



## L'Editoriale

### La settimana del cervello



Si è tenuta a Trieste, dal 16 al 22 marzo 2009, la Settimana del cervello indetta dal Centro BRAIN per le neuroscienze. Noi di ALICE siamo stati presenti venerdì 13, presso l'Auditorium Allianz SpA, al tema Patologia e riabilitazione del linguaggio, con un intervento di Teresa Ramadori, che ha affrontato la problematica dell'assistenza alle persone con patologie del linguaggio. Dopo avere spiegato chi siamo noi di ALICE e ringraziato il suo presidente Giulio Papetti per l'instancabile attività promozionale, ha sviluppato il tema di cosa facciamo nel territorio ed i nostri collegamenti con il Distretto 4, l'Ospedale Maggiore, l'Istituto Gestalt, l'Associazione AVI, l'Ospizio Marino di Grado. Ha poi affrontato quello della divulgazione della nostra attività, che si articola tramite l'organizzazione delle giornate nazionali ed il periodico **alice informa**. Infine ha sviluppato la problematica del cosa manca: lo ha fatto analizzando i dati forniti dallo stesso territorio per il 2008, inerenti alle visite foniatriche effettuate da pazienti afasici nei vari Distretti, intercettando quanti pazienti hanno usufruito di trattamento logopedico e cogliendo quanti soggetti sono stati segnalati dalla Neurologia. Ciò che ricaviamo da queste informazioni, conclude la Ramadori, è che mancano dati certi sugli eventuali utenti e sul personale riabilitativo sul territorio; mancano forse, anche, un Centro di Audiologia e Fonetica ed un'attività logoterapeutica dedicata al problema specifico, adeguatamente formata.

## Pro e contro l'elettroshoc

### Il ritorno di scioccanti terapie

di Lorenzo Lorusso

Il prof. Umberto Veronesi non ha dubbi: «L'elettroshoc? Oggi non è uno spauracchio ma una cura efficace». Eppure, proprio a trent'anni di distanza dalla nascita della Legge Basaglia, che chiuse quasi tutti i manicomi (ad esclusione di quelli criminali), la querelle sull'argomento è scoppiata in maniera alquanto rovente. Con tutto il rispetto per la figura di Veronesi numerosi psichiatri e psicologi rispondono – quasi sottovoce ma convintamente – che il Professore è sicuramente uno dei migliori oncologi europei ma che lo stesso non sarebbe titolato a parlare di terapie strettamente psichiatriche. Secondo Veronesi, nel 1985, i National Institutes of Health americani, dopo avere esaminato tutta la documentazione scientifica sull'elettroshoc, ovvero – secondo la terminologia medica – terapia elettroconvulsivante, scrissero: «Nessuno studio ha rilevato un'altra forma di terapia che si dimostri superiore, per la cura a breve termine, delle depressioni gravi». Non saranno “superiori” le altre terapie ma sicuramente sono equivalenti per implicita conferma di Veronesi e anche decisamente non traumatizzanti come la sola idea di sottoporsi ad un elettroshoc, aggiungiamo noi. Allora perché sottoporsi a questo genere di terapia, forse per fare risparmiare alle aziende sanitarie il costo degli psicofarmaci e/o delle altre terapie? Lo stesso Veronesi è costretto ad ammettere che non nel 1800 ma solo pochi decenni fa, l'elettroshoc veniva praticato su pazienti svegli e coscienti, senza l'uso di anestesia e di rilassanti muscolari, insomma una vera e propria tortura per l'essere umano. «I pazienti subivano violente contrazioni, che a volte provocavano fratture delle ossa o delle vertebre, o la rottura dei denti - scrive lo stesso Veronesi nell'ambito della sua rubrica, sul settimanale “Oggi” - stretti spasmodicamente intorno ad una specie di morso introdotto in bocca». Per certi versi una sorta di analogia – sicuramente meno impattante e senza gli effetti

collaterali sopra descritti – la ritroviamo nel caso di quei pazienti ai quali viene dichiarata la morte cerebrale ed a cui sono asportati degli organi per finalità di donazione. Asportazione generalmente effettuata – in base alle legislazioni dei vari Stati - ancora prima dell'arresto di tutte le funzioni vitali del paziente, ovvero prima del suo decesso definitivo e conclamato (quindi con esclusione del periodo cosiddetto “di osservazione post mortem”). Eppure Fritz Perls, allievo critico di Freud, poi fondatore della psicologia gestaltica, ovvero della psicologia della forma, non aveva dubbi in merito: «Nel trattamento della depressione le retroflessioni sono il primo punto da affrontare perché il paziente dovrà imparare a non colpevolizzarsi, a capire le sue esigenze ed identificarsi con esse e non solo con le richieste dell'ambiente o della propria coscienza». Una coscienza che oggi si vuole forse omologare al pensiero unico? Oppure relegarla alle mode che tornano in base a quanto viene storicamente e ciclicamente revisionato nel continente americano? Se l'ospedale crollato in Abruzzo mediante la scossa di terremoto fosse stato costruito con i dovuti criteri antisismici e con la dovuta pazienza e osservanza delle regole forse non sarebbe crollato in omaggio al profitto. L'oncologo milanese si sofferma sul consenso che il paziente deve esprimere in questi casi prima di essere sottoposto ad una terapia del genere, sicuramente invasiva e forse ancora rischiosa, ma in considerazione del fatto che ai pazienti ai quali verrebbe prescritta una terapia di questo tipo sono generalmente gravi e quindi quasi sicuramente assoggettati al Trattamento Sanitario Obbligatorio (previsto dalla stessa Legge nr. 180/1978, più comunemente conosciuta come Legge Basaglia), ci chiediamo: quanti di questi pazienti potranno realmente esprimere, in piena consapevolezza, il loro assenso?



## X Giornata Nazionale contro l'Ictus cerebrale

di **Giulio Luigi Papetti**

Domenica 26 Aprile volontari e medici sono stati presenti in piazza a Trieste, Udine e Pordenone per celebrare la X Giornata Nazionale contro l'Ictus Cerebrale, indetta dall'Associazione A.L.I.Ce e patrocinata dal Ministero della Salute.

L'ictus cerebrale è oggi la terza causa di morte e la prima causa di invalidità permanente di vario grado. Ogni anno in

UDINE in Piazza Matteotti e a PORDENONE in Piazzetta Cavour.

Sono stati installati gazebo, opportunamente attrezzati, ed un'autoambulanza dove medici volontari hanno dato consigli sulla prevenzione e sulla cura della malattia. Gli stessi hanno provveduto al controllo gratuito della pressione arteriosa ed al calcolo dei fattori di rischio cerebrovascolare mediante la somministrazione di un questionario e, in casi selezionati valutati a rischio, è stato effettuato anche un ecodoppler carotideo.

Nello specifico della realtà triestina i medici volontari dell'Associazione hanno somministrato il questionario, effettuato la misurazione della pressione arteriosa e poi, in base ai risultati, hanno inviato i

vari soggetti a rischio nell'autoambulanza annessa al gazebo dove il nostro vice presidente, il dottor Fabio Chiodo Grandi, ha effettuato l'ecodoppler carotideo con l'ecografo portatile donato ad ALICe dalla Fondazione Benefica Kathleen Foreman Casali. I volontari dell'Associazione hanno inoltre distribuito materiale informativo, fornendo consigli a coloro che li hanno richiesti.

Per sostenere le molteplici attività rivolte alle persone colpite da ictus è stato offerto dell'olio extra vergine di oliva con un contributo di € 10.

Italia si verificano 194.000 casi di ictus, in pratica un ictus ogni tre minuti, mentre la nostra Regione segue il trend nazionale in rapporto alla densità della popolazione con 2.700 nuovi ictus all'anno e 923 Tia (transitory Ischemics attacks), attacco ischemico transitorio che annuncia il probabile verificarsi di un ictus.

Malgrado l'entità della patologia e le gravi conseguenze che ne derivano in termini di salute e di elevati costi socio-sanitari, l'ictus cerebrale non riscuote grande attenzione da parte dell'opinione pubblica. Proprio per sensibilizzare le comunità della nostra Regione, su questa patologia, e ribadire la necessità di un'attenta prevenzione le Associazioni A.L.I.Ce. FVG di Trieste e di Udine, unitamente all'Associazione "ICTUS" di Pordenone, sono state in Piazza anche quest'anno nella X Giornata Nazionale, rispettivamente a TRIESTE in Piazza Goldoni, a



Il dott. Fabio Chiodo Grandi esegue un ecodoppler carotideo

*La mielina protegge  
nella conduzione dello  
stimolo nervoso*

## La migliore stagione del cervello

di **Rachele Lorusso**

Un esperimento americano, condotto su un gruppo di uomini dai 23 agli 80 anni, ha stabilito che l'età in cui il cervello dell'uomo raggiunge il massimo delle sue potenzialità è di 39 anni, declinando con progressione sempre più veloce dopo tale età. La ricerca, condotta da un team guidato da George Bartzokis, al Semel Institute for Neuroscience and Human Behaviour della University of California a Los Angeles, ha rilevato come le prestazioni del cervello declinino a ritmo accelerante dai 40 anni in poi, provocando gradualmente reazioni sempre più lente, come riduzione della memoria, difficoltà cognitive, erosione di abilità a svolgere determinate funzioni fino ad arrivare ai casi più gravi di malattie quali il morbo di Alzheimer.

A causare il rallentamento è il deterioramento della mielina, una guaina midollare delle fibre nervose, che ha funzione protettiva nella conduzione dello stimolo nervoso. Questa sorta di membrana permette la trasmissione di rapidi segnali ai circuiti del cervello; dopo i 40 anni si deteriora perché il cervello non riesce più a ripararla portandola alle sue condizioni ideali. Per coloro che fossero interessati all'argomento segnaliamo che i risultati della ricerca sono stati pubblicati sulla rivista online *Neurobiology of Aging*, successivamente ripresi ed approfonditi da Enrico Franceschini nel numero di *la Repubblica* del 24 ottobre del 2008.

**SCEGLI DI DESTINARE  
AD ALICE  
FRIULI VENEZIA GIULIA  
SEDE REGIONALE DI TRIESTE  
IL CINQUE PER MILLE  
DELL'IRPEF**

**ASSOCIAZIONE  
ALICE  
C.F. 90090570327**



## Ictus e demenza

### Conoscere i punti in comune per trattare meglio il paziente anziano

di **Gilberto Pizzolato** \*

Le problematiche legate alla diagnosi e cura dell'ictus e quelle del paziente affetto da demenza sono spesso considerate separatamente, sia nella gestione dell'evento acuto che nei successivi interventi di follow-up e assistenziali. In realtà, le due patologie hanno molti punti in comune e la conoscenza di questi si riflette in una migliore gestione del paziente. Il tasso di prevalenza dell'ictus nella popolazione anziana (65-84 anni) italiana è pari al 6,5% e rappresenta la principale causa d'invalidità. D'altro canto, oltre il 7% della popolazione sopra i 65 anni soffre di demenza (percentuale che sale a oltre il 30% dopo gli ottant'anni). Queste percentuali raddoppieranno nei prossimi 30 anni. I dati epidemiologici appena ricordati sottolineano il primo punto di convergenza: l'ictus e la demenza sono due patologie fortemente età-correlate. Pertanto, ci si deve attendere una loro rilevante compresenza nella popolazione anziana, con un conseguente fortissimo impatto socio-sanitario. E' difficile immaginare che nel vecchio o nel grande vecchio ci si possa occupare separatamente soltanto di una delle due. Da un punto di vista diagnostico, semplificando i dati epidemiologici, possiamo valutare che circa la metà dei casi di demenza sono affetti da malattia di Alzheimer e il 25-30% da demenza vascolare. Tuttavia, le due patologie (degenerativa e vascolare) sono spesso additive, tanto che in una considerevole percentuale di pazienti la demenza viene definita "mista". Si ritiene cioè che essa abbia una duplice concomitante causa, vascolare e degenerativa, sebbene molto spesso sia difficile stabilire il contributo relativo di ciascuna. D'altro canto, sappiamo che circa un terzo dei pazienti con ictus, specialmente se in età avanzata, potrà sviluppare, entro

un anno, una demenza. Sebbene le cause della demenza post-stroke possano essere eterogenee, si ritiene che una concomitante patologia degenerativa di tipo Alzheimer rappresenti la principale concausa. L'evento ischemico acuto e il danno cerebrale conseguente contribuirebbero a rendere manifesta una patologia degenerativa ancora clinicamente silente. Vale la pena, infine, di sottolineare un terzo punto che accomuna ictus e deterioramento cognitivo. Numerosi studi hanno dimostrato che, a parte l'età, i principali fattori di rischio per la malattia di Alzheimer sono i tipici fattori di rischio vascolare: ipertensione, diabete, abitudine al fumo, ipercolesterolemia, iperomocitemia, cardiopatia ischemica. Altro fattore di rischio riconosciuto è la presenza di ictus nella storia clinica del paziente o di cosiddetti infarti cerebrali silenti che possono essere evidenziati dalla TAC o dalla Risonanza Magnetica. Sebbene non sia ancora chiaro come i fattori di rischio sopra ricordati contribuiscano allo sviluppo della malattia di Alzheimer, sembra probabile che un meccanismo importante sia la riduzione del flusso ematico cerebrale che essi possono indurre cronicamente. Le osservazioni sopra ricordate hanno conseguenze cliniche di rilievo. Anzitutto di tipo diagnostico. Poiché l'ictus, come la demenza, è nettamente più frequente nella popolazione anziana, è indispensabile che la valutazione del danno vascolare cerebrale sia sempre accompagnata da una valutazione dello stato cognitivo globale del paziente. Due esempi possono sottolinearne l'importanza. Molto spesso lo studio del paziente con ictus con TAC o Risonanza Magnetica evidenzia non solo il disturbo vascolare cerebrale recente, ma anche alterazioni più diffuse che non hanno,

in passato, prodotto alcuna sintomatologia clinica, ad esempio i cosiddetti infarti cerebrali silenti, oppure alterazioni ischemiche diffuse della sostanza bianca, oppure ancora una marcata atrofia cerebrale. Tutte queste informazioni devono essere valutate globalmente per arrivare ad un inquadramento diagnostico completo del paziente con ictus. Un secondo esempio può essere rappresentato dai disturbi di specifiche funzioni corticali superiori - parola, prassia, orientamento spaziale ... - conseguenti all'ictus, in un contesto di un moderato preesistente deterioramento cognitivo. E' evidente che il sommarsi dei diversi deficit neuropsicologici produce un quadro clinico complesso che deve essere valutato nella sua interezza.

Esse hanno anche importanti conseguenze terapeutiche e sulle strategie riabilitative e di follow-up del paziente. Basti solo ricordare che la prevenzione e il trattamento dei fattori di rischio vascolare può ridurre il rischio di demenza di tipo Alzheimer o "mista". Hanno anche conseguenze per le scelte di prevenzione secondaria finalizzata a ridurre il rischio di nuovi eventi cerebrovascolari acuti. Hanno infine un forte rilievo per le strategie riabilitative e per l'organizzazione dei supporti assistenziali per il pazienti e per un'adeguata formazione ed informazione dei familiari.

In sintesi, è sempre da tener presente che il disturbo cerebrovascolare acuto nella persona anziana non produce solo deficit neurologici focali altamente invalidanti, ma può determinare l'insorgenza di un deterioramento cognitivo che può aver ancor più gravi conseguenze sulle attività quotidiane del paziente e sulla famiglia.

\* Direttore della Clinica Neurologica di Trieste

## La curiosità

di **Cesare Cetin**

Nell'agosto del 2001 Jean Paul Belmondo è stato colpito da un ictus il quale gli ha provocato sia una paralisi facciale sia problemi alla parola; e proprio la parola, così importante per un attore, sovente gli si strozzava in gola tanto da costringerlo ad affidarsi ai gesti, al guizzo delle mani. Semiparalizzato per lungo tempo il popolare attore non ha esito a sposarsi nel 2002 ed a diventare padre per la quarta volta.

E come non si è arreso all'ictus, di cui ancora porta i segni, non lo ha fatto nemmeno in ambito sentimentale e professionale. Dopo avere divorziato dall'ultima moglie, di 32 anni più giovane di lui, ha trovato una nuova compagna che di anni in meno ne ha ben 43 inoltre è ritornato nelle sale cinematografiche!

**SCEGLI DI DESTINARE  
AD ALICE  
SEDE DI UDINE  
IL CINQUE PER MILLE  
DELL'IRPEF**

**ASSOCIAZIONE  
ALICE  
C.F. 94086910307**



## Parcheeggi per disabili

di **Giulio Luigi Papetti**

Sono sempre più frequenti, da parte delle persone con disabilità, le denunce sull'uso improprio dei contrassegni per disabili. A Trieste, poi, è anche negata – a differenza di quanto avviene nelle altre province del Friuli Venezia Giulia – il parcheggio, a titolo gratuito, negli stalli a pagamento quando non si trovano posti liberi per disabili nelle vicinanze o qualora, nella peggiore delle ipotesi, quando proprio non vi fossero.

Questa seconda ipotesi, inerente alla mancanza di parcheggi per disabili, disattende la Legge 503/96, art. 11 nonché la Circolare del Ministero dei trasporti, del 13 giugno 2006, prot. 434.

La problematica di cui stiamo parlando ha visto l'Associazione ALICE, insieme all'ANGLAT, promotrice di una mozione – approvata all'unanimità - presentata, nel Consiglio Comunale di Trieste, dal consigliere Tarcisio Barbo il 14 aprile 2008; essa è volta a garantire, nella città di Trieste, il diritto alla mobilità dei disabili. La mozione, inoltre, impegnava già nel 2008 il Sindaco e la Giunta a convocare, tempestivamente e non oltre il mese di maggio dello stesso anno, le associazioni dei disabili che perseguono il diritto alla mobilità, per un confronto sulle soluzioni adottate, comprese quelle riguardanti il controllo sui contrassegni già emessi ed il loro corretto utilizzo.

Ecco perché concordiamo e sosteniamo la lettera del Presidente Nazionale ANMIC, Giovanni Pagano. Egli, preso atto del persistere dell'uso improprio dei parcheggi dei disabili, il cui contrassegno speciale viene rilasciato agli invalidi con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, nel mese di gennaio ha tentato di sensibilizzare sull'argomento anche i comuni, scrivendo una lettera ai sindaci dei comuni d'Italia, dove prospetta la necessità di un monitoraggio sull'utilizzazione dei contrassegni in circolazione, il cui uso improprio va a scapito dei veri disabili. L'Associazione intende tutelarli nell'assolvimento dei compiti che le sono stati affidati dalla legge.

La tematica sopra affrontata è stata ulteriormente sviluppata mercoledì 29 aprile, alle ore 11.00, a Trieste, presso la sede dell'Associazione Nazionale Guida Legislazioni Andicappati Trasporti (ANGLAT) con una conferenza stampa dal titolo **Diritto alla mobilità per le persone disabili**, di cui relazioneremo qui di seguito.

## Diritto alla mobilità per le persone disabili

di **Maria Tolone**

Mercoledì 29 aprile, alle ore 11.00, si è tenuta a Trieste, presso la sede dell'Associazione Nazionale Guida Legislazioni Andicappati Trasporti (ANGLAT) la conferenza stampa sul diritto alla mobilità per le persone disabili. Indetta dalle associazioni ANGLAT, ALICE (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) e FREEDOM (Associazione sportiva che nasce per promuovere il benessere psico-fisico delle persone disabili) ha visto quali relatori il presidente dell'ANGLAT Giovanni Di Giovanni ed il presidente di ALICE Giulio Papetti. Il primo, nel suo intervento, ringrazia i soli due consiglieri comunali presenti, che hanno risposto all'invito, segnalando l'inquietante assenza di tutti gli altri, inclusa quella del sindaco di Trieste, di numerose associazioni e dei media (censura?). Di fatto viene soprattutto lamentata la latitanza, da parte del Comune di Trieste, in merito all'applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 503/96, art. 11 e della Nota del Ministero dei Trasporti del 6 febbraio 2006.

Mentre la città di Udine, fin dal 1999, con ordinanza dell'allora sindaco ha disposto "la gratuità della sosta in aree soggette a tariffazione, al fine di garantire il diritto alla mobilità dei soggetti disabili", seguita da Monfalcone, Gorizia, Grado, Muggia, San Dorligo della Valle ben altra realtà è quella di Trieste. Basti segnalare come l'attuale assessore ai Servizi sociali del Comune di Trieste, con nota del dicembre 2007, si impegnava ad attivare la possibilità di istituire, entro il mese di maggio 2008, un tavolo di concertazione. A distanza di un anno, siamo nel maggio 2009, nulla è stato fatto.

Ci troviamo di fronte ad una questione di cambiamento di mentalità: la malattia può colpire chiunque e la lotta oggi viene attuata affinché chi ora è sano non debba affronta-

re, qualora dovesse in futuro cambiare la sua condizione, le stesse difficoltà che patiscono i disabili. Anni fa, con un'amministrazione precedente, il problema dei parcheggi e delle barriere architettoniche era stato proposto ad un politico di allora che, oberato da altre priorità, non lo aveva preso in dovuta considerazione; poi, però, diventato disabile a sua volta si fece promotore di numerose iniziative. Non si può augurare ad un'intera amministrazione di entrare nella sfera della disabilità per recepire un problema: tutti, indistintamente dal proprio modo di essere, hanno il diritto di fruire dell'ambiente in cui vivono, senza fare la questua; perché i disabili ottengono qualcosa solo quando le loro associazioni vendono fiori, mele, piante ...

Prende la parola il presidente di ALICE, Giulio Papetti, per denunciare l'abolizione di alcuni parcheggi per disabili là dove sono state istituite le aree pedonali e soprattutto di fronte a cinema e teatri mentre sopravvivono alcuni davanti a delle farmacie. E ciò la dice lunga su come venga colta la disabilità; il disabile non è uomo di cultura, non ha diritto a vivere una vita sociale, può andare solo in farmacia ... E non solo: l'Amministrazione comunale non ha vigilato sull'abbattimento delle barriere architettoniche, così come previsto dalle norme legislative, su gran parte degli edifici pubblici ristrutturati, ai quali si aggiungono bar, ristoranti, così come sembrerebbe non abbia operato una seria ricognizione sui contrassegni attualmente rilasciati e sul loro utilizzo.

Nell'ambito di un'ampia ed articolata discussione, effettuata da un pubblico appassionato e molto sensibile al problema trattato dalla conferenza, tra le tante proposte riportiamo quelle espresse dalla dottoressa Tiziana Cimolino, che esplicita tre punti. Il



*I due presidenti Di Giovanni e Papetti*

Il disabile non è uomo di cultura, non ha diritto a vivere una vita sociale, può andare solo in farmacia ... E non solo: l'Amministrazione comunale non ha vigilato sull'abbattimento delle barriere architettoniche, così come previsto dalle norme legislative, su gran parte degli edifici pubblici ristrutturati, ai quali si aggiungono bar, ristoranti, così come sembrerebbe non abbia operato una seria ricognizione sui contrassegni attualmente rilasciati e sul loro utilizzo. Nell'ambito di un'ampia ed articolata discussione, effettuata da un pubblico appassionato e molto sensibile al problema trattato dalla conferenza, tra le tante proposte riportiamo quelle espresse dalla dottoressa Tiziana Cimolino, che esplicita tre punti. Il



primo vede l'abbattimento della maleducazione attraverso l'informazione e la sensibilizzazione del problema. Basti prendere in considerazione l'esperienza attuata nel Comune di Udine dove nelle scuole ai bambini è stato consentito di girare in carrozzina, in modo da rendersi conto delle difficoltà incontrate da chi è costretto ad utilizzarle. Il secondo è legato al resoconto dei posti pubblici riservati ai disabili. Ci deve essere un controllo periodico ed un relativo riscontro del numero dei parcheggi e dei contrassegni in circolazione, intercettando coloro che esibiscono delle fo-

tocopie. Dei parcheggi bisogna verificare soprattutto chi ne ha realmente diritto e la loro accessibilità; alcuni si trovano davanti a dei gradini, altri di fronte a pali contro i quali vanno tranquillamente a sbattere la carrozzina e chi la usa. Il terzo auspica l'eliminazione dei parcheggi per disabili dove non servono per metterli dove sono necessari.

Conclude gli interventi Aldo Busetti, il quale riferisce di alcune esperienze scandinave. Ad esempio cita il caso della Norvegia, dove l'ignoranza e la maleducazione si combattono già nella scuola, nella quale è

istituita l'ora di educazione civica che insegna ai ragazzi il senso civico, li abitua a non sporcare il bene pubblico, a considerare il disabile un valore aggiunto della società. La conferenza del 19 febbraio è solo un punto di partenza per una battaglia che, se non sortirà effetto, proseguirà in modi sempre più articolati e diversificati. L'applicazione di un Decreto della Repubblica e di una Nota del Ministero dei Trasporti non sono una gentile concessione, un privilegio ma un diritto ed il disabile ha il diritto alla mobilità, ad una vita dignitosa e sociale.

## Iter del cittadino da sano a malato

di Stefano Sabbadini

Anni di assistenza ai miei cari mi hanno fatto maturare un'esperienza di quello che è la Sanità in Regione con le sue "luci", ma ahimè, anche con le sue "ombre".

Questi brevi appunti e indicazioni sono frutto di quattro anni di ricerca estenuante e talvolta efficace che vorrei condividere con i lettori, nella speranza che, in caso di problemi, possano essere di aiuto.

Vorrei sottolineare che non c'è nessuno spunto polemico e generalizzato contro l'Istituzione Sanità, ma è una sorta di "prevenzione primaria" ai problemi che si possono incontrare quotidianamente sul territorio e in Ospedale.

### Sul territorio

Talvolta la scelta del **medico di base** è casuale, per sentito dire.

Un modo per sapere qualcosa del medico cui ci affidiamo (talvolta si usa il termine "medico di fiducia") è quello di cercare su Internet, digitando su un motore di ricerca tipo Google, notizie sulla sua carriera universitaria e eventuali specializzazioni: non sempre si trova qualcosa, ma tentar non nuoce!

- E' importante che ci poniamo nei suoi confronti, in maniera propositiva, considerando anche il fatto che siamo noi i "suoi datori di lavoro".

Il rapporto deve essere collaborativo, ma anche fermo, quindi se abbiamo dubbi su quanto ci dice o non capiamo qualcosa è giusto esprimergli le nostre perplessità senza timore.

- Il responsabile del **medico di base** è il Direttore Sanitario della A.S.L. per cui, in caso di difficoltà insanabili, per gravi negligenze, (per esempio non viene in casa entro la giornata nel caso in cui il malato non si possa muovere e recarsi da lui, assenza ingiustificata senza lasciare un collega per le

sostituzioni), bisogna segnalare per iscritto quanto successo agli uffici del Direttore Sanitario con una raccomandata con ricevuta di ritorno e per conoscenza anche all'ordine dei medici della Provincia, che aprirà un'inchiesta sui fatti esposti.

- Altre cose da vedere quando si sceglie il **medico**, sono gli orari di ricevimento. Se i nostri orari di lavoro non sono conciliabili con quelli del medico, forse non è il caso di sceglierlo.

- Un'altra cosa da vedere è se riceve anche su appuntamento, cosa che alcuni **medici** fanno: questa sicuramente è una cosa positiva, che potrebbe far propendere per una scelta nei suoi confronti.

Abbiamo, se non riceviamo soddisfazione dalle figure sopraccitate, due altre possibilità:

1) **Difensore Civico** che media tra cittadino e le Istituzioni Sanitarie. Il numero telefonico del difensore civico lo troviamo sull'elenco telefonico sotto "Regione".

2) **Commissione Mista Conciliativa**, che può essere attivata anche dal Difensore Civico, dopo che siano stati esperiti tutti i tentativi precedenti e non abbiano portato a una risposta soddisfacente. **In ospedale:**

In caso di ricovero fare attenzione a queste cose:

1) tutto il personale di reparto deve essere riconoscibile da un cartellino di identità;

2) il cittadino ha diritto di essere informato sulle cure che gli vengono somministrate e di avere una risposta chiara sulla sua malattia e sulle sue condizioni di salute. Se il malato non è in grado, per vari motivi, di capire le informazioni, devono essere date ai parenti di riferimento;

3) non lasciarsi scoraggiare dalla fretta che talvolta ci può essere, ma domandare al mo-

mento dell'ingresso:

- a) chi è il medico che seguirà la degenza;
- b) orari in cui riceve.

Ogni medico ha un suo studio, per cui è opportuno chiedergli di andare a parlare privatamente, anche per garantire la privacy.

4) In caso di problemi segnarsi subito il nome del medico o infermiere con cui si è parlato. Per esperienza personale, capita dopo pochi minuti, di averlo dimenticato.

All'atto delle dimissioni molte volte non viene detto al paziente qual è la sua situazione sanitaria attuale, ma viene inviata al medico curante una lettera di dimissione.

E' opportuno avere un colloquio finale con chi ha avuto in cura il malato durante il ricovero.

Il Responsabile del reparto è il Primario, che è quindi la prima persona a cui rivolgersi in caso di problemi.

Anche in Ospedale, il responsabile di tutto il personale, medico e paramedico, è il Direttore Sanitario: si può arrivare a lui attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che ha il compito di assistere il cittadino e di dare una risposta chiara in tempi congrui alle segnalazioni fatte.

Un ufficio molto importante, soprattutto per persone che escono dall'ospedale con esiti invalidanti, è l'**Ufficio Dimissioni Protette**, in cui lavorano assistenti sociali che sono in contatto con le strutture del Territorio.

Queste figure operano sia in reparto, per seguire l'evoluzione della malattia, sia in ufficio per rispondere alle esigenze dei parenti. Il numero è in elenco sotto "Ospedale".

Queste sono solo alcune delle tante cose che il cittadino può fare per rendere il suo disagio possibilmente meno pesante.

Chi fosse interessato a altre notizie o suggerimenti può rivolgersi a "Alice Udine" c/o Ospedale Gervasutta, Reparto di Neurologia, il giovedì dalle 17 alle 18, - telefono Tel. 0432 553360 - sito internet <http://www.aliceudine.it>



## NOTIZIE DA UDINE

# Abbiamo dato le ALI ad ALIce

di Donatella Basso

E' proprio così: dopo tre anni di lavoro, il nostro gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto ha permesso ad ALICE di spiccare il volo.

Ci presentiamo, in ordine alfabetico...

Tutti insieme siamo il gruppo "Il Navigatore". Per farvelo conoscere cerchiamo di descriverlo attraverso parole ed immagini.

Perché lo abbiamo chiamato così? Qual è la nostra storia, seppur breve?

"Siamo tutti nella stessa barca": forse è la prima cosa che ci viene in mente guardando il logo e pensando al nome del nostro gruppo. Ma Giorgio, quando ce l'ha proposto, aveva in mente altro: un mare tempestoso, dove spesso non affondare è difficile. Gertraude aveva proposto il nome "Speranza": in realtà, ci siamo detti, è proprio la speranza quella che ci tiene a galla. Quindi "Il Navigatore", approvato all'unanimità. Poi la difficoltà del disegno: la mia scarsa conoscenza delle proporzioni tra le vele... dei programmi di disegno... Ma sono stata aiutata ed il risultato ci ha soddisfatto.

Il nostro primo incontro è avvenuto giovedì 23 febbraio 2006, alle 15 del pomeriggio. Devo confessare che ero un po' in ansia: partire dal nulla è una forte responsabilità, però, ho pensato, ci permette di tagliarci l'abito su misura. E l'avventura è cominciata.

Eravamo pochi inizialmente, in uno spazio molto grande: la palestra di Cardiologia del Gervasutta. Ringraziamo, oltre ai medici e ai responsabili che ci hanno dato ospitalità, gli infermieri ed operatori che ci hanno sempre accolto con il sorriso quando li incrociavamo.

La ricerca di un luogo più raccolto e di un campo di bocce ci ha portato a guardarci intorno. Una serie di circostanze fortunate che portano il nome di tutte le persone che ci hanno aiutato (al Comune di Udine, alla Quietè, ai Faggi, al Centro Diurno...) ci ha fatto arrivare alla attuale sede. Ci ritroviamo, infatti, ai "Faggi", vicini ad altre Associazioni, ogni venerdì, dalle 15 alle 17. Ora siamo cresciuti anche nel numero, e continuiamo a crescere. Stiamo cercando di ampliare ed arricchire il modo di stare insieme proponendo incontri che hanno come scopo alcune attività piacevoli, e abbiamo trovato spazi e partner adeguati.

La prima immagine è la locandina con la quale ci presentiamo diffusamente, invitan-

do a raggiungerci e cominciare il cammino con noi.

Quali sono i nostri obiettivi? A chi è rivolto il gruppo?

Le parole auto e mutuo descrivono le modalità con cui il gruppo interviene: l'aiuto è una risorsa da scoprire ed attivare in ciascuno di noi. Gli altri, con cui condivido la situazione e che ritengo in grado di comprendere quello che provo, mi offrono il loro sostegno e le loro esperienze vissute in prima persona. Tra noi c'è una psicologa che fa facilitatrice e moderatrice della comunicazione.

Il gruppo ritiene in questo modo di farsi utile offrendo dunque uno spazio di confronto tra pari a coloro i quali vivono quotidianamente il disagio della disabilità. Questo attraverso una serie di incontri nei quali poter condividere e confrontare con altri la propria esperienza ed elaborare i propri vissuti in relazione a quanto è accaduto ed a quanto resta ancora da fare. Alle volte sono proposti degli argomenti da approfondire, delle domande di comune interesse che stimolano la nostra curiosità. Allora intervengono gli esperti.

Al gruppo partecipano le persone colpite da ictus, il familiare o la persona che presta assistenza, il prestatore di cura senza l'assistito nei casi in cui la persona è impossibilitata a partecipare. Le esperienze di ciascuno saranno di aiuto agli altri e ogni partecipante potrà contare su coloro che stanno vivendo la stessa condizione.

Per farvi un esempio di come lavoriamo su un argomento specifico, vi mostriamo il risultato di un lavoro di gruppo riguardante l'ansia. C'è stata a parentesi informativa, il coinvolgimento di ciascuno per quanto riguarda il proprio rapporto con l'ansia, poi un lavoro su come poterla superare, che ha prodotto un poster di cui andiamo fieri. Certamente tra noi ci sono degli artisti, e si vede!

La seconda immagine è il poster riassuntivo del nostro lavoro sul come non farsi vincere dall'ansia.

Di quali altre attività il gruppo si è fatto promotore?

I nostri soci si sono attivati come volontari che offrono parte del loro tempo libero per attività di animazione e compagnia all'interno della ASP Quietè e del Centro Diurno

Micesio, nella città di Udine.

Giorgio ha favorito e supportato, con la sua esperienza e la sua grande disponibilità, le attività di pittura della sig.ra Maria, presso il Centro Diurno, con successo e... una notevole produzione artistica.

Salvatore offre la sua compagnia ad un disabile grave presso la Casa di Riposo La Quietè, accompagnandolo anche nei luoghi accessibili e portandogli il mondo esterno con notizie, lettura, conversazioni su ciò che accade (la persona è anche priva della vista). Tutti insieme, a turno, con l'aiuto di Francesco e Otello per il materiale, Donatella per la "conduzione" vera e propria, animiamo un sabato pomeriggio al mese un gruppo di circa 40 anziani presso la Quietè, portandoli in viaggio in paesi lontani attraverso video, racconti, immagini... Questo è stato possibile grazie alla convenzione che l'Associazione ha stipulato con l'ASP "La Quietè", che regola e coordina le attività in collaborazione con il volontariato.

Giuseppe ha creato il FORUM, al qual invitiamo ad iscriversi e a visitarlo, cliccando sul nostro sito, perché diventi sempre più utile a tutti color che vi accedono.

Mi sembra un buon esempio di impegno che ci regala in premio la consapevolezza che fare del bene FA BENE.

A raccontarvi questo sono stata io, Donatella Basso, la psicologa che ha seguito queste attività e la contemporanea crescita del gruppo. E che si ritiene fortunata di avere avuto questa opportunità.

GRUPPO DI AUTO-MUTUO-AIUTO PER PERSONE COLPITE DA ICTUS, FAMILIARI E CHI SE NE PRENDE CURA



Ritrovarci insieme per:

Parlare  
Ascoltare  
Aiutare  
Aiutarsi  
Conoscere  
Motivare  
Esprimere emozioni  
Migliorare la vita e...  
...continuare a sperare

"Le persone colpite da ictus tendono a chiudersi a riccio... Hanno paura di farsi aiutare, rimandano, dicono: "...sì, sì...", poi non si muovono e non si lasciano aiutare. Già arrivare al gruppo è un bel passo avanti!"

Giorgio

Per informazioni

Chiama la segreteria dell'Associazione A.L.I.Ce tutti i Giovedì dalle 17 alle 18 al numero: [0432 553360](tel:0432553360)



## Stroke Care a Pordenone Un'ipotesi di formazione adeguata

di Teresa Ramadori

Giovedì 19 febbraio 2009, alle ore 17.00, presso l'Auditorium della Regione, in via Roma 2, a Pordenone si è tenuto un convegno, indetto dall'Associazione Ictus di Volontariato servizi alla persona e alla famiglia, a cui è stata invitata anche la nostra Associazione Alice Friuli Venezia Giulia di Trieste.

Dopo il saluto delle autorità il dott. *Franco Luchini*, presidente dell'Associazione Ictus, ha spiegato il significato dell'iniziativa; il dott. *Giorgio Simon*, responsabile dell'Area governo clinico Agenzia Regionale della Sanità, a Udine, ha affrontato il tema dell'ictus nei dati epidemiologici e nei progetti della Regione Friuli Venezia Giulia; il prof. *Vito Toso*, ex presidente dell'Italian Stroke Forum President, ha sviluppato il tema delle cure ad alta intensità – modelli ed esperienze. I dottori *Giovanni Masè*, direttore della struttura operativa complessa di Neurologia, ed i responsabili *Francesco Moscarriello*, della struttura operativa complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza e *Fabio Sartor*, della struttura operativa complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione presso l'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Por-

denone, hanno affrontato il discorso inerente al percorso Stroke Care a Pordenone. Il convegno è partito dalla premessa che l'ictus non è, purtroppo, una malattia rara. Circa 4000 persone ne vengono colpite, ogni anno, in Regione, tra di esse circa 800 nel Friuli Occidentale; un evento, questo, che provoca improvvisi e gravi disagi alle famiglie colpite. La recente ricerca ha confermato che l'ictus viene curato meglio nelle Stroke Unit, unità specializzate nella cura dell'ictus in fase acuta, dotate in genere di alcuni letti monitorati, sei-otto, dove la mortalità e la grave invalidità risultano diminuite rispetto al percorso tradizionale. Le città di Trieste e di Udine dispongono di Stroke Unit; per quanto riguarda Pordenone ve n'era una prevista dal Piano Sanitario Regionale che sarà attivata entro il corrente anno.

Durante il convegno è stato sottolineato come l'ictus richieda una lunga riabilitazione, in grado di coinvolgere non solo i familiari ma anche i vari operatori sanitari: neurologo, fisiatra, psicologo, psichiatra, assistente sociale, logopedista, perché tutti concorrono nel percorso ospedaliero e post ospedaliero, onde la necessità di in-

tegrare le competenze cliniche e quelle organizzative con una presa in carico complessiva del paziente.

Importante sarà successivamente il ruolo del medico di medicina generale nell'ambito della gestione della continuità terapeutica, come pure lo sarà quello dei Servizi sul territorio nonché quello dei caregiver che dovrebbero essere stati formati al difficile compito dell'accudimento.

Da non sottovalutare il fattore psicologico perché non sempre la insorgenza della fase depressiva viene colta e curata nella sua gravità.

I relatori si sono augurati una maggiore attenzione delle istituzioni nei confronti dell'ictus al fine di ottenere adeguate Stroke Unit, diffondere i dati relativi alla patologia e tutte le informazioni utili a prevenirla.

Il gruppo di Pordenone ci è sembrato molto motivato e preparato al lavoro di équipe realizzato attraverso incontri interdisciplinari costanti, mirati al danno vascolare ed al contenimento delle sue conseguenze. Si è constatato come sia carente sul campo la presenza di terapisti occupazionali e logoterapisti (carenza di formazione universitaria?) e si è auspicata l'attivazione di un gruppo di lavoro interregionale che permetta il monitoraggio e lo scambio di esperienze per meglio valutare l'efficacia ed i risultati ottenuti.

## Incontinenza urinaria: descritto sottotipo post-ictus

di Luca Lorusso

L'Associazione Progetto Continenza ha organizzato, dal 23 al 28 giugno, la Settimana Nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza urinaria. L'Associazione, che a Trieste ha sede presso il Distretto 1, si rivolge anche agli ictati, giacché l'ictus si associa di frequente a patologia disautonomica che si manifesta in grado variabile in base all'estensione e, forse, alla sede delle differenti lesioni ischemiche o emorragiche. In particolare i disturbi menzionali sono un postumo comune dello stroke emisferico acuto. Nella maggior parte dei casi i sintomi urinari prevalenti sono l'urgenza menzionale, la frequenza menzionale e l'incontinenza da urgenza, in relazione all'iperreflessia detrusoriale. L'incompleto svuotamento vescicale e la ritenzione urinaria sono sintomi meno frequenti. L'indagine urodinamica permette la comprensione degli eventi fisiopatologici alla base del disturbo vescicale. Nello specifico nei pazienti sopravvissuti

ad un ictus, l'incontinenza urinaria con diminuzione della consapevolezza della necessità della minzione (LA-UI) differisce dall'incontinenza urinaria da urgenza. L'IA-UI riflette probabilmente un maggior danno cerebrale. L'incontinenza urinaria è comune nella prima fase post-ictus, ed è un fattore prognostico fortemente negativo. È stato rilevato che l'incontinenza urinaria di nuova insorgenza nei pazienti con ictus si divide in due categorie: incontinenza urinaria da urgenza classica ed IA-UI. Quest'ultima è emersa quale forte ed indipendente fattore di rischio di esiti infausti dopo tre mesi, a differenza dell'incontinenza urinaria da urgenza. I pazienti affetti da quest'ultima potrebbero riprendersi spontaneamente, oppure beneficiare dalle misure terapeutiche convalidate esattamente come i pazienti che non hanno avuto ictus, mentre i pazienti con negazione o mancanza di preoccupazione non rispondono a nessuna strategia.

I pazienti con introspezione preservata potrebbero comunque essere aiutati tramite l'addestramento comportamentale e della consapevolezza precoce, come con la minzione a comando in primo luogo, oppure anche con ulteriori trattamenti medici se è presente un'attività detrusoriale non inibita. Per un approfondimento dell'argomento si rimanda allo studio dei dottori G. Pelliccioni e O. Scarpino, Complicanze dell'ictus acuto e sistema neurovegetativo: disturbi vescico-sfinterici in *Neurol Sci* (2006), 27: XXXVII Congresso SIN Supplement (Unità di Neurologia, INRCA, via della Montagnola 81, I-60100 Ancona; e-mail: [g.pelliccioni@inra.it](mailto:g.pelliccioni@inra.it)).

Segnaliamo, inoltre, che la Fondazione Italiana Continenza ha un suo sito, [www.contenuti-web.com](http://www.contenuti-web.com) che si propone di contribuire alla sensibilizzazione sulla tematica dell'incontinenza troppo spesso considerata un tabù.



## Comunicazioni di Maria Luisa Sacchetti

Presidente di Alice Italia

In occasione della convocazione formale dell'Assemblea elettiva di giugno il Presidente Nazionale di ALICe, Maria Luisa Sacchetti, comunica quanto segue:

1. sto realizzando un video con i sintomi di allarme, che girerà sui canali TV RAI, Mediaset, la 7 e Sky in occasione della Giornata Mondiale;

2. sto ottenendo i "master" del materiale informativo sull'ictus cerebrale, che potrete fare stampare dal vostro tipografo di fiducia nelle quantità che vorrete;

3. finalmente è attiva la Segreteria di ALICe Italia (ho trovato un finanziamento per due anni);

4. sto lavorando per migliorare il sito web (anche lì, grazie al supporto economico di uno sponsor per due anni): se mi viene confermata la cifra a disposizione, potrei supportare anche le spese di attivazione, sulla piattaforma, di siti web locali;

5. ALICe giovani sta lavorando bene, e spero che il gruppo "under 35" si compatti tanto da consentirci nel 2010 di portare avanti una indagine nazionale sulla conoscenza dell'ictus e sulla consapevolezza dei fattori di rischio tra i giovani.

Una curiosità: se vi collegate al sito [www.stroke.org](http://www.stroke.org), vi accorgete che anche negli USA quest'anno tutto il mese di maggio è stato dedicato alla "consapevolezza del problema ictus": mi pare una sintonia perfetta (anche perché totalmente casuale).

C'è dell'altro, ma avremo modo di parlarne a Giugno a Roma (spero veniate numerosi, anche perché l'Assemblea di Giugno dovrà nominare i delegati regionali per i prossimi due anni, oltre che eleggere il Presidente della Federazione):

## L'effetto del danno cerebrale sulla conoscenza e l'uso degli oggetti

La dottoressa Raffaella Ida Rumiati, che oggi lavora presso la SISSA di Trieste, si è laureata con una tesi dal titolo *On the Representation of Semantic and Motor Knowledge: Evidence from Brain Damaged Patients*. La tesi parte dal presupposto che secondo alcune teorie la conoscenza degli oggetti risiede in una rete di aree cerebrali che include quelle coinvolte nel loro utilizzo. Abbiamo testato, sottolinea Ruminati, questa ipotesi in pazienti che dopo un danno cerebrale perdono la capacità di utilizzare oggetti (aprassia). I risultati mostrano però che gli aprassici hanno una conoscenza intatta degli oggetti, ad esempio sanno che il martello si usa con il chiodo, è di legno, è un oggetto, ma quando devono usarlo non sanno attivare il movimento corretto. D'altra parte, i pazienti con demenza semantica (la perdita progressiva della conoscenza verbale e visiva del mondo) utilizzano perfettamente gli oggetti che però non riconoscono. Per questo l'ipotesi "incarnata" va abbandonata in favore della visione separata di conoscenza visuoverbale e abilità motorie.

## L'intervista

### Aldo Ricci: associare per crescere

di Maria Tolone

(Trieste) Incontriamo Aldo Ricci, responsabile delle pubbliche relazioni, dello sviluppo e dell'immagine di Alice Onlus di Trieste. Nell'ambito dell'auto-aiuto matura in lui l'idea di creare momenti aggregativi esterni, il primo si concretizza presso l'agriturismo dell'Azienda Agricola Lo Casto di Prosecco: è il 22 maggio del 2007; in questa nuova situazione la conversazione stenta a decollare – rammenta Ricci – ma il varco è stato aperto. Infatti un mese dopo, il 19 giugno, proprio a casa Ricci, la riunione è un successo, si parla, si incontrano nuovi amici, si condividono esperienze anche in un ambito di evasione dalla solita routine. L'esperienza prosegue con "Le passeggiate d'autunno in Carso", è il 20 ottobre ma la giornata si presenta brutta climaticamente, con un vento che impazza per tutto il giorno, pessima esperienza ricorda la signora Lia Ricci. La comitiva riesce a rifocillarsi presso il ristorante "Franz Joseph" ma intanto ha visto cose interessanti come, ad esempio, la stazione con il proiettile sparato nel 1917 dall'artiglieria della Marina Austriaca. Questa prima esperienza, però, fa comprendere che d'inverno non è il momento di fare uscite culturali e ludiche, infatti la seconda uscita viene effettuata in primavera ed ha quale località Hrastovlje, in Slovenia. L'organizzazione delle uscite presuppone alcune condizioni, in primis il sopralluogo – bisogna trovare il parcheggio, il locale non deve avere barriere architettoniche – poi bisogna sottoporre la proposta al Presidente Papetti infine, dopo l'approvazione, inizia anche la ricerca storica che farà da supporto all'uscita. Ricci, nel corso degli anni, ha riscontrato un notevole aumento delle presenze alle riunioni di auto-aiuto ed addebita questo dato interessante ad un nuovo modo di agire,

alla consuetudine dell'uscire di casa, alla capacità di imparare a difendersi da chi dice "Non vedi come sei, cosa pretendi di fare?"

Ma il presupposto per essere soci, puntualizza Ricci, non è quello di essere ammalati bensì sensibilizzati ad una patologia la quale, rispetto a coloro che sono sopravvissuti ad un infarto, è più visibile e penalizzante però il più delle volte può essere prevenuta. Prevenzione, questo il termine che deve attecchire nella società, e per farlo bisogna trovare ogni modo per essere visibili, per farsi conoscere. Intanto lui cura la gestione dell'archivio dei soci e degli iscritti ai quali, tanto per dirne una, non dimentica di inviare gli auguri di compleanno che, puntualmente, sono pervenuti anche alla famiglia della sottoscritta ... Ebbene sì, facciamo parte di quella società che sente il bisogno di essere coinvolta e che il messaggio lo ha recepito!

Prima del congedo Ricci mi rammenta il decennale della fondazione dell'Associazione, per il quale ha in serbo numerose iniziative ed a cui verrà dedicato il numero di luglio, intanto mi invita a ricordare il rinnovo del tesseramento per l'anno in corso e l'invito a devolvere il cinque per mille ad Alice Onlus. Con questo numero, infatti, i nostri soci ed iscritti riceveranno un bollettino con il quale, ci auguriamo, possano condividere il nostro obiettivo di prevenzione.

## Comunicazione per i soci

**Questo anno la quota associativa per Alice Onlus è di 25,00 euro, coloro che hanno ricevuto la tessera avranno notato come sia arrivata rinnovata e plastificata. E' importante portarla sempre con sé perché, anche nel corrente anno, numerosi esercizi triestini hanno stipulato convenzioni per gli sconti speciali riservati ai soci di Alice. Li elenchiamo sul nostro periodico: farmacia Picciola, farmacia Al Samaritano, farmacia Patuna, articoli sanitari Fabris e Persi, sky Albanese, Mazzorato moda, hotel Milano, emporio Fiorentino, gioielleria Laurenti di Stigliani, oreficeria Prisco, Il cucitutto di via Manzoni 19, Centro auto di via Malaspina 3, Cadel colori, cartoleria Muran, libreria Nero su Bianco. Per ulteriori informazioni si può contattare Aldo Ricci allo 040-910797 o al 339-5853650.**