



## Cari Amici



Il Commissario Prov.le ANMIC  
Prof. **Giuseppe Daffinà**

scrivere, in un momento in cui il nostro paese, vive una crisi etica, sociale, politica ed economica è per me molto doloroso; contemporaneamente incombe sulla mia persona, quale responsabile dell'Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili della provincia di Trento, il dovere morale di trasmettere alle persone diversamente abili, speranza e fiducia in un domani migliore, perché sono profondamente convinto che le autorità governative nazionali e locali, dovranno attuare una politica sociale in cui il principio di giustizia sociale e di autentica solidarietà trovi concreta attuazione; diversamente si realizzerà una tale disgregazione sociale che genererà fortissime tensioni sociali.

In questo periodo la Direzione Nazionale dell' A.N.M.I.C., grazie al costante impegno e dedizione del nostro Presidente Dott. Pagano, ha presentato al Senato della Repubblica l'emendamento per far sanare il paradosso della riforma Fornero in materia di pensione anticipata (pensione e permessi, ex legge 104). Inoltre l'INPS, con l'interpretazione autentica inserita dal decreto legge sul lavoro, del Consiglio dei Ministri recante "interventi urgenti nella promozione del lavoro", ha dovuto far marcia indietro considerando come valido il principio che nell'assegnazione dell'invalidità civile è da considerare soltanto il reddito dell'interessato indipendentemente da quello del coniuge.

Consapevole che il Governatore della provincia di Trento, Dott. Ugo Rossi, data la Sua sensibilità e attenzione sempre dimostrata verso la nostra associazione e in materia di disabilità in generale, durante la sua precedente esperienza in Giunta, orienterà il nuovo Assessore alla salute e solidarietà sociale ad attuare provvedimenti innovativi della condizione di vita delle persone sofferenti, gli formuliamo un augurio sincero di buon lavoro.

Poiché crediamo che vivere una vita dignitosa su questa terra è diritto di ogni essere umano, vigileremo sempre affinché questo principio venga rispettato. A tutti, da parte mia e dei miei collaboratori, **un augurio di buone feste.**



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI E INVALIDI CIVILI  
Sezione della Provincia autonoma di Trento  
Ente morale per Decreto del Presidente della Repubblica 23.12.1978

ANMIC

"Ogni persona brilla con luce propria fra tutte le altre"

DIRITTI E SERVIZI | ANMIC PER TE | RUBRICHE | CONVENZIONI | PROGETTI | UTILITÀ

Home | Chi siamo | Dove siamo | Contattaci | Notiziari | Link utili

[www.anmic-tn.org](http://www.anmic-tn.org)

Editoriale: Cari Amici 1

Rapporto IRS 3

Invito alla lettura 4

Il data-base dell'handicap 5

Il corpo malato e il corpo ritrovato 9

Convenzioni Anmic per i tesserati 12

Un affresco sempre attuale  
sulle organizzazioni sanitarie e non 16

Attività fisica e riabilitazione  
"migliorare aiutandosi" 17

Sportello Associazioni di Volontariato 20

I diritti per i quali l'ANMIC ha lottato 21

Tesseramento 2014 23

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Daffinà Giuseppe

**PROGETTI e TESTI**  
a cura di  
Gasperotti Roberto

**SEDE ANMIC**  
Via Benevoli, 22  
38122 Trento  
tel. 0461 911469

*Autorizzazione tribunale  
n. 655 del 18/11/1989*

*Titolare trattamento dati  
D.L. 196/2003  
Daffinà Giuseppe*

**GRAFICA - IMPAGINAZIONE - STAMPA**  
Effe e Erre litografia snc, Trento

**IN COPERTINA**  
© Fotolia

Proposte del rapporto IRS presentato il 26 settembre: appunti per chi lavora nel sociale

## COSTRUIAMO IL WELFARE DI DOMANI

Come ricorda il Rapporto IRS le politiche contro la povertà in Italia si sono dimostrate incapaci di raggiungere l'obiettivo.

Infatti la spesa sociale in Italia abbatte la povertà solo del 19,7% contro una media europea del 35,2%; spendiamo in particolare ogni anno per l'assistenza circa 67 miliardi di euro, pari a poco più del 4% del PIL ma il tasso di povertà assoluta, parimenti evidentemente con la crisi, continua a salire. L'assunto presentato e discusso in occasione del Convegno che si è tenuto a Milano il 26 settembre u.s. è che solo una proposta di riforma che inglobi una politica di inclusione attiva può conseguire risultati sperati.

Due sono i nodi principali di attacco alla povertà nella proposta e che dovrebbero costituire anche motivo di riflessione per chi lavora nel sociale con auspici principalmente di emancipazione e non di assistenza:

- Assegno agli anziani (over 65) totalmente o parzialmente non autosufficienti con un nuovo strumento chiamato "dote di cura" che comporterebbe l'attivazione dei servizi di natura socio-sanitaria e lo sviluppo di un percorso assistenziale flessibile, da definirsi insieme al beneficiario ed eventualmente si immagina anche, qualora fosse necessario, ai suoi familiari (assegno di cura già in parte presente in questa Provincia);
- Istituzione di un Reddito Minimo di inserimento che andrebbe ad integrare i redditi di tutte le famiglie "povere" fino a consentire loro di raggiungere una soglia di sopravvivenza socialmente accettabile ma che andrebbe garantito (ed è qui la parte che ci trova evidentemente concordi) a condizione dell'attivazione di percorsi di inclusione sociale finalizzati anche alla crescita e al potenziamento

delle risorse individuali per facilitare e favorire il reinserimento sociale e lavorativo dei beneficiari.

Entrambi i punti possono interessare persone con disabilità grave o gravissima che sono ormai quasi in età post-lavorativa (nel primo caso) o lo sono invece ancora (nell'altro caso); in quest'ultimo caso il reddito minimo garantito dovrebbe essere in funzione di un reinserimento sociale e lavorativo e legato quindi ad, un'emancipazione, la migliore possibile e non ad una mera assistenza.

Si ricorda che le proposte elaborate dall'IRS (Istituto di Ricerca Sociale con sede a Milano) e qui di interesse, considerano che il nostro "sistema assistenziale" così come è congegnato continua a favorire un'enorme dispersione dei benefici e ciò a danno, evidentemente, dei destinatari di politiche sociali di emancipazione.



alcuni incisi  
di Roberto Gasperotti



## Un "Abile per la pace" di Massimo Toschi

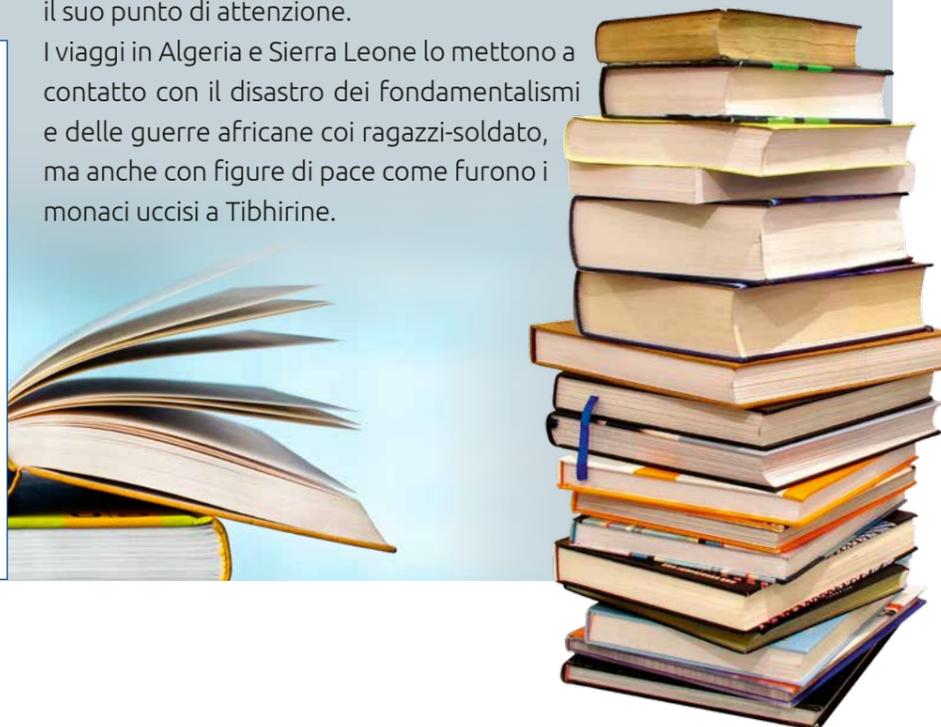
a cura della REDAZIONE

Massimo è un "combattente" generoso, sempre dalla parte dei più deboli a partire dai bambini. Costantemente in prima fila nell'impegno civile e sociale: dai carcerati, ai poveri fino ad un attivismo encomiabile per la pace.

Disabile per una poliomielite contratta a undici mesi, costretto in carrozzina a una vita piena di ostacoli, racconta la sua vera "abilità": lottare per gli ultimi.

Di fatto fin da studente si impegna rispetto ai carcerati; i poveri e la pace divengono il suo punto di attenzione.

I viaggi in Algeria e Sierra Leone lo mettono a contatto con il disastro dei fondamentalismi e delle guerre africane coi ragazzi-soldato, ma anche con figure di pace come furono i monaci uccisi a Tibhirine.



### ORARIO d'UFFICIO

Il Commissario Provinciale riceve in Sede tutti i giorni previo appuntamento. Per gli appuntamenti prendere contatto con l'ufficio di segreteria, tel. **0461 911469**

ORARI DEGLI UFFICI DI SEGRETERIA  
dal **lunedì al venerdì: 8.00-13.00**  
il **giovedì: 8.00-13.00 e 14.00-17.00**

Per coloro che desiderano recarsi in Sede, segnaliamo la possibilità di poter usufruire dell'autobus cittadino n. 4 scendendo alla fermata subito dopo le arcate della Ferrovia della Valsugana per chi viene dal centro, ed a quella prima delle stesse, per chi viene da Rovereto.



Il giorno  
27 dicembre  
l'ufficio rimarrà  
chiuso per ferie.

di dott. Fabio Cembrani - Con i dati statistici aggiornati al 31 dicembre 2012

## IL DATA-BASE dell'HANDICAP della Provincia autonoma di Trento

### PREMESSA

Questo breve intervento, stimolato dal Commissario dell'ANMIC di Trento, si propone due obiettivi generali: (a) quello di presentare l'Anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento con i dati aggiornati al 31 dicembre del 2012; (b) quello di far riflettere sulla necessità di riformare il nostro sistema di welfare sul quale convergono, in tempo di crisi, numerose forze vettrici orientate però ai soli tagli lineari ed al contenimento della spesa pubblica senza un confronto aperto con i bisogni delle persone disabili e con il vincolo costituzionale della solidarietà sociale che questi bisogni richiedono.

### LA DESCRIZIONE DEL CONTESTO

La Provincia autonoma di Trento è una realtà territoriale (poco più del 2% della superficie nazionale) in cui vive una popolazione di 524.826 persone (dato registrato all'1.01.2010) con un incremento assoluto, rispetto al 2009, di 5.026 unità equivalenti ad un aumento relativo del 9,7 per mille. Alla stessa data la popolazione straniera residente in Trentino ammonta a 46.006 persone, con un aumento assoluto rispetto al 2009 di 3.482 unità (incremento relativo dell'8,2 per mille); gli stranieri costituiscono, pertanto, l'8,8% della popolazione totale trentina e sono in crescita rispetto al 2009, anno in cui si registravano 8,2 stranieri ogni 100 residenti. Sul piano amministrativo il territorio della Provincia autonoma di Trento non è strutturato in maniera semplice: oltre ai Comuni ed ai Distretti sanitari, sono state, infatti, costituite le Comunità di valle che hanno sostituito i vecchi Comprensori. Mentre sono 217 i Comuni sparsi tra il fondovalle ed i rilievi pedemontani (è in 12 Comuni principali che si concentra quasi il 50% dell'intera popolazione del Trentino avendo una densità su-

periore ai 5.000 abitanti), i Distretti sanitari sono 4: il Distretto Centro nord, il Distretto Centro sud, il Distretto Est ed il Distretto Ovest. Oltre a queste realtà locali (amministrative e sanitarie) esistono, in Trentino, 15 ulteriori strutture di governo del territorio (le Comunità di valle) istituite con la legge provinciale 27 novembre 2009, n. 15.

Così come la maggior parte delle società moderne occidentali, anche la Provincia autonoma di Trento ha registrato, negli ultimi anni, un modello demografico contraddistinto da un'accentuazione della denatalità a cui si contrappone un aumento della speranza di vita, come testimoniano l'aumento dell'età media della popolazione e gli irrilevanti valori dei quozienti di mortalità infantile. La riduzione della natalità, che ha contraddistinto la dinamica demografica della Provincia di Trento fin dalla metà degli anni '60 e l'aumento dell'età media della popolazione, hanno comportato una progressiva trasformazione della composizione per età della popolazione residente, caratterizzata oggi dalla prevalenza degli anziani sui giovani. Gli over-65 in Trentino hanno, infatti, superato le 102.000 unità (19,3%) e di questi circa 35.000 sono gli over-80; i minorenni sono quasi 97.000 (il 18,3%) mentre i giovani fino a 14 anni sono il 15,3%. La popolazione in età attiva (di 15-64 anni) costituisce, infine, circa i due terzi del totale (il 65,4%), ad un livello molto simile a quello nazionale (65,7%). L'indice di vecchiaia (calcolato rapportando il numero degli anziani over-65 al numero dei giovani fino a 14 anni compiuti), è triplicato dal 1961 ad oggi, passando dal 42,2% al 126,0%. Distinto per genere, l'indice di vecchiaia si differenzia in modo significativo: nel 2009 è pari a 100,6 per i maschi e a 153,0 per le femmine. L'indice di carico sociale, calcolato rapportando la popolazione in età non lavorativa (convenzionalmente 'a carico' perché giovane o anziana-



Il Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Legale dell'APSS di Trento, dott. Fabio Cembrani

na) a quella in età lavorativa (tra i 15 ed i 64 anni) ha subito, nel corso del tempo, contenute modificazioni nel suo valore complessivo passando dal 45,7 degli anni '80 al 53,0 nel 2009, ciò mostrando che la quota di persone "a carico" è pari a circa la metà delle persone in età lavorativa; l'indice, distinto per genere, ammonta a 47,9 per i maschi e a 58,3 per le femmine ed il suo costante incremento è legato, evidentemente, al progressivo invecchiamento della popolazione trentina.

#### RIEPILOGO DEI DATI STATISTICI

L'aggiornamento dell'Anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento e l'elaborazione statistica effettuata dimostrano: (1) la presenza, nel data-base, di 16.358 persone (2.256 in più rispetto al Report 2011) che, a partire dal 1992, hanno presentato 21.020 domande (vs. 17.948 del 2011) finalizzate ad ottenere i benefici e le agevolazioni assistenziali previste dalla legge-quadro in materia di handicap; (2) come quelle in vita alla data del 31 dicembre 2011 sono 10.908 (vs. 9.643 del 2011, vs. 8.770 del 2010 e vs. 7.471 del 2009) con un numero, pertanto, di 5.450 decessi registrati (vs. 4.459 del 2011, vs. 3.554 del 2010, vs. 2.774 nel 2009 e vs. 2.211 nel 2008) nel lungo arco temporale che dimostra, rispetto ai Report degli anni precedenti, la non stabilità del data-base; (3) l'ulteriore incremento registrato della domanda (i tassi standardizzati dimostra la risalita del picco rispetto all'inversione registrata nel 2011 con un tasso che si attesta sul valore di 38,16/10.000 abitanti); (4) il progressivo ulteriore invecchiamento della popolazione del data-base (le persone over-65 passano dal 48,63% registrato nel 2009 al 54,44 del

2012) e la graduale riduzione percentuale dei minori (dal 16,8 registrato nel 2006 all'11,67% del 2012) anche se, in questa fascia di età, continua ad essere prevalente la percentuale delle persone disabili riconosciute in situazione di handicap permanente e/o temporaneo con connotazione di gravità; (5) come le donne disabili continuano ad essere mediamente più anziane rispetto ai maschi e come tale rapporto si inverte nella fascia di età 0-18 anni dove prevalgono, invece, i disabili di sesso maschile pur non emergendo, nella fascia di età 18-65 anni, variazioni statisticamente significative in rapporto al genere; (6) la presenza, nel data-base, di una fascia non trascurabile della popolazione disabile in età pre-scolare: 1081 casi (vs. 809 747, 677 e 616 degli anni precedenti) sono stati i bambini compresi in questa fascia di età per i quali è stato attivato il percorso assistenziale finalizzato all'accertamento dell'handicap non ai soli fini della frequenza scolastica; (7) la prevalenza del riconoscimento dell'handicap in situa-

zione di gravità (6.114 vs. 5.592 del 2011) sono state le persone disabili riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità e 1.439 (vs. 1.227 del 2011) quelle riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione temporanea di gravità; (8) la prevalenza delle malattie neurologiche che producono, a conferma dei dati resi noti dall'ISTAT, il più alto tasso di disabilità anche nel nostro contesto territoriale (le malattie del sistema nervoso centrale e del sistema nervoso periferico rappresentano il 27,37% (vs. 27,21%, 26,96%, 26,04%, 25,51% e 25,56% degli anni precedenti) ed il progressivo incremento di quelle psichiche (dei disturbi dementigeni in particolare) che, se esaminate in relazione alle persone over-65, sono i più rappresentati; (9) il riconoscimento, per i soggetti in vita alla data del 31 dicembre 2012, di 10.712 benefici/agevolazioni assistenziali con un trend in incremento rispetto agli anni precedenti (vs. 9.635, 8.801 e 7.324 de-

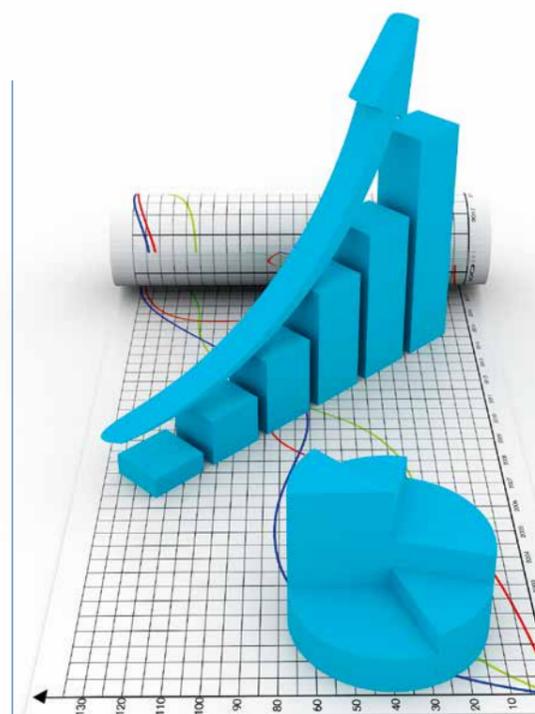
gli anni precedenti): in 5.393 casi (vs. 4.795, 4.403 e 3.596 degli anni precedenti) il permesso retribuito di tre giorni per dare l'assistenza al genitore/parente/affine non ricoverato a tempo pieno, in 1.676 casi (vs. 1.612, 1.428 e 1.270 casi degli anni precedenti) le agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente, in 596 casi il diritto del genitore o del familiare che assiste la persona di non essere trasferita in altra sede di lavoro senza il suo consenso, in 588 casi il diritto di scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio del genitore o del familiare assistito, in 204 casi il di permesso retribuito del genitore per assistere il minore non ricoverato a tempo pieno, in 562 casi il permessi di due ore al giorno per il lavoratore riconosciuto in situazione di handicap con connotazione di gravità, in 545 casi il permesso in alternativa di tre giorni al mese per lo stesso lavoratore, in 382 casi il diritto del lavoratore a scegliere il luogo di lavoro più vicino al domicilio ed in 360 casi il diritto del lavoratore di non essere trasferito in altra se-

de di lavoro; (10) la persistente disomogeneità di accesso al servizio erogato, per lo più attivato dai cittadini disabili (o dai relativi familiari) residenti nei grandi centri urbani rispetto a quelli residenti in periferia e nelle zone di valle.

#### CONCLUSIONI

Provo, a questo punto, a sviluppare alcune mie personali considerazioni anche per provare a dare rinnovato slancio e vigore alla riflessione attorno al nostro sistema di *welfare* (de)condizionandola dalle esigenze imposte dai soli vincoli di bilancio.

In questo momento storico esistono, a mio modo di vedere, alcune legittime priorità che occorre affrontare senza ulteriori tentennamenti piroettanti essendo oramai trascorso più di un ventennio dall'approvazione della legge-quadro in materia di handicap che resta, sia pur con qualche zona d'ombra, un esempio di come il legislatore italiano sappia promulgare buone leggi. E ciò per almeno due ordini di ragioni: in primo luogo perché con quella legge si è interrotto quel (perverso) circuito orientato a dare una risposta sociale alla disabilità attraverso l'erogazione di *cash benefits* (interventi di natura economica) di cui non conosciamo al momento gli outcomes in termini di salute; in secondo luogo per aver indicato a tutti (professionisti compresi) un concetto moderno di disabilità rendendolo indipendente da quelle variabili etiologiche che l'hanno trasformata in mille rivoli diversi per considerarla come uno stato aperto e dinamico e come il risultato tra la disorganicità biologica e l'ambiente in cui la persona vive, inteso naturalmente in direzione ampia e non solo come amplificatore del bisogno. Una buona legge, dunque, che ha



voluta offrire una risposta ai bisogni di salute delle persone disabili sostenendo non solo la loro domiciliarità ma anche i lavoratori impegnati nell'assistenza familiare riconoscendo quei congedi parentali che, come si è visto, rappresentano il percorso assistenziale più azionato in Provincia di Trento. Una buona legge – dunque che ci consente anche di fare chiarezza sui bisogni delle persone disabili per dare ad essi una risposta in chiave moderna, anche in termini di sostenibilità economica. Per far questo occorre, a mio modo di vedere, invertire quella rotta di tendenza che ha visto, soprattutto nel nostro territorio, privilegiare le forme di *Long term care* realizzate attraverso un esagerato investimento su posti-letto individuati in strutture extra-familiari residenziali cui è stata delegata l'assistenza delle persone disabili non autosufficienti ed anziane. Ciò non solo a causa degli elevatissimi costi sociali di queste strutture ma anche perché questo investimento ha dimenticato che tra la domiciliarità e la residenzialità esistono forme di assistenza



semi-residenziale (centri diurni) che occorre realizzare nel breve periodo per sostenere la famiglia sia in condizioni di ordinarietà che di straordinarietà (ricoveri di sollievo). Anche perché le moderne politiche sociali non possono dimenticare che, oltre alla persona disabile, l'impegno pubblico deve anche sapersi prioritariamente orientare al sostegno della famiglia che in moltissimi casi viene messa a dura prova nel carico assistenziale e che è, dunque, esposta a molte forze vettoriali che su di essa agiscono in maniera negativa; come è stato evidenziato da studi britannici che hanno dimostrato come i costi sociali dei familiari di persone dementi impegnati nella loro assistenza sono esattamente il doppio rispetto a quelli connessi all'assistenza di que-

sti malati. Senza dimenticare che la struttura della famiglia italiana è profondamente cambiata negli ultimi decenni (essa non è più allargata ed in essa la donna non assolve più a quella funzione di *maternage* che la stessa ha esercitato per secoli) e che per questo repentino cambiamento sociologico richiede di pensare al suo sostegno attuato non solo attraverso i trasferimenti monetari che, spesso, fungono da volano per la (de)responsabilizzazione dell'Ente pubblico e dei professionisti della salute.

Occorre, dunque, intervenire sulla domiciliarità senza però scaricare sulle famiglie il peso (e la solitudine) dell'assistenza che viene spesso affidata a personale (le assistenti domiciliari) poco formato in termini professionali e che occorre, in qualche modo, specializzare pensando a formule di integrazione tra l'Ospedale (e le RSA) ed il territorio, valorizzando le risorse distrettuali e, soprattutto, il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta quali snodi davvero capaci di modulare l'assistenza socio-sanitaria.

Occorre, ancora, investire di più sui servizi di assistenza territoriale ed integrare quel formidabile sistema informale che è rappresentato dalle libere associazioni, dal mondo del volontariato, dagli enti con finalità religiosa all'interno di quel sistema a rete da più parti auspicato ma mai realizzato davvero e sperimentare formule spendibili di *Long term care* ad elevata integrazione socio-sanitaria; ciò richiedendo non solo la conoscenza dei bisogni, ma soprattutto la messa in rete dei servizi (sociali e sanitari), la loro capacità di adattarsi, flessibilmente, ai bisogni della persona disabile e di saper misurare gli esiti degli interventi re-

alizzati non più in termini autoreferenziali. Ed occorre, infine, individuare un'unica regia istituzionale dedicata a questo settore della cura perché non è più possibile che il mondo del sociale e quello sanitario lavorino a compartimenti stagni, con linguaggi diversi e con finalità spesso non coincidenti anche se la riforma istituzionale trentina ha deciso di dare assetti istituzionali diversi a questi due mondi ponendoli rispettivamente dentro le Comunità di valle ed il Servizio sanitario provinciale. Regia che deve essere capace di individuare i bisogni della persona e di personalizzarli prima di porre in essere quegli interventi economici ed assistenziali previsti dal nostro sistema di *welfare* che occorre valorizzare ed ottimizzare.

In questa direzione mi auguro si voglia andare con il coraggio delle idee e con la forza delle azioni assumendoci la nostra parte di responsabilità: alla politica spetta il compito di riformare il sistema di *welfare* non già impoverendolo con i soli tagli lineari per *far cassa* e/o con provvedimenti poco rispondenti agli attuali bisogni sociali ma sapendolo sviluppare nella direzione da noi più volte auspicata; ai tecnici (speriamo, illuminati) spetta la forte ricerca di sinergia tra gli interventi sociali e sanitari che debbono prendere davvero in carico i bisogni delle persone più fragili; ai medici ed agli operatori del sociale, la voglia di cambiare, di sperimentare forme di intervento non più basate su mere logiche prestazionali e la sensibilità di promuovere davvero i diritti delle persone più deboli assumendosene la responsabilità.



TESTIMONIANZA di MICHELA RIGOTTI

## IL CORPO MALATO E IL CORPO RITROVATO

### PRESENTAZIONE

Mi presento, vivo con la famiglia in provincia di Trento, ho cresciuto due figli. La mia esperienza adolescenziale di artista e di ammalata di anoressia, ha segnato profondamente la mia vita, ma il desiderio di riscattare la scelta di autonegazione trascorsa in alcuni anni molto difficili, ha fatto sì che oggi possa illustrarne gli aspetti attraverso la ricerca poetica e di interpretazione, descrivendo come le difficoltà e la drammaticità di un corpo che raggiunge un limite vitale minimo, possano ritrovare forza e riuscita, attraverso la comprensione, la forza di volontà e l'amore.

### PREMESSA

L'adolescenza è un passaggio delicato di un'età in cui spesso i conflitti interiori non trovano sostegni adeguati e ambienti familiari e sociali giusti. L'equilibrio fra il concedere e il proibire raggiunge la propria consapevolezza in fase di autoaffermazione. Se il mondo adulto che ruota attorno all'adolescente non è pronto a captare il disagio, non ha la capacità di entrare nel difficile lato psicologico dell'anoressico/a (potenziale o reale), la presa di status, di tale malattia è grandissima, diventa come un ospite difficile da scacciare, un manipolatore che tiene a bada varie persone, prima fra tutti la persona ammalata, subito a seguire i genitori e altri prossimi vicini, i parenti diretti e gli amici. Disinnescare il meccanismo della comunicazione interdependente spesso non verbale, fatta proprio di cose tacite e una sarcinesca chiusa con la sicura, di cui si porta il segreto più o meno inconsciamente, sono i punti nodali su cui far leva per ritrovare il senso dell'esistere. In quel senso che sembra smarrito, è un rifiuto di mangiare collegato allo squilibrio del comunicare.

Cos'altro è lo stare a tavola con i genitori, oltre al lato di sopravvivere cibandosi? Cos'al-



tro è il simbolo della mensa eucaristica per esempio? Cosa sono i vuoti di valori? Cosa è questa potenza che si percepisce all'inizio sul proprio corpo senza bisogni? Il bastarsi, il poter fare poco? Quale rito viene a mancare quando a tavola l'anoressico/a preferisce vedere il piatto sempre più vuoto?

### DIARIO

Finito di essere compiuto il digiuno fino all'inedia per mancanza di energie, lo spirito stenta a riconoscersi nei ritmi e nella vita degli altri, il dormire stesso è leggero, la mente rischia la follia.

L'attacco ricevuto dal medico che interpellata nella fase finale la persona in deperimento organico, risveglia l'istinto di autoconservazione, alla semplice domanda trasmessa con forza - "Vuoi morire?" - la reazione è (dovrebbe essere) immediata. Un germe di voglia di vivere rinasce, una punta d'orgoglio ferito comanda all'esangue esistenza di ribellarsi a quell'ospite tiranno che ha sovvertito l'ordine, che ha voluto far credere di poter fare tutto da soli, senza nulla e nessuno, per scacciarlo.



Matita  
"Studio di donna"

La fatica di ritornare nel corpo è enorme. La fatica di riprendere un cibo che quasi disgusta lo è a sua volta. L'abitudine di stare a tavola e agli orari lo sono... cosa scatta nei genitori e nei parenti, negli amici se esistono ancora, quando l'ammalato/a decide di provare a vivere? L'amore insegna nei giorni a

lasciare il tempo, a dare la possibilità senza opprimere di ritrovarsi, di reinstaurare la normalità, sempre che una normalità, dopo un tale trauma, possa ancora identificarsi con i modelli e gli stereotipi tanto comodi a chi, senza voler fare fatica, non accetta di capire che dietro a certe scelte inconsce si celano problemi ignorati. Nel

mio personale caso, ma so che ne esistono altri analoghi, come altri elementi da assommare, avvenne che una molestia sessuale taciuta creò un silenzio e un dolore che condizionarono il mio carattere. Inoltre il terreno familiare era fertile già di un atteggiamento acquisito dalla madre, una madre che a sua volta affamata più di amore, attenzioni e comprensione, nutriva verso il cibo un comportamento conflittuale.

Un altro nodo di un vissuto personale è l'accettazione di sé. Il vedersi fin da bambina, crescere in un senso che non soddisfaceva appieno delle aspettative proprie e altrui.

Essere fortunati di potersi far confezionare dei vestiti da una madre sarta comportò un continuo esame di misure e la pena di constatare portamenti scorretti, difetti, circonferenze, altezze e ...purtroppo, conflitti di mode, dove riconoscersi parte di un genere era, all'epoca degli anni '80, basilare per non essere derisi o esclusi.

La ripresa del corpo adulto nel pieno recupero delle funzioni, inglobando lo stesso ciclo mestruale come regolatore del benessere psicofisico femminile, all'abbandono della malattia lasciò un "regalo": quello della paura di guarire, di prendere atto delle conseguenze, il ritornare agli equilibri sociali precedentemente infranti, alle eventuali dinamiche amorose, l'autoconvincersi di far parte delle persone normali. Il fatto che la malattia portasse il termine "mentale" e che i due ricoveri avuti fossero presso il reparto neurologico, mi diedero la scomoda sensazione di avere un indelebile marchio. Dovettero passare molti anni prima che l'esperienza subisse la giusta rielaborazione e la rassicurante consapevolezza che la vera demenza

consiste in un'altra cosa.

Per un breve periodo accettai di recarmi da una psicologa, lei mi disse che l'idea di suicidarsi (descritta in questa poesia), è un modo inconscio di punire qualcun'altro, non si pensa che poi tutto finisce veramente. Ebbene, quel giorno lo vivo nitido come fosse ora che ne scrivo e ho

potuto scriverne la sintesi in questi pochi versi. Il panico e la sensazione di sentirsi indifesa erano immensi, credo fosse il periodo in cui toccai la leggerezza maggiore.

L'impulso di buttarsi però non ha prevalso e durò pochi istanti davvero.

Questa matita (in alto, a destra, nella pagina seguente) è da vedersi dal punto di vista emozionale, la stanchezza insita nel corpo e la penuria di equilibrio emotivo rappresentata nel colore rosso sulle zone del viso.

La poesia rappresenta una rinascita, una porta che si apre, un corpo da vivere nel pieno delle possibilità, quali la maternità e la ses-

### BARATRO

di **Michela Rigotti**

*Baratro di un precipizio.*

*Trovato quel vuoto  
sopraggiunti*

*che l'avevo perso.*

*Salva la terra una radice.*

*Salvati i passi folli*

*dagli arbusti e dalle foglie.*

*Dall'alto l'urbana primavera  
a discolorare l'auto - negazione.*

### OLTRE IL CONFINE

di **Michela Rigotti**

*L'ultima porta in fondo a sinistra  
segna "Zona limite - invalicabile",  
dalle ore venti in poi finché, il giorno  
la penombra paterna, si porta via.*

*Riluce col sole la stanza  
nei cristalli appesi, in una magia  
di gocce a colori.*

*Nel regno ordinato o sfatto,  
s'intrufola oltre il confine,  
l'anima ancora piccina, curiosa:  
scruta nell'assenza, sopra l'arredo*

*l'inventario di quesiti segreti,  
rubando ora idee al fine ritratto.  
All'emblema di un corpo in fiore,  
alla venere nella cornice,  
ora ricordo, chiedo  
un senso oltre i tabù  
di essere madre, donna, figlia, bambina.*

### ANORESSIA

di **Michela Rigotti**

*Inconsapevole, scivolata  
nell'isteria, la certezza.  
Docilmente disegnata,  
l'anoressica magrezza.  
Battaglia rassegnata,  
per l'insensibile carezza.  
Identità disorientata  
per l'impazzita intimità.*

sualità, l'amore per l'esistenza e il piacere di scoprirsi potenziali artefici della propria riuscita, consapevoli della possibilità di scegliere e di combattere per affrontare inevitabili dolori e difficoltà della vita. L'arte e la poesia compagne inseparabili quindi, un mezzo per testimoniare e per comunicare sempre, prima della malattia, durante e all'oggi, in cui attraverso i possibili canali di comunicazione si aprono le porte disinnescando la paura.

Il mio messaggio per chiunque avesse da affrontare il disagio di questa malattia è di ascoltare il cuore, ma soprattutto di non esitare a chiedere aiuto alle strutture specializzate esistenti. Rispetto agli anni '80, sono stati fatti molti progressi sulla via della consapevolezza e dell'assistenza. Ringrazio i



Matita  
"Emozioni stanche"

miei genitori per il loro giusto grado di comprensione che ha fatto sì di sostenermi fino alla guarigione.

È attraverso la sensibilità e l'interesse dimostrati dal signor Gasperotti Roberto, che una parte di questa esperienza personale trova spazio nella rivista Anmic e lo ringrazio.

Ogni opera grafica e letteraria è coperta da copyright. Opere figurative e poetiche dell'artista Michela Rigotti sono consultabili presso l'archivio degli artisti trentini alla sezione didattica del MART di Rovereto ADAC.

Terzo premio al concorso  
"Sulle ali del vento"  
Vezzano di Trento - 2010

Acquarello e china  
"Vestito"



# Per i tesserati ANMIC...

Le convenzioni saranno rispettate se: ● la tessera sarà **VALIDA per l'anno 2014** (nessun altro documento sostituisce la tessera e autorizza il rispetto della convenzione); ● **il SOCIO presenterà la tessera ANMIC con foto** oppure accompagnata da documento d'identità prima del saldo; ● la tessera **NON dovrà essere CEDUTA a terzi** per nessun motivo.

## ■ CONSULENZE

Per informazioni e/o fissare un appuntamento, rivolgersi telefonicamente alla nostra segreteria al numero **0461 911469**.

**Avvocato** del foro di Trento disponibile per:

- assistenza e consulenza legale, previo appuntamento per informazioni;
- apertura pratica legale con applicazione compenso minimo tariffario.

**Avvocato** del foro di Trento disponibile per:

- consulenza civile e penale, in particolare per pratiche relative al risarcimento danni da infortunistica stradale, infortunistica sul lavoro, responsabilità medica e diritto di famiglia;
- primo colloquio gratuito, compenso da concordare all'apertura pratica.

## ■ Commercialista

- sconto 50% su assistenza e consulenza fiscale per compilazione 730, Modello Unico, consulenza fiscale, tenuta contabilità e dichiarazioni fiscali.

## ■ ASSOCIAZIONI

**Biglietto teatro** da ritirare in sede per tutti gli invalidi che desiderano partecipare a spettacoli che l'Associazione mette in cantiere a Trento e Rovereto. Un biglietto con riduzione **50%** per eventuali accompagnatori.

**Casa per ferie "Mirandola"** Cesenatico - Riviera Romagnola. Convenzioni speciali per Associazioni disabili, circoli anziani, ecc. Prezzi di assoluta convenienza. Informazioni allo **0461 911469** e a **info@anmic-tn.org**

## ■ PARCHEGGI

### ■ Parcheggio di Piazza Fiera

Telefono: 0461 231225-232720

Orario: 7.00-21.00

**Sosta gratuita** per disabili titolari di contrassegno - per ottenere lo sconto passare alla cassa (entrata verso Torrione), durante l'orario di apertura e con personale presente, mostrare contrassegno valido e documento d'identità.

## ■ GIORNALI

### ■ l'Adige

Abbonamento valido per l'anno 2014, secondo l'abbonamento scelto si avrà diritto a ricevere le copie del quotidiano cartaceo oppure on-line:

- abbonamento postale 5 copie settimanali € **208,00** anziché € **240,00**;
- abbonamento postale 6 copie settimanali € **231,00** anziché € **260,00**;
- abbonamento postale 7 copie settimanali € **265,00** anziché € **300,00**;
- abbonamento Web quotidiano disponibile sin dal primo mattino € **110,00** anziché € **139,00**;

- qualora le Poste non consegnassero la copia del sabato, verrà fornita la possibilità di ritirarla presso l'edicola.

**Per stipulare l'abbonamento:** rivolgersi in sede ANMIC oppure all'ADIGE.

## ■ TRENTINO

Abbonamento valido per l'anno 2014:

- abbonamento postale 5 copie settimanali € **167,00** anziché € **220,00**;
- abbonamento postale 6 copie settimanali € **182,00** anziché € **240,00**;
- abbonamento postale 7 copie settimanali € **212,00** anziché € **280,00**.

**Per stipulare l'abbonamento:** rivolgersi in sede ANMIC oppure al TRENTINO.

## ■ ARTICOLI SANITARI



Trento - Via Grazioli, 18

Tel. 0461 237300

info@sanitservice.com

- sconto del **10%** su tutti gli articoli sanitari ed ortopedici.



Attrezzature Medico Sanitarie s.r.l.

Trento - Via Degasperri, 34/3

Tel. 0461 925715

www.amstrento.it - info@amstrento.it

- sconto del **10%** su tutti gli articoli, esclusi articoli in compartecipazione con Azienda Sanitaria, INAIL, etc.

## ■ APPARECCHI ACUSTICI



Trento - Viale Verona, 32/2

Tel. 0461 913320

www.acusticatrentina.com

info@acusticatrentina.com

- controllo udito, revisione pulizia apparecchio acustico: **GRATUITO**;
- sconto dell'**8%** su apparecchi acustici tradizionali (retroauricolari);
- sconto del **5%** su apparecchi acustici intrauricolari "invisibili";
- sconto del **3%** su apparecchi acustici automatici e digitali;
- sconto del **5%** su cuffie TV, telefoni amplificati, accessori (set pulizia, auricolari).

## ■ FARMACIE

### ■ Farmacia "Bolghera"



Trento - Largo Medaglie d'Oro, 8

(fronte Ospedale S. Chiara)

Tel. 0461 910060 - Chiuso la domenica

Orario: 8.00-12.30 e 15.00-19.00

- sconto del **15%** su prodotti parafarmaceutici e ortopedici (integratori, cosmesi, igiene, linea homecare).

## ■ LIBRERIE



Trento - Via S. Croce, 35

www.ancoralibri.it

libreria.trento@ancoralibri.it

- sconto del **10%** su tutti i libri - esclusi testi scolastici;
- sconto del **15%** su dizionari e atlanti.

## ■ CALZATURE



Trento - Corso 3 Novembre, 50

Tel. 0461 916369

- sconto del **10%** su tutti gli articoli escluse promozioni.

## ■ ERBORISTERIA



Trento - Corso 3 Novembre, 54

Tel. 0461 915627

erboristeriaspazioverde@gmail.com

- sconto del **10%** sui prodotti.

## ■ AUTOSCUOLE



Trento

Via Vannetti, 29 - Tel. 0461 985183

**Cavareno**

Via Pineta, 9 - Tel. 0463 421462

**Cles**

Via Marconi, 66/A - Tel. 0463 421462

**Mollaro di Taio**

Via della Pausa, 66 - Tel. 0463 421462

**Mezzocorona**

Via Canè, 2 - Tel. 0461 601779

**Mezzolombardo**

Via Devigili, 8/3 - Tel. 0461 601779

**Ponte Arche**

Via Battisti, 38 - Tel. 0461 985183

- sconto del **10%** all'atto dell'iscrizione;

- autovettura Micra con cambio automatico, predisposta per ogni esigenza e handicap come previsto dal Nuovo Codice della Strada.

## ■ AUTOMOBILI...

### ■ TECNODUE - Ricambi Auto

Trento - Via della Canova, 1

- sconto del **20%** su ricambi ed accessori.

### ■ SPEED GLASS - Riparazione e Sostituzione Vetri in tutta Italia

Trento - Via Degasperri, 126/1

- sconto del **15%** su sostituzione cristalli

(tutti gli autoveicoli)

- sconto del **10%** oscuramento vetri auto.

#### REPSOL Distributore

Trento - Viale Verona, 196

- sconto del **10%** su lavaggio, ricambi auto e ricarica climatizzatori, pneumatici, cambi, gomme invernali e cosmetica auto.

#### DOLOMITI GOMME Srl

Trento - Viale Verona, 190/24

- sconto del **3%** sul prezzo già scontato dei pneumatici, escluso le offerte;
- sconto del **3%** sulle prestazioni.

#### KING CAR Carrozzeria

Trento - Spini di Gardolo, Via dei Masadori, 6

- sconto del **20%** su manodopera carrozzeria e meccanica;
- sconto del **20%** su sostituzione pneumatici con bilanciatura;
- sconto del **5%** su ricambi;
- sconto del **25%** su pneumatici.

Preventivo gratuito. La convenzione deve essere comunicata prima del preventivo.

#### ASSICURAZIONI

##### Allianz Lloyd Adriatico

Trento - Via S. Francesco, 8

- sconto dal **10%** al **25%** su RCA;
- sconto dal **35%** su polizze incendio e furto autovetture e sconto fino al **25%** su polizza casa e infortuni.



#### NEGOZI

##### Ottico, Gioielleria & Orologeria

Trento  
Trento  
Via S. Pio X, 43/45  
Tel. 0461 922200

trentootticaeasygold@virgilio.it

- sconto del **12%** su occhiali da vista;
- sconto del **14%** su occhiali da sole;
- sconto del **10%** su gioielleria;
- sconto del **10%** su orologeria.

#### ABBIGLIAMENTO e ATTREZZATURA SPORTIVA

##### SORELLE RAMONDA

Trento - Via Brennero, 320 (Top Center)

Tel. 0461 821156 - trento@soram.it

www.sorelleramonda.com

- sconto del **10%** su tutto l'abbigliamento (esclusi art. Benetton, 012, Geox, Lacoste, Sisley);
- sconti **non cumulabili** con prodotti in saldo e/o già scontati esposti in negozio.

#### Ditta BAMPI ANDREA

Civezzano (TN) Via .Roma 15/6

- sconto del **15%** su materassi Waterlily
- sconto del **10%** su cuscini Waterlily
- sconto del **10%** su fodere anallergiche
- sconto del **10%** su rete a doghe
- sconto del **15%** su poltrone relax

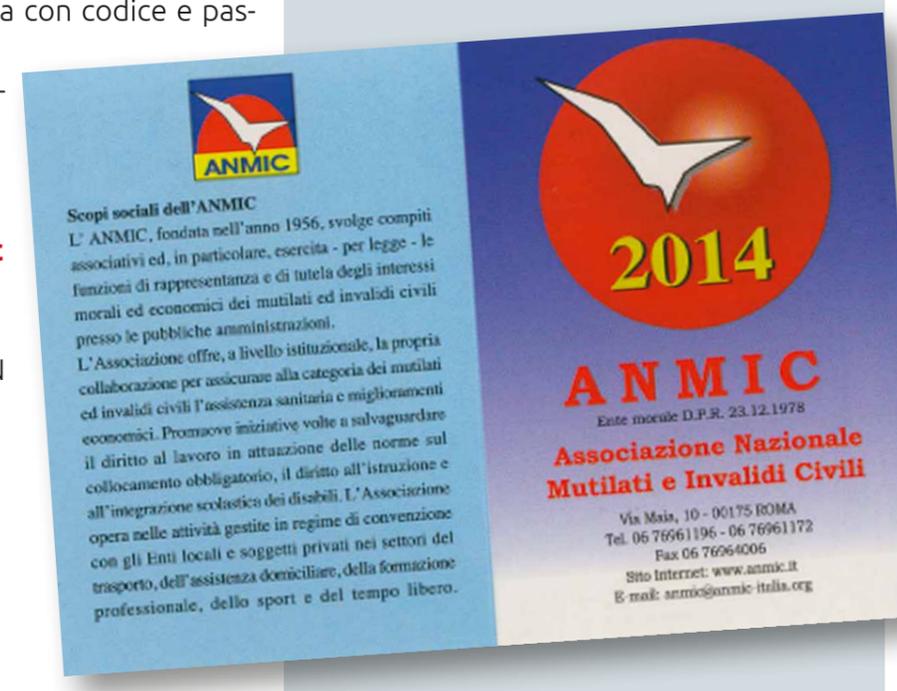
## NOVITÀ PER GLI ASSOCIATI

Ad ogni Socio ANMIC in regola con il tesseramento anno 2014 ,sarà consegnata gratuitamente, una **CARD Amica/ANMIC** che consentirà di entrare a far parte di un circuito di convenzioni che genererà degli sconti per i nostri iscritti sul territorio Nazionale. La Card dovrà essere attivata tramite procedura telematica con codice e password.

Procedure e modalità di attivazione:

- Accedere al sito [www.amicacard.it/anmic](http://www.amicacard.it/anmic)
- Inserire Codice Card e Password nella mascherina di LOGIN
- Completare le procedure di attivazione della Card inserendo la password

*L'attivazione dovrà essere effettuata direttamente dall'interessato.*



## ATTENZIONE alle TRUFFE

**DIFFIDATE** da chi si presenta alla vostra porta a nome dell'ANMIC, perchè la nostra Associazione **NON vende** e **NON chiede** denaro a domicilio.

COMUNICATO DELLA FAND - La Federazione delle Associazioni Nazionali Disabili, invita gli appartenenti alle varie categorie a segnalare eventuali imbrogli al Comando Carabinieri di zona.

Da un testo di **ACHILLE ARDIGÒ**

## Un affresco sempre attuale sulle organizzazioni sanitarie e non



“... Anzitutto, si può assumere una data organizzazione sanitaria, specie se residenziale (un ospedale, una “casa protetta” o altro istituto di ricovero) come una società che esprime una data coscienza collettiva, con proprie norme e proprie costrizioni e controlli, formali e non.

Possiamo ipotizzare che ogni struttura sanitaria, specie se residenziale, può produrre effetti patogeni ..., quando in essa non vi sia sufficientemente bilanciamento tra le due coppie di forze polarizzate operanti nella coscienza collettiva: “altruismo”/“solidarismo” di contro ad “egoismo”/“anomia”. E ciò per riguardo, più che al mondo degli operatori, a quello dei pazienti separatamente considerati, nonché al mondo delle relazioni tra operatori e pazienti.

La specifica cultura di quella istituzione sanitaria, e il modo di gestire fini e norme da parte degli operatori, può indurre ad accentuare, od a ridurre condizioni di benessere o invece di malessere negli assistiti e negli operatori. E si possono distinguere stati di malessere “egoistico” da stati di malessere anomico; nel primo caso, per effetto di perdita del senso di appartenenza penetrato in una data convivenza; nel secondo caso per difetti di regolazione morale, di sfrenatezza rispetto alle proprie strutture di convivenza e di lavoro.

È molto rilevante accertare in concreto se, su fatti organizzativi e culturali, la prassi interna a tali istituzioni dissuada o invece in-

coraggi risposte patologiche quali la cultura “egoistica” tra operatori e pazienti, o invece quella dell’intensità sregolata nelle pratiche assistenziali, specie in riferimento alla competizione tra settori e reparti.

Chi dirige la struttura organizzativa di una istituzione residenziale sanitaria non dovrebbe trascurare mai di promuovere comunicazione moralmente regolata e bilanciata tra pazienti e operatori, né dovrebbe lasciare senza interventi di rimozione le rotture di comunicazione interpersonale e sociale che si formino tra le diverse categorie di operatori, amministrativi, sanitari, di ricerca, in specie.

Ogni dirigente può essere responsabile di malesseri “egoistici” o “anomici” nelle relazioni sociali e interpersonali entro l’istituzione che dirige, anche per omissioni.

*Si ricorda che “è stata costituita il 6 maggio 2013 l’Associazione “Achille Ardigò” da un Comitato promotore composto da un gruppo di persone che hanno collaborato intensamente con il Maestro negli ultimi anni della sua attività per l’ideazione e la realizzazione dei progetti socio-tecnici “dal lato dei cittadini”: il Cup Metropolitano di Bologna, i sistemi e-Care per l’assistenza agli anziani fragili, il Fascicolo Sanitario Elettronico. L’Associazione si propone di raccogliere l’adesione di tutte le persone che hanno collaborato, condiviso e stimato il pensiero del Maestro nonché l’innovazione socio-technica a tutela dei diritti dei cittadini nella sanità e nei sistemi di welfare.*

La differenza di esiti patologici può naturalmente dipendere anche dalle condizioni esistenziali diverse dei ricoverati. È peraltro importante, per un operatore sanitario, specie se sociologo o volontario illuminato, saper percepire segni di differenze tra le diverse patologie (“egoistiche” o anomiche) per proporre “cure sociali” anche alle strutture oltre che alle singole persone.

Dal libro “Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria” – ed. Franco Angeli, 1997, pag. 135-136

a cura di: dott.ssa **ROSSELLA MATTEDI** - A.P.S.S. Trento

## ATTIVITÀ FISICA e RIABILITAZIONE “migliorare aiutandosi”

Sempre più frequentemente, e sempre con maggior enfasi, gli studi internazionali puntano il dito sull’efficacia dell’attività fisica in ogni fascia della popolazione, senza differenze di sesso, di etnia o di età. I benefici appaiono evidenti a più livelli – a partire dal miglior equilibrio metabolico fino ad una riduzione del rischio di patologie cardiovascolari e perfino oncologiche, dalla riduzione dello stress fino al miglioramento delle capacità funzionali nelle attività di tutti i giorni.

Questo concetto assume sempre più forza anche per quanto riguarda le persone con disabilità; i gruppi studiati sono i più svariati, persone con esiti di incidenti cerebrali o affette da SM o da m. di Parkinson, patologie distrofiche, traumi cranio-encefalici, amputazioni di arti, patologie mentali, demenza. In tutte queste categorie – e molte altre ancora – le evidenze dimostrano come una attività fisica regolare fornisca molti benefici.

Naturalmente, le persone con una forma di disabilità hanno necessità di confrontarsi con il proprio Medico di famiglia per esaminare fino a che punto il proprio handicap può interferire con le capacità di svolgere attività fisica. Molti potrebbero essere in grado di eseguire le attività comunemente svolte da una persona adulta, mentre in altri, con problematiche croniche più severe ed invalidanti, l’attività fisica deve essere adattata alle capacità residue; in questo modo, cioè con un’attività individualizzata, l’esercizio fisico può avvenire in sicurezza, migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio

di sviluppare nuove problematiche. Nella maggior parte delle persone, e tanto più nelle persone che già hanno una forma di disabilità, il timore prevalente è quello che l’attività fisica possa riacutizzare una condizione cronica o che addirittura possa provocare dei danni. La buona notizia è che le evidenze scientifiche mostrano con forza che l’attività fisica è sicura nella maggior parte dei casi e che comunque il beneficio ottenuto supera di gran lunga il rischio di danni; per esempio, considerando le lesioni muscolo-scheletriche, che sono quelle a maggior rischio di insorgenza, si è visto come il rischio sia di solo una lesione ogni mille ore di cammino, e meno di quattro ogni mille ore di corsa; e per quanto riguarda il rischio cardiaco, non esiste – per le persone che incrementano in maniera graduale la loro attività – alcun rischio di eventi cardiaci improvvisi. Inoltre, le persone che hanno già una forma di allenamento sono comunque a minor rischio di lesioni rispetto alle persone non allenate. Ad ogni modo, la probabilità di lesioni o effetti col-

lateralmente è minore se l’attività viene eseguita a bassa intensità e nei soggetti che si allenano regolarmente e anzi, sembra che ci sia un effetto protettivo legato ad una maggiore stabilità elettrica del miocardio. Naturalmente per ridurre i possibili eventi cardiaci avversi, è necessario un adeguato screening preventivo e avviare i pazienti ad un graduale e progressivo condizionamento fisico.

Ci sono piccoli trucchi per ridurre il rischio di danni o di “effetti collaterali” come l’aumento della sintomatologia dolorosa:

- esegui un’attività fisica regolare per migliorare le tue performance;
- incrementa in maniera graduale nel tempo l’attività fisica (“start low and go slow”, cioè parti basso e vai piano); per primo, aumenta il numero di minuti per sessione (durata), ed il numero di giorni a settimana (frequenza), poi, se lo desideri, aumenta l’intensità. Ricorda inoltre che l’adulto – anziano può richiedere più tempo per adattarsi a nuovi livelli di attività rispetto al giovane allena-



to; se in passato hai avuto qualche problema con un certo grado di incremento di attività, probabilmente dovrai aumentare più lentamente il tuo livello;

- scegli l'attività fisica più appropriata al tuo livello di allenamento e comunque alle tue capacità;
- fai scelte anche in base a come, quando e dove essere attivo. Per esempio, in caso di tempo caldo e umido, farai meglio esercitarti nelle prime ore del mattino, più fresche, oppure scegliere attività all'interno anziché all'aria aperta; fai attività a bassa intensità; riposati, introduci liquidi sufficienti.

Inoltre, bisogna sempre ricordarsi che alcune attività sono di moderata intensità e di basso impatto e non determinano collisioni o contatto fisico, quindi sono sicuramente le più sicure; camminare, andare in bicicletta, ballare, nuotare... anche se è importante anche sottolineare come il rischio di ogni attività sia legato allo scopo della stessa attività: andare in bicicletta a scopo ricreativo è del tutto differente dall'andare in bicicletta durante una gara di velocità o in discesa su sterrato!

Ma quali sono i reali benefici legati all'attività fisica? In termini di prevenzione primaria, diversi studi hanno valutato l'effetto sulla mortalità totale e cardiovascolare di un'attività fisica regolare con un progressivo miglioramento della performance motoria; questi studi, con un follow up massimo di circa 22 anni, hanno dimostrato una riduzione della mortalità totale del 50%, indipendentemente dalle capacità basali del paziente. Inoltre, i soggetti a rischio più elevato, cioè quelli più sedentari e con più bassa performance basale, erano quelli che traevano maggior beneficio dal training fisico. Altri studi, sempre su larga scala, hanno dimostrato che un'attività fisica regolare permette di migliorare la prognosi quoad vitam anche in pre-

senza di fattori di rischio quali ipertensione, sovrappeso, ipercolesterolemia, diabete.

In termini di economia sanitaria, gli studi effettuati hanno dimostrato una riduzione della spesa sanitaria a fronte di una riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri e di una serie di benefici clinici, legata ad un programma di training fisico su pazienti cardiopatici. È stato dimostrato anzi, che il rapporto C/E (costo/beneficio) dell'esercizio fisico risulta confrontabile con quello di altri interventi comunemente utilizzati in ambito cardiologico, quali la fibrinolisi per via endovenosa, la terapia antiipertensiva e la terapia con farmaci ipocolesterolemizzanti.

In linea generale, senza entrare nello specifico delle patologie, l'attività fisica determina:

- miglioramento della forza e della resistenza muscolare con conseguente incremento del benessere e della funzionalità del paziente;
- riduzione del peso corporeo più della dieta ed in maniera più duratura;
- riduzione della pressione diastolica e sistolica; non consigliato l'esercizio isometrico, perché aumenta la pressione durante l'esercizio;
- riduzione dell'obesità, dei livelli ematici di trigliceridi e di colesterolo con benefici periferici e cardiaci;
- incremento della sensibilità dei corpuscoli terminali recettori dell'insulina, quindi beneficio nei pazienti diabetici; è necessaria ad ogni modo una certa cautela affinché l'esercizio troppo intenso non causi un'ipoglicemia post esercizio;
- rallentamento del normale declino osseo che si verifica con l'invecchiamento, specie sulle ossa sottoposte a carico (quindi meglio camminare e/o correre piut-



tosto che nuotare), con riduzione del rischio fratturativo su anca e colonna e della possibilità di sviluppare limitazioni funzionali invalidanti;

- aumento della liberazione di endorfine, quindi aumento della soglia del dolore.

Uno studio del 2003 ha esaminato tutte le meta-analisi e gli articoli di review sistematica sugli effetti dell'attività fisica nell'età avanzata su difficoltà, limitazioni funzionali e disabilità; gli RCT che valutavano gli effetti dell'attività o dell'esercizio nell'età avanzata sul minimizzare o prevenire la riduzione funzionale o la disabilità; gli studi osservazionali longitudinali che esaminavano la relazione fra l'attività fisica e le limitazioni funzionali o la disabilità fisica nell'età avanzata. Tutti gli studi erano compresi nel periodo 1995 – 2002.

Questa review ha potuto stabilire che l'allenamento di rinforzo e i programmi di deambulazione migliorano la funzionalità, in particolare il cammino, ma anche altre attività, quali l'alzata dalla posizione seduta e la salita delle scale.

È stato evidenziato inoltre che le persone fisicamente attive (che cioè camminano almeno un miglio a set-



timana) hanno una progressione più lenta delle limitazioni funzionali e tendono a morire senza disabilità rispetto alle persone sedentarie. Fattori psicosociali, comportamentali, cognitivi e affettivi giocano un ruolo cruciale nello sviluppo del CLBP e specialmente nella disabilità correlata al dolore.

Già nel 1983 è stato introdotto un modello che evidenziava due modalità di risposta al dolore: il confronto o l'allontanamento. Ciò significa che la persona che affronta il dolore, è maggiormente in grado di mantenere e migliorare le attività fisiche e sociali arrivando poi ad una riduzione del dolore nel tempo (e della paura del dolore) e quindi alla guarigione o comunque ad un miglioramento clinico soggettivo e oggettivo.

Chi invece ha in prima battuta una risposta di allontanamento, è più sottoposto a sintomi cronici e ad una associata disabilità.

Quindi, l'esercizio può essere usato per affrontare le paure, recuperare capacità e modificare la propria risposta istintiva al dolore; è stato dimostrato che quando l'esercizio viene condotto con queste modalità, si assiste anche ad una riduzione dell'utilizzo di farmaci antidolorifici

e quindi ad un elevato ritorno anche lavorativo.

La letteratura suggerisce che l'esercizio è più efficace nel trattamento della depressione che il non esercizio, e che esso è efficace quanto la psicoterapia e i farmaci antidepressivi.

Infine, un accenno a quello che la riabilitazione può portare, oltre all'esercizio fisico che una persona può svolgere in autonomia. Di per sé, un intervento riabilitativo può aver inizio al momento stesso in cui si instaura una lesione ed il termine è posto in quella linea sottile che separa la fase di potenziale recupero dagli esiti stabilizzati. Gli obiettivi della riabilitazione sono fondamentalmente quattro, andando dal recupero di una competenza funzionale che, per qualche ragione patologica, è andata perduta, fino all'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo; dal tentativo di porre una barriera alla regressione funzionale legata alla progressione di una patologia cronica – degenerativa e di prevenirne ulteriori involuzioni fino alla ricerca di formule facilitanti alternative. Mettendo in un'unica definizione questi obiettivi, si può dire che lo scopo primario è quello di evitare che una menomazione (definita come la perdita o anomalia di una struttura o funzione sul piano anatomico, fisiologico e psicologico) e/ disabilità (la limitazione o perdita della capacità di effettuare una attività nel modo o nei limiti considerati normali) evolva in un vero e proprio handicap, cioè in una situazione di svantaggio sociale che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale per un dato individuo in relazione a età, sesso, fattori culturali e sociali.

La vera sfida nei prossimi decenni, tuttavia, non solo in ambito sanitario ma anche sociale, è rappresentata dalla necessità di incentrare tutti

gli interventi sulla prevenzione delle malattie croniche, sul mantenimento dell'autosufficienza e sulla gestione della disabilità con lo scopo di "guadagnare salute" ad ogni livello e non solo attraverso interventi riabilitativi di tipo sanitario. Va tenuto conto anche che nel documento che costituisce il Piano di Indirizzo della Riabilitazione si raccomanda di privilegiare un approccio educativo al paziente finalizzato a consegnare strumenti conoscitivi ed operativi per una modalità come il coinvolgimento attivo, la responsabilizzazione dell'utente e l'attività motoria. Certo è che indurre modificazioni nello stile di vita della popolazione rappresenta un compito di estrema importanza nell'ambito delle politiche sanitarie e nel raggiungimento di tale obiettivo il peso dell'azione dei medici, con le loro attività di counseling, è fondamentale, sebbene siamo tutti consapevoli che il paziente, che normalmente cerca risposte rapide ad un certo dolore o disturbo, non sempre risponderà in maniera positiva ad una richiesta di cambiamento di vita, di igiene e di educazione sanitaria proposte in alternativa alla consueta terapia medica. È compito dei sanitari (ma non solo) sottolineare la necessità per ogni persona di "migliorare aiutandosi".

Ora, valutando tutti gli spunti che sono stati forniti, mi sembra come sia chiaro che ad ogni livello l'attività motoria possa favorire uno stato di benessere; aveva ragione Maimonide quando, nel suo "Trattato di igiene" del 1199 affermò: "Chiunque viva una vita sedentaria e non faccia dell'esercizio, anche se mangia del buon cibo e si prende cura di sé secondo i giusti principi medici, vivrà una vita dolorosa e le sue forze fisiche scompariranno."





Segnaliamo con gratitudine il generoso gesto dell'artista ANNAMARIA ROSSI ZEN che ha voluto donare alla nostra Associazione una sua opera in ricordo di Giangio Gruber compianto Vice Presidente Anmic.

*Un sincero grazie!*



A GIANGIORGIO GRUBER  
Associazione ANMIC di Trento.

All'indimenticabile e sincero amico GIANGIORGIO GRUBER, artista, esperto ed instancabile animatore, organizzatore e curatore di mostre personali e collettive, che ha lasciato nel cuore di tutti noi un ricordo indelebile.  
Con grande riconoscenza e profonda stima.

aff.ma Annamaria Rossi Zen

*Annamaria Rossi Zen*

A GIANGIORNGIO GRUBER  
Associazione ANMIC di Trento

All'indimenticabile e sincero amico GIANGIORGIO GRUBER, artista, esperto ed instancabile animatore, organizzatore e curatore di mostre personali e collettive, che ha lasciato nel cuore di tutti noi un ricordo indelebile.

Con grande riconoscenza e profonda stima.

## TESSERAMENTO 2014

...per una società più giusta e per difendere insieme la causa comune di tutti i disabili, di ogni età e condizione.

### UNISCITI AD ANMIC, DIFENDI I TUOI DIRITTI

Costruisci insieme a noi un **futuro migliore** per le persone disabili e le loro famiglie. Iscrivendosi all'ANMIC o rinnovando la tessera, anno 2014, potrai dare più forza alle nostre iniziative a sostegno dei Tuoi diritti, per richiedere politiche più efficaci. Tanti sono i nostri obiettivi, quante sono le mille difficoltà che ancora limitano autonomia e mobilità dei disabili che attendono invece risposte concrete.

**Se riusciamo a portare avanti queste battaglie sarà anche merito del Tuo impegno/sostegno all'associazione.**

**Per il versamento della QUOTA ASSOCIATIVA 2014 servitevi...**

- ▶ della Vostra banca utilizzando il bonifico qui sotto
- ▶ del CONTO CORRENTE POSTALE - bollettino allegato
- ▶ oppure passate in sede, in via Benevoli 22 a Trento, negli orari di apertura

Scegli tu quale metodo utilizzare, quello più semplice, comodo e che ti darà la possibilità di rimanere sempre in contatto con noi, usufruire delle nostre convenzioni ed accedere ai nuovi servizi di consulenza.

RICHIESTA DI VERSAMENTO A MEZZO BONIFICO ELETTRONICO

BENEFICIARIO

**ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
MUTILATI E INVALIDI CIVILI  
VIA BENEVOLI, 22  
TRENTO**

PRESSO CASSA RURALE DI TRENTO

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE

**IBAN IT 50C083 0401 8040 0000 3080681**

Favorite eseguire il presente pagamento mediante bonifico a mezzo Rete Interbancaria

- con pagamento in contanti  
 con addebito al conto corr. n°

data e firma \_\_\_\_\_

VI PREGHIAMO DI VOLER VERSARE \_\_\_\_\_

IMPORTO

**€ 36,15**

ENTRO IL

a fronte

N. FATTURA DEL DI CUI IVA

**QUOTA ASSOCIATIVA ANNO / 2014**

DEBITORE:



Sabato 19 ottobre u.s. si è svolta a Trento, in piazza Duomo, la seconda manifestazione nel giro di un mese - dopo quella di Riva del Garda - per denunciare l'assenza di una normativa che regoli la mobilità in strada delle carrozzine e degli scooter elettrici e contro le innumerevoli barriere architettoniche presenti in città.



Buone feste e Buon 2014

