



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI INVALIDI CIVILI

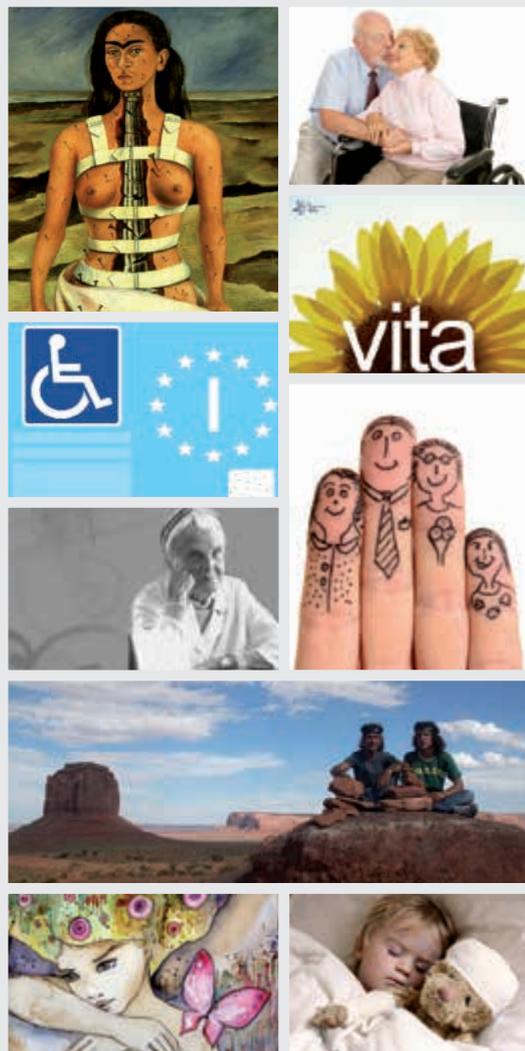
NOTIZIARIO DEL TRENTO

N. 2/2012



Sommario

	Legge 104/92	4
	Entra in vigore il CUDE	6
	Assegno di cura	9
	Vita. Aiutiamo chi le volta le spalle	12
	Salute mentale	14
	Non “fumiamoci” la vita	16
	Il metodo Kousmine	20
	AMIKonlus	21
	La Fibromialgia	22
	Tai Chi	25
	Meditazione e fibromialgia	26
	Non mollare mai!	30
	Il Consenso Informato	32
	8° Trofeo Città di Pergine	35
	Escursione in Val Venegia	36
	Gruppo Sportivo Periscopio	37
	Liberalamente	38
	Gruppi Auto mutuo aiuto	38
	Gruppo Leopoldo	39
	Incontri Familiari	39
	Libri per voi	40
	L'Anmic risponde	42
	Utilità	44



DIRETTORE RESPONSABILE

Bonetta Maria Carla

COMITATO DI REDAZIONE

Bonetta Maria Carla

Daffinà Giuseppe

Facchinelli Andrea

Gruber Giangiorgio

sede ANMIC di Trento

Via Benevoli, 22 – 38122 Trento

Tel. 0461 911469

Autorizzazione tribunale n. 655 - 18.11.1989

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

Artimedia – Trento

Titolare trattamento dati D.L. 196/2003

Bonetta Maria Carla

In copertina: Fotolia © Robert Kneschke

Editoriale

di Maria Carla Bonetta

Cari Amici, sono passati quindici mesi da quando ho assunto questa carica ed è arrivato il momento di fare il bilancio di questo percorso, a volte impegnativo, che ho fatto con voi.

Questo periodo mi ha permesso di mettermi in "gioco", di "guardare" oltre i miei bisogni, di pormi in "ascolto" verso coloro che chiedevano la mia presenza, di cercare nuovi "modi" per arrivare nelle vostre case, di crescere emotivamente ed acquisire la giusta consapevolezza per avvicinarmi a voi.

Non nego che vi siano stati momenti difficili in cui mi sono sentita "sola" nella gestione di quest'Associazione, momenti in cui la mia salute mi ha letteralmente "messo in ginocchio", momenti in cui sono stata sopraffatta dall'impotenza verso i vertici, ma nello stesso tempo, ho cercato di affrontare tutto questo perché credevo in quello che facevo e nel percorso che avevo intrapreso.

...vi saluto ricordandovi di NON MOLLARE MAI, di guardare al futuro sempre con una briciola di speranza

Oggi, sono obbligata a lasciare questo incarico perché le forze e la salute non mi permettono più di affrontare una responsabilità così importante da sola. Lascio questo incarico e questo ruolo a chi verrà dopo di me; **lascio con grande amarezza nel cuore** per non essere stata supportata; lascio questa Associazione, ma non lascio VOI, perché in qualsiasi momento potrete contattarmi, ed IO cercherò di essere ancora al vostro fianco; non importa dove sarò o cosa farò, l'importante è che VOI sappiate che potrete contare ancora su di me.

Questo percorso fatto con voi, è stato il più bel regalo che la vita potesse darmi, perché mi ha permesso di confrontarmi con realtà che non conoscevo, mi ha portato ad una crescita e maturità interiore che forse non avrei mai raggiunto, ed è per questo che ora, sono a ringraziarvi ad uno ad uno entrando nelle vostre case attraverso questo editoriale. Ho scelto



questo mezzo per salutarvi, perché con questo mezzo mi sono presentata, perché attraverso questo Notiziario ho cercato di comunicare le mie emozioni, perché come sempre sono UNA di VOI e questo ci accomuna anche nel quotidiano. Vorrei potervi dire tante cose, ma lo spazio non sarebbe sufficiente, ed allora vi saluto ricordandovi di **NON MOLLARE MAI**, di guardare al futuro sempre con una briciola di speranza; di rispettare voi stessi e coloro che incontrate, ma soprattutto, di volervi bene!

Sono certa che ci ri-incontreremo presto, che questo percorso che ci ha uniti non sarà stato solo un "momento", ma sarà stato l'inizio di una nuova "conoscenza" per un futuro più sereno e consapevole.

Ora non mi resta che salutarvi e abbracciandovi ad uno ad uno **AUGURO un sereno Natale** a voi tutti, ricordandovi che: *"Domani è un altro giorno"* e sicuramente, ci sarà un raggio di sole per illuminarvi la strada.

A presto! ■

Vuoi contattarmi? Scrivi a mcb60@hotmail.it oppure chiamami al 388 8317542

Legge 104/92

di Cristina
Larentis
APSS

Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate: permessi e congedi lavorativi.

La Legge 104 del 5 febbraio 1992 stabilisce il diritto per le persone portatrici di handicap di integrarsi attivamente nei diversi ambiti della vita sociale, lavorativa, familiare, scolastica e di relazione. Per chiedere l'accertamento dello stato di handicap, in Provincia di Trento, è necessario compilare l'apposita domanda differenziata in relazione alla persona che la presenta, indicando i dati anagrafici e i benefici richiesti, allegando un certificato medico redatto in data non antecedente a sei mesi.

La consegna della domanda può avvenire con diverse modalità:

- direttamente allo sportello dedicato presso l'Unità Operativa di Medicina Legale (aperto tutti i giorni lavorativi dalle 08.30 alle 12.00);
- per via postale;
- tramite gli Istituti di Patronato e/o le Associazioni di categoria;
- tramite gli sportelli periferici di Informazione e Assistenza al Pubblico della Provincia Autonoma di Trento.

La valutazione viene effettuata da una Commissione composta da un medico specialista in Medicina Legale, da un medico specialista esperto della patologia e da un operatore sociale della Provincia Autonoma di Trento.

Il riconoscimento dello stato di handicap non va confuso con quello dell'invalidità civile e con le altre invalidità derivanti da cause di lavoro, di servizio e di guerra.

Sono procedimenti distinti che hanno criteri valutativi e finalità diverse.

Non è necessario per la presentazione della domanda di handicap una pregressa valutazione dello stato di invalidità.

Considerato che la quasi totalità delle domande presentate è finalizzata all'ottenimento dei benefici previsti per il settore lavorativo, è necessario focalizzare l'attenzione su permessi e congedi, anche alla luce delle recenti modifiche apportate dalla Legge 4 novembre 2010 n. 183 e dal Decreto Legislativo 18 luglio 2011 n. 119 (e successive circolari esplicative emana-



te dal Dipartimento Funzione Pubblica e dall'INPS per il settore privato).

Ai fini dell'ottenimento dei benefici lavorativi è ammissibile solamente la certificazione emessa ai sensi dell'art. 3, c. 3 della Legge n. 104/92 (condizione di handicap in situazione di gravità).

Il cittadino lavoratore disabile può chiedere direttamente per sé, ai sensi dell'art. 33, c. 6 della Legge n. 104/92, il riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità per usufruire di due ore di permesso giornaliero o in alternativa i tre giorni di permesso mensile retribuito.

I problemi applicativi più evidenti nascono nei casi di richiesta formulata ai sensi dell'art. 33, c. 3 della Legge n. 104/92 per l'assistenza, da parte di familiari, a persona affetta da handicap in situazione di gravità (non ricoverata a tempo pieno) che possono "fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito".

Le persone legittimate a fruire dei tre giorni di permesso mensile, sono attualmente individuabili nel coniuge e parenti e affini entro il secondo grado. È prevista un'estensione al terzo grado se i genitori

o il coniuge risultano deceduti o mancanti, ultra65enni o affetti da patologie invalidanti. Se le persone da assistere sono più di una, la legge prevede che si tratti del coniuge, di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (art. 6 del Decreto Legislativo n. 119/2011 e art. 33, c. 3 bis della Legge n. 104/92).

Altra novità di rilievo, finalizzata ad evitare gli abusi registrati, è l'introduzione della controversa figura del referente unico individuabile nel caregiver ovvero testualmente colui "che assume il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito" (Cfr. parere Consiglio di Stato n. 5078/2008 e interpello n. 32/2011 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 9 agosto 2011).

Già in precedenza era chiaro come il totale dei tre giorni fosse riferito ad una persona affetta da handicap grave e non che più beneficiari potessero usufruire di tre giorni a testa per la stessa persona.

Tale criterio viene ora interpretato come divieto di alternatività con una sola eccezione: nel caso di assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità per il quale il diritto ai tre giorni è riconosciuto alternativamente ad entrambi i genitori anche adottivi.

Pertanto i genitori di un bambino fino a tre anni possono alternarsi nella scelta tra due ore di permesso giornaliero, tre giorni di permesso mensile anche frazionabile in ore o il prolungamento del congedo parentale retribuito al 30% (ex congedo facoltativo) per un periodo massimo di tre anni (36 mesi) comprensivo dei normali periodi di congedo. Se il congedo parentale non è stato del tutto fruito si può ri-

chiedere il restante dai tre agli otto anni d'età del bambino in alternativa ai tre giorni di permesso mensile retribuito anche frazionabile in ore.

Dagli otto anni in poi si possono richiedere i tre giorni di permesso mensile anche frazionabili in ore.

Il congedo parentale ed il congedo non retribuito per gravi motivi familiari non vanno confusi con il congedo biennale retribuito inizialmente introdotto alla legge n. 388/2000 (art.80, comma 2) ripreso dal Decreto Legislativo n. 151/2000 e modificato dal Decreto Legislativo n. 119/2011 (e dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 233 del 8 giugno, n. 158 del 18 aprile 2007 e n. 19 del 26 gennaio 2009 emanate in seguito al sollevamento di quesiti di legittimità costituzionale).

Il congedo biennale retribuito (con un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione), prevede la possibilità di assentarsi dal lavoro per un periodo massimo di due anni, anche frazionabili, per l'assistenza a persona affetta da handicap in situazione di gravità.

L'ordine dei beneficiari è individuabile nel coniuge convivente, nel padre o nella madre, in uno dei figli conviventi, in uno dei fratelli o una delle sorelle conviventi.

Si passa da un grado all'altro di parentela in caso di mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del familiare che precede nell'ordine di priorità.

Data la complessità dell'intera materia ed in presenza di problematiche applicative è indispensabile rivolgersi all'Inps, per il settore privato, o al proprio datore di lavoro se pubblico, specie in virtù delle "autonome determinazioni di ciascuna amministrazione nell'esercizio del proprio potere organizzativo o gestionale (circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 13/2010)". ■

Entra in vigore il CUDE

Contrassegno Unico Disabili Europeo

Il 30 luglio u.s. è stato firmato il Decreto del Presidente della Repubblica n. 151/2012 "Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, concernente il regolamento di esecuzione e attuazione del Nuovo codice della strada, in materia di strutture, contrassegno e segnaletica per facilitare la mobilità delle persone invalide". Lo stesso è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 31 agosto 2012.

Con il Decreto n. 151, **entra così in vigore il nuovo CUDE** (Contrassegno Unico Disabili Europeo), che modifica e regola la normativa in materia. Di seguito si riporta, il testo dell'art. 381 del citato decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, come modificato dal presente decreto:

note all'Art. 1

«Art. 381 (Art. 188 Cod. Str.) Strutture, contrassegno e segnaletica per la mobilità delle persone invalide»

Ai fini di cui all'art. 188, comma 1, del codice, **gli enti proprietari della strada devono allestire e mantenere funzionali ed efficienti tutte le strutture per consentire ed agevolare la mobilità delle persone invalide.**

Per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, il comune rilascia apposita autorizzazione in deroga, previo specifico accertamento sanitario. L'autorizzazione è resa nota mediante l'apposito contrassegno invalidi denominato: "contrassegno per parcheggio per disabili" conforme al modello previsto dalla raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998 di cui alla figura. Il contrassegno è strettamente personale, non è vincolato ad uno specifico veicolo ed ha valore su tutto il territorio nazionale. In caso di utilizzazione, lo stesso deve essere esposto, in originale, nella parte



anteriore del veicolo, in modo che sia chiaramente visibile per i controlli. L'indicazione delle strutture di cui al comma 1 deve essere resa nota mediante il segnale di "simbolo di accessibilità" di cui alla figura.

Per il rilascio della autorizzazione di cui al comma 2, **l'interessato deve presentare domanda al sindaco del Comune di residenza**, nella quale, oltre a dichiarare sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, deve presentare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. **L'autorizzazione ha validità 5 anni.** Il rinnovo avviene con la presentazione del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

Per le persone invalide a tempo determinato in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, l'autorizzazione può essere rilasciata a tempo determinato con le stesse modalità di cui al comma 3. In tal caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata dell'in-

validità. Anche le autorizzazioni temporanee possono essere rinnovate così come previsto dal comma 3. Trascorso tale periodo è consentita l'emissione di un nuovo contrassegno a tempo determinato, previa ulteriore certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio.

Nei casi in cui ricorrono particolari condizioni di invalidità della persona interessata, il comune può, con propria ordinanza, assegnare a titolo gratuito un adeguato spazio di sosta individuato da apposita segnaletica indicante gli estremi del "contrassegno di parcheggio per disabili" del soggetto autorizzato ad usufruirne. Tale agevolazione, se l'interessato non ha disponibilità di uno spazio di sosta privato accessibile nonché fruibile, può essere concessa nelle zone ad alta densità di traffico, dietro specifica richiesta da parte del detentore del "contrassegno di parcheggio per disabili". **Il Comune può inoltre stabilire,** anche nell'ambito delle aree destinate a parcheggio a pagamento gestite in concessione, un numero di posti destinati alla sosta gratuita degli invalidi muniti di contrassegno superiore al limite minimo previsto dall'art. 11, comma 5, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503, e prevedere altresì la gratuità della sosta per gli invalidi.

Gli schemi delle strutture e le modalità di segnalamento delle stesse, nonché le modalità di apposizione della segnaletica necessaria e quant'altro utile alla realizzazione delle opere indicate nel comma 1, sono determinati con apposito disciplinare tecnico, approvato dal Ministro delle infrastrutture e dei trasporti sentito il Ministro della salute.

Art. 2 - Modifiche ai Titoli II e V del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495

Disposizioni in materia di segnaletica verticale ed orizzontale.

Art. 3 - Disposizioni transitorie e finali

La sostituzione del «contrassegno invalidi» con il nuovo «contrassegno di parcheggio per disabili», conforme al modello previsto dalla raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998, **deve avvenire entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, salvo che le amministrazioni comunali non decidano tempi più contenuti.** I Comuni garantiscono, comunque, in tale periodo il rinnovo dei «contrassegni invalidi» già rilasciati con il nuovo «contrassegno di parcheggio per disabili».

Nel periodo transitorio di tre anni di cui al comma 1 conservano la loro validità le autorizzazioni e i corrispondenti «contrassegni invalidi» già rilasciati.

Entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento la segnaletica stradale oggetto degli adempimenti di cui all'articolo 2 deve essere adattata alle intervenute modifiche. In caso di sostituzione i nuovi segnali e il simbolo di accessibilità devono essere conformi alle norme del presente regolamento. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Per tutto quanto non riportato si rimanda al testo completo del Decreto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 2012.

Come sarà il nuovo contrassegno?

Il nuovo contrassegno sarà di **colore azzurro** con il simbolo bianco su sfondo blu scuro. **Sul fronte** riporterà: data di scadenza, numero di serie, nome e timbro dell'autorità competente al rilascio, mentre **sul retro,** saranno riportati i dati della persona abilitata all'utilizzo e relativa foto.

I vecchi contrassegni sono ancora validi?

I vecchi contrassegni saranno ancora validi e solo in occasione di rinnovo o nuova concessione, sarà rilasciato il nuovo modello.

Cosa cambia oltre la modifica del contrassegno?

Entro 3 anni, tutti i Comuni dovranno modificare la segnaletica orizzontale e verticale riguardante le persone disabili adattandola, per grafica e cromatismo, alla normativa pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 31 agosto 2012.

Cosa cambierà con l'entrata in vigore del Contrassegno Europeo?

Con l'adozione del Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE), la persona disabile potrà circolare e veder riconosciuti i propri diritti, non solo se viaggia in Europa, ma anche se circola o sosta nei Comuni italiani. Ad oggi infatti, il rilascio del Contrassegno è demandato ai Comuni di residenza ed ognuno applica le proprie regole. ■

Sportello Associazioni di Volontariato

Anche nel 2013 saremo presenti presso lo sportello **Associazioni di Volontariato** nell'atrio dell'**Ospedale Santa Chiara**; il nostro personale sarà a disposizione per informazioni, chiarimenti oppure gestione delle vostre pratiche. Ci troverete ogni mese nelle date ed orari di seguito evidenziati:

Gennaio

Martedì 8 gennaio 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 22 gennaio 2013 orario: 14:00 - 17:00

Febbraio

Martedì 12 febbraio 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 26 febbraio 2013 orario: 14:00 - 17:00

Marzo

Martedì 12 marzo 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 26 marzo 2013 orario: 14:00 - 17:00

Aprile

Martedì 9 aprile 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 23 aprile 2013 orario: 14:00 - 17:00

Maggio

Martedì 7 maggio 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 21 maggio 2013 orario: 14:00 - 17:00

Giugno

Martedì 4 giugno 2013 orario: 8:30 - 12:30
Martedì 18 giugno 2013 orario: 14:00 - 17:00



INSIEME POSSIAMO
Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili

ANMIC

Sei un invalido? Hai necessità di informazioni?

ANMIC Trento
telefono 0461 911469
www.anmic-tn.org info@anmic-tn.org

Assegno di cura



*Intervista
a Ugo Rossi,
assessore
alla salute
e politiche
sociali*

La legge provinciale n. 15, in materia di tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie approvata lo scorso luglio, mira a potenziare i servizi domiciliari e introduce un nuovo strumento, l'assegno di cura "per prendersi cura", che va ad affiancarsi all'indennità di accompagnamento per i residenti da almeno tre anni in provincia di Trento. Ne abbiamo parlato con l'assessore Ugo Rossi, che ha delineato la genesi e le peculiarità di questo importante strumento di tutela nel delicato ambito della non autosufficienza.

Come nasce la legge provinciale n. 15, approvata lo scorso luglio dal consiglio provinciale?

"In questi anni, come assessore alla salute, ho conosciuto molte persone che, pur ammalate o in stato di grave disabilità, portano avanti con grande dignità la propria vita. Persone che affrontano, magari con margini limitatissimi di autonomia, innumerevoli difficoltà e problemi quotidiani con una grande forza d'animo. Sono stato anche colpito dall'impegno di molte famiglie nell'assistenza del proprio caro. Famiglie provate, oltre che dalla sofferenza personale, da impegni assistenziali sempre più insostenibili, che si fanno scrupoli a chiedere un supporto esterno, come se questo potesse essere interpretato come disinteresse nei confronti del proprio congiunto. Famiglie che non possono e non devono essere lasciate sole ma che necessitano di assistenza e aiuto. Per questo abbiamo deciso di intervenire con un importante sforzo, ritenendola una priorità assoluta. Anche alla luce della persistente crisi economica che morde chi è più in difficoltà. Il punto da cui siamo partiti è il seguente: qual è il posto migliore dove una persona, potendo scegliere, vorrebbe essere curata e assistita in caso di grave disabilità? La propria casa, vicino agli affetti di una vita, evitando sradicamenti dolorosi."

Cosa prevede nello specifico questa legge?

"Questa legge promuove concretamente l'assistenza delle persone ammalate attraverso il potenziamento dei servizi domiciliari e l'erogazione di una nuova provvidenza economica: l'assegno di cura. Servizi domiciliari necessari non solo a salvaguardare la dignità delle persone, garantendo supporto per le basilari azioni quotidiane, ma anche prestazioni di natura sanitaria.

Servizi sociali e sanitari erogati dalle Comunità di Valle, dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dalle residenze sanitarie assistenziali, dalle cooperative sociali e dalle associazioni. Un patrimonio di conoscenze ed esperienze di inestimabile valore, con standard di servizi di elevatissime qualità. Volutamente impiego termini impegnativi, perché ho avuto modo di conoscere queste realtà, apprezzandone le competenze e le professionalità, ma anche l'umanità dei professionisti e dei volontari. Quando abbiamo deciso



di rafforzare l'area dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari, davanti ai timori di una "sanitarizzazione" dei servizi, rispondeva affermando la fondamentale importanza della presa in carico "sociale" della persona, del suo sentirsi accolto e seguito, indipendentemente dalla natura delle prestazioni. È in un certo modo, se mi è consentito usare una parola un po' forte, l'anima dell'intervento, che per tecnico possa essere, non può non avere una forte valenza umana e relazionale. Servizi sociali e sanitari presenti capillarmente su tutto il territorio provinciale, e ancor più da implementare per rispondere al meglio ai bisogni e alle aspettative delle persone. L'altra novità come dicevo sopra, riguarda l'assegno di cura che consiste nell'erogazione di una somma di denaro o, in un secondo tempo, di buoni di servizio per l'acquisto dei servizi, necessari all'assistenza della persona non autosufficiente".

Come funziona il procedimento e chi ha diritto all'assegno di cura?

"Abbiamo cercato di porre in essere una procedura meno impattante possibile sui cittadini, tanto più che stiamo parlando di persone che versano in stati

di particolare vulnerabilità e debolezza. Pensare l'azione della pubblica amministrazione avendo ben presente innanzi tutto il cittadino e non l'orga-



nizzazione pubblica. Le persone disabili titolari di indennità di accompagnamento (o di analoga prestazione concessa per l'assistenza personale continuativa), non ricoverate in case di riposo, spesso non riescono a fronteggiare le spese necessarie per la propria cura e assistenza. Si è deciso di intervenire non in modo indifferenziato, ma di destinare prioritariamente le risorse finanziarie a chi ne ha più bisogno: per accedere all'assegno di cura è necessario avere un indicatore della condizione economica (ICEF), ricompreso fra determinati parametri. In questo calcolo, avendo riguardo alle abitudini della gente trentina, non verranno computati né la casa di abitazione né il risparmio bancario fino a una certa entità. Le persone titolari dell'indennità di accompagnamento e dei requisiti di reddito richiesti verranno visitate, se necessario a domicilio, da una commissione per verificarne la condizione di non autosufficienza. Tale condizione si articola in quattro livelli di gravità in rapporto all'entità e alla tipologia degli atti essenziali della vita quotidiana che la persona è (o meno) in grado di compiere. Per ciascun livello è previsto un assegno economico di ammontare diverso".

Quali altre novità di rilievo prevede la legge?

"La commissione, costituita da professionisti sanitari e sociali, oltre ad accertare il livello di non autosufficienza, definisce un piano di assistenza specifico per ciascuna persona, alla luce dei suoi bisogni, delle sue capacità e delle risorse del contesto familiare. Questo piano di assistenza rappresenta una grande novità e deve avere un significato reale. Per ciascuna persona, gli specialisti sociali e sanitari valuteranno le capacità della persona, le risorse familiari, la presenza dei servizi, predisponendo un piano che indica di quali servizi e prestazioni la persona in quel determinato contesto ha bisogno. Crediamo sia un passaggio molto importante, perché non è "teoria", è "pratica", che garanti-

sce la personalizzazione della cura e l'effettività dell'assistenza".

Che spese comporta per la Provincia l'assegno di cura, anche con riguardo alla sostenibilità della misura?

"La spesa prevista, in base alle simulazioni compiute dagli uffici, è pari a circa dodici milioni di euro l'anno. Introdurre oggi l'assegno di cura ha un particolare significato politico, ma anche sociale. Vuole dire avere chiare le priorità d'intervento, anche a fronte della crisi economica che rende le condizioni di vita delle persone più difficili e, al contempo, restringe il bilancio provinciale. Governarsi in modo responsabile è la vera essenza della nostra autonomia. Autogovernarsi, decidendo gli interventi prioritari verso cui destinare le risorse prodotte sul nostro territorio. Quando mi chiedono della spesa sanitaria o sociale in Trentino, difendo con orgoglio i nostri servizi che funzionano con standard di qualità elevati riscontrabili in pochissime altre realtà italiane. Penso proprio all'assegno di cura, all'assistenza pubblica odontoiatrica, alle prestazioni aggiuntive garantite ai residenti sul territorio provinciale, alla rete di servizi ospedalieri e territoriali. Da Roma arrivano direttive per smantellare servizi, consolidati nel tempo, in ambiti fondamentali per la dignità e la salute delle persone, solo perché alcune Regioni hanno dimostrato di non saper garantire ai propri cittadini servizi essenziali. Noi contestiamo con forza queste direttive, chiedendo di intervenire sulle specifiche situazioni, e di "non fare di tutta tua l'erba un fascio". Naturalmente penso che anche in Trentino vi siano margini di miglioramento, ed è quello che ho provato costantemente a fare in questi anni e che farò fino al termine del mio mandato". ■



Cosa è l'assegno di cura?

L'assegno di cura (AC) è un intervento assistenziale integrativo dell'indennità di accompagnamento, diretto alle persone con una accertata condizione di non autosufficienza. L'assegno di cura prevede la corresponsione di somme in denaro proporzionali sia alla gravità dei casi che alla condizione economico-patrimoniale (ICEF) dei singoli richiedenti e delle loro famiglie.

Quali sono i requisiti per ottenere l'assegno di cura?

- la residenza continuativa in provincia di Trento da almeno tre anni; nel caso di minore il requisito deve essere posseduto dal minore stesso oppure da uno dei due genitori;
- riconoscimento dello stato di invalidità civile e del diritto a beneficiare dell'indennità di accompagnamento o in possesso di assistenza personale specifica;
- condizione economica del nucleo familiare determinata attraverso Icef con valore non superiore a 0,28;
- condizione di non autosufficienza accertata dalla Unità Valutativa Multidisciplinare presso la Azienda sanitaria.

Quale il percorso per ottenerlo?

- la domanda va presentata ai Patronati, oppure agli Sportelli di assistenza e informazione al pubblico della Pat: questi uffici calcolano l'indicatore Icef e lo trasmettono al distretto sanitario di residenza dell'interessato;
- il distretto sanitario fissa la visita per la valutazione del grado di non autosufficienza per l'individuazione dell'importo e redige il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- il distretto comunica alla Agenzia per la previdenza integrativa (APAPI) il livello di non autosufficienza al fine di provvedere alla liquidazione.

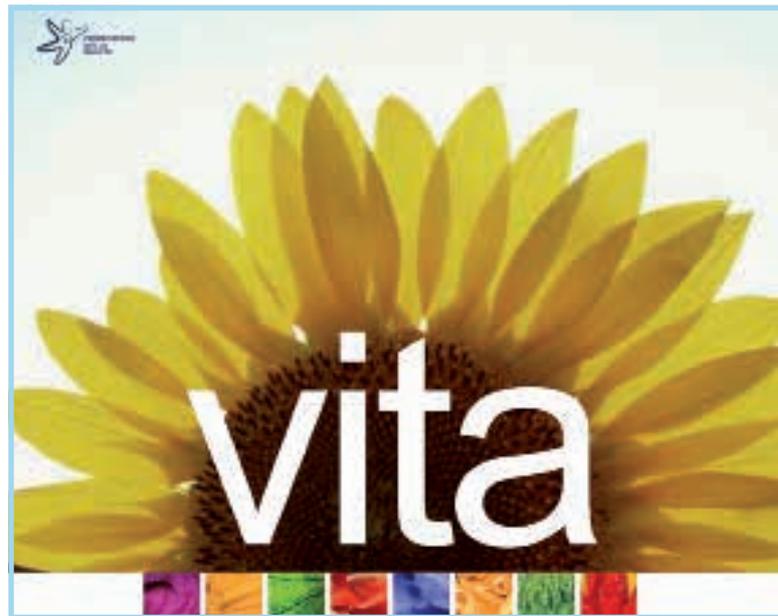
Per quali finalità può essere impiegato l'assegno di cura?

L'assegno di cura può consistere in una somma di denaro o, successivamente (probabilmente nel corso del 2013), in buoni di servizio per l'acquisizione di servizi sociali e sanitari. Tali somme possono retribuire le assistenti familiari (più note come "badanti"), coprire la compartecipazione del cittadino ai servizi dei centri diurni, acquistare medicinali, farmaci e presidi sanitari, oppure anche essere usate come riconoscimento per l'attività prestata dai familiari nell'assistenza del proprio caro.

Quali sono gli importi dell'assegno di cura?

Si distinguono quattro fasce a seconda della gravità accertata:

1. massimo 80 euro;
2. massimo 250 euro – minimo 125 euro;
3. massimo 500 euro – minimo 250 euro;
4. massimo 800 euro – minimo 400 euro.



Il disagio psichico è da considerarsi come la più umana delle esperienze, in quanto tutti hanno sofferto durante la propria vita di periodi più o meno profondi di tristezza, scoraggiamento, o paura; tutti quindi possono immedesimarsi in questo stato.

Alcuni però sviluppano nel corso della propria esistenza una sofferenza talmente intensa e prolungata da arrivare a sentirsi senza via d'uscita, stanchi e disperati. In tali condizioni il rischio di suicidio è molto elevato e merita un aiuto ed un'attenzione particolare.

Falsi luoghi comuni

- chi dice di uccidersi non lo farà; quasi sempre chi tenta o commette il suicidio ne parla, fornisce degli indizi, come se cercasse aiuto
- chi tenta di togliersi la vita è "matto"; chi compie questi atti non necessariamente soffre di una patologia psichiatrica, e non sempre manifesta comportamenti anomali
- se una persona ha deciso di uccidersi non c'è nulla da fare; la maggior parte delle persone che pensano al suicidio non vogliono morire, ma questa sembra l'unica soluzione ai propri problemi
- dopo il suicidio è saggio tacere; parlarne aiuta ad affrontare e superare la gravità dell'evento.



Come poter essere di aiuto

Per una persona in crisi è importante poter parlare con qualcuno che dimostri partecipazione ed interesse. Spesso chi pensa al suicidio è alla ricerca di ascolto e sollievo. Non è vero che se la persona ha deciso di uccidersi non c'è niente da fare e che parlarne può essere pericoloso. Affrontare apertamente l'argomento può portare la persona a sentirsi sollevata, a riflettere sulla gravità della scelta e a desistere. Può, inoltre, dimostrarsi utile rivolgersi, in base a necessità ed urgenza, al medico di famiglia o ai seguenti Servizi:

Servizi a cui rivolgersi

- Centro Salute Mentale
- Psicologia clinica
- Alcologia
- Servizio per le tossicodipendenze
- Consultorio
- Neuropsichiatria infantile

Per ulteriori informazioni

- elenco telefonico - inserto dell'Azienda sanitaria
- 0461.904172 - Servizio Rapporti con il Pubblico
- www.apss.tn.it

Per ricevere ascolto e sostegno



Salute mentale

La realtà del Trentino

Gli interventi di cura, riabilitazione e prevenzione alle persone di età superiore ai 18 anni affette da disturbi psichici, sono erogati tramite 5 Unità Operative che afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria.

Le Unità Operative del Dipartimento operano attraverso:

- i Centri di salute mentale, per la prima accoglienza della domanda, l'attuazione di interventi ambulatoriali e sul territorio, la prima risposta alla crisi; (vedi box)
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, per l'assistenza ospedaliera;
- i Centri Diurni e Day hospital, per attività riabilitative in regime semi-residenziale;
- le Strutture per attività riabilitative in regime residenziale.

OBIETTIVI

Le Unità Operative curano e cercano di prevenire i disagi psichici. Inoltre si impegnano per migliorare la qualità della vita delle persone, ponendo particolare attenzione ai loro rapporti interpersonali, fami-

liari e sociali, attraverso interventi personalizzati e con l'eventuale coinvolgimento attivo della rete familiare e/o amicale.

DESTINATARI

Tutti gli abitanti della Provincia di Trento che presentano un disagio psichico, nonché i loro familiari, amici o conoscenti. A seconda della residenza, ciascuno può rivolgersi al Centro di salute mentale del proprio territorio. Coloro che, per la loro professione, sono a contatto con persone che presentano un disturbo psichico ed eventualmente con la loro rete familiare e/o amicale.

PROFESSIONISTI IMPEGNATI

Lavorano psichiatri, infermieri, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari e amministrativi.

L'OFFERTA

- l'accoglienza e l'ascolto della domanda/bisogno.
- prima valutazione ambulatoriale e/o domiciliare.
- eventuale presa in carico.



**CENTRI SALUTE MENTALE**

Trento Via Petrarca, 1
Tel. 0461 902870 / 0461 902851
Fax 0461 902874
dal lunedì al venerdì 8.00-19.00
sabato 8.30-16.30
domenica 8.30-12.30

Arco

Largo Arciduca Alberto D'Asburgo, 1
Tel. 0464 582280
dal lunedì al venerdì 8.30-17.00

Borgo Valsugana Viale Vicenza, 9

Tel. 0461 755206
Fax 0461 755208
dal lunedì al giovedì 8.00-18.00
venerdì 8.00-16.00

Cavalese Via Roma, 4

Tel. 0462 231704
Fax 0462 232374
dal lunedì a venerdì 8.00-18.00
sabato 08.00-12.30

Cles Viale Degasperi, 47
Tel. 0463 660272
Fax 0463 660129
dal lunedì al venerdì 8.00-18.00
sabato 8.00-12.30

Mezzocorona Via Canè, 13

Tel. 0461 604396
Fax 0461 607440
dal lunedì al venerdì 8.00-18.00
sabato 8.00-12.30

Pergine Valsugana Via San Pietro, 14

Tel. 0461 515456
Fax 0461 515291
dal lunedì a venerdì 7.30-9.30
sabato 8.00-13.00

Rovereto Piazzale Santa Maria, 6

Tel. 0464 403531
Fax 0464 433612
dal lunedì al venerdì 7.30-19.30
sabato 8.30 -12.30

Tione Via Ospedale, 10
Tel. 0465 339717
Fax 0465 33971
dal lunedì al venerdì 8.00-17.00

AMBULATORI PSICHIATRICI

Malè Via IV Novembre 8
Tel. 0464 909414
lunedì e giovedì 9.00-13.00
13.30-16.30
martedì 14.00-16.30

Pozza di Fassa

Strada di Pre' De Gejia, 4
Tel. 0462 761017
venerdì 9.00-12.00

Tonadico Via Roma, 1

Tel. 0439 764453
Fax 0439 764454
dal lunedì al venerdì 8.00-15.30

- percorsi di cura condivisi e personalizzati.
- inserimenti lavorativi e abitativi protetti.

LE BASI DEL LAVORO**L'accoglienza**

Chi si rivolge ad un Centro di salute mentale sta vivendo una situazione psicologica molto delicata, caratterizzata spesso da tensione, paura, angoscia. I Centri sono i punti di riferimento per ricevere aiuto e assistenza. L'impegno è quello di "accogliere" con grande attenzione e sensibilità l'utente, al fine di farlo sentire il più possibile a proprio agio e di accompagnarlo nel percorso di cura.

L'informazione

I Centri sono impegnati ad offrire percorsi di cura di qualità caratterizzati dal protagonismo di utenti e familiari. Per fare questo intendono garantire il diritto ad una corretta informazione riguardante la riservatezza dei dati, i progetti di cura, la diagnosi, la scelta e la condivisione dei trattamenti, i farmaci e i loro effetti collaterali, le op-

portunità di coinvolgimento dei familiari, la possibilità di cambiare medico e ogni altra informazione attinente alle modalità di accesso e di funzionamento dei Servizi.

La continuità della cura

Può accadere che una persona con un disturbo psichico sia seguita nel tempo in luoghi diversi all'interno della stessa Unità Operativa e da vari operatori. Ciò avviene garantendo la miglior interazione tra i vari professionisti e la presenza di un operatore stabile di riferimento al quale l'utente può sempre rivolgersi per qualunque necessità.

L'attenzione ai familiari

I Centri collaborano con la famiglia dell'utente e con chi vive anche indirettamente le sue sofferenze per fornire orientamento ed aiuto. Ciò nell'ottica di utilizzare tutte le potenzialità e le risorse disponibili a beneficio della persona in difficoltà. ■

Non “fumiamoci” la VITA

Il fumatore in genere conosce i rischi connessi al fumo, ma tende a rimuoverli ed evita di pensarci

PERCHÉ SI FUMA

Diventare un fumatore è una scelta che spesso non nasce da reali bisogni. Una scelta che tuttavia, una volta presa, è difficile cambiare perché la vita senza sigarette sembra privata di un momento di piacere, di sicurezza e di prestigio. Inizialmente il fumo è una scelta fatta per condividere con altre persone un rituale, per sentirsi più sicuri, per personale affermazione. Per continuare a fumare si è disposti a credere che lo smettere possa farci stare male, causandoci inutili ed evitabili sofferenze. Generalmente l'inizio dell'abitudine al fumo risale **all'adolescenza**, quando non si è portati a pensare ai possibili danni. Spesso la prima sigaretta viene accesa a rinforzo del desiderio di crescere, di diventare grandi, di entrare a far parte del mondo degli adulti per condividere i loro comportamenti. **Il fumatore in genere conosce i rischi connessi al fumo, ma tende a rimuoverli ed evita di pensarci.** Accendere la sigaretta diventa così un gesto comune nella vita del fumatore, che sovente prende il pacchetto di sigarette e l'accendino in modo automatico, senza rendersene realmente conto.

IL FUMO È RESPONSABILE DI...

Ogni anno nel mondo muoiono 3 milioni di persone per le conseguenze del tabagismo, specialmente nelle nazioni industrializzate. I fumatori sono maggiormente esposti ai seguenti tumori:

- della cavità orale
- del polmone
- dell'esofago
- dello stomaco
- del pancreas
- del colon
- della vescica
- delle vie urinarie
- dei reni

Si stima, inoltre, che il fumo sia responsabile del 60% delle malattie cardiovascolari.

COSA SIGNIFICA ESSERE FUMATORE?

Uomini e fumo

Il fumo può ridurre la fertilità in quanto:

- riduce il numero degli spermatozoi;
- riduce la mobilità degli spermatozoi;
- riduce la densità dello sperma.

Inoltre col tempo e in base al numero di sigarette fumate si possono verificare problemi di erezione.

Oggi a fumare sono più spesso gli uomini, anche se il numero delle donne fumatrici è aumentato del 60% negli ultimi 20 anni, situazione questa che si è andata via via stabilizzando. I maschi iniziano con il fumo verso i 14/15 anni, mentre le donne verso i 17/18 anni e, talvolta, anche più tardi intorno ai 30 anni.

Donne e fumo

Le donne che assumono la pillola anticoncezionale, se sono fumatrici hanno una probabilità 10 volte più alta di morire per malattie cardiocircolatorie, come l'infarto cardiaco, rispetto alle donne che prendono la pillola e che non fumano. Tale rischio aumenta con l'età.

Il fumo tende inoltre ad anticipare e a favorire la comparsa di osteoporosi e quindi il rischio di fratture.

DONNE, GRAVIDANZA E FUMO

Con il tabagismo viene alterato il quadro ormonale, pertanto procreazione e gravidanza sono influenzate negativamente dal fumo. I motivi di maggiore pericolosità sono da ricercarsi nel **danno** agli organi genitali femminili, nell'**influenza negativa** sul ciclo mestruale oltre che sul metabolismo e sul sistema immunitario.

Rispetto alle donne non fumatrici la **fertilità** si riduce di circa un terzo, mentre il rischio di una **gravidanza extra-uterina** aumenta del 40%.

I componenti del tabacco attraversano la





placenta e danneggiano facilmente il feto causando un rischio maggiore di:

- malformazioni
- aborto
- parto prematuro

Anche la riduzione del peso alla nascita e il rischio di morte in culla del neonato aumentano.

LA TRAPPOLA DELLE “MILD, LIGHT E ULTRA LIGHT”

Molti pensano che fumare sigarette mild, leggere e ultra-leggere sia meno pericoloso. Sbagliato! I fabbricanti di sigarette sono maestri nell'arte di giocare con la nostra dipendenza. Per soddisfare il bisogno di nicotina, un fumatore o una fumatrice di sigarette leggere tende a fumarne di più e ad aumentare il numero e l'intensità dei “tiri”. Questo comportamento compensatorio lo/la espone ad un rischio maggiore di cancro.

COSA SIGNIFICA SMETTERE DI FUMARE E COME FARLO?

Non esiste un metodo migliore in assoluto per smettere, perché nessun fumatore è uguale a un altro, anche se esistono alcune regole generali e alcuni aiuti farmacologici che possono aiutare nella lotta contro il fumo. Per prima cosa bisogna pensare che **smettendo di fumare** non si perde nulla, anzi **si guadagna molto**. Inoltre è possibile farsi aiutare dal medico nella scelta del metodo più opportuno o della terapia sostitutiva della nicotina più appropriata. Chi decide di smettere deve certo affrontare **alcune inevitabili conseguenze** come le crisi di astinenza. Tuttavia con perseveranza, in breve tempo, i disturbi tendono a sparire, anche se la loro durata dipende dal grado di dipendenza del soggetto. **Nel 90% dei casi l'adattamento alla vita priva del fumo si ha in circa 2 settimane** e il desiderio tende a comparire molto sporadicamente fino a scomparire totalmente.

Esistono diversi tipi di dipendenza

Dipendenza fisica il corpo si abitua alla nicotina per cui si avverte il bisogno di quest'ultima per rilassarsi in situazioni di stress.

Dipendenza psico-comportamentale in molte circostanze si fuma per abitudine o in particolari situazioni, dopo il caffè, quando ci si sente stressati, arrabbiati o felici.

Dipendenza sociale il contesto in cui si vive (collegi di lavoro o studio, amici, conoscenti) spesso induce a fumare. Di frequente si inizia a fumare anche perché condizionati dalla pressione sociale.

Il giorno che decidi di smettere...

- **Butta** via tutte le sigarette, accendini e fiammiferi che hai a casa, nella macchina, nelle tasche dei vestiti
- **Getta** i posacenere o **usali per altri scopi**
- Vai dal **dentista** e fatti fare la pulizia dei denti per eliminare le macchie causate dal tabacco. Nota quanto sono bianchi e lucidi e prendi l'impegno di mantenerli in quel modo
- Fai una lista di cose che vorresti comprare per te o per le persone alle quali tieni. Fai una stima della spesa in relazione al costo di pacchetti di sigarette e metti i soldi da parte per comprare questi regali
- Tieniti molto **impegnato** per tutto il “grande giorno”: fai una passeggiata o un giro in bicicletta, stai a contatto con la natura, vai al cinema, organizza una serata con gli amici (non fumatori!)
- **Ricorda** ai tuoi familiari e amici che questo è il **giorno in cui smetti di fumare, chiedi il loro aiuto e sostegno** soprattutto per i primi giorni e settimane
- Fatti un regalo (anche piccolo, ma qualcosa di esclusivo per te) o fai qualcosa di veramente speciale per festeggiare

Appena dopo avere smesso di fumare...

- Promuovi un ambiente pulito, fresco e senza fumo
- I primi giorni spendi la maggior parte del tuo tempo libero dove sai che non c'è gente che fuma
- Bevi acqua in grande quantità o spremute di frutta
- Evita le bevande gassate che contengono caffeina
- Cerca di evitare di bere alcol, caffè o altre bevande che associ al fumo di sigaretta, stimolerebbero il desiderio di fumare
- Comincia una conversazione invece di accendere una sigaretta
- Se ti manca la sensazione di avere una sigaretta in mano, gioca con qualcosa di diverso, come una matita o un pezzo di carta
- Se ti manca avere qualcosa tra le labbra, prova con una gomma da masticare (possibilmente senza zucchero!)

ALCUNI BREVI, MA EFFICACI CONSIGLI PER COMBATTERE I SINTOMI DI ASTINENZA

Sintomi	Durata	Consigli
Insonnia, agitazione	Qualche giorno	Evitare bevande a base di caffeina e stimolanti, in particolare di sera
Stordimento, vertigini	Meno di una settimana	Non preoccuparsi poiché i disturbi cessano spontaneamente in brevissimo tempo
Costrizione toracica	Meno di una settimana	Non preoccuparsi perché il disturbo passa rapidamente da solo
Tosse	Una settimana	Bere frequentemente piccoli sorsi d'acqua
Cefalea	Variabile	Cercare di rilassarsi maggiormente perché il sintomo è generalmente in relazione a uno stato di tensione
Stitichezza	Quasi un mese	Bere molti liquidi e cibi ad alto contenuto di fibre (frutta e verdura)
Forte desiderio di fumare	Intenso per due settimane, poi variabile	Rilassarsi (possono essere usate tecniche specifiche), distrarsi il più possibile dal desiderio compulsivo del fumo, essere consapevoli della inevitabilità di tali disturbi, ma anche del fatto che sono transitori. Dedicarsi a hobbies e attività piacevoli (fare più attività sportiva, passatempi manuali, chiacchierare al telefono con amici)
Affaticamento, astenia	Fino a un mese	Aumentare l'attività fisica e le ore di sonno notturno
Mancanza di concentrazione	3-4 settimane	Accettare serenamente questa difficoltà dal momento che è transitoria, anche se di lenta risoluzione
Aumento dell'appetito	Molte settimane	Fare pasti piccoli e frequenti a basso contenuto calorico; mangiare molta frutta, verdura e legumi freschi

E se il desiderio persiste?

Quando finalmente si smette di fumare, la lotta non è ancora terminata, perché la tentazione di riprendere e le probabilità di ricadute possono accompagnare l'ex fumatore per un tempo più o meno lungo. Le principali situazioni che facilitano le ricadute e che devono essere evitate, sono quelle che prima stimolavano il desiderio di fumare. In caso di ricaduta non bisogna disperare, perché molti ex fumatori sono riusciti nella battaglia solo dopo vari tentativi. **Soffermarsi a considerare i motivi di ricaduta aiuta a conoscere meglio la nostra situazione e può essere utile per preparare un nuovo programma antifumo e antiricaduta.** Ascoltare come altri sono riusciti nell'intento può inoltre essere di stimolo per riprovare e per riuscire in modo definitivo.

Vantaggi del **NON** fumare

Chi non fuma ha un'aspettativa di vita di ben 10 anni superiore rispetto ai fumatori.

Quando si smette di fumare:

- si respira meglio, tosse e catarro spariscono velocemente, faringiti e laringiti sono sempre più rare, bronchiti croniche ed enfisema polmonari vengono facilmente evitate;
- aumenta la resistenza fisica e migliora la prontezza di riflessi;
- si hanno una maggiore concentrazione e calma;
- si dorme meglio, perché non si è soggetti agli effetti della nicotina che sovente è responsabile della difficoltà di addormentarsi;
- diminuiscono notevolmente i rischi di patologie circolatorie, cardiache e polmonari ed il pericolo di ictus o di ostruzione delle arterie.

Dopo poche ore

- l'ossigeno contenuto nel sangue torna alla normalità;

- i polmoni iniziano a funzionare meglio;
 - il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo;
 - la respirazione migliora;
 - i sensi del gusto e del tatto migliorano.
- E dopo 3-9 mesi la funzione polmonare aumenta del 20/30%!

Altri benefici

- il viso appare generalmente più disteso; più pulito;
 - gli occhi sono più limpidi;
 - si riducono le occhiaie e le borse palpebrali;
 - l'alito è più fresco;
 - i capelli non sono più impregnati di fumo;
 - il colorito diviene più roseo
- ... e ancora... dopo 10 anni i rischi sono sovrapponibili a quelli di chi non ha mai fumato.

IL FUMO PASSIVO

Smettere di fumare aiuta anche gli altri, perché il fumo non nuoce solo al fumatore, ma anche a tutti coloro che sono costretti a respirarlo.

Particolarmente a rischio sono i familiari, specialmente i bambini.

I rischi che il fumo passivo comporta non sono di poca importanza: il **pericolo di cancro ai polmoni è del 30-40% più alto nei non fumatori che vivono con un fumatore** e le malattie cardiache, asma e respiratorie peggiorano se si vive in ambienti saturi di fumo. **Nei confronti dei bambini**, il fumo è causa di varie malattie: bronchiti, bronchioliti e polmoniti; riniti, faringiti e sinusiti con tosse e catarro; otiti purulente recidivanti; riduzione della funzionalità respiratoria; asma.

Quindi se proprio non riuscite a smettere di fumare, almeno non fatelo in casa e in tutte quelle occasioni in cui ci sono bambini e donne in gravidanza.

Ricordate inoltre che la probabilità di fumare in età adulta è più elevata se i genitori sono fumatori. ■

Il metodo Kousmine



di Marina Repetto
medico
chirurgo

Un metodo alimentare per curarti

Il metodo Kousmine è basato sulle ricerche cliniche e sugli studi scientifici della dott.ssa Catherine Kousmine (17 settembre 1904 - 24 agosto 1992), medico svizzero di origine russa, che ha dedicato la sua vita alla ricerca e alla cura dei malati. Gli elementi fondamentali del metodo Kousmine sono sostanzialmente quattro (più un quinto per casi particolari). Costituiscono i cosiddetti "pilastri" del metodo:

- una sana alimentazione
- controllo dello stato di acidificazione dell'organismo (pH)
- igiene intestinale
- utilizzo di integratori

A questi si aggiunge in alcuni casi particolari: la cura dei vaccini. Il metodo Kousmine non è quindi solo un regime alimentare. Altrettanto importanti dei pilastri tradizionali sono due aspetti che la dott.ssa Kousmine non ha chiamato pilastri, ma ha sottolineato come fondamentali: **l'equilibrio psico-emotivo e l'attività fisica.**

Il metodo è fondato sui principi generali della medicina occidentale classica: solide basi biochimiche, analisi scientifica del metabolismo in tutta la sua complessità,

La Dottoressa Catherine Kousmine
(Russia, 17 settembre 1904 -
Svizzera, 24 agosto 1992)

ricerca delle cause reali delle malattie, uso di tutti gli strumenti diagnostici e terapeutici che il progresso scientifico fornisce. Con in più una visione olistica dell'organismo.

Infatti, il merito della dott.ssa Kousmine è stato quello di privilegiare la prevenzione e il rispetto della persona nel suo insieme, utilizzando però un approccio scientifico e tenendo conto delle scoperte terapeutiche della medicina moderna. In particolare ha concentrato la sua ricerca sulla relazione tra alimentazione e salute, intuendo la relazione profonda, spesso determinante, che c'è tra il modo di nutrirsi e lo stato di salute generale dell'organismo. Il metodo Kousmine non rifiuta l'impiego di farmaci né di nessuna delle normali terapie mediche; tende però a diminuirne la necessità (e quindi anche le conseguenze indesiderate) rafforzando il sistema immunitario del malato. ■

La dott.ssa Marina Repetto, medico-chirurgo-osteopata, iscritta all'AMIKonlus (Associazione Medica Kousmine Italiana) è disponibile a rispondere alla vostre mail per informazioni e/o consulti. Potrete scrivere a: marina.repetto@libero.it

AMIKonlus
Associazione Medica Kousmine Italiana
Telefono e Fax 0322 82124
www.amik.it - degas.f@libero.it

AMIKonlus



di Fabrizio
De Gasperis
presidente
AMIKonlus

*L'unica Associazione
legalmente riconosciuta
in Italia a poter formare
figure professionali*

L AMIK è l'unica Associazione legalmente riconosciuta in Italia a poter formare queste figure professionali al Metodo Kousmine. A livello statutario, insieme ai Medici possono far parte dell'Associazione anche Biologi, Odontoiatri, Farmacisti e Psicologi.

I colleghi che si avvicinano alla metodica della dott.ssa Kousmine hanno fatto un lungo percorso nei meandri della medicina classica e sono giunti alla conclusione che è ancora possibile ottenere dei risultati, su basi scientifiche, che abitualmente non è possibile apprendere nei corsi universitari classici. Le nozioni che vengono apprese nei nostri corsi si basano sui più attuali studi scientifici di immunologia (ad esempio il mimetismo molecolare), farmacologia, neurologia, PNEI, nutrizione e quant'altro concorra a garantire un costante e corretto aggiornamento del Metodo.

Sono ormai molti i medici che hanno frequentato i nostri corsi e che praticano attivamente i concetti Kousminiani sui pazienti che si orientano a questa medicina. La possibilità di farsi seguire da un medico kousminiano è

a disposizione di tutti coloro che lo desiderino. Non altrettanto facile è per i medici praticare la disciplina, solo dopo un corso di formazione base e stages con medici esperti è possibile occuparsi dei pazienti (corsi).

La filosofia dell'essere Medico Kousmine è quella della riscoperta del tanto abusato termine "rapporto medico-paziente" improntata già in prima visita (che dura almeno due ore) nello svuotare ogni problematica della persona che abbiamo di fronte. Ogni Medico formato dall'AMIK deve entrare il più possibile in rapporto empatico con il suo Paziente, toccando gli aspetti psicologici, clinici e terapeutici di questa Persona. Questi sono i dettami della nostra ispiratrice Catherine Kousmine, ufficialmente adottati dalla Fondazione Internazionale e dall'Associazione Italiana e che differenzia sostanzialmente un Medico Associato da uno autoformatosi.

Il metodo Kousmine non è solo un regime alimentare: è una terapia complessa che comporta un piano differenziato di interventi. Pur essendo un metodo medico/scientifico (la dott.ssa Kousmine è stata un'accurata ricercatrice ed ha esercitato la professione di medico per tutta la vita) si differenzia profondamente dalla mentalità che oggi presiede alla pratica della medicina nel mondo occidentale. Normalmente la medicina convenzionale affronta la malattia come un evento a sé stante, indipendentemente dalla personalità, dallo stile di vita, dalle abitudini alimentari del malato. Conseguentemente la cura è sempre rivolta contro le cause specifiche immediate del-

la malattia, spesso semplificate in agenti virali o batterici. Quasi mai si cerca di aumentare le difese naturali contro gli agenti patogeni; raramente si opera per consolidare lo stato di salute, il benessere psico-fisico della persona. Malgrado ciò ha avuto un successo storico nettamente inferiore della nostra medicina nella cura delle malattie più gravi.

Il merito della dott.ssa Kousmine è stato quello di privilegiare l'aspetto preventivo e il rispetto della totalità della realtà umana, integrandolo però con la scientificità e le scoperte terapeutiche della medicina moderna. Ha ottenuto così di non perdere nulla delle conquiste scientifiche recenti, ma anche di scendere in profondità nelle cause delle malattie, con risultati più efficaci e duraturi. In particolare ha focalizzato la sua attenzione e i suoi interventi terapeutici sulla relazione tra alimentazione e salute intuendo il rapporto profondo, spesso determinante, che c'è tra il modo di nutrirsi e lo stato di salute generale dell'organismo. Già prima del secondo conflitto mondiale questo Medico geniale correlò tra loro le cose che oggi appaiono scontate a buona parte dei medici: stile di vita e non solo dieta, attività fisica quotidiana e non saltuaria per avere il maggior benessere, oggi possiamo calcolare in modo accuratissimo stress ossidativo o metabolismo basale mentre la dottoressa Kousmine preconizzò l'esistenza dei radicali liberi ancor prima che si parlasse di DNA! ■

Testo tratto dal sito di - AMIKonlus
(Associazione Medica Kousmine Italiana)

La Fibromialgia

di Irma Lippolis
reumatologa

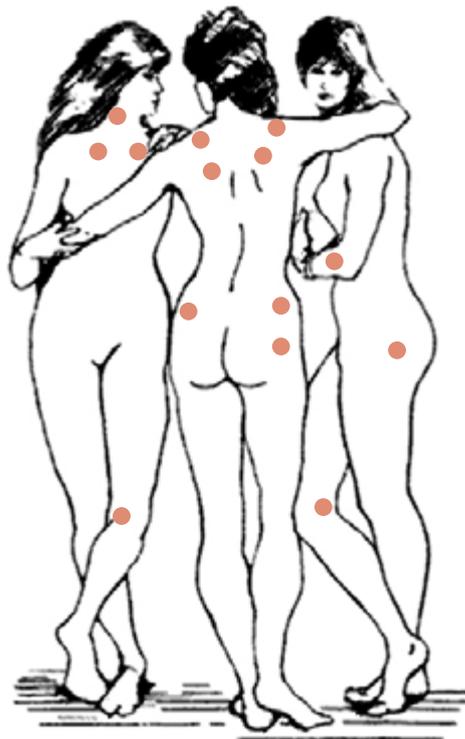
*Il dolore
che "logora"*

La **Fibromialgia** o ancor meglio, la **Sindrome fibromialgica** è genericamente definita come una condizione clinica caratterizzata da sofferenza muscolo-scheletrica diffusa, cronica, con dolore e rigidità assiale, influenzata da condizioni climatiche, attività fisica, tensioni emotive e determinata da un'alterazione della percezione del dolore a livello del sistema nervoso centrale.

Tradizionalmente la diagnosi è rigorosamente clinica, non esistendo, al momento, indagini strumentali o laboratoristiche realmente utili, se non per escludere patologie concomitanti.

Con l'**esame clinico** devono essere ricercati due elementi fondamentali: l'eccessiva tensione muscolare che riguarda i distretti muscolari tipici quali gli sternocleidomastoidei, i muscoli paravertebrali, i muscoli del collo, i punti dolorabili (tender points) ed eventuali punti grilletto.

I **tender points** sono punti dolenti assai caratteristici che, a differenza dei trigger points, non provocano dolore irradiato ma rimangono dolenti nella sede di stimo-



I tender point della fibromialgia.

lazione. La tecnica utilizzata per tastarli è la semplice pressione con un dito. La maggior parte della popolazione sana presenta alcuni tender points, nei pazienti fibromialgici se ne contano anche 50. Diagnostici sono convenzionalmente considerati +11/18.

Nel corso della storia, la **Fibromialgia** è stata considerata con termini diversi come **fibrosità**, **dolore muscolo-tensivo**, **reumatismo psicogeno**, ecc.

Verso la metà dell'800 si incominciò a distinguere il reumatismo articolare dal reumatismo extrarticolare ed è nella letteratura tedesca del XIX sec. che si ritrovano i lavori di rilevante interesse clinico sulle sindromi dolorose muscolari.

Robert Friedrich Froiep (1804-1861) introdusse il termine di "callosità muscolari" per indicare focolai muscolari dolenti, percepiti dai pazienti reumatici come corde tendinee o larghe bandellette.

Nel 1904 *William Richard Gowers* (1845-1915) introdusse il termine di "fibrosità" per indicare il dolore focale e le zone di durezza palpabile nel muscolo.

Negli anni trenta vennero introdotti i termini di dolore fasciale e di trigger points per indicare il dolore riferito alla spalla e all'arto inferiore sinistro evocato dalla pressione esercitata sulla parte superiore della scapola.

Nel 1981, *Muhammad. B Yunus* definì il termine di "fibromialgia" che descriveva una situazione clinica caratterizzata dalla presenza di dolore muscolare diffuso, presenza di tender points, presenza di sintomi generali come disturbi del sonno, ansia o depressione, cefalea, sintomi viscerali (colon irritabile), profonda stanchezza, disturbi della memoria, calo apparente della vista.

La storia ci riporta testimonianze letterarie e pittoriche di pazienti fibromialgici come il profeta *Giobbe* riguardo all'afflizione di dolori terribili e alla cattiva qualità del sonno notturno, delle sue notti di dolore (*Giobbe* 30:16-17;7:-4).



Il profeta Giobbe.

Florence Nightingale (1820-1910) si ammalò durante la guerra mentre lavorava in prima linea; l'evento scatenante, nel suo caso, sarebbe stato un traumatismo a carico del rachide dal quale si scatenò una sintomatologia dolorosa generalizzata.

Nel mondo dell'arte si ricorda *Frida Kahlo* (Magdalena Carmen Frida Kahlo y Calderón (1907-1954) che a seguito di numerose fratture da incidente stradale sviluppò un severo quadro di dolore diffuso e di astenia drammatica.

Per quanto riguarda l'epidemiologia, la Sindrome Fibromialgica conta pochi studi d'incidenza.

La prevalenza è a carico del sesso femminile con il crescere dell'età.

Tutti gli studi, infatti, evidenziano una maggiore rappresentazione del sesso femminile nella fibromialgia (le donne hanno più punti dolenti degli uomini a qualsiasi età). Da ricordare la presenza di studi che confermano la presenza della FM anche in età pediatrica ed evolutiva.

Meccanismi fisiopatologici alla base della FM

Recentemente sono stati pubblicati studi di genetica e di aggregazione familiare che confermano la predisposizione genetica della Fibromialgia. Sempre in letteratura vengono riportate alterazioni del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema nervoso autonomo.

Opzioni terapeutiche

Il Pregabalin, il Milnacipran e la Duloxetina rappresentano le opzioni terapeutiche più recenti.

Il Milnacipran e la Duloxetina sono antidepressivi che inibiscono il riassorbimento della ricaptazione della serotonina e dalla noradrenalina. Il Pregabalin appartiene alla classe degli antiepilettici e svolge la sua azione specifica a livello presinaptico dove interagisce con la subunità $\alpha 2$ -delta dei canali del calcio. Il Milnacipran e la Duloxetina riducono soprattutto il dolore, la fatica e la depressione migliorando il sonno e la qualità della vita.

Tuttavia, risultati assai soddisfacenti di approcci multidisciplinari non farmacologici e delle tecniche cognitivo-comportamentali hanno spostato la strategia della cura del paziente fibromialgico verso trattamenti che prevedono l'educazione del paziente, un miglioramento della forma fisica e mentale oltre alla terapia tradizionale.

Il ruolo della terapia **cognitivo-comportamentale** è quello di promuovere strategie che permettono al paziente di gestire il dolore in modo più efficace.

CAUSE FM	SINTOMI PIÙ COMUNI
Eventi traumatici	Dolore cronico diffuso
Depressione	Stanchezza
Patologie immunitarie	Facile esauribilità muscolare
Patologie degenerative scheletriche (Artrosi)	Insonnia
	Infezioni genito-urinarie ricorrenti
	Tonsilliti, faringiti recidivanti

I **programmi di potenziamento muscolare** riducono il dolore spontaneo e il numero di tender points migliorando lo stato di salute percepito dal paziente stesso.

Vi è una forte evidenza circa l'efficacia del **training aerobico** nel miglioramento della forma fisica e della qualità di vita del paziente.

Lo **stretching** è efficace solo se associato all'esercizio aerobico.

La **balneoterapia** è l'unica metodica con chiara evidenza di efficacia, purchè la temperatura dell'acqua sia pari o superiore a 30/32°.

Tai Chi, tra gli esercizi non aerobici è l'unico di comprovata efficacia clinica che deve essere strutturato in base alla patologia.

Antica disciplina cinese, combina la meditazione con movimenti lenti e dolci costruendo flessibilità, forza e rilassamento mentale, opera un notevole controllo sul dolore e mantiene l'engramma del movimento che molti pazienti tendono a perdere per il dolore evocato dall'impegno muscolare.

Terapie manuali

Manipolazioni vertebrali secondo la scuola francese di Maigne, la digitopressione ischemizzante, le tecniche cranio-sacrali.

Dieta

Alcuni studi hanno dimostrato che l'eliminazione di additivi alimentari quali, il glutammato monosodico e l'aspartame, migliorino i sintomi tipici del paziente fibromialgico.

Utile la somministrazione di magnesio nel dosaggio di circa 420 mg nell'uomo, di 320 mg nella donna (al giorno). Prodotti polovitaminici possono essere utilizzati in diete inappropriate.

Clima

I pazienti fibromialgici riferiscono una correlazione psicologica e fisiologica tra un'elevata pressione atmosferica e il dolore. Per il controllo dei sintomi da sensibilità atmosferica risulta importante evitare l'esposizione al freddo, utilizzare guanti e calze pesanti, ricorrere a bagni e docce calde.

Riorganizzazione dell'ambiente domestico e lavorativo e condivisione del lavoro domestico con i propri familiari. Lavoro possibilmente part-time; organizzazione della propria area lavorativa eventualmente con sedia e tavolo da lavoro che consentano agli avambracci di stare ad angolo retto e ai piedi di poggiare completamente a terra.

Conclusioni

La **Fibromialgia** è considerata una **sindrome riconosciuta** che causa dolore muscolo scheletrico diffuso, stanchezza ingravescente, disabilità. Richiede, pertanto, una **maggiore attenzione da parte dei medici e operatori sanitari** (attraverso un'anamnesi attenta e un rigoroso esame clinico) che tendono tuttora a considerarla un costrutto mentale con sottese problematiche psichiatriche.

Per la stesura dell'articolo mi sono avvalsa oltre che dell'esperienza personale anche dei lavori pubblicati nel Trattato "Fibromialgia" a cura dei Proff. Piercarlo Sarzi-Puttini, Marco Cazzola, Fabiola Atzeni e Stefano Tisi. ■

dott.ssa Irma Lippolis

Specialista in Reumatologia

Dottorato di ricerca in Scienze Mediche Cliniche e Sperimentali

Responsabile dell'Ambulatorio dedicato presso l'Ospedale di Valeggio Sul Mincio (Verona) Tel. 045 6338601

Ambulatorio presso Studio Arbor

Cavaion Veronese – (Verona) Tel. 045 6260447

Tai Chi

di Vilma
Ruvoletto

*Ritrovare
il proprio
equilibrio*

Il **Tai Chi** è un'arte cinese che risale a migliaia di anni fa. I suoi movimenti sono morbidi, aggraziati, il tempo di esecuzione è lento e i benefici numerosi. È una forma di esercizio fisico in cui non si deve impegnare forza muscolare nel movimento. I miglioramenti dipendono dalla consapevolezza interiore e non dalla forza esteriore. Sviluppa sia corpo che mente, favorisce la salute ed il rilassamento e promuove una crescita personale in tutti i campi della vita.

In sintesi:

- concentrare la propria mente
- rilassare l'interno e l'esterno
- avere una buona posizione di equilibrio
- muoversi in modo circolare, senza irrigidirsi
- muovere il corpo in modo semplice, confortevole e rilassato
- muoversi ad un ritmo controllato dalla mente

Respirazione

La respirazione è addominale (con la pancia). Respirare profondamente, lungamente, lievemente e con regolarità, pensare al respiro e lasciare che il movimento si origini e dipenda da esso.

Fondamenti del TAI CHI

FLESSIBILITÀ

il movimento è leggero, senza uso di forza, fluttua facilmente.

UNITÀ

consapevolezza e movimento sono unificati. Sono uniti insieme dal respiro per ottenere la concentrazione dell'attenzione. L'eliminazione di tutti i pensieri porta all'unità di consapevolezza e movimento.

CONTINUITÀ

tutte le figure dalla prima all'ultima fluiscono senza interruzione e senza interferire con la concentrazione.

PERFETTO EQUILIBRIO

tra le "3 armonie interne" e cioè: **ching** (organi interni), **chi** (respirazione e circolazione del sangue), **shen** (cervello) e le "3 armonie esterne", basate tutte e tre sulle **anche**:

mani e piedi, ginocchia e gomiti, cosce e bicipiti

La costanza nella pratica è il punto basilare di ogni attività, per mezzo della quale ci si può prefiggere di migliorare o addirittura rivoluzionare la propria vita. ■



Meditazione e fibromialgia

di Alessandro Mahony
psicologo

Nuove ipotesi di trattamento

Attualmente si stima che il 3-5 % della popolazione italiana (e più di 14 milioni in Europa), in maniera assai prevalente il sesso femminile, sia colpito da una malattia "emergente" denominata "fibromialgia". E tale percentuale sembra essere in aumento in maniera esponenziale. Molti di questi pazienti vengono però scambiati per isterici, depressi, o con disturbi di personalità. Diagnosi certamente errata. Per cercare di capire dobbiamo cercare di allargare le nostre conoscenze di psicologia, psicofisiologia e neuroscienze. La fibromialgia (FM) è una sindrome cronica spesso invalidante. Il sintomo principale è il dolore diffuso dei tessuti molli extrarticolari, come muscoli, tendini e fasce muscolari; ma questi dolori sono solo la punta dell'iceberg di una sindrome molto più complessa.

Sintomi

L'elenco che segue vuole essere riassuntivo, ma purtroppo non risulta esaustivo, in quanto praticamente tutto il corpo è

colpito da "strani" sintomi. Tra i sintomi fisici abbiamo dolore riferito ovunque, dalla testa ai piedi; stanchezza cronica; rigidità muscolare; cefalea ed emicrania; disturbi del sonno; alterazioni delle percezioni sensoriali; disturbi gastrointestinali; alterazioni dell'equilibrio; dismenorrea, vaginismo e dispareunia nelle donne; tachicardia con cardiopalmo, dolori condrosternali ed intercostali, uniti a difficoltà respiratoria; allergie multiple...e molto altro.

Tra i sintomi psicologici abbiamo: disturbi cognitivi (perdita di memoria, difficoltà di concentrazione, confusione mentale); ansia, depressione e attacchi di panico.

I dolori e i sintomi sono in genere aggravati da eventi quali cambiamenti di temperatura o di stagione, fattori ormonali (dolori mestruali o problemi alla tiroide), oppure stress psicofisiologici (es. lavoro, problemi economici o familiari).

Diagnosi

Al giorno d'oggi non sembrano ancora esistere segni diagnostici o esami di laboratorio caratteristici e la diagnosi si fa spesso per esclusione. Innanzitutto bisogna quindi escludere patologie che ne simulino i sintomi, come ad esempio reumatismi, ipotiroidismo, sindrome dolorosa miofasciale o altro. Escluse quindi patologie conosciute, ci si basa innanzitutto quindi sul dolore riferito dai pazienti, dolore che deve essere diffuso e presente praticamente 24 ore su 24, con rigidità muscolare unita ad intensa stanchezza, disturbi del sonno, disturbi della memoria e dell'attenzione; questo per almeno tre mesi. Si usa poi verificare la dolorabilità a punti chiamati *tender points*, che sono punti localizzati in corrispondenza di specifiche sedi tendinee o muscoloscheletriche, e che sembrano comunque coincidere con determinati punti rintracciabili sui meridiani nella medicina cinese; se il paziente prova un dolore praticamente insopportabile alla pressione di almeno 11 punti su 18, alcuni diagnosticano la fibromialgia.



Cause

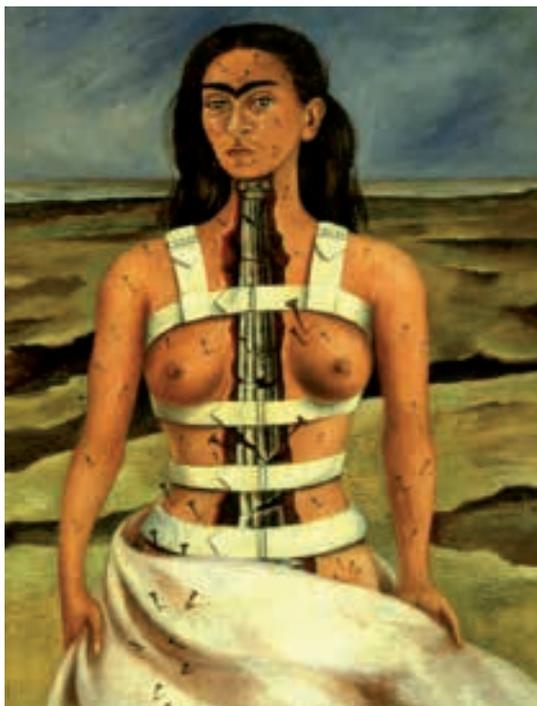
Come cause presunte sono state studiate: traumi fisici; agenti infettivi; ipersensibilità a determinate sostanze chimiche; problemi del sonno; fattori genetici. Nessuna di queste cause è però ad oggi accertata. Un ascolto approfondito della storia dei pazienti ha fatto invece porre l'attenzione sugli eventi traumatici. Sembra infatti che non esistano malati di fibromialgia che non abbiano avuto traumi precedenti l'insorgere della malattia. Infatti i pazienti fibromialgici dichiarano molto spesso di avere subito abusi psicologici e sessuali anche in età giovanile, mobbing lavorativo, lutti significativi, traumi psicofisici e altro. **E la letteratura scientifica inizia a comprendere sempre più che esistono forti rapporti tra questi eventi traumatici e la fibromialgia, ritrovando una similitudine con la Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD).**

Terapia farmacologica

Ad oggi non esistono farmaci specifici. Si usano antinfiammatori non steroidei (FANS); farmaci miorilassanti; ansiolitici; antidepressivi; ricaptatori della serotonina; farmaci che agiscono su più neurotrasmettitori contemporaneamente, cioè sulla noradrenalina, serotonina e dopamina; dopaminergici a basso dosaggio; farmaci antiepilettici e melatonina per il sonno. Questi farmaci hanno veramente un effetto? In pratica, no. In genere, gli effetti riportati si hanno solo a breve termine dall'inizio della terapia, ma poi i dolori spesso tornano e si necessita di un aumento delle dosi o di un cambiamento di farmaco. Si ha quindi un temporaneo sollievo, ma poi i sintomi generalmente ritornano, rendendo così la vita di questi pazienti praticamente infernale.

Terapia non farmacologica

Sono applicati: medicina omeopatica; terapie fisiche; stimolazione elettrica transcutanea; ionoforesi; massaggi; shiatsu; attività fisica leggera (ginnastica antalgica, Tai Chi); agopuntura. Queste tecniche sostengono il paziente temporaneamente ma non lo aiutano a risolvere definitivamente il dolore, ed è per questo che il paziente, purtroppo, spesso in preda alla disperazione, cerca aiuti ovunque.



Autoritratto della pittrice Frida Kahlo.

ca, Tai Chi); agopuntura. Queste tecniche sostengono il paziente temporaneamente ma non lo aiutano a risolvere definitivamente il dolore, ed è per questo che il paziente, purtroppo, spesso in preda alla disperazione, cerca aiuti ovunque.

Considerazioni psicologiche sulla malattia

Assolutamente importante è non confondere i sintomi come causa e la depressione come la causa della malattia; intendo dire cioè che **NON sono l'ansia e la depressione a scatenare la fibromialgia, bensì questi risulterebbero CAUSATE dalla fibromialgia.** Si deve parlare invece di fattori che stiamo cercando di delineare sempre meglio. Per questo la ricerca deve andare avanti, sia in campo medico che psicologico.

La ricerca deve puntare sulle tecniche di Neuroimaging, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la Tomografia ad emissione di positroni (PET) e la tomografia computerizzata a emissione di fotoni singoli (SPECT). Questo perché si imparerà così a capire sempre meglio come il cervello lavora in questa patologia, e quali neuromediatori (neurotrasmettitori come la noradrenalina, serotonina o la dopamina) sono coinvolti e come. A dispetto di

chi pomposamente e arrogantemente afferma che la fibromialgia non esiste perché, dato che tutti gli esami possibili (ematologici, radiografici e altri) sono sempre negativi e che quindi i pazienti si inventano la malattia, i risultati sembrano mostrare che nel cervello ci sono invece dei cambiamenti reali in determinate zone (es. nelle aree cerebrali deputate alla memoria e all'attenzione) e che quindi una patologia reale esiste. Alcune ricerche hanno poi mostrato come nella malattia ci sia una elevazione della sostanza P nel fluido cerebrospinale, e ci sono poi evidenze di un alterato flusso cerebrale a livello del talamo e del nucleo caudato. Accertamenti tramite la risonanza magnetica spettroscopica (MRS) hanno poi mostrato una disfunzione dell'ippocampo e una bassa concentrazione di acido naltalenacetico (NAA), fattori che dimostrano quindi un disturbo neurologico o metabolico dell'individuo. Sempre maggiore interesse inizia ad avere poi la dopamina, il "neurotrasmettitore della felicità", essendosi visto che questi pazienti hanno una carenza di dopamina che potrebbe quindi spiegare una aumentata sensazione dolorosa e molti altri disturbi.

Torniamo quindi al discorso del "trauma scatenante". Dobbiamo fare alcune considerazioni importanti. Innanzitutto il trauma non deve essere un avvenimento "normale", come può essere un lutto di una persona anziana in famiglia, ad esempio, bensì un trauma che colpisce nell'intimità od interiorità, come un abuso sessuale o un abuso psicologico, o mobbing lavorativo, o ancora la visione (da bambini) dei genitori che litigavano in maniera violenta, con la madre in genere vittima della violenza. È difficile dare per ora un termine adeguato a questo tipo di violenza (anche la perdita di un figlio sembra essere una buona motivazione per poter sviluppare fibromialgia, o avere un figlio portatore di handicap), ma può sembrare la strada giusta.

La sindrome fibromialgica non si svilup-



pa immediatamente dopo un trauma, ma anche dopo anni. E spesso questi traumi non sono ricordati ma sono stati repressi, e l'insorgenza della malattia è subdola. Ad esempio una ragazzina che ha subito uno o più abusi sessuali all'età di 15 anni può iniziare ad avere diversi dolori, ma la fibromialgia vera e propria si svilupperà magari dopo i 30 anni. Come citavo, da numerosi casi osservati in letteratura, si ritiene quindi sempre più che la fibromialgia sia simile al Disturbo Posttraumatico da Stress (PTSD)

Chi scrive questo articolo intende porre qui particolare attenzione a tecniche che "lavorano" sul corpo come **ipnosi e meditazione**, principalmente per due motivi. Il primo è che queste tecniche hanno l'effetto di riequilibrare il sistema nervoso periferico nelle sue componenti del simpatico e del parasimpatico, ottenendo così un rilassamento profondo (ad esempio il cervello raggiunge finalmente la fase delta), e alzando perciò la soglia del dolore. In questo stato i due emisferi cerebrali si sincronizzano, riuscendo così a scambiarsi meglio le informazioni, dando appunto la possibilità così di metabolizzare i traumi subiti, traumi che appunto avrebbero creato gli scompensi a livello del Sistema Nervoso Centrale, del Sistema Nervoso Periferico (o vegetativo), del sistema ormonale e immunitario.

Agli effetti psicofisiologici verrebbe quindi a sovrapporsi una nuova coscienza del

proprio vissuto e del proprio stato, con una nuova concezione della malattia e di se stessi. I soggetti così riescono a rielaborare meglio e cercano di scrollarsi di dosso i dolori del passato e di rielaborare in maniera più funzionale quelli purtroppo presenti, oltre che di rifarsi una vita con persone nuove, affetti diversi (molti legami delle pazienti fibromialgiche ad esempio sono patologici – mariti sbagliati, amici sbagliati e così via), professioni diverse e così via dove possibile. Non si possono fornire ancora risultati definitivi, ma sembra che gli effetti sul dolore, che possono arrivare anche ad un miglioramento del 90 %, si mantengano anche a distanza di oltre 12 mesi.

Conclusioni

Chi deve quindi occuparsi della terapia? Bisogna avere innanzitutto una diagnosi effettuata da un professionista competente come un reumatologo o un neurologo esperti. Come terapia poi abbiamo: una cura farmacologica, una psicoterapia, un'attività fisica mirata, tecniche psicologiche a mediazione corporea. Le ultime due supponiamo (l'esperienza insegna e ora anche le ricerche più moderne lo fanno pensare) diano risultati migliori e possano condurre ad una probabile guarigione.

Le evidenze cliniche riportano forti e quasi sempre pregressi stress che non possono essere ignorati. Risulta quindi una **malattia sociale che va anche affrontata alla radice** con una forte prevenzione dove possibile (es. lotta al mobbing lavorativo, prevenzione degli abusi psicologici e sessuali). Ed è anche una malattia che non può essere combattuta e vinta solo con i farmaci (c'è da chiedersi appunto quali?). Il problema enorme è che molti, troppi pazienti, negano spesso il loro vissuto emotivo e cercano la cura nei farmaci; ma se la fibromialgia ha una forte componente emotigena che ha totalmente sballato i sistemi psicofisiologici (oggi si parla sempre più di psico-neuro-endocrino-immu-

nologia <PNEI>, parola che a molti risulta già comprensibile e gradita del termine "psicosomatica", che ignorantemente si ritiene ancora sintomo di "ansia e depressione"), risulta appunto necessario lavorare anche su ciò che si ritiene importante in questa patologia, cioè sulle problematiche sopra citate.

Ci vuole una nuova cultura di questa malattia (come di altre) dove il malato non sia più e non si senta più solo spettatore della sua patologia ma diventi anche parte attiva nella terapia, e questo in molti sensi. Troppo spesso si sono visti malati fibromialgici "psichiatrizzati", con l'unico effetto di fare sentire peggio chi ne soffre, e con evidenti problematiche nella terapia.

Utile sarà anche sviluppare il ramo della psicologia dell'emergenza, in modo da bloccare sul nascere il rischio di questa patologia in soggetti a rischio, esempio vittime di violenze fisiche, ma anche di eventi tragici come terremoti o altro.

Medici e psicologi (seriamente preparati) dovrebbero quindi collaborare sempre più spesso per il bene del paziente, ognuno portando le proprie esperienze e arricchendole con quelle degli altri. ■

Il dott. Alessandro Mahony, Psicologo - Presidente Società Italiana Tecniche di Meditazione (SITEM), è disponibile per informazioni e/o consulti. Potrete scrivere a: alessandro.mahony@libero.it

Bibliografia essenziale

- Buizza C., Mahony A., Cristini C., Ghilardi A. L'utilizzo della meditazione nel trattamento del dolore cronico: una rassegna della letteratura, III Congresso Nazionale di Clinica Psicologica "L'esperienza del dolore nella pratica sanitaria: tra psiche e corpo", 3-4 Novembre 2006, Bologna (abstract e poster).
- Ceko M, Bushnell MC, Gracely RH, Neurobiology underlying fibromyalgia symptoms, *Pain Res Treat.* 2012.
- Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC., Fibromyalgia: a disorder of the brain?, *Neuroscientist.* 2008,Oct;14(5):415-21.

Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA et al, Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation, *Journal of Neuroscience,* 2011 Apr 6;31(14):5540-8.

Non mollare mai!

di Maria Carla Bonetta

Il dolore cronico. Il dolore che morde la carne, che si appropria della mente, che distrugge la tua vita, che devi accettare per continuare a vivere

Mi sono chiesta molte volte se la mia testimonianza potesse essere d'aiuto a qualcuno, se il mio percorso potesse dare la "forza" per reagire a chi crede di non averne più e allora eccomi qui, decidete voi!

Sin da bambina la mia salute ha avuto momenti altalenanti, ho dovuto "combattere" con varie patologie che non mi hanno permesso di gioire: dell'infanzia, dell'adolescenza, della gioventù e di una maternità; ma ho avuto la grande fortuna di VIVERE! Ho affrontato momenti difficili e più di una volta la mia vita sembrava arrivata al termine, ma come l'Araba Fenice, sono ancora qui! Una combattente non si arrende facilmente ed io ho iniziato prestissimo a lottare, mi sono aggrappata a questa vita con tutte le mie forze ed anche nei momenti bui ho sempre trovato una piccola luce in fondo al tunnel.

Arriviamo all'ultimo percorso, quello che mi ha portato a vivere con il **dolore cronico**; era il 15 settembre 2006 quando tutto iniziò! Un venerdì pomeriggio, uno di quei giorni che ti senti "alla frutta", che non vedi l'ora arrivi sera per dire: "Finalmente è finita"; ma per me quel giorno, era solo l'inizio! L'inizio di un lungo percorso che mi ha cambiato la vita, che mi ha portato ad ascoltarmi, che mi ha aiutato ad essere migliore (per certi versi), che mi ha reso consapevole dell'incanto della vita. Cos'è successo quel giorno? Un banale incidente a cui non è stato dato il giusto peso; un semplice colpo di frusta!

"Sono in macchina e non vedo l'ora di arrivare in ufficio per chiudere le ultime pratiche e poi staccare fino al lunedì. Inaspettatamente la macchina perde aderenza e si mette di traverso sulla carreggiata, metto tutto "sottosterzo" e con lo sguardo seguo il percorso della macchina che lentamente scivola sulla strada; all'improvviso vedo un'autovettura venirmi incontro. Cosa faccio? Istantaneamente appoggio il piede sul freno ed ecco un bel testa-coda! Sbatto lateralmente contro il cordolo del marciapiede ed essendo in torsione, sono lette-

ralmente "shakerata". Non ho il tempo di chiedermi come sto. Devo provvedere alla rimozione della macchina, avvisare l'ufficio e tornare a casa.

Scendo dalla macchina con un dolore sternale molto forte e mi appoggio alla portiera perché faccio fatica a respirare, a muovermi; non mi ascolto e cerco di finire il prima possibile per tornare a casa.

Finalmente entro nel mio "rifugio" e spero che il trauma e lo spavento possano placarsi; ma purtroppo non è così. Ho sempre più dolore allo sterno, faccio fatica a respirare, il mal di testa aumenta e sono sfinita. Questa "botta" mi ha messo ko!

Non voglio che uno stupido incidente possa ridurmi ad uno "straccio" e dentro di me continuo a ripetermi: "Stai tranquilla, riposa e vedrai che domani starai meglio"; ma per quanto cerchi di inviare messaggi positivi alla mia mente, il mio corpo "urla" il suo dolore. Dolore che non voglio ascoltare. Provo a sbrigare le faccende di casa, ma non ho più forza nella braccia, ho solo una grande nausea e tanto mal di testa. Giro per casa come un automa pensando a cosa fare, non voglio andare al pronto soccorso per un banale incidente. "Vedrai che domani starai meglio", continuo a ripetermi, ma dopo una notte insonne mi arrendo e vado in ospedale. Lì mi fanno lastre, visite, farmaci ed alla fine torno a casa con un collare che mi blocca mento e parte alta del torace. Come farò a gestire il tutto in queste condizioni? Vivere da soli non è facile. Ancora una volta non voglio che la mia mente recepisca questa nuova difficoltà e mi organizzo al meglio per "combattere" anche questa battaglia. Ci vogliono quasi tre mesi prima che possa riprendere il lavoro e al rientro non sto ancora bene. Il dolore alla cervicale e il mal di testa mi perseguitano; faccio fisioterapia e trattamenti specifici, ma senza grandi benefici. Per i medici è solo un banale colpo di frusta, per me è un dolore che non mi lascia vivere". Questo è stato l'inizio di un percorso che mi ha insegnato ad assaporare ogni istante di questa vita perché, quando il dolore



La VITA, questa meraviglia incasinata!

s'impadronisce del tuo corpo, tu non hai nessuna arma per difenderti e allora non ti resta che imparare a convivere.

L'anno 2007 segnerà l'inizio del cambiamento. In primavera ho difficoltà a camminare; in estate faccio fatica a stare seduta; in autunno non riesco più a stare a letto.

Nel marzo 2008 il primo ricovero e dopo 50 giorni arriva la diagnosi di "Grave fibromialgia invalidante, resistente a farmaci e fisioterapia". La convivenza con il dolore è sempre più difficile. A novembre, dopo sette mesi di malattia, riprendo il lavoro e con enorme difficoltà provo a riappropriarmi della mia vita, ma è difficile. Le terapie e la fibromialgia mi lasciano senza forze; ogni giorno è una sfida per arrivare a sera. Sarà il 2009 che segnerà un'ulteriore svolta nella mia vita.

Nell'estate mi dichiarano "inabile al lavoro" e quindi sono messa "a riposo"; in autunno eseguono una TAC cervicale e scoprono che, a seguito del trauma, ho subito un "Disallineamento dell'atlante con rotazione del dente dell'epistrofeo". È questa la causa di come sono oggi e della fibromialgia?

Nessuno sa darmi risposte. Per le linee guida canadesi vi è una correlazione [...]"esiste una consistente documentazione secondo cui un trauma fisico, particolarmente un

colpo di frusta, o un trauma spinale, possono scatenare la FM in alcuni pazienti"], ma a tutt'oggi nessuno è stato in grado di aiutarmi. In Italia, non esistono statistiche che comprovino tutto ciò, poiché la fibromialgia non è riconosciuta come patologia; in altri Stati, definiti più "poveri", vi sono cliniche specializzate con terapie idonee ad affrontare questa patologia.

Da allora sono passati tre anni.

Tre lunghi anni dove ho conosciuto cosa vuol dire vivere con il **dolore cronico**, dove le terapie farmacologiche, psicologiche, fisiatriche, naturali e alimentari sono entrate quotidianamente nella mia vita. Ho vissuto momenti bui, ho affrontato diversi ricoveri, ho camminato con busto e stampelle, ho assunto farmaci pesanti, ho perso il lavoro, ho perso l'amore, ho dovuto adattarmi ai miei nuovi "bisogni", ho sommato rinunce ad altre rinunce, ho avuto e ho tuttora: vertigini, insonnia, cefalea, nausea e dolore in ogni centimetro del corpo... ma sono ancora QUI e sono ancora VIVA!

Questo percorso mi ha aiutato a prendere consapevolezza di questa nuova VITA, a vivere il "QUI e ORA" perché il mio stato può cambiare da un momento all'altro, a cercare nuove EMOZIONI nel "fare per gli altri", a essere più combattiva di prima, perché questa VITA mi è stata REGALATA e la voglio vivere fino in fondo con il sorriso!

L'affetto e l'amicizia delle persone che hanno saputo "vedere" oltre il mio sorriso è il bene più prezioso che mi accompagna quotidianamente; l'amore di coloro che mi supportano nei momenti bui; la bellezza di ogni nuovo giorno; la presenza costante della mia amata gatta Maja; devono essere la "linfa" per combattere giorno dopo giorno e se la tristezza dovesse suonare alla mia porta, vorrei potergli dire: "Credo abbia sbagliato persona"!

Questa mia "storia di vita" vuole essere solo un modo per ricordare a tutti che, ogni istante di questa vita è un "bene prezioso", che vale la pena di vivere sino in fondo! ■

Il Consenso Informato

di Luciano
Piacente
avvocato

*Ogni
trattamento
sanitario,
necessita di
preventivo
consenso
del paziente*

O rmai deve ritenersi tramontata la stagione del “paternalismo medico” in cui il sanitario si sentiva, in virtù del mandato da esplicitare nell’esercizio della professione, legittimato ad ignorare le scelte e le inclinazioni del paziente, ed a trasgredirle quando fossero in contrasto con l’indicazione clinica in senso stretto.

Ogni trattamento sanitario, medico o infermieristico, necessita del preventivo consenso del paziente. Il medico ha il dovere di informare il paziente sulla natura dell’intervento e sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili.

Tali informazioni sono condizioni indispensabili per la validità del consenso del paziente al trattamento, senza il quale ogni intervento sarebbe impedito al sanitario tanto dall’art. 32 della Costituzione (a norma del quale nessuno può

essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge), quanto dall’art. 13 (che garantisce l’inviolabilità della libertà personale con riferi-

mento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica), nonché da specifiche disposizioni legislative dove viene esclusa la possibilità d’accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità.

Il consenso che legittima il trattamento terapeutico deve essere informato, cioè espresso a seguito di una informazione completa dei possibili effetti negativi dell’intervento sanitario ed anche delle possibili controindicazioni e i diversi trattamenti medici alternativi percorribili per la risoluzione del problema.

Il trattamento terapeutico comprende “gli interventi con lo scopo di prevenzione, di diagnosi, di terapia, di rieducazione o di ricerca”

Il medico deve quindi informare il paziente circa:

- le sue condizioni: diagnosi e prognosi;
- il trattamento proposto;
- il decorso post-operatorio previsto ed i possibili problemi di recupero;
- i potenziali benefici e i possibili inconvenienti (complicanze) del trattamento proposto;
- le alternative rispetto al trattamento proposto;
- le probabilità di successo del trattamento proposto;
- i deficit organizzativi della struttura ospedaliera, anche in relazione alle possibili complicanze;
- i possibili esiti del non trattamento: le conseguenze (evoluzione, complicanze) della patologia nell’ipotesi di rifiuto del trattamento proposto.

Sussiste il diritto del paziente all’informazione in termini comprensibili e il corrispondente dovere del medico di dare completa informazione al paziente in conformità alla sua volontà.

Il consenso, quindi, deve essere frutto di una relazione interpersonale col paziente in base ad una informativa coerente allo stato, anche emotivo, ed al livello di cono-



scenza del medesimo. Esso non è dunque un atto puramente formale e burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell'integrità psicofisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità.

In carenza dell'informazione sorgerà la responsabilità del medico (e della struttura in cui opera) per violazione dell'obbligo del consenso informato.

La responsabilità per omesso inadempimento dell'obbligo di informazione sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit di informazione, non è stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole allorché l'esecuzione del trattamento leda la salute o l'integrità fisica del paziente.

La recente giurisprudenza ha stabilito che anche in caso della sola violazione del diritto all'autodeterminazione, ovvero anche in mancanza della consequenziale lesione alla salute, può scaturire la risarcibilità del danno, ogni volta siano configurabili sofferenze di apprezzabile gravità che siano derivate dal trattamento sanitario e che non siano state adeguatamente prospettate dal medico, in funzione di una scelta consapevole del paziente.

Parallelamente al diritto di sapere, al fine di prestare il consenso informato, è enunciato altresì "il diritto di non sapere".

Per ragioni personali, il paziente può desiderare di non conoscere alcuni elementi riguardanti la propria salute. Tale volontà deve essere rispettata. L'esercizio da parte del paziente del suo diritto a non conoscere questa o quella informazione sulla propria salute non è considerato come un ostacolo alla validità del suo consenso per un intervento.

Se la volontà del paziente di non essere informato deve essere rispettata, ciò non esime tuttavia dalla necessità di



ricercare il consenso all'intervento proposto al paziente.

Pertanto il paziente può rifiutare in tutto o in parte di essere informato ma ciò ovviamente non esime il medico dall'acquisire comunque il consenso del paziente all'atto medico e questa circostanza deve essere annotata nel modulo di consenso.

Il paziente può delegare per il suo diritto all'informazione altra persona e questa volontà, documentata, dovrà essere rispettata.

Quindi il diritto all'informazione può essere esercitato anche indicando alla struttura sanitaria la persona alla quale devono essere fornite le informazioni relative all'atto medico.

Esiste il diritto del paziente al rifiuto di cure?

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla libertà di curarsi liberamente espressa dalla persona. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarlo e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, revocare liberamente il proprio consenso?

La revoca può essere effettuata in ogni momento e deve essere rispettata dopo che il paziente sia stato perfettamente informato delle conseguenze. Questo principio non significa tuttavia che, per esempio, il ritiro del consenso da parte del paziente durante una operazione debba essere sempre rispettato. Le norme e gli obblighi professionali nonché le regole di comportamento applicabili alla fattispecie possono obbligare il medico a proseguire l'intervento, per evitare una grave messa in pericolo della salute dell'interessato.

Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, deve essere espresso dal rappresentante legale. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con la sua età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del rappresentante legale; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Un trattamento può essere praticato ad una persona incapace di prestare consenso solo se gliene derivi un beneficio diretto. Quando, per legge, un minore non ha la capacità di acconsentire ad un trattamento, quest'ultimo non può essere praticato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organismo designati dalla legge. Il parere del minore è considerato elemento determinante in funzione dell'età e del suo livello di maturità. Quando un maggiorenne è per legge, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo analogo, incapace di acconsentire ad un trattamento, quest'ultimo non può essere praticato sen-

za l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organismo designati dalla legge. La persona interessata deve, nei limiti del possibile, partecipare al procedimento di autorizzazione. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organismo menzionati ricevono, alle medesime condizioni, le informazioni previste dall'articolo. L'autorizzazione può in qualsiasi momento essere revocata dalla persona interessata.

La documentazione del consenso informato

Il consenso ottenuto dal sanitario a seguito di corretta ed esaustiva informazione dovrà essere compiutamente documentato e conservato unitamente alla ulteriore refertazione medica. La relativa documentazione deve essere chiara e precisa e dovrà riportare ogni fatto o considerazione presa in esame dal medico al fine della informazione resa e del relativo consenso ottenuto. La documentazione relativa al consenso non dovrà essere un mero adempimento burocratico bensì un importante atto teso a far emergere ogni questione affrontata dal medico e rivolta al paziente al fine di ottenere da questi il valido consenso al trattamento sanitario prospettato.

Nell'atto non dovrebbe mai essere omesso dal sanitario:

- la diagnosi;
- il livello delle conoscenze acquisite dal paziente con riferimento al suo stato di salute e delle patologie riscontrate;
- è indispensabile da parte del sanitario verificare l'effettiva comprensione (dandone atto) delle informazioni ricevute, tenendo conto del livello culturale del paziente.

Le informazioni non possono mai essere date al paziente solo con supporto cartaceo.

È doveroso da parte del sanitario che tutte le informazioni rese siano riprodotte in un atto/documento che abbia ad oggetto la specifica patologia del paziente ed indichi, fra l'altro, le alternative terapeutiche e le possibili complicanze ecc.; documentare tutte le ulteriori informazioni fornite e il consenso o il dissenso manifestato circa le prestazioni sanitarie ipotizzate al paziente. ■

8° Trofeo Città di Pergine

a cura di
Flavio Girardi

Era l'8 settembre 2012, quando a Pergine si svolgeva la gara di handbike per diversamente abili organizzata dal G.S. Periscopio di Pergine.

Al trofeo erano presenti gruppi sportivi disabili dell'Alto Adige, di Verona, del Piemonte, del Friuli e della Lombardia; per un totale di 43 atleti iscritti che hanno contribuito a rendere ancora più interessante la manifestazione.

La gara, perfettamente riuscita ed organizzata in concomitanza con la festa patronale di Pergine, ha dato visibilità ed interesse ad un mondo, quello della disabilità, che attraverso lo sport ha saputo confrontarsi con realtà diverse ed al tempo stesso utili ad un'integrazione sociale di coloro che nella vita sono stati meno "fortunati". La manifestazione si è svolta per le vie del centro storico di Pergine con la formula della gara "in linea", particolarmente apprezzata dagli atleti partecipanti; un percorso altamente tecnico che ha messo a dura prova l'abilità degli hanbikers.

L'evento, ha coinvolto strutture ed Associazioni sul territorio ed ha avuto un notevole riscontro ed una ricaduta positiva in termini di immagine per tutta la nostra realtà territoriale. ■



Partenza gara 8° trofeo Pergine



Il vincitore assoluto della gara: Sette Pantaleo di Sondalo (Valtellina)

Escursione in Val Venegia

a cura di
Flavio Girardi

Escursione con scooter elettrici

La giornata non prometteva nulla di buono, ma sappiamo che il tempo in montagna riserva sorprese, e non per questo ci siamo lasciati intimidire.

Il programma prevedeva il trasferimento da Predazzo a Passo Rolle con il pulmino, e da qui con le moto elettriche, abbiamo iniziato la salita verso baita Segantini; questo percorso è stato studiato da SportAbili, per dare la possibilità a tutti coloro che vivono una situazione di handicap, di poter ammirare uno dei paradisi più amati dagli escursionisti. Un'escursione dove è possibile contemplare paesaggi da cartolina, scenari unici!

La Val Venegia, inserita nella catena settentrionale delle Pale di San Martino, offre escursioni accessibili con accompagnatori, a tutti coloro che, anche in situazione di handicap, vogliono provare emozioni diverse, osservare panorami mai visti, dimenticare, anche solo per un giorno, i disagi che la nostra condizione ci impone. Dai pendii erbosi che scendono da baita Segantini verso malga Venegiotà, si osserva il panorama dell'imponente Cimon Della Pala e del monte Mulaz, che sovrastano maestosi la vallata sottostante attraversata dal torrente Travignolo con le sue acque incontaminate. Le due malghe, Venegia e Venegiotà, grazie alla loro accessibilità, ben si prestano per una sosta oppure per una degustazione di specialità locali. Quel giorno, insieme agli amici del G.S. Periscopio, Paolo Ioriatti, Sergio Deflorian, Yuri Maschio ed il sottoscritto, abbiamo rivissuto emozioni che da troppo tempo non provavamo ed il pensiero andava a quegli anni in cui, i sentieri ora attraversati con gli scooter, facevano parte dei nostri itinerari montani, della nostra quotidianità, del nostro vivere.

Quando siamo arrivati al termine dell'escursione, attraversando il Parco Paneveggio-Pale di San Martino, ci siamo resi conto di aver effettuato un percorso ricco di paesaggi, di libertà e di emozioni. Un percorso fatto di momenti indimenticabili che tutti voi potrete vivere! ■



Baita Segantini con: Flavio, Paolo, Sergio, Yuri, Paola, Roberta e Manuel



...verso malga Venegia



Discesa verso il torrente Travignolo



La strada per Baita Segantini con il monte Mulaz

Gruppo Sportivo Periscopio

a cura di
Flavio Girardi



Il Gruppo Sportivo Periscopio è nato il 30 ottobre 2004 con l'intento di dare un contributo attivo attraverso l'attività sportiva, nel recupero fisico delle persone affette da handicap psico-motorio, indirizzandole verso quelle attività che maggiormente si adattano ai vari tipi di patologie.

A tuttoggi contiamo circa 90 soci sostenitori e 13 atleti tesserati che contribuiscono a far crescere le nostre potenzialità. Inoltre, grazie ai nostri sponsor, abbiamo potuto dare inizio all'attività sportiva multidisciplinare (curling, vela, tiro con l'arco, ciclismo e tiro a segno) che da 5 anni ha portato ci ha portati a confrontarci nella varie discipline sportive con realtà locali, nazionali ed internazionali.

Siamo lieti ed orgogliosi di presentarci a voi per instaurare un proficuo rapporto di confronto e collaborazione, dando informazioni sulla nostra attività di recupero, di inserimento nello sport e nel sociale per tutti coloro che attraverso un trauma

oppure una malattia, devono vivere una condizione di handicap.

Ci piacerebbe essere per voi un punto di riferimento attivo e poter condividere al meglio esperienze di sport e di vita.

Per l'anno 2013 abbiamo in fase di attivazione due progetti interessanti e precisamente: "Handbike" ed "Esci di Casa". Di cosa si tratta?

I progetti prevedono la messa a disposizione di attrezzatura e personale specializzato per fare in modo che, coloro che volessero avvicinarsi al mondo dello sport, possano farlo attraverso l'utilizzo di handbike; saremo inoltre presenti presso la Cooperativa Archè – nuovo CUS di San Cristoforo – dove metteremo a disposizione le nostre handbike e personale qualificato, per tutti coloro che vorranno trascorre delle splendide ore sulle nostre ciclabili. Non esitate a farci visita, troverete handbike motorizzate e tutto il necessario per passare delle ore spensierate in compagnia di "amici"! ■



Gruppo Sportivo Periscopio
Presidente Flavio Girardi
Telefono 347 4650914
www.gsperiscopio.it - info@gsperiscopio.it

Liberalamente

La scrittura per scoprire se stessi e per dialogare col mondo; una rivista per raccontare la salute mentale, per informare e far crescere nella consapevolezza; una squadra per realizzare un progetto.

Tutto questo, ma non solo, è "Liberalamente", rivista mensile realizzata da utenti, familiari, operatori del Servizio di salute mentale di Trento, con volontari e giovani del Servizio Civile. Tre sezioni (le "news" sull'at-



tività del fareassieme, il tema di approfondimento, le rubriche di "cara-Liberalamente", una riunione di redazione ogni 15 giorni (lì si decidono i contenuti della rivista

e ci si distribuiscono i compiti), pagine aperte a chiunque voglia conoscerci e collaborare: questa è la vita di Liberalamente che viene distribuita al Servizio di salute mentale oppure con abbonamento.

La cosa bella è che non



serve essere esperti in scrittura: Liberalamente è anche un laboratorio permanente che permette di scoprirsi (chi l'avrebbe mai detto

che?), di aiutarsi reciprocamente, di dire cose magari pensate più volte ma inespresse, di aumentare la propria autostima. ■

Qualcuno è incuriosito?
Ci chiami al 0461 902881 oppure
scriva a liberamente@apss.tn.it

Gruppi Auto Mutuo Aiuto

Il Servizio di salute mentale di Trento gruppi Auto Mutuo Aiuto per problematiche diverse, offre un'occasione, a persone che condividono lo stesso problema, di riunirsi una volta in settimana per affrontare insieme le difficoltà e migliorare la qualità della propria vita. Di seguito le testimonianze di due gruppi.

GRUPPO VOCI

Il gruppo uditori di voci di Trento "The Voices", è nato nel maggio del 2001 ed è un gruppo di Auto Mutuo Aiuto, dove le persone partecipanti condividono una situazione simile al disagio o difficoltà e cercano di aiutarsi reciprocamente. Ci troviamo ogni venerdì dalle 15.00 alle 16.00.

In questi anni hanno frequentato il gruppo una quarantina di persone. Chiaramente, come tutti i gruppi, ci sono stati momenti di maggior partecipazione alternati

ad altri dove le persone facevano più fatica ad essere presenti. C'è chi ora sta meglio e chi ha deciso di dedicarsi ad altri interessi. Attualmente siamo dalle 5 alle 8 persone, dipende dal venerdì... Nel nostro gruppo ci troviamo per confrontarci sul "sentire le voci" di ognuno di noi, sulle modalità di manifestazione ed espressione delle stesse e sulle problematiche legate al vivere con le voci. Questo nostro gruppo non si propone come un'alternativa all'assunzione di farmaci, ma come un'opportunità in più... il partecipare agli incontri settimanali è un modo per aiutarsi.

GRUPPO BIPOLARI

Siamo il gruppo "Sereni Variabile" che ogni mercoledì pomeriggio si riunisce al Centro Salute Mentale. Alcuni di noi si conoscono da anni ed hanno imparato a convivere con questa

patologia, che ti porta da momenti di euforia a momenti di depressione; hai comunque dei periodi, a volte di anni, di assoluto equilibrio che ti permettono di godere quello che la vita ti offre. Da segnali come riduzione di sonno, voglia di spendere in modo compulsivo, logorrea, superattività, ci rendiamo conto che qualcosa non va e il riconoscerli ci porta a chiedere aiuto. Tra noi c'è grande solidarietà, che si manifesta concretamente quando qualcuno è in difficoltà; gli si fa visita in ospedale, si cerca di non farlo sentire solo, si mette disposizione la propria esperienza suggerendo piccoli accorgimenti per superare i momenti critici.

Siamo pronti ad accogliere quanti volessero aggiungersi e vorremmo crescere qualitativamente anche grazie alla disponibilità e competenza della nostra facilitatrice Daniela. ■

Gruppo Leopoldo

*Obiettivo:
migliorare
il servizio*

Il gruppo Leopoldo nasce nel 2001 ed è un tavolo di concertazione aperto alle proposte di miglioramento di tutti, negli anni ha portato avanti idee e progetti che hanno progressivamente innovato il Servizio.

Dal 2001 a oggi, ogni due mesi si incontrano utenti, familiari ed operatori che vogliono presentare e discutere proposte di miglioramento, di innovazione dell'organizzazione e delle prestazioni del Servizio di Salute Mentale.

Molte novità e molti cambiamenti sono passati e passano tuttora da Leopoldo:

- l'apertura del Servizio la domenica,
- le cartoline illustrative delle attività,
- il "diario" parallelo di utenti e familiari,
- il Questionario di valutazione creato da utenti e famigliari per misurare il gradimento e la soddisfazione,
- incontri su temi di interesse comune.

Negli ultimi mesi ha promosso incontri di approfondimento su farmaci ed aumento di peso; in novembre partirà un percorso specifico per chi vive questo problema. ■



Incontri Familiari

*Possibilità
di trovare
risposte*

Otto incontri a cadenza settimanale. Gli argomenti trattati sono molti, dalle informazioni sulla malattia alle strategie per comunicare, dai farmaci a cosa fare per stare meglio, ma quello che prende il sopravvento sono sempre le esperienze dei protagonisti.

E chi l'avrebbe mai pensato? Aprire una finestra su un mondo che mi ha permesso di conoscere e di "capire la normalità dell'anormalità".

Ovviamente il viaggio continua, ma essere stata presa per mano da persone umane, competenti, ha senz'altro dato a questo percorso un valore pratico e concreto. Perplexità o domande e diciamo anche, un po' di pregiudizio, hanno trovato risposte e certezze grazie a questi incontri settimanali dove i protagonisti erano

persone come me, come noi, la cui condizione richiede cura, assistenza, sostegno. Ciò che mi rimane è un bagaglio di confronto con il prossimo, fondamentale per una consapevolezza maggiore, suggerimenti pratici da attuare, e la sempre più viva certezza che ci sia più felicità nel dare che nel ricevere.

Mi sento di indirizzare a cuor leggero, chi non sa dove sbattere la testa, di fronte ad ostacoli che sembrano insormontabili e difficili da gestire con le proprie forze, allo staff e alla struttura del Centro di Salute Mentale di Trento.

Senza vergogna, senza pregiudizi ma con tanta voglia di ottenere il meglio da circostanze apparentemente senza via d'uscita. ■

Laura

Libri per voi

Se ti abbraccio non aver paura

di Fulvio Ervas
edito da Marcos y Marcos



Il verdetto di un medico ha ribaltato il mondo. La malattia di Andrea è un uragano, sette tifoni. L'autismo l'ha fatto prigioniero e Franco è diventato un cavaliere che combatte per suo figlio. Un cavaliere che non si arrende e continua a sognare. Per anni hanno viaggiato inseguendo terapie: tradizionali, sperimentali, spirituali. Adesso partono per un viaggio diverso, senza bussola e senza meta. Insieme, padre e figlio, uniti nel tempo sospeso della strada. Tagliano l'America in moto, si perdono nelle foreste del Guatemala. Per tre mesi la normalità è abolita, e non si sa più chi è diverso. Per tre mesi è Andrea a insegnare a suo padre ad abbandonarsi alla vita. Andrea che accarezza coccodrilli, abbraccia cameriere e sciamani. E semina pezzetti di carta lungo il tragitto, tenero Pollicino che prepara il ritorno mentre suo padre vorrebbe rimanere in viaggio per sempre. *Se ti abbraccio non aver paura* è un'avventura grandiosa, difficile, imprevedibile. Come Andrea. Una storia vera. (Tratto da www.qlibri.it)

In un'epoca in cui un romanzo non sembra degno di esser letto se non si muove per strade già tracciate, non disegna una parabola prudente di vita, non racconta situazioni in cui potersi riconoscere all'istante, ecco un racconto delicato, fatto di emozione continua, lasciata fluire spontaneamente. *Se ti abbraccio non aver paura* è il racconto dell'amore di un padre per un figlio e di come la vita può essere strana e potente, ma solo se si ha il coraggio di assaporarla qualunque cosa succeda, spingersi sul baratro che segna il confine dell'esistenza, affacciarsi e provare ad annusare il senso del nostro essere qui.

La strana condizione esistenziale chiamata autismo è il punto di partenza del viaggio che facciamo grazie ad Andrea e suo padre. Andrea ha 18 anni e gli è stato diagnosticato l'autismo quando ne aveva 3. Sembra che Andrea sia finito per sbaglio in una dimensione che non gli appartiene, e abbia difficoltà a comunicare con chi abita qui. Forse il suo mondo è simile al nostro, o forse è fatto in un altro modo, ma senza comunicazione rischia di restare solo. Suo padre decide di provarci davvero ad entrare in contatto con lui: se lo prende e se lo porta a fare un lungo viaggio in America. La sorpresa, per il padre e per il lettore, è che la conquista non sarà imparare a capire meglio Andrea, ma imparare a vedere la vita che scorre, e che guai a intrappolarla, autismo o non autismo. (Tratto da www.cultura.blogosfere.it di Valeria Sirabella)

Franco e Andrea. Foto tratta dal sito www.andreaantonello.it



Inno all'amore

Se anche parlassi le lingue degli uomini e degli angeli,
ma non avessi l'amore,
sono come un bronzo che risuona
o un cembalo che tintinna.
E se avessi il dono della profezia
e conoscessi tutti i misteri e tutta la scienza,
e possedessi la pienezza della fede così da trasportare le montagne,
ma non avessi l'amore,
non sarei nulla.
E se anche distribuissi tutte le mie sostanze
e dessi il mio corpo per esser bruciato,
ma non avessi l'amore,
niente mi gioverebbe.
L'amore è paziente,
è benigno l'amore;
non è invidioso l'amore,
non si vanta,
non si gonfia,
non manca di rispetto,
non cerca il suo interesse,
non si adira,
non tiene conto del male ricevuto,
non gode dell'ingiustizia,
ma si compiace della verità.
Tutto copre,
tutto crede,
tutto spera,
tutto sopporta.
L'amore non avrà mai fine.

San Paolo

Essere

Vorrei essere lacrime per nascere dai tuoi occhi.
Vorrei essere parole per vivere sulle tue labbra.
Vorrei essere vento per abbracciare il tuo corpo.
Vorrei essere sole per illuminarti il cammino.
Vorrei essere aria per farti respirare.
Vorrei essere vita per non farti morire, mai.
Vorrei essere gioia per difenderti dal dolore.
Vorrei essere tepore per tenerti compagnia d'inverno.
Vorrei essere carezza per scivolare sul tuo viso.
Vorrei essere silenzio per vegliare sul tuo riposo.
Vorrei essere sussurro per svegliarti al mattino.
Vorrei essere ciò che non ho potuto essere,
perché sono ciò che sono.

Anonimo

Ho scelto te

Nel silenzio della notte,
io ho scelto te.

Nello splendore del firmamento,
io ho scelto te.

Nell'incanto dell'aurora,
io ho scelto te.

Nelle bufere più tormentose,
io ho scelto te.

Nell'arsura più arida,
io ho scelto te.

Nella buona e nella cattiva sorte,
io ho scelto te.

Nella gioia e nel dolore,
io ho scelto te.

S. Lawrence



L'ANMIC risponde

Buongiorno sono Mario, ho un figlio a carico con disabilità psichica grave. Tre anni fa, ho usufruito delle agevolazioni fiscali per l'acquisto dell'automobile, in quanto rientravo nella categoria di questa agevolazione che viene concessa ogni quattro anni. Nei giorni scorsi ho avuto un incidente e la macchina è pressoché irrecuperabile. Purtroppo, dovrò acquistare una nuova automobile e quindi chiedevo se, vi è la possibilità di ottenere il beneficio prima dei termini previsti.

Mario

Egregio Signor Mario, è possibile riottenere il beneficio all'agevolazione per l'acquisto di una nuova automobile prima della scadenza del quadriennio, solo nel caso che la precedente venga cancellata dal Pubblico Registro Automobilistico (PRA). Quindi, se Lei intende acquistare una nuova automobile con IVA agevolata, sarà tenuto a presentare al concessionario, oltre alla documentazione relativa al figlio disabile, anche il certificato di cancellazione redatto dal PRA. Successivamente, potrà inoltre usufruire, della detrazione d'imposta del 19% e dell'esenzione dal pagamento del bollo.

Gentile Direttore, ho sentito parlare dei "permessi di lavoro" per effettuare terapie. Per cortesia, può darmi maggiori informazioni? Grazie.

Mariapia C.

Gentile Mariapia, siamo a confermarLe che l'art. 7 del Decreto Legislativo n. 119 del 18 luglio 2011 stabilisce che: "i lavoratori invalidi civili a cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni".

Il congedo è accordato dal datore di lavoro a seguito di domanda del dipendente, con allegato certificato medico che attesti la necessità di cure in relazione all'invalidità riconosciuta. Durante il periodo di congedo, non rientrante nel periodo di comporto, il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia. Il lavoratore è tenuto a documentare la fruizione delle cure con idoneo certificato.



Sono Luca, ho un'invalidità del 75% e lavoro da 35 anni in un supermercato. L'altro giorno in televisione ho sentito che, alcune categorie di disabili, possono andare in pensione anticipatamente rispetto agli altri lavoratori. Vorrei ricevere maggiori informazioni in merito a questa agevolazione.

Luca

Egregio Signor Luca, siamo a confermarLe che il diritto al pensionamento per gli invalidi è previsto dall'art. 80, comma 3 della Legge 388 del 23.12.2000; la stessa, prevede che il lavoratore disabile con percentuale superiore al 74%, possa usufruire di un bonus di due mesi di contribuzione figurativa per ogni anno lavorato, fino ad un limite massimo di cinque anni. Per il conteggio del bonus di contribuzione si considera il periodo lavorato come invalido e quindi, deve fare riferimento alla data del Suo verbale di accertamento d'invalidità al 75%.

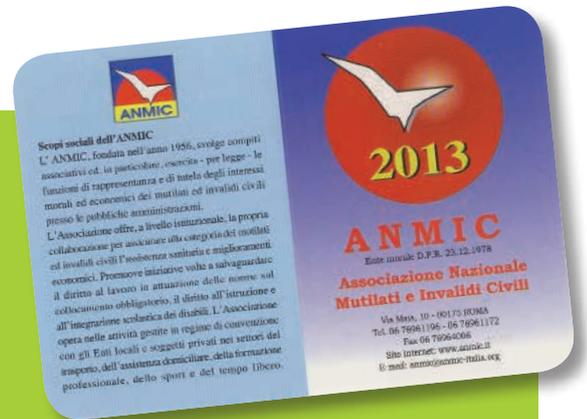
*A.N.M.I.C. Trento
ti augura un Sereno Natale
ed un 2013 speciale!*



Tesseramento 2013

Ti ricordo che puoi rinnovare la TESSERA ANMIC per l'anno in corso in qualsiasi momento e con le seguenti modalità:

- **BONIFICO BANCARIO** – rivolgendoti alla tua banca con i dati sotto riportati;



Per il versamento della QUOTA ASSOCIATIVA 2013 servitevi della Vostra banca utilizzando il sottoriportato bonifico

RICHIESTA DI VERSAMENTO A MEZZO BONIFICO ELETTRONICO		VI PREGHIAMO DI VOLER VERSARE _____	
BENEFICIARIO		IMPORTO	ENTRO IL
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI E INVALIDI CIVILI VIA BENEVOLI, 22 TRENTO		€ 36,15	
PRESSO CASSA RURALE DI TRENTO		a fronte	
COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE		N. FATTURA	DEL
IBAN IT 50C083 0401 8040 0000 3080681		DI CUI IVA	
		QUOTA ASSOCIATIVA ANNO / 2013	
		DEBITORE:	
Favorite eseguire il presente pagamento mediante bonifico a mezzo Rete Interbancaria <input type="checkbox"/> con pagamento in contanti <input type="checkbox"/> con addebito al conto corr. n° _____			
data e firma _____		MOD. 62	

- **CONTO CORRENTE POSTALE** – bollettino allegato;

- presso la nostra sede di 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.

ATTENZIONE ALLE TRUFFE

Diffidate

da chi si presenta
alla vostra porta
a nome

dell'**ANMIC**

perché 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.

Orario ufficio

Per informazioni oppure consulenze puoi rivolgerti al nostro Ufficio nei giorni ed orari indicati:

Lunedì / Martedì / Mercoledì / Venerdì 8:30 - 12:30

Giovedì 8:30 - 12:30 e 14:00 - 17:00

Sabato CHIUSO

L'Ufficio rimarrà chiuso per FERIE nei giorni:

- 7 febbraio 2013 - solo pomeriggio
- 26 aprile 2013
- 2 e 3 maggio 2013
- 26 giugno 2013

The screenshot shows the Facebook profile for ANMIC - Trento. The cover photo depicts a woman in a wheelchair with her arms raised in a field of purple flowers. The profile picture is the ANMIC logo, which consists of a white dove in flight over a red and blue background. The page name is 'ANMIC - Trento' with 74 likes. Below the name, there are several posts. One post features a quote: 'Il tuo sogno è la vita, ma non accetti il tuo sogno. Insegna a vivere, ma non vivente il tuo sogno. Ma se ogni volta, se ogni sogno è il tuo sogno, rimarrà per sempre. Il tuo sogno è il tuo sogno.' Another post shows a close-up of a horse's head and a dove. The right sidebar contains navigation links like 'Home', 'Like una Pagina', and 'Mi piace'.

È nata la pagina istituzionale di Facebook.

Vuoi iscriverti? Vai su Facebook e cerca ANMIC Trento, clicca su **Mi piace** e potrai far parte della nostra community. Ti aspettiamo!

ANMIC
Sede provinciale di Trento
Via Orazio Benevoli, 22
Tel. e fax 0461 911469
www.anmic-tn.org – info@anmic-tn.org

