declassare l'abilità e l'intuito di questi grandi medici del passato e pensare che non ci abbiano insegnato niente. Diceva il filosofo francese Montaigne: "Le nostre opinioni si innestano le une sulle altre. La prima fa da stelo alla seconda, la seconda alla terza. Saliamo così di gradino in gradino. Avviene perciò che colui che è salito più in alto riceva spesso più onore di quello che si merita, solo perché egli è salito di un briciolo sulle spalle del penultimo".

*Indirizzo per corrispondenza:*

**Dott. Giuseppe Lauriello**

e-mail: giusepelaurla@libero.it



# INDICI

Rivista bimestrale del  
Centro Studi di Medicina "Civitas Hippocratica" - Salerno



## *Indice dei Contenuti*

<b>Volume XXXV</b>	<b>Gennaio - Aprile 2014</b>	<b>n. 1/2</b>
<b>Spondilodiscite con ascesso all'ilio-psoas da Escherichia Coli</b> <i>Corrado M. F., Giordano G., Sullo A., Tisi A.</i>		pag. 1
<b>L'arte dello star bene: La Dieta Eumediterranea "Conosci te stesso"</b> <i>Bicco R., Montinaro A., Limodio T.</i>		pag. 3
<b>Rabdomiolisi in corso di infezione da Legionella Pneumophila</b> <i>Corrado M.F., Sullo A., Giordano G., Tisi A.</i>		pag. 7
<b>Il Consiglio contro la pestilentia di Tommaso Del Garbo e i precetti salernitani</b> <i>Lauriello G., Colucci M.</i>		pag. 9
<b>Allergie ed intolleranze alimentari: dalla tavola al DNA</b> <i>Di Filippo M.</i>		pag. 13
<b>Volume XXXV</b>	<b>Maggio - Giugno 2014</b>	<b>n. 3</b>
<b>Cosa rimane della Legge 40/2004?</b> <i>Casella F., Longo M., Colucci M., Di Guida R., Ricciardi G., Landi R.</i>		pag. 17
<b>La normativa in materia di sostanze stupefacenti dopo la pronuncia di incostituzionalità della Legge Fini – Giovanardi</b> <i>Longo M., Casella F., Ferrara P., Colucci M., Taccagna D.M., Landi R.</i>		pag. 23
<b>Sui primi tre secoli di studi intorno all'eziologia del latirismo</b> <i>Tagarelli A., Piro A.</i>		pag. 29
<b>Estimated costs of uterine artery embolization, myomectomy and hysterectomy for uterine fibroids from an Italian hospital perspective</b> <i>Amoroso S., Tropeano G.</i>		pag. 33
<b>Volume XXXV</b>	<b>Luglio - Ottobre 2014</b>	<b>n. 4/5</b>
<b>Atti del Convegno "La responsabilità medica nella società che cambia"</b>		
<b>Saluti</b> <i>Ravera B.</i>		pag. 37
<i>Cassi R.</i>		pag. 39
<b>Società che cambia e crisi economica</b> <i>De Falco A.</i>		pag. 40
<b>Introduzione</b> <i>Guglielmi R.</i>		pag. 41
<b>La responsabilità del medico nel diritto civile</b> <i>Faletti G.</i>		pag. 42
<b>La consulenza tecnica e i consulenti d'ufficio e di parte In particolare la responsabilità</b> <i>Lepre M.</i>		pag. 45
<b>I costi delle assicurazioni</b> <i>Cecchini G.A., Petrogalli F.</i>		pag. 48



<b>Colpa medica e problematiche assicurative: criticità e proposte</b> <i>Barbieri S.</i>	pag. 51
<b>Risk management e contenzioso</b> <i>Giordano A.</i>	pag. 53
<b>La sicurezza sui luoghi di lavoro e la sicurezza delle cure</b> <i>Crescenzi F.</i>	pag. 55
<b>La sicurezza sui luoghi di lavoro</b> <i>Cioffi G.</i>	pag. 56
<b>Medicina difensiva</b> <i>Iannotti M.</i>	pag. 58
<b>Volume XXXV</b>	n. 6
<b>Novembre - Dicembre 2014</b>	
<b>Trattamento delle intolleranze ed allergie alimentari con beta-glucano, inositolo ed enzimi Digestivi. Reazioni avverse ai cibi</b> <i>Assisi R., Capece G., Maisto R., Russo M.I., Avellino M., Schettino P.</i>	pag. 61
<b>Educazione alla salute e prevenzione dei disturbi psichici: attualità e prospettive</b> <i>D'Agostino F., Pizza L.</i>	pag. 65
<b>Scompenso cardiaco e scuola medica salernitana</b> <i>Lauriello G.</i>	pag. 69

### *Libri ricevuti*

<b>Rapida interpretazione dell'EGA</b> <b>L'emogasanalisi in 4 step</b> <i>Vitola N.M.</i>	pag. 6
<b>Le Favole del Gufetto</b> <i>Volpe G., Volpe A., Volpe P., Carbone G.</i>	pag. 22
<b>Menecrate di Tralles: il medico che curava col vino</b> <i>Lauriello G.</i>	pag. 68

## *Indice degli Autori*

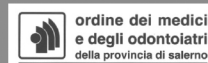
<b>A</b>		<b>M</b>	
Amoroso Sonia	33	Maisto Rino	61
Assisi Raffaello	61	Montinaro Angela	3
Avellino Manuela	61		
<b>B</b>		<b>P</b>	
Barbieri Sergio	51	Petrogalli Floriana	48
Bicco Rossella	3	Piro Anna	29
		Pizza Luigi	65
<b>C</b>		<b>R</b>	
Capece Giuseppe	61	Ravera Bruno	37
Carbone Gelsomina	22	Ricciardi Giulia	17
Casella Filomena	17, 23	Russo Maria Itria	61
Cassi Riccardo	39		
Cecchini Giulio Antonio	48	<b>S</b>	
Cioffi Giuseppe	56	Schettino Pietro	61
Colucci Mario	9	Sullo Annarita	1, 7
Colucci Marisanta	17, 23		
Corrado Mariano Franco	1, 7	<b>T</b>	
Crescenzi Ferdinando	55	Taccagna Daniela Maria	23
		Tagarelli Antonio	29
<b>D</b>		Tisi Attilio	1, 7
D'Agostino Francesca	65	Tropeano Giovanna	33
De Falco Antonio	40		
Di Filippo Miriam	13	<b>V</b>	
Di Guida Raffaele	17	Vitola Nicola Maria	6
		Volpe Amelia	22
<b>F</b>		Volpe Giuseppina	22
Faletti Giancarlo	42	Volpe Patrizia	22
Ferrara Pietro	23		
<b>G</b>			
Giordano Antonio	53		
Giordano Giuseppe	1, 7		
Guglielmi Raffaele	41		
<b>I</b>			
Iannotti Mario	58		
<b>L</b>			
Landi Raffaele	17, 23		
Lauriello Giuseppe	9, 69		
Lepre Mario	45		
Limodio Tiziana	3		
Longo Marianna	17, 23		

## Parole Chiave

<b>A</b>		Intossicazione	29
Acido desossiribonucleico	13	Isterectomia	33
Alimentare, allergia	13		
- , intolleranza	13, 61	<b>L</b>	
Allergia alimentare	13	Lathyrus sativus	29
Analisi dei costi	33	Latirismo	29
Arte dello star bene	3	Legionella Pneumophila	7
Arterie uterine, embolizzazione delle	33	Luoghi di lavoro, sicurezza	55, 56
Ascesso	1		
Assicurazioni, costi	48	<b>M</b>	
- , problematiche	51	Management, risk	53
		Medicina difensiva	58
<b>B</b>		Medico, responsabilità	42
Betaglucano	61	Miomectomia	33
<b>C</b>		<b>N</b>	
Cicerchie	29	Neuromuscolari, disturbi	29
Colpa medica	51		
Consulenza tecnica d'ufficio	45	<b>P</b>	
- - di parte	45	Peste	9
Corte Costituzionale	17	Prescrivibilità	23
Costi, analisi dei	33	Prevenzione	65
- - delle assicurazioni	48	Problematiche assicurative	51
Cuore	69	Procreazione assistita	17
Cure, sicurezza delle	55		
		<b>R</b>	
<b>D</b>		Rabdomiolisi	7
Deficienza enzimatica	61	Regimen sanitatis salernitanum	9
Del Garbo Tommaso	9	Responsabilità del consulente	45
Desossiribonucleico, acido	13	- del medico	42
Dieta eumediterranea	3	Risk management	53
Dispepsia enzimatica	61		
Disturbi neuromuscolari	29	<b>S</b>	
- psichici	65	Screening	3
DNA	13	Scuola medica salernitana	69
		Scuole	3
<b>E</b>		Sicurezza delle cure	55
Embolizzazione delle arterie uterine	33	- luoghi di lavoro	55, 56
Escherichia Coli	1	Sindrome intestino irritabile	61
		Spondilodiscite	1
<b>F</b>		Stupefacenti	23
Fecondazione eterologia	17		
		<b>T</b>	
<b>I</b>		Tabelle	23
Ilio-psoas	1	Test	13
Inositolo	61		
Insufficienza cardiaca	69	<b>U</b>	
Intestino irritabile, sindrome	61	Uterine, embolizzazione delle arterie	33
Intolleranza alimentare	13, 61		

# LA **LOW DOSE MEDICINE** NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

32,3 crediti ECM



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI SALERNO

## Obiettivi del Corso

Insegnare un metodo terapeutico interventistico ambulatoriale pratico, sicuro e di comprovata efficacia terapeutica.

### Saluti:

- **Bruno Ravera** Presidente Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
- **Mario Capunzo** Direttore del Dipartimento di Medicina Università di Salerno
- **Mario Colucci** Presidente Centro Studi Civitas Hippocratica

### 1° LEZIONE — 31 gennaio 2015 ore 9,00-13,00/14,30-18,30 Prof. Leonello Milani

- Introduzione alla *Low Dose Medicine*.
- Basi teoriche.
- Principi di farmacologia dei bassi dosaggi.
- Caratteristiche della farmacologia dei bassi dosaggi: studi scientifici e modelli sperimentali.
- Fondamenti di Metodologia Clinica sec. la *Low Dose Medicine*.
- Focus di attualità. Infiammazione: il *killer* silenzioso. Nuovi orizzonti farmacologici nel trattamento dell'infiammazione acuta e cronica. I farmaci *low dose*.
- Dalla diagnosi alla terapia: linee guida per il trattamento delle patologie di più frequente osservazione in ambito respiratorio nell'ambulatorio di Medicina Generale.
- Focus di attualità in ambito pneumologico.  
Trattamento farmacologico *low dose* di:
  - BPCO (Bronco-Pneumopatia-Cronica-Ostruttiva).
  - Influenza e ILI (*Influenza Like Illnesses*).
  - Asma intrinseco.
  - Patologia allergica respiratoria.

### 2° LEZIONE — 21 febbraio 2015 Ore 9,00-13,00/14,30-18,30 Dott. Alberto Meroni

- Le tendinopatie: dalla diagnosi alla terapia.
  - Quando e quali tendini soffrono?
  - Quadri anatomopatologici nelle tendinopatie acute e croniche.
  - La diagnostica strumentale utile nello studio dei tendini.
  - La terapia delle tendinopatie.
  - Le proposte della farmacologia innovativa e le possibilità della medicina biologica.
- Le patologie intrarticolari del ginocchio: condropatia e meniscopatia.
  - Condropatie e meniscopatie.
  - Quali esami strumentali.
  - Come e quando trattare conservativamente queste patologie: farmacologia innovativa e Medicina Biologica a confronto.
  - Le novità del trattamento chirurgico e le sue verità.

## La Metodologia didattica adottata prevede

- Lezione frontale
- Proiezione di video esplicativi
- Pratica con esercitazioni in aula

### 3° LEZIONE — 28 marzo 2015 Ore 9,00-13,00/14,30-18,30 Dott. Tommaso Maglio - Dott. Antonio Fresa

- Dalla diagnosi alla terapia: linee guida per il trattamento delle patologie di più frequente osservazione in ambito digerente nell'ambulatorio di Medicina Generale.
- Focus di attualità in ambito gastroenterologico.  
Trattamento farmacologico *low dose* di:
  - GERD (*Gastro-Esophageal-Reflux-Disease* - Malattia da Reflusso Gastroesofageo)
  - Gastriti
  - Gstroduodeniti da HP (*Helicobacter pylori*)
  - IBD (*Inflammatory Bowel Diseases* - Malattie Infiammatorie Intestinali): Morbo di Crohn e Rettocolite Ulcerosa.
  - IBS (*Irritable Bowel Syndrome* - Sindrome dell'Intestino Irritabile).
  - Dispepsia funzionale.
  - Epatiti.
  - Steatosi epatiche.

### 4° LEZIONE — 11 aprile 2015 ore 9,00-13,00/14,30-18,30 Dott.ssa Maria Colombo

- Premesse fisiopatologiche e metodologiche della *Low Dose Medicine* in Pneumologia pediatrica per la diagnosi e terapia di:
  - Adenoidite acuta e cronica.
  - Faringotonsillite.
  - Otiti acute e croniche e loro complicanze.
- Controversie in Pediatria.  
Prevenzione e terapia delle Infezioni Respiratorie Recidivanti: immunostimolanti tradizionali o farmaci *low dose* innovativi?
- Premesse fisiopatologiche e metodologiche della *Low Dose Medicine* in Gastroenterologia pediatrica per la diagnosi e terapia di:
  - Vomito
  - Coliche addominali
  - Diarrea
  - Stipsi
- Focus su: approccio al bambino con dolore addominale ricorrente (DAR).
- Verifica dell'apprendimento

L'evento è a numero chiuso: verranno ammessi i **primi 50 iscritti**.

L'iscrizione al Corso è gratuita e può essere effettuata on line sul sito [www.ordinemedicisalerno.it](http://www.ordinemedicisalerno.it)

Segreteria Scientifica: Mario Colucci - Antonio Fresa

Con il patrocinio di:

