



## Un po' di scrittura

**Organizzare idee visualmente** (*Organizing ideas visually*): You can organize your ideas when you have to compare and contrast sets of information by writing down two lists in which differences and similarities are clearly outlined. By visually organizing your ideas you will also sort out your priorities for discussion. The example below refers to the differences and similarities between two sports such as skiing and soccer. When comparing and contrasting information you will, of course, rely on the comparatives and superlatives you have just studied; however, you may want to include expressions such as **ma**, **invece**, **mentre**, and **però** to tie together the different strings of discourse.

TRATTI DIFFERENTI E/O OPPOSTI

costoso / poco costoso  
 sport individuale / sport di squadra  
 montagna / città, piazze, parco, stadio

TRATTI COMUNI

allenamento/pratica necessaria  
 equipaggiamento richiesto  
 sport veloci, eleganti, popolari

ESEMPIO: Lo sci è uno sport più costoso del calcio ma è ugualmente veloce, elegante e popolare. Il calcio è invece poco costoso, e mentre per lo sci è necessaria una montagna, per il calcio invece è sufficiente una piazza o il parco e un pallone...

Finish this paragraph by transforming the information provided for you on these two sports into complete sentences. Add any other elements you can think of.

- ❖ **A. Differenze e somiglianze tra due sport.** Scrivi un tema (150 parole almeno) basato sul confronto tra il calcio italiano e il football americano. Usa la lettura del Capitolo 4, «Gli sport degli italiani», per ripassare le notizie fondamentali sul calcio in Italia. Prima di scrivere, visualizza con uno schema, su un foglio, i tratti comuni e le differenze tra i due sport. Usa lo schema come base per il tuo tema. Scrivi su un altro foglio.
- ❖ **B. Differenze e somiglianze tra il sistema sanitario italiano e il sistema americano.** Scrivi un tema (150 parole almeno) basato sul confronto tra i due sistemi sanitari. Prima pensa alle caratteristiche del sistema americano e scrivi su un foglio tutte le idee che associ alla sanità negli Stati Uniti. Usa poi il racconto di Alice per estrapolare le informazioni necessarie sul sistema italiano. A questo punto, scrivi su due colonne i tratti comuni e i tratti differenti e/o opposti (come nell'esempio dato sopra) e usa questi appunti per il tuo tema. Puoi anche includere le tue riflessioni sul tuo rapporto con i dottori; la tua assicurazione (se privata, se costosa); e cosa pensi di un'assicurazione generale, per tutti i cittadini (se è troppo costosa per la nazione, se è un'utopia e perché). Scrivi su un altro foglio.



**Prendersi cura della pelle.** In una farmacia trovi questo depliant (*brochure*) sulla cura della pelle che attira (*draws*) la tua attenzione. Leggi il depliant e poi, rispondi alle domande.

## PROGETTO CUTE SANA

### COME PRENDERE APPUNTAMENTO CON IL DERMATOLOGO?

A partire dal 1° Febbraio sarà attivo il Sito Internet [www.progettocutesana.it](http://www.progettocutesana.it) a cui collegarsi inserendo i propri dati e il codice di controllo qui di seguito indicato. Si otterrà così la possibilità di registrarsi per una valutazione dello stato cutaneo (durante il mese di marzo) presso uno dei Dermatologi, più vicino a casa Sua, aderenti al "progetto cute sana 2003". In alternativa si può chiamare il numero verde 800 175 300 (02.49988223 dai cellulari). Possono usufruire dell'iniziativa le persone che hanno compiuto i 18 anni di età e che non presentano patologie cutanee sul viso.

### QUALE SARÀ IL CONTENUTO DELL'INCONTRO CON IL DERMATOLOGO?

Il Dermatologo eseguirà dei test per valutare lo stato di salute della pelle del Suo viso.

### COME PREPARARSI ALL'INCONTRO CON IL DERMATOLOGO?

Occorre presentarsi con questa scheda compilata in tutte le sue parti. In caso di necessità chiedi consiglio al Suo Farmacista che La saprà aiutare per riempirla correttamente.

- 1.** Presentarsi con la pelle pulita, struccata e senza aver applicato creme.
- 2.** Non aver fatto peeling e lampade UV negli ultimi 30 giorni.
- 3.** Non aver effettuato alcuna pulizia profonda del viso negli ultimi 15 giorni.
- 4.** Non essere in terapia anti-acne, cortisonica o antibiotica.
- 5.** Non avere una cute affetta da patologie.

1. Di quale parte specifica del corpo si occupa il «Progetto Cute Sana»?

---

2. Cosa è possibile fare con il Progetto Cute Sana?

---

3. Come è possibile trovare un dermatologo vicino a casa?

---

4. Quali sono i due modi per ottenere una visita dermatologica?

---

5. Che cosa è necessario portare al dermatologo?

---

Adesso rispondi al questionario e poi confronta le tue risposte con quelle degli altri studenti.

**NB. per la risposta barrare sempre la casella più appropriata**

| <p><b>ABITUDINI DI VITA</b></p> <p>Lavoro all'aria aperta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trascorro il tempo libero all'aria aperta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bevo alcoolici <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pratico sport <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Assumo farmaci <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Seguo una dieta dimagrante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mi sottopongo a trattamenti estetici <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Faccio uso di lampade solari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>FUMO</b></p> <p>Non fumatore <input type="checkbox"/></p> <p>Ex fumatore da meno di due anni <input type="checkbox"/></p> <p>Ex fumatore da più di due anni <input type="checkbox"/></p> <p>Fumatore <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">Numero di sigarette al giorno <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p><b>REAZIONE DELLA PELLE AL SOLE</b></p> <p>Si scotta sempre/non si abbronzia mai <input type="checkbox"/></p> <p>Si scotta sempre/si abbronzia poco <input type="checkbox"/></p> <p>Si scotta occasionalmente/si abbronzia sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Non si scotta mai/ si abbronzia sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Pelle scura (creola, asiatica, ecc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Pelle molto scura (africana) <input type="checkbox"/></p> | <p><b>LA MIA PELLE SI ARROSSA IN SEGUITO A:</b></p> <p>Vento freddo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Variazioni della temperatura ambientale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Uso di detergenti aggressivi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Uso della sola acqua <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Applicazione di prodotti cosmetici <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Piccoli traumi/sfregamenti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Emozioni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ABITUDINI COSMETICHE</b> (Utilizzo i seguenti prodotti)</p> <p>Latte detergente per il viso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Saponi "delicati" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Crema idratante per il viso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Crema nutriente per il viso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Prodotti solari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Prodotti antietà <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trucco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>INOLTRE:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Godo di buona salute</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Assumo abitualmente farmaci</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ho subito interventi chirurgici nell'ultimo anno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mi sono sottoposto/a a trattamenti estetici (peeling, impianti intradermici...) nell'ultimo mese</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soffro di allergie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          | SI | NO | Godo di buona salute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Assumo abitualmente farmaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ho subito interventi chirurgici nell'ultimo anno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi sono sottoposto/a a trattamenti estetici (peeling, impianti intradermici...) nell'ultimo mese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soffro di allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|----|----|----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | SI   | NO                       |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |
| Godo di buona salute   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |
| Assumo abitualmente farmaci  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |
| Ho subito interventi chirurgici nell'ultimo anno   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |
| Mi sono sottoposto/a a trattamenti estetici (peeling, impianti intradermici...) nell'ultimo mese   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |
| Soffro di allergie   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |    |    |                      |                          |                          |                             |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                    |                          |                          |