



del Trentino

ENTE CON PERSONALITÀ GIURIDICA PRIVATA • D.P.R. 23.12.1978 • SEDE PROVINCIALE DI TRENTO
VIA O. BENEVOLI, 22 • TEL & FAX 0461 911469 • www.anmic-tn.org • info@anmic-tn.org • NOTIZIARIO SEMESTRALE
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (convertito in L. 27/02/2004 n. 46) articolo 1, comma 2, DCB Trento



sommario

3 EDITORIALE **4** IL NUOVO DIRETTIVO **5** CONGRESSO PROVINCIALE **6** RELAZIONE PROGRAMMATICA DEL NEOPRESIDENTE ELETTO **7** TRENINO DELL'ANNO A VINCENZO LOSS **8** L'UFFICIO DEL DIFENSORE CIVICO **9** CRANIOPLASTICA TERAPEUTICA **13** LA SFIDA DELLA "NON AUTOSUFFICIENZA" **22** NEWSLETTER **23** ASSEMBLEA DI VALLE A STORO **24** ANMIC OSPITE NEL CENTRO PER ANZIANI A POVO **26** UN MONDO A PARTE **27** L'EDUCAZIONE DEI BAMBINI DIVERSAMENTE ABILI **29** RACCONTO STORICO **30** NEL DIRETTIVO... **31** AGEVOLAZIONI 2011 **35** TESSERAMENTO 2011

MANIFESTAZIONE
CULTURALE
PATROCINATA E
A PARZIALE BENEFICIO



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
MUTILATI E
INVALIDI CIVILI

Informazioni spettacolo
338 4791351
0461 1902365



*La S.V. è invitata allo spettacolo brillante-musicale
dalle pagine più belle del nostro folklore trentino*

“Te la canto e te la digo”

na finestra sul dialèt con
il gruppo POE.MUS.

Giovedì 2 dicembre 2010 ore 21

Auditorium Fausto Melotti - MART - Corso Bettini, 43 - Rovereto (TN)

Orari d'ufficio

**Il Presidente o il suo delegato ricevono in Sede
tutti i giorni dalle ore 8.30 alle ore 10.30 previo appuntamento**

Per gli appuntamenti prendere contatto con l'ufficio di segreteria, tel. **0461 911469**

Orari degli uffici di segreteria:

dal LUNEDÌ al VENERDÌ: 8.00-14.00 SABATO: 8.00-12.00 - esclusi giorni festivi

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

COMITATO DI REDAZIONE

DIRETTORE RESPONSABILE
Bonvecchio Silvano

REDATTORI
Bonvecchio Silvano
Daffinà Giuseppe
Gorga Maurizio
Gruber Giangiorgio
Bonetta Maria Carla

SEDE ANMIC TRENTO
Via Benevoli 22 - 38122 Trento
tel. 0461/911469
Autorizzazione tribunale n. 655 - 18/11/89

FOTOCOPOSIZIONE E STAMPA
Litografia EFFE e ERRE

Titolare trattamento dati D.L. 196/2003
Bonvecchio Silvano

In copertina: **Tenna - Valsugana** (foto Pietro Frattin)
In retro di copertina: immagini archivio Anmic

chi siamo
dove siamo
e-mail
attività della sede
congresso prov.le
news!!
comunicati
proposte legislative
iniziativa popolare
rinnovo tesseramento
iscrizioni e agevolazioni
servizi e diritti
notizie
...dai giornali
notiziario
indirizzi utili
appuntamenti
farmaci e salute
servizi sanitari
convenzione sanitaria
sport
inserzioni
sorrisi...
alcune poesie... e una storia

IL NOSTRO SITO INTERNET



www.anmic-tn.org info@anmic-tn.org

Editoriale

Amiche e Amici

Torno a comunicare con Voi nella veste di Presidente riconfermato per i prossimi cinque anni.

Sento il dovere di ringraziarVi per la fiducia concessami il 14 novembre 2010 presso l'aula Magna del Seminario Maggiore a Trento, in occasione della celebrazione del nostro Congresso Provinciale come previsto dagli art. 37 e 38 del nostro Statuto.

Era presente il nostro Presidente Nazionale dott. Giovanni Pagano, numerosa la partecipazione, ospite anche l'Assessore alle politiche sociali del Comune di Trento, Violetta Plotegher e alcuni Consiglieri.

Dalla votazione ne è uscito un Consiglio Direttivo rinnovato, sono ben cinque le presenze nuove su undici Consiglieri. Troverete nelle pagine interne la composizione del nuovo Direttivo con le relative foto e le relazioni di fine mandato e di nuova programmazione .

Mi auguro che in questi cinque anni che abbiamo davanti la nostra Associazione abbia la capacità innanzitutto di crescere, sia in numero di associati, sia come partecipazione alla soluzione delle problematiche esistenti e che i progetti illustrati durante il congresso, vengano portati a termine. Tutto questo sarà possibile solo con la partecipazione di tutti.

Colgo inoltre, visto che siamo prossimi alla fine dell'anno, l'occasione per inoltrare a Voi tutti, al Direttivo ai collaboratori e a tutti coloro che ci hanno voluto aiutare, l'augurio di un Buon Natale e di un anno all'insegna della pace e della serenità.



IL PRESIDENTE PROVINCIALE
Silvano Bonvecchio



Il nuovo direttivo



PRESIDENTE
BONVECCHIO SILVANO
LAVIS



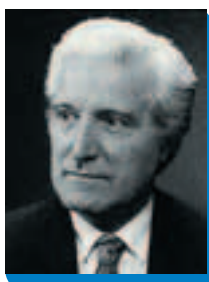
VICE-PRESIDENTE
BONETTA MARIA CARLA
TRENTO



CONSIGLIERE
ARMANI ENZO
TIONE DI TRENTO



CONSIGLIERE
BUFFA PIERAUGUSTO
BASELGA DI PINÈ



CONSIGLIERE
CIOLA ADRIANO
TRENTO



CONSIGLIERE
DAFFINÀ GIUSEPPE
TRENTO



CONSIGLIERE
DOLZAN CARLO
ROVERÈ DELLA LUNA



CONSIGLIERE
FACCHINELLI ANDREA
VATTARO



CONSIGLIERE
GORGA MAURIZIO
TRENTO



CONSIGLIERE
GRUBER GIANGIORGIO
POVO



CONSIGLIERE
LAZZERI MARCO
MATTARELLO



CONSIGLIERE
PIFFER ADRIANO
TRENTO

Revisori dei conti



REVISORE
GABRIELLI GRAZIELLA

LAVIS



REVISORE
LORENZINI BRUNA

POVO



REVISORE
PARIS BRUNA

RUMO



REVISORE SUPPLENTE
CAUMO GUIDO

ARCO



REVISORE SUPPLENTE
COVA GIANCARLO

ROVERETO

14 Novembre 2010 Congresso Provinciale

Per consentire a tutti quelli che non hanno potuto partecipare al nostro congresso di essere al corrente dell'evolversi dell'evento e dei contenuti, pubblichiamo in ordine cronologico i passi essenziali che lo hanno caratterizzato. Pensiamo in questo modo di rendervi tutti più partecipi di quanto succede ai vertici dell'associazione e di indurvi a una riflessione che vi possa portare a diventare membri attivi della stessa. Per andare avanti nella nostra attività abbiamo bisogno dell'aiuto di tutti voi. La vitalità

del nostro movimento dipende dalla partecipazione di ogni singolo associato alla sua attività.

I risultati si ottengono quando in molti si rema con impegno nella direzione per raggiungere l'obiettivo da perseguire.



Relazione Programmatica del Presidente eletto al Congresso A.N.M.I.C.

Ringraziandovi per la fiducia che avete ritenuto di accordarmi nuovamente, riprendo un po' del discorso fatto all'inizio dei lavori, per quanto riguarda gli impegni che la nostra Associazione cercherà di portare avanti nei futuri 5 anni a livello Provinciale.

Qualcuno di voi ricorderà che già nel 2008, quando per la prima volta assunsi la carica di Presidente Prov.le ANMIC, chiesi a gran voce fosse istituita la figura del Garante dei disabili. A due anni di distanza proprio in questi giorni si è parlato di riforma della Legge sul Difensore Civico ed è in questo contesto che va a porsi la convocazione ricevuta dalla nostra Sede Provinciale, per un'audizione promossa dalla 1° Commissione provinciale permanente, appunto sulla riforma del Difensore Civico. Riforma contenuta in cinque disegni di legge che saranno esaminati dal Consiglio Prov.le. Questa riforma se andrà a buon fine, sarà sicuramente una novità a livello Naz.le per lo meno, per quanto concerne il problema della disabilità. Il Difensore Civico pertanto incarna, per mezzo delle nuove funzioni, la figura di garante e promotore dei diritti delle fasce più deboli della nostra società, purtroppo, sovente dimenticate dallo sguardo miope, se non addirittura cieco, del Legislatore. Detto ciò il Difensore Civico si occuperà in particolar modo dei soggetti maggiormente a rischio di disagio sociale, economico, culturale, psichico e fisico, al fine di agevolare l'esercizio dei loro diritti nei confronti della pubblica amministrazione. L'assegnazione al Difensore Civico del ruolo di garante dei diritti delle persone portatrici di handicap, potrà promuovere e garantire l'effettività ed esigibilità dei diritti delle persone diversamente abili, assicurando l'applicazione della

normativa a loro tutela, sanciti dalla Costituzione, dalla Legge 5 febbraio 1992 n°104, dalla L.P. 10 settembre 2003 n°8 e per finire dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata a New York dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e ratificata dal nostro Paese il 30 marzo 2007 dall'allora ministro della solidarietà sociale On. Ferrero.

Tutto questo non vuole e non deve diventare un "Disminuire" il compito che hanno le Associazioni, cioè quello di tutelare le persone affette da disabilità, bensì, quello di avere una figura istituzionale che garantisca con i dovuti poteri e mezzi, quelle inadempienze di tipo legislativo che le persone più deboli debbono affrontare per il normale vivere quotidiano e che le Associazioni nonostante si prodighino a far sì che le leggi vengano rispettate, a volte non riescono nello scopo. Ecco dunque il compito che ci aspetta, quello cioè di tenere alta la guardia, affinché questa riforma venga tramutata in legge nel minor tempo possibile.

Altro progetto a cui la nostra Associazione ha aderito e che vedrà la sua fase attuativa nel 2011 si chiama TreC e cioè "Cartella Clinica del Cittadino" questo sistema garantisce l'accesso alla documentazione clinica prodotta dalle strutture sanitarie provinciali, referti, esami di laboratorio, lettere di dimissioni, tutto queste cose potranno essere sempre accessibili al cittadino attraverso Internet. TreC potrà diventare un diario della salute, dove il cittadino potrà inserire dati sull'evolversi di una malattia cronica, dati inerenti a diete attività fisica ecc. Il cittadino con questo sistema potrà essere sempre in contatto con il proprio medico attraverso un sistema di messaggistica protetta. L'altro obiettivo che ci eravamo

prefissi nel 2008 è stato avviato. Nei prossimi 5 anni sarà nostro compito quello di poter raggiungere il maggior numero dei nostri iscritti che abitano nelle valli del nostro territorio. Come ricorderete era e rimane quello di creare una rete di nostri soci per monitorare il territorio di competenza di ognuno, cercando di risolvere con l'aiuto della sede Prov.le, problematiche inerenti la disabilità. Parlo innanzitutto dei problemi legati alle barriere architettoniche, trasporti, parcheggi ecc. In un secondo tempo si potrebbero mettere le basi per la formazione di nostri rappresentanti di zona i quali manterranno i contatti con la sede Prov.le. Altro obiettivo è quello del tavolo di lavoro a cui la nostra Associazione ha aderito, che ha avuto inizio in primavera con l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Trento, tavolo che dovrà decidere quali saranno le problematiche più urgenti da portare a risoluzione per quanto riguarda le persone diversamente abili, progetto, che credo occuperà nei prossimi anni parecchio tempo.

Termino ora questa mia breve relazione auspicando che con il nuovo Direttivo che è stato eletto oggi, si possano mettere delle basi per nuovi progetti che facciano in modo che la ANMIC sia sempre in prima linea per quanto concerne i problemi di tutte le persone invalide che si perdono nell'immenso calderone della burocrazia e che contribuisca a dare voce a queste persone, attraverso azioni volte a sconfiggere le barriere mentali, i pregiudizi e le discriminazioni che ancora esistono nella nostra società.

Vi ringrazio nuovamente per aver voluto riporre la vostra fiducia nella mia persona, il compito che ora mi attende è molto arduo, cercherò con umiltà di assolverlo nel migliore dei modi.

Grazie.

Il premio Trentino dell'anno in loving memory 2009 a Vincenzo Loss

di Giangiorgio Gruber

A distanza di due anni dalla sua scomparsa il Comitato Scientifico de "il Trentino dell'anno" ha assegnato la targa d'argento a Vincenzo Loss rinverdendo la memoria della sua azione a favore dei più bisognosi con la seguente motivazione: "Per aver testimoniato, nel suo lungo percorso di vita, la sua onestà, il suo rigore morale, la sua generosità verso gli altri, Loss diventa modello di umanità. La sua dedizione, la sua capacità relazionale, la sua sensibilità verso i "diversamente abili", i mutilati e invalidi civili (ANMIC) e gli invalidi del lavoro (ANMIL) lo hanno portato ai vertici delle associazioni a cui ha contribuito a dare dignità e valore istituzionale". La cerimonia si è svolta a Palazzo Trentini sede del Consiglio Provinciale di Trento nella sala dell'Aurora sotto i magnifici affreschi di Orlando Fattori e dei lavori di Domenico Romani e

nella cornice di un folto pubblico che ha voluto con la sua presenza rendere omaggio oltre che a colui che fu il nostro Presidente Vincenzo Loss anche a Giulio Tononi, Giuseppe Bernardi, Viola Mancini e alle Associazioni AVIS e Lega Pasi Battisti. Il Consigliere Provinciale dott. Mario Magnani già Assessore alle Politiche Sociali e Sanità ha voluto ricordare la figura di Loss sottolineando al di fuori della motivazione ufficiale le sue doti di indomito combattente dal carattere forte e determinato, nel difendere i più deboli, riscontrate nella personale conoscenza durante il periodo di collaborazione a livello politico allorquando entrambi si trovarono intorno al tavolo delle trattative per legiferare su problemi Sociali e Sanitari. Da quegli incontri nacque un rapporto di reciproca stima e di amicizia che poi durò nel tempo e che portò al perdere di costruttivi rapporti di colla-



borazione. Ha ritirato il riconoscimento la moglie Rita che visibilmente commossa ha lasciato la parola al figlio per i ringraziamenti di rito. Inevitabilmente un velo di malinconia ha pervaso l'ambiente immediatamente svanito d'incanto al pensiero di ciò che Vincenzo avrebbe detto nel sapere di essere da quest'anno assieme a Walter Micheli, Beniamino Andreatta, Giuseppe Sebesta, Flavio Faganello, Adriana Zardini e Andrea Mascagni a godere di un riconoscimento meritato e in cotanta degnissima compagnia.



L'Ufficio del Difensore civico

Maria Ravelli

*Direttore dell'Ufficio del Difensore civico
Provincia autonoma di Trento*

L'ufficio del Difensore civico è stato istituito, nella nostra Provincia, con una legge provinciale del 1982 ed ha iniziato ad operare, con la nomina del primo "difensore del popolo", nel 1985. Un quarto di secolo di attività intensa, che prosegue oggi con il nuovo Difensore civico avv. Raffaello Sampaolesi, quasi sempre lontana dal clamore mediatico, svolta nella riservatezza che caratterizza, da sempre, lo stile dell'Istituto.

Forse anche per questa sua vocazione alla sobrietà, il Difensore civico è ancora oggi poco conosciuto fra la gente trentina ed ogni occasione diventa perciò preziosa per illustrare le sue funzioni ai cittadini, affinché tutti conoscano l'esistenza di questo istituto di garanzia, che è strumento di tutela dei diritti ed interessi, gratuito ed accessibile a tutti.

L'intervento dell'ufficio è di norma generato da una specifica richiesta con la quale un qualsiasi cittadino chieda all'ufficio di agire, in una sede stragiudiziale e non contenziosa, nei confronti di una amministrazione pubblica i cui atti o comportamenti si reputino lesivi di diritti od interessi del richiedente e/o di altri cittadini interessati.

Compito del Difensore civico è difatti quello di intervenire nei confronti delle pubbliche amministrazioni per tutelare i di-

ritti dei cittadini nel caso in cui si verificano ritardi, omissioni, silenzi, disfunzioni amministrative in genere. Tale compito non prevede poteri di natura coercitiva, ma unicamente azioni di persuasione e sollecitazione volte ad una composizione bonaria dei conflitti. L'efficacia degli interventi dipende perciò, in gran parte, dal valore delle argomentazioni giuridiche elaborate dall'ufficio e dunque dalla forza persuasiva delle stesse.

Come accennato, il ricorso al Difensore civico è privo delle "controindicazioni" cui va incontro chi, invece, ricorre ai classici mezzi di tutela dei diritti che sono rappresentati, nel campo della giustizia amministrativa, dalle istanze giurisdizionali al TAR: l'azione del Difensore civico è gratuita, i tempi di attesa mediamente molto bassi, le formalità di accesso all'ufficio pressoché assenti.

Nel campo della disabilità l'impegno dell'ufficio è particolarmente attento: le segnalazioni che riguardano, infatti, presunte lesioni di diritti o interessi di soggetti portatori di handicap guadagnano la priorità sul complesso delle altre tematiche trattate, divenendo, in questi casi, l'azione dell'ufficio tanto più forte e decisa quanto più debole è la posizione del soggetto richiedente tutela. Tanto è vero che, ai sensi dell'art. 36 della

Legge n. 104/1992, il Difensore civico può costituirsi parte civile nei giudizi per determinati reati in cui il soggetto leso sia una persona portatrice di handicap. Ciò nonostante, si deve riconoscere come non siano mai stati numericamente consistenti i casi oggetto di segnalazione riguardanti persone con disabilità, anche qui, probabilmente, a causa della scarsa conoscenza del servizio della difesa civica trentina da parte di chi potrebbe avvalersene. Per questo si ritiene particolarmente importante la collaborazione istituzionale avviata dalla Sezione provinciale di Trento dall'ANMIC, con la quale ci si è ripetutamente confrontati su tematiche di varia natura, al fine di individuare le modalità di intervento più opportune per affrontare problemi di carattere generale o questioni più specifiche di singoli associati.

Questa stessa collaborazione potrà svilupparsi in maniera più articolata e concreta se alcune mirate proposte legislative di riforma della difesa civica trentina, attualmente al vaglio della competente commissione permanente del Consiglio provinciale, supereranno l'esame dell'organo legislativo attribuendo al Difensore civico compiti specifici nel campo della tutela dei diritti delle persone portatrici di handicap.

Cranioplastica terapeutica

B. Zanotti, A. Verlicchi, P.C. Parodi

Neurochirurgia e Clinica di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Università degli Studi, Udine

Tl nostro cervello è protetto da tre strati di tessuti, detti meningi, dal liquor (liquido in cui è immerso il cervello) e dalla scatola cranica.

Lo stato di integrità della calotta cranica può essere violato in due modi: o ad opera di un trauma o per volontà del chirurgo.

Il coinvolgimento del cranio in traumatologia non è infrequente. Spesso si limita ad un frattura cranica che non necessita di trattamento. Vi sono però anche situazioni dove parte della calotta cranica deve essere rimossa chirurgicamente. Per esempio, nel caso di fratture comminute (fratture in cui l'osso è rotto in più punti, con formazione di piccoli frammenti) con infossamento osseo, il chirurgo, durante la toilette, nell'impossibilità di ricostruire la teca cranica, rimuove i frammenti ossei. Oppure, nei casi associati a rigonfiamento cerebrale (posttraumatico o postischemico) non controllabile dalla sola terapia farmacologica dove viene, alle volte, proposta la cosiddetta "decompressione cranica", vale a dire si asporta una rilevante porzione di calotta cranica per dare spazio all'espansione cerebrale al fine di limitare i danni da compressione dell'encefalo edematoso all'interno di una scatola cranica inespandibile. L'osso asportato, ove possibile, viene crioconservato in una banca dei tes-

suti per essere successivamente reimpiantato.

Ma vi sono anche altre condizioni non traumatiche dove vi è la necessità di asportare parte della calotta cranica. Pensiamo a tutte quelle situazioni tumorali (soprattutto metastasi o meningiomi) dove il coinvolgimento della teca cranica può essere sia diretto sia di tipo reattivo. Infatti, le neoplasie possono produrre sia la distruzione del segmento osseo colpito sia una reazione osteoblastica con neoproduzione ossea.

Da sempre la medicina si è sforzata di trovare soluzioni per colmare queste craniolacunie al fine di fornire una nuova protezione all'encefalo sottostante e ridare, ovviamente, anche una restituzione estetica. Ma non solo. Si è visto che la lacuna cranica, specie se di grandi dimensioni, può creare dei danni encefalici che gli studiosi hanno classificato in almeno due sindromi: la "sindrome del trapanato cranico" (cefalee, attacchi epilettici, vertigini e alterazioni del tono dell'umore, ecc.) e la "sindrome del lembo cutaneo affossato" (prevalentemente deficit cognitivi e motori). Tali sindromi possono regredire dopo l'asportazione della cranioplastica. Quest'ultima, secondo alcuni, avrebbe anche la possibilità di riequilibrare il flusso del liquor in quei casi dove vi è la tendenza

ad un idrocefalo (accumulo patologico di liquor) subclinico ed a ridurre la frequenza e l'intensità delle crisi epilettiche.

Fino a circa un decennio fa la cranioplastica veniva sostanzialmente realizzata modellando, in sala operatoria, dei materiali al fine di dare una curvatura ed una forma atte ad inserire il manufatto nella lacuna ossea. È immaginabile che non sempre il risultato funzionale ed estetico fosse quello sperato. Da questo lo sforzo dell'industria biomedicale di trovare soluzioni, sia nella modellazione sia nella scelta dei materiali, per cercare di realizzare una cranioplastica sempre più funzionale alla restituzione della situazione anatomica preesistente alla craniolacunia. Attualmente la proposta migliore è data dalla realizzazione di cranioplastiche su misura (custom made), cioè cranioplastiche personalizzate: concepite e realizzate in fabbrica solo per quel paziente. La cranioplastica ha quindi le dimensioni, la curvatura, lo spessore, la morfologia perimetrale atte a quel tipo di craniolacunia, per quel paziente e per nessun altro.

I materiali

L'osso autologo (prelevato dal paziente stesso) crioconservato nelle banche dell'osso è il materiale maggiormente usato. Sep-pure motivata da apparente risparmio economico e dal mag-

gior biomimetismo (ossia corrispondenza ai processi biologici e biomeccanici della natura, un materiale biomimetico è un materiale che mima un sistema biologico nelle sue proprietà), questa scelta però non è sempre possibile (nei casi di demolizione cranica per lesioni invadenti la teca) o vantaggiosa (circa il 25% degli opercoli ossei va incontro ad un riassorbimento asettico nel volgere di pochi mesi o anni, costringendo così il Paziente ad un nuovo interventi chirurgico).

Se la scelta è verso un materiale sintetico, la protesi cranica deve essere realizzata su misura. Infatti, non dovrebbe essere più accettata la modalità "a banco", da realizzarsi in sala operatoria, se non in casi particolarissimi: quando la spettanza di vita è brevissima o quando lasciare la craniolacunia, seppure per un breve periodo in attesa della cranioplastica su misura, rappresenta un rischio reale per il Paziente. Inoltre, la cranioplastica ideale deve possedere spiccate proprietà biomimetiche (biointerazione, biointegrazione, biostimolazione con l'osso). In questo senso, attualmente, il materiale più idoneo è l'idrossiapatite (HA), che ha, comunque, lo svantaggio di essere inizialmente fragile. Alle volte, però, bisogna privilegiare la resistenza meccanica primaria, seppure in un contesto di biocompatibilità. In questi casi il materiale di riferimento è allora il polimetilmetacrilato (PMMA), che, rispetto all'HA, ha una resistenza alla compressione ed alla flessione circa dieci volte maggiore ed una elasticità quasi doppia. Infatti, l'HA assomiglia molto di più all'osso spongioso, mentre il PMMA è più

simile all'osso corticale.

L'HA è un bioceramico (ossia un ceramico di uso biologico) di sintesi che mostra la stessa formulazione chimica dei microcristalli ossei e di conseguenza ha lo stesso rapporto Calcio/Fosforo presente nei tessuti ossei. L'HA "porosa" permette la crescita al suo interno del tessuto osteofibroso (osteoconduttività) e quindi la saldatura al tessuto osseo circostante. Infatti, l'osteoconduttività è direttamente proporzionale alla porosità, che può variare in termini di grandezza e numero dei pori e di tipologia di interconnessione. Maggiore è il grado di interconnessione e porosità e migliore risulta l'osteoconduttività. La sperimentazione dell'HA, quale materiale per le cranioplastiche su misura, nasce dalla ricerca tutta italiana. È la Fin-Ceramica di Faenza, nata come spin-off dell'Istituto di Scienze e Tecnologia dei materiali ceramici del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), che ha messo a punto la procedura e che l'ha fatta conoscere non solo in Italia, ma anche esportata in tutta Europa ed ora anche in Sud Africa, nel Medio Oriente ed in Canada.

Il PMMA è una materia plastica, forse più nota con il nome commerciale di Plexiglas, formata da polimeri del metacrilato di metile, estere dell'acido metacrilico. È un materiale conosciuto da moltissimi anni, in quanto fu sviluppato nel 1928 in vari laboratori e immesso sul mercato nel 1933 dall'industria chimica tedesca Röhm. Già nel 1940, dopo vari esperimenti sugli animali che non dimostrarono particolari reazioni avverse, il PMMA veniva usato per le cranioplastiche.

Procedura operativa

L'uso delle neuroimmagini, di fatto, ora copre tutto l'arco della realizzazione e messa a dimora di una cranioplastica. L'iniziale acquisizione dei dati TC cranici del Paziente, la realizzazione del modello 3D in resina, la successiva neuronavigazione (ossia la tecnica che consente di visualizzare in tempo reale sull'immagine di RM o TC la posizione intraoperatoria), per creare l'allungamento della cranioplastica nei casi di demolizione-ricostruzione cranica, si avvalgono delle neuroimmagini.

In estrema sintesi gli step per giungere alla realizzazione di una cranioplastica su misura possono riassumersi così:

- il Paziente viene sottoposto a TC cranica a strato sottile
- le immagini DICOM (*Digital Imaging and COmmunications in Medicine*) vengono inviate al laboratorio di produzione della cranioplastica su misura
- con processi CAD (*Computer Aided Design*) e CAM (*Computer Aided Manufacture*) si crea il prototipo virtuale della protesi specifica per quella craniolacunia, tenendo conto della curvatura e dello spessore necessari per quel tipo di cranio
- viene realizzata la ricostruzione tridimensionale (3D) del modello del cranio del Paziente in resina in scala 1:1
- il chirurgo valida la protesi proposta sul modello del cranio in resina
- realizzazione della protesi definitiva
- processo di sterilizzazione ed invio del manufatto alla sala operatoria
- impianto della protesi da par-

te del chirurgo. Allo stato attuale non si può prescindere da questa filiera computerizzata, che va dalla progettazione alla realizzazione dell'atto chirurgico, se si vuole ottenere il miglior risultato possibile. Se invece si sta realizzando una cranioplastica da utilizzarsi in una demolizione-ricostruzione cranica nel caso di tumore, ovviamente vengono aggiunti due passaggi in più nella filiera. Bisognerà concepire, sul modello 3D del cranio, l'area da demolire, che sarà uguale a quella che si realizzerà poi in sala operatoria, avvalendosi dell'uso del neuronavigatore. Quest'ultimo, infatti, implementato sia con le immagini della cranioplastica sia con quelle TC o RM craniche del Paziente stesso, permette di definire, in tempo reale, l'esatta area da demolire fornendo in ogni punto della superficie cranica le coordinate spaziali dove realizzare la demolizione stessa. Dobbiamo immaginare il neuronavigatore come una sorta di GPS che permette al chirurgo di conoscere le esatte coordinate dove si trova ad operare.

Criticità

Due sono le criticità di questa procedura. La prima riguarda i tempi di realizzazione della cranioplastica nel laboratorio di produzione, che possono variare da meno di un mese per i prodotti in PMMA a qualche mese per quelli in HA. Non sempre questi tempi sono accettabili. Infatti, per cercare di limitare i danni prodotti dalle sindromi del trapanato cranico e quella dell'affossamento del lembo cutaneo nella craniolacunia, tutti consigliano che la copertura della lacuna debba avvenire

immediatamente nei casi di demolizione e ricostruzione cranica per tumore e non oltre un mese in tutti gli altri casi.

Per eliminare alcuni passaggi dispendiosi in termini di tempo e di costi, attualmente sono in avanzato stato di progettazione portali di WEB 2 dove il chirurgo interagisce con il laboratorio di prototipazione senza bisogno di spostare fisicamente il modello, ma tutto in forma virtuale.

I vantaggi sono innegabili: i chirurghi possono accedere al portale da qualsiasi ubicazione fornita di collegamento internet, scaricare direttamente i dati DICOM, interagire senza intermediazioni con i tecnici sfruttando la tecnologia di modellazione 3D e fornire così un feedback più preciso ed accurato sulla progettazione dei prototipi. Si è calcolato che con questo processo gli impianti possono essere prodotti impiegando il 30% in meno di tempo, permettendo anche di ridurre di circa il 20% l'impegno lavorativo sia per il chirurgo sia per il personale tecnico.

L'altra criticità riguarda i costi, che variano da circa 5.000 euro a oltre 8.000 euro. In periodo di ristrettezze di risorse per la Sanità, questo può diventare un deterrente e favorire l'uso di vecchi materiali che comportano la realizzazione di cranioplastiche a mano libera in sala operatoria, con costi di poche migliaia di euro, ma con risultati spesso opinabili.

Va tuttavia considerato che potrebbe non trovare più giustificazione, e quindi portare anche una implicazione medico-legale, il comportamento del medico di non fornire al Paziente, al

consenso informato, notizie sugli standard procedurali e sulle potenzialità dei vari materiali e delle cranioplastiche custom made, al di là dei costi ed al di là che si realizzino o no cranioplastiche su misura nel Centro di riferimento. Il consenso informato impone che, anche nel caso di chirurgia per cranioplastica, si esponga al Paziente che attualmente i migliori risultati si ottengono fruendo della procedura custom made.

Evoluzione

La cranioplastica su misura con gli odierni standard ha sicuramente raggiunto dei traguardi impensabili solo fino a qualche anno fa, ma presenta ancora dei punti che vanno sviluppati.

Per quanto riguarda i componenti, l'HA è indubbiamente un materiale valido che però presenta una fragilità iniziale che perdura per mesi, prima che avvenga il processo di osteoinduzione ed osteointegrazione. Per cercare di accorciare questi tempi di rimaneggiamento osseo della protesi si stanno ingegnerizzando le protesi stesse caricandole di fattori di crescita. Sicuramente le staminali daranno un ulteriore impulso a rendere sempre più osteomimetici questi manufatti.

Conclusioni

Chi rimane vittima di un accidente o subisce una procedura chirurgica che porta ad una craniolacunia deve essere consapevole che, allo stato attuale, è possibile la restitutio *ad integrum*, avvicinandosi grandemente alla situazione preesistente, fruendo della tecnologia per realizzare cranioplastiche custom made.

Mentre i più ritengono che tale procedura serva solo a fini estetici, e quindi non sempre è coperta dalle assicurazioni, va ribadito il fatto che si tratta prevalentemente di una procedura "terapeutica", che va realizzata nel più breve tempo possibile. È quindi un diritto.

Il principio che la nostra Sanità deve tendere verso un recupero della salute del soggetto è confermato dalla Legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la quale prevede che il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto ad erogare "prestazioni sanitarie rivolte al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali" (art. 26).

Il Paziente deve quindi essere messo a conoscenza delle tecniche praticate di routine per la realizzazione delle cranioplastiche in sala operatoria, ma anche delle eventuali tecniche alternative (e all'avanguardia) e dei Centri ove queste vengono eseguite, affinché possa scegliere liberamente il trattamento più confacente alle sue esigenze.

Concludiamo, infine, prendendo a prestito le parole del Prof. Carlo Moreschi, Medico Legale dell'Università degli Studi di Udine che sostiene che: "Nell'ambito assistenziale sociale (Invalidità Civile), assicurativo previdenziale (INPS, INAIL) e assicurativo privato la cranioplastica "custom made" potrebbe comportare, oltre ai già descritti vantaggi per la tutela della salute della persona, una riduzione del "risarcimento" o del numero di "prestazioni" che l'Ente o Compagnia assicuratrice

potrebbe essere tenuta a corrispondere all'assistito/assicurato, compensando così il maggior costo di tale tecnica protesica, permettendo quindi di ottenere vantaggi sia in termini economici che sociali (recupero professionale e reinserimento nella vita di relazione)".

Chi quindi avesse necessità di

un impianto di protesi cranica è bene sia informato adeguatamente.

Conoscere le potenzialità delle cranioplastiche custom made è di estrema importanza e per questo chi ne volesse sapere di più può visitare il sito www.cranioplastica.it, che parla diffusamente dell'argomento.

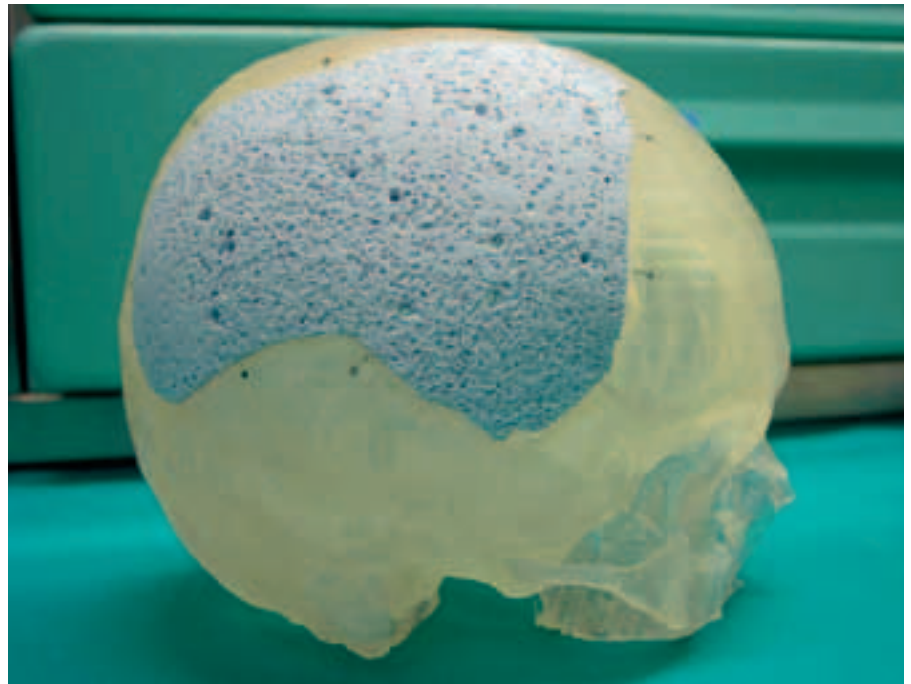


Figura 1. Manufatto in idrossiapatite porosa realizzato con la tecnica "custom made", su modello tridimensionale in resina del cranio del Paziente.

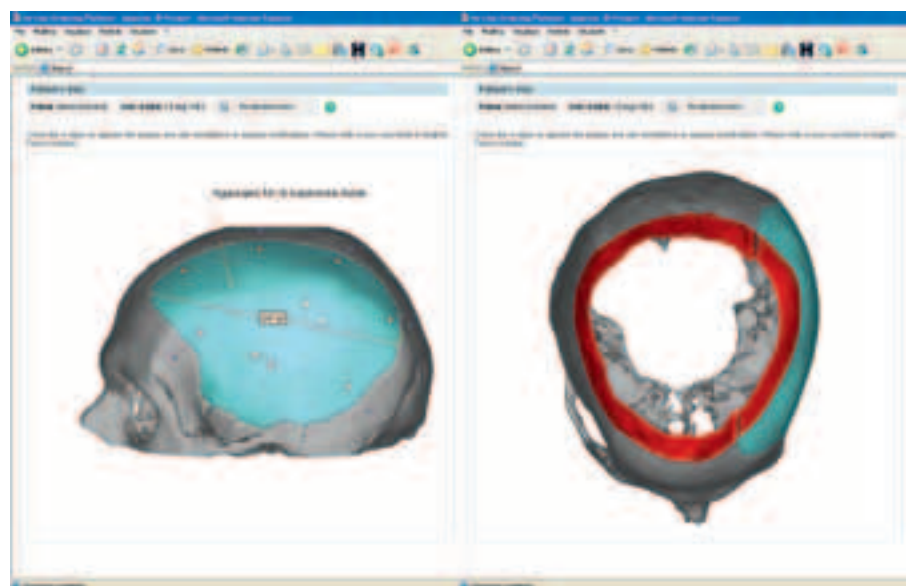


Figura 2. Sul portale WEB dedicato, il chirurgo ed il tecnico della produzione possono interagire per visualizzare, modificare e poi validare la realizzazione della cranioplastica con un processo che, dall'acquisizione delle immagini TC craniche del Paziente alla realizzazione del manufatto da applicare chirurgicamente, avviene solo attraverso la gestione delle immagini virtuali.

La sfida della “non autosufficienza”

Fabio Cembrani

Direttore Unità Operativa Medicina Legale

Sono molte le ragioni che mi spingono a proporre ai lettori una riflessione su una tematica –quella della non autosufficienza– che appare per così dire “*trasversale*” ai molti settori della nostra organizzazione impegnati nella diagnosi e nella cura e che investe, in primis, anche le strutture specialistiche medico-legali aziendali risultando queste attivamente impegnate nella valutazione (e graduazione) del bisogno delle persone disabili.

Una prima ragione è la recente approvazione, da parte del Consiglio provinciale della Provincia autonoma di Trento, della norma (legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16: “*Tutela della salute in provincia di Trento*”) che ha modificato l’assetto istituzionale della sanità trentina con innovative previsioni tra cui, per il tema in esame, merita ricordare:

- l’individuazione (art. 29, co. 4) di una nuova Direzione (c.d. “*per l’integrazione socio-sanitaria*”) deputata a sovrintendere nonché a coordinare “... le iniziative dell’azienda a valenza socio-sanitaria ... , assicurando il collegamento con le comunità istituite ai sensi della legge provinciale n. 3 del 2006 e con i loro organismi di coordinamento, nonché le relazioni con i soggetti accreditati per le attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali”;

- la creazione (art. 21), in ogni distretto sanitario, “... di *moduli organizzativi integrati con i servizi sociali, diretti all’orientamento e alla presa in carico del cittadino*” - (c.d. “*punti unici di accesso*”) - “... *volti a soddisfare il bisogno socio-sanitario a seconda che abbia natura sanitaria a rilievo sociale, sociale a rilievo sanitario o a elevata integrazione sanitaria*”.

Ma una seconda ragione mi spinge a sviluppare questa riflessione: la lettura di due documenti pubblicati con la formula oramai sempre più consolidata, mutuata dal linguaggio militare, del c.d. “rapporto” (il “*Rapporto annuale 2009*” presentato dall’INPS ed il “*Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*” presentato a Roma il 20 luglio u.s. dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali) che testimoniano, rispettivamente, il trend della nostra spesa pensionistica e che forniscono (per quanto almeno dichiarato nella Premessa del Rapporto) una sintesi “... *del fenomeno della non autosufficienza e delle politiche in essere per definire una rinnovata vision della questione anziani integrata nelle politiche sanitarie e di welfare*”.

Per ragioni di opportunità (la modifica dell’assetto istituzionale della sanità trentina è in corso di realizzazione ed il presente contributo non vuole certo con-

dizionarla pur avendo l’ambizione di far luce sui molti problemi delineando lo scenario che certamente caratterizzerà il nostro prossimo futuro e quello delle generazioni a venire) mi limiterò ad un commento dei dati che emergono dai due Rapporti recentemente pubblicati prima di proporre alcune considerazioni riguardo la nostra situazione epidemiologica territoriale.

I dati nazionali

Il Rapporto 2009 pubblicato dall’INPS segnala (Parte VI: “*Le prestazioni istituzionali –Le pensioni e i pensionati*”) il drastico incremento della spesa pensionistica registrato dal nostro Paese negli ultimi anni: questa spesa è stata, nel 2009, di 173.127 milioni di euro con un incremento, rispetto al 2008, di 5.071 milioni di euro (+ 3 %) al netto ed un’incidenza sul prodotto interno lordo dell’11.32%.

Tale incremento è particolarmente evidente nel settore delle invalidità civili (invalidi civili, ciechi civili e sordomuti) dove il Rapporto INPS registra un andamento della spesa in crescita esponenziale nel quinquennio 2005-2009: i titolari di prestazioni economiche sono passati, in questi settori di tutela assistenziale, dai 2.082.255 del 2005 ai 2.627.087 del 2009 con un incremento, in pochi anni, del 23,9 %. Nel 2009, la spesa complessiva sostenuta dal nostro Paese per le presta-

zioni monetarie a favore di questa eterogenea categoria di persone è stata di 16.000 milioni di euro rispetto ai 12.927 milioni di Euro del 2005 e ai 10.911 milioni di Euro del 2002; l'incremento della spesa monetaria non è stato, tuttavia, parallelo per tutte le prestazioni economiche se si considera che in pochi anni (2002-2009) la spesa per le pensioni di invalidità è aumentata del 15% (3.798 milioni di euro vs. 3.314 milioni di euro) quando quella sostenuta per il pagamento della indennità di accompagnamento è vertiginosamente salita, nel medesimo periodo, del 61% (12.201 milioni di euro vs. 7.596 milioni di euro). L'incremento della spesa assistenziale (+ 4,9% rispetto al 2008) e la sua crescita davvero esponenziale registrata nel giro di pochi anni (le prestazioni d'invalidità civile sono lievitate dai 10.911 milioni di Euro registrati nel 2002 ai 16.000 milioni del 2009 con un incremento del 47%) hanno, probabilmente, condizionato non solo gli irresponsabili *scoops* mediatici sempre più tesi alla ricerca dei presunti "colpevoli" sui quali rovesciare i molti e complessi problemi del nostro Paese (con la sola forza della retorica ci si è spesso riferiti ai c.d. "falsi invalidi" o al fenomeno "invalidopoli") ma anche una certa politica nazionale sempre pronta a rincorrere i problemi con la speranza, però, di non affrontarli mai sistematicamente e di rinviare comunque ad altri la loro soluzione: le ultime Leggi finanziarie hanno, infatti, affidato all'INPS un piano straordinario di accertamenti di verifica sanitaria e reddituale che avrebbe portato (l'uso del condizionale è, in questo campo,



d'obbligo perché i dati ufficiali su questo piano straordinario di verifiche non sono stati ancora pubblicati dall'INPS né è dato al momento conoscere la mole del contenzioso giurisdizionale che le revoche delle prestazioni monetarie hanno prodotto ed i costi sociali connessi a questo piano straordinario sia in termini diretti che indiretti) alla revoca, in oltre il 15% dei casi, della prestazione economica.

Esulando dagli scopi di questa riflessione l'analisi dei determinanti causali all'origine di quanto osservato riguardo al trend pensionistico (per chi desidera approfondire l'argomento è d'obbligo il riferimento ad un lucido commento di Cristiano Gori in corso di pubblicazione su "*I luoghi della cura*"), merita ancora evidenziare che il "*Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*" stima in 17,3 miliardi di euro la spesa pubblica sostenuta dal nostro Paese, nel 2007, per l'assistenza continuativa erogata alle persone non autosufficienti;

si tratta di una somma certamente cospicua, la metà della quale è allocata a prestazioni di natura monetaria che appare sbilanciata in tale direzione rispetto agli altri Paesi europei (la nostra spesa monetaria per il *long term care* è, secondo il Rapporto, del 42% contro il 24% della Germania e il 14% della Norvegia).

C'è da chiedersi, evidentemente, se tali diverse scelte allocative condizionano gli *outcomes* di salute delle persone non autosufficienti (e dei relativi familiari) e se, soprattutto, esse modificano o meno i tassi di disabilità registrati nei diversi Paesi europei che stime difficilmente confrontabili fanno oscillare, se ci si riferisce alle sole persone ultra-65enni, entro un ampio range ai cui poli opposti si trovano (Fonte ECFIN, 2006) i Paesi Bassi (15,7%) ed il Regno Unito (30,5%). A questa domanda non si è in grado, al momento, di dare una risposta inequivoca per la mancanza di studi capaci di analizzare e confronta-

re gli indicatori di risultato delle allocazioni monetarie rispetto all'erogazione di servizi; ciò nonostante, citando quanto testualmente scritto nel "**Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010**", è indubbio che "... le risorse messe in moto dall'indennità di accompagnamento, dalle assistenti familiari, dalla famiglia e dal volontariato giochino la partita principale nel governo assistenziale dell'anziano e costituiscano un ammortizzatore sociale straordinario ed efficiente in grado, in talune Regioni, di supplire alla carenza dei servizi pubblici specifici " e che "... rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia è troppo sbilanciata verso i trasferimenti monetari".

In questo Rapporto si descrive una situazione che rappresenta due Italie: una, geograficamente individuata a Nord della capitale, con **setting** assistenziali che guardano all'Europa e che beneficiano della presenza di reti assistenziali sufficientemente integrate pur non essendo in grado di intercettare, al momento, le persone con i maggiori bisogni (c.d. "universalismo selettivo"); una seconda Italia comprende invece il Lazio, il Sud e le Isole maggiori in cui i servizi di **long term care** sono sporadici, non strutturati in rete, spesso insufficienti ad affrontare i i bisogni della persona a cui si risponde o attraverso il ricovero inappropriato o con l'auto-organizzazione della risposta assistenziale da parte della famiglia.

La situazione trentina

Affermare che la nostra realtà territoriale è un'"**isola felice**" in un contesto nazionale terribilmente frammentato in cui il Servizio pubblico non è ancora in

grado di garantire alcuna omogeneità/equità di accesso alle prestazioni è vero solo in parte; chi, come chi scrive, si trova giornalmente a contatto con la disabilità e la non autosufficienza conosce la frammentarietà del nostro sistema di sicurezza sociale, le oggettive difficoltà delle famiglie a garantire la continuità assistenziale, lo scarso sviluppo di una filiera assistenziale capace di collegare flessibilmente il domicilio alla residenzialità, la rigidità delle organizzazioni poco inclini a modulare selettivamente i loro rami d'intervento forgiandoli sui bisogni delle persone, il forte divario tra quanto allocato ai servizi domiciliari e quanto destinato alla residenzialità e la difficoltà, non da ultimo, di integrare due mondi professionali (il sociale e la sanità) ancora distanti armonizzandone principi ispiratori, metodi, sistemi di governo ed anche -perché no- indicatori di risultato (**outcomes**).

Personalmente credo che la non autosufficienza sia una tra le sfide maggiori che ci attende come professionisti della salute nel prossimo futuro e sulla quale dovremmo fortemente investi-

re in termini non solo gestionali ma soprattutto formativi e con il coraggio delle scelte e della sperimentazione ammettendo sì i nostri attuali limiti ma riconoscendo, al contempo, le straordinarie opportunità che ci riserva la conoscenza dei problemi del territorio e, diversamente da quanto registrato dal "**Rapporto sulla non autosufficienza in Italia-2010**", la possibilità di ricostruire un quadro discretamente omogeneo dei profili della non autosufficienza in Trentino.

La Tabella 1 riassume la struttura di età della popolazione trentina alla data del 31 dicembre 2008 (Fonte: Servizio Statistica della Provincia autonoma di Trento).

L'analisi della Tabella 1 evidenzia che sul totale delle 519.800 persone residenti in Provincia autonoma di Trento, 99.828 (19,20% vs. 16% della media nazionale) sono quelle ultra-65enni: in questa fase della vita prevalgono, analogamente ai dati rilevati dall'Istituto centrale di Statistica, le donne (59.002, 59,1%) rispetto ai maschi (40.826, 40,9%) e, complessivamente, gli ultra-80 (30.072) e gli ultra-90enni (3.909) costituiscono, rispet-

Tab. 1: Età e genere della popolazione residente in Provincia di Trento

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
0-4 anni	13.791	12.880	26.671
5-14 anni	27.251	25.780	53.031
15-19 anni	13.160	12.372	25.532
20-54 anni	128.045	124.393	252.438
55-64 anni	31.301	30.999	62.300
65-69 anni	13.118	14.416	27.534
70-79 anni	18.298	23.924	42.222
80-90 anni	8.589	17.574	26.163
più di 90 anni	821	3.088	3.909
Totale	254.374	265.426	519.800

tivamente, il 5,78% e lo 0,75% dell'intera popolazione trentina. L'analisi delle caratteristiche demografiche della Provincia autonoma di Trento orienta, pertanto, per una popolazione con un elevato indice di anzianità rispetto alla media nazionale (16%) se si considera che circa un quinto della medesima ha un'età superiore ai 65 anni, con una prevalenza, in questa fase della vita, delle donne contrariamente a quanto osservato nelle prime fasi della vita medesima dove si osserva, invece, una prevalenza di maschi. Le conseguenze del progressivo ma costante incremento dell'età della vita e dell'indice di sopravvivenza, particolarmente evidenti nel nostro contesto territoriale, sono di immediata evidenza se si utilizzano, ora, gli enunciati generali di quel fenomeno ormai noto, in epidemiologia, con il termine di "transizione epidemiologica": al lento, progressivo e costante aumento della speranza di vita si associa, infatti, l'incremento delle patologie cronicodegenerative che rappresentano, al momento, la prima causa di morte registrata in tutti i Paesi industrializzati. Ma non è sulle cause di morte che intendo soffermarmi in questa riflessione quanto, invero, sulla circostanza che la "transizione demografica" (=graduale invecchiamento della popola-

zione) e la conseguente "transizione epidemiologica" (=incremento delle patologie cronicodegenerative) hanno, inevitabilmente, modificato anche l'indice ed i fattori di disabilità del nostro Paese come dimostra, in maniera inequivoca, i data-base gestiti direttamente da questa Unità Operativa.

Il data-base "Anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento" registra, tra il 1992 e il 31 dicembre 2009, 10.245 persone che hanno presentato, in Provincia di Trento, 12.782 domande finalizzate ad ottenere i benefici e le agevolazioni assistenziali previste dalla legge-quadro in materia di handicap: dunque, 1.598 in più rispetto al Report del 2008 e 3.135 in più rispetto a quello dell'anno precedente. Analizzando le caratteristiche demografiche si conferma il trend osservato negli anni precedenti (Tabella 2) e, dunque, la prevalenza delle femmine sui maschi (56,51% vs. 43,49%).

I dati riportati in Tabella 2 confermano l'ulteriore invecchiamento della popolazione contenuta nel data-base se si considera che le persone ultra-65enni passano dal 41,3% registrato nel 2006 al 48,63% registrato nel 2009 riducendosi, contestualmente, la percentuale di quelle infra-18enni (dal 16,8 del 2006 al 13,98% del 2009). Nel-

la fascia di età 0-17 anni prevalgono i disabili di sesso maschile (56,15% vs. 43,85% con un leggero incremento rispetto a quanto registrato nel 2008: 55,52% vs 44,48%); le femmine continuano ad essere mediamente più anziane rispetto ai maschi (fascia di età ultra-65enni: 63,69% vs. 36,31%) mentre nella fascia di età 18-64 anni non emergono grandi differenze statistiche in rapporto al genere (51,89% femmine vs. 48,11 maschi).

L'ulteriore analisi dei dati statistici permette di rappresentare altri indicatori qualitativi a cominciare dalle diverse tipologie di handicap riconosciuto dalla Commissione sanitaria prevista dall'art. 4 della Legge n. 104/92. Più della metà delle persone (4.431, 56,55%) in vita alla data del 31 dicembre 2009 sono state riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità mentre altre 974 (12,43%) sono state riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza e connotazione temporanea di gravità; quasi un quarto delle stesse (1.917, 24,46%) sono state, invece, riconosciute in situazione di handicap con carattere di permanenza, 92 (1,17%) in situazione di handicap con carattere di permanenza e grado di invalidità superiore ai due terzi e, per 60 (0,77%), è stato, infine, riconosciuto uno stato di handicap (non in situazione di gravità) con carattere di temporaneità. Pochi sono stati invece i soggetti che, nel lungo periodo in esame, non sono stati riconosciuti portatori di handicap: il loro numero è di 359 (4,48% vs. 4,67% registrato nel 2008) di tutte le persone registrate nel data-base.

Tab. 2: Provincia autonoma di Trento. Anagrafe dell'handicap. Soggetti notificati per sesso e classe di età. Frequenze assolute e relative. Dicembre 1992 – 31 dicembre 2009

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-17	804	18,04	628	10,85	1.432	13,98
18-64	1.843	41,36	1.988	34,34	3.831	37,39
Ultra-65enni	1.809	40,6	3.173	54,81	4.982	48,63

In relazione alle diverse classi di età dei soggetti, esistono sostanziali diversità nella distribuzione dell' handicap. Se si analizzano le singole fasce di età non trova conferma quanto evidenziato nei Report degli anni precedenti e cioè l' incremento, per le persone infra-18enni, del riconoscimento dell' handicap con connotazione permanente di gravità registrato nel 34,89% dei casi (28,1% nel 2004, 33,2% nel 2005, 41,0% nel 2006, 42,04% nel 2007 e 37,86% nel 2008): tuttavia, se si sommano i soggetti minorenni riconosciuti in situazione di handicap con connotazione permanente di gravità (366, il 34,89%) con quelli riconosciuti in situazione temporanea di gravità (514, il 49%) è da osservare come, in questa fascia di età, si riscontri il maggior numero di disabili in situazioni di gravità (l' 83,89% vs, 85,37% registrato nel 2008). Delle 3.119 persone registrate nella fascia di età 18-65 anni, 1.523 (il 48,83% vs. 49,41% e 50,38% registrato nel

2008 e nel 2007) sono stati riconosciuti in situazione di handicap con carattere di permanenza ed in situazione di gravità e 1.123 (il 36,01% vs. 36,56% e 37,02% registrati negli anni precedenti) in situazione di handicap permanente senza la connotazione di gravità; 347 di essi (l' 11,13% vs. 9,79% e 8,48% registrato nel 2008 e nel 2007) sono stati, infine, riconosciuti in situazione di handicap permanente ma con connotazione temporanea di gravità e 90 (il 2,89% vs. 3,1% vs. registrato nel 2008) in situazione di handicap permanente con invalidità superiore al 67% e/o con minorazioni ascritte alla categoria prima, seconda e terza della pensionistica di privilegio (Legge 10 agosto 1950, n. 648 e successive integrazioni e modifiche). Riguardo alle persone anziane ultra-65enni, 2.539 (il 76,87) di esse sono state riconosciute in situazione di handicap permanente ed in situazione di gravità; 642 (il 19,44% vs. 19,18% registrato nel 2008) in situazione di handicap permanente senza la connotazione di gravità e 113 (il 3,42% vs. 3,79% e. 2,99% registrato nel 2008 e nel 2007) in situazione di handicap permanente con connotazione temporanea di gravità.

Analizzando, ancora, la distribuzione per età stratificata per tipologia di handicap, si evidenzia come il 58,58% (vs. 60,25% e 63,26% registrato nel 2008 e nel 2007) delle persone riconosciute in situazione di handicap a carattere permanente si collocano nella fascia di età dei soggetti adulti (18-64 anni) mentre oltre la metà (il 60%). L' handicap con carattere di permanenza e connotazione di gravità tro-

va, invece, una diversa distribuzione in relazione alla fascia di età delle persone: l' 8,26% di esse si trova nella fascia di età 0-17 anni, il 34,37% nella fascia di età 18-64 anni ed il 57,30% (vs. 55,52% registrato nel 2008) nella fascia degli ultra-65enni. Le persone riconosciute, invece, in situazione di handicap permanente con connotazione temporanea di gravità sono prevalentemente distribuite nelle prime età della vita: il 52,77% di esse ha un' età inferiore ai 18 anni (vs. 53,31% registrato nel 2008) ed il 35,63% (vs. 32% registrato nel 2008) ha un' età compresa tra i 18 ed i 64 anni. Praticamente tutte le persone riconosciute in situazione di handicap permanente e con grado di invalidità superiore ai 2/3 appartengono, infine, alla classe di età 18-64 anni.

Dati statistici di estremo interesse per descrivere il fenomeno della disabilità in Provincia di Trento si desumono analizzando le diverse malattie (menomazioni) che, nel periodo di riferimento, sono state accertate all' origine dell' handicap.

Il settore nosologico prevalentemente rappresentato continua ad essere quello delle malattie del sistema nervoso centrale e delle malattie del sistema nervoso periferico (il 26,04% vs. 25,51% e 25,56% registrato nel 2008 e nel 2007) che, analogamente ai Report precedenti, sono state, per comodità di analisi dei dati, ricondotte in un unico settore nosologico; in questo settore le malattie del sistema nervoso periferico sono, tuttavia, prevalenti rispetto a quelle del sistema nervoso centrale (16,1% vs. 15,08% registrato nel



2008). Seguono, in ordine decrescente, le malattie psichiche (il 23,67% vs. 23,7% e 23,61% registrato negli anni precedenti), quelle neoplastiche (l' 8,9% vs. 8,24% e 7,56%), quelle dell' apparato cardio-circolatorio (il 6,11% vs. 6,39% e 6,16%), quelle dell' apparato uditivo (il 3,97% vs. 4,68% e 5,48%), quelle visive (il 4,01% vs. 4,2% e 4,54%), quelle dell' apparato locomotore ad interessamento degli arti inferiori (il 3,44% vs. 3,44% e 3,52%), quelle congenite-malformative (il 2,72% vs. 2,8% e 3,24%), quelle dell' apparato endocrino (il 3,43 vs. 3,18% e 3,11%) e via via tutte le altre.

Il confronto con i Report degli anni precedenti non dimostra significativi scostamenti nella prevalenza delle malattie riconosciute all' origine dell' handicap; l' unico dato di rilievo risulta essere l' ulteriore lieve incremento delle malattie neurologiche (26,04 vs. 25,51) e di quelle neoplastiche (8,9% vs. 8,24%), la sostanziale stabilità statistica di quelle psichiche (23,67% vs. 23,7%) ed il contestuale decremento delle patologie congeni-

te/malformative nonché di quelle degli organi di senso.

Tra i deficit neurologici, quello più rappresentato è la paraparesi e, dunque, la disabilità motoria: i casi complessivamente accertati nel lungo periodo in esame, riferibili a persone disabili in vita alla data del 31 dicembre 2009, sono 916 (il 47,56% vs. 44,57% e 40,26% degli anni precedenti) e, di questi, 566 (29,33 vs. 29,01% e 28,43%) sono stati riferiti ad una paraparesi con deficit di forza grave o ad una paraplegia associata o non a disturbi sfinterici mentre 293 (15,21% vs. 2,54% del 2008) ad una paraparesi con deficit di forza medio (2,96%). Riguardo agli oltre 200 casi registrati di disturbi neurologici successivi a fatti cerebrali acuti vascolari e/o traumatici non si rilevano differenze statisticamente significative riguardo l' interessamento dell' emisoma (dominante e non dominante): di questi casi, 107 (il 5,56% vs. 8,8% e 6,16%) sono stati ricondotti ad una emiparesi grave o emiplegia associata a disturbi sfinterici, 92 casi (il 4,78%) ad una emiparesi

con interessamento dell' emisoma dominante, 67 casi (3,48% vs. 3,56% e 3,41% degli anni precedenti) ad una emiparesi dell' emisoma non dominante e 53 casi (2,75% vs. 3,07% e 3,19% degli anni precedenti) ad una emiparesi grave o emiplegia dell' emisoma non dominante. Un' altra disabilità statisticamente rilevante è la tetraparesi registrata in 216 (11,21% vs. 11,55% e 13,07% degli anni precedenti); di questi, 125 (6,49% vs. 6,82% e 8,24%) sono stati classificati con il codice 7351 (tetraparesi con deficit di forza grave o tetraplegia associata o non a incontinenza sfinterica) e 57 con il codice 7350 (tetraparesi con deficit di forza medio). I casi di paralisi cerebrale infantile registrati al 31 dicembre 2009 sono stati 70 (il 3,63% vs. 4,43% e 5,57% degli anni precedenti) mentre i casi di sindrome extrapiramidale parkinsoniana o coreiforme o coreoatetotica sono stati 136 a fronte dei 114 e degli 84 registrati, rispettivamente, nel 2008 e nel 2007: di questi, 108 (il 5,61% vs. 5,59% e 4,83%) sono stati qualificati con il codice 7346 (sindrome extrapiramidale parkinsoniana o coreoatetotica grave) e 28 (1,45%) con il codice 7348 (sindrome extrapiramidale parkinsoniana o coreoatetotica). La patologia epilettica è stata registrata in 83 casi a fronte dei 74 e dei 57 registrati nel 2008 e nel 2007: 20 casi (1,04%) sono stati inquadrati in una malattia epilettica con crisi annuali in trattamento, 15 casi (0,78%) in una epilessia generalizzata con crisi mensili in trattamento, 10 casi (0,57%) in una malattia epilettica localizzata con crisi pluri-settimanali o quotidiane



in trattamento, 7 casi (0,36%) in una malattia epilettica localizzata con crisi annuali in trattamento e 3 casi (0,18%) in una malattia epilettica generalizzata con crisi quotidiane. Discretamente rappresentato risulta essere anche il disturbo afasico registrato in 31 casi (l' 1,61% vs. 1,78% vs. 1,71% degli anni precedenti): di questi, 20 (1,04%) sono stati inquadriati in un disturbo afasico grave, 6 (0,31%) in un disturbo afasico lieve e 6 (0,31%) in un disturbo afasico medio.

Tra le malattie riconducibili alla sfera psichica le più rappresentate, in termini assoluti e percentuali, sono le demenze. Non è, questa, una novità ma una conferma rispetto a quanto evidenziato nei Report degli anni precedenti poiché nel tempo si è assistito ad un progressivo incremento statistico di questa patologia: nel 2004 i casi registrati di demenza furono 212 (36,7%), nel 2005 271 (38%), nel 2006 345 (39,7%), nel 2007 547 (il 43,9% a cui si devono aggiungere i 13 casi registrati con il codice 1001: Alzheimer con delirio depressione ad esordio senile) che è compreso tra le malattie del sistema nervoso centrale e periferico e, nel 2008, 705 casi. Dei 798 casi complessivamente registrati al 31 dicembre 2009, 639 (36,49%) sono stati qualificati in una demenza grave (MMSE pari o inferiore a 17/30 o CDR nelle ultime 4 classi) e 159 (9,08%) ad una demenza iniziale; questi casi dobbiamo aggiungere i 14 casi registrati nel settore neurologico con il codice 1001 (demenza di Alzheimer con deliri o depressione ad esordio senile) per un totale di 812 casi di persone

dementi che fanno parte del data-base ed in vita alla data del 31 dicembre 2009. Segue, per frequenza, l' insufficienza mentale: i casi complessivamente registrati nel periodo in esame sono stati 587 (il 33,52% vs. 32,98% registrato nel 2008) e di questi 297 (16,96% vs. 17,12% e 17,81% degli anni precedenti) sono stati qualificati in una forma grave, 185 (10,57% vs. 10,64% e 11,58%) in una forma media e 105 (6% vs 5,22% e 4,63%), infine, in una forma lieve. Tra le malattie psichiatriche in senso classico prevale la sindrome schizofrenica cronica: i casi complessivamente registrati sono stati 131 (il 7,48% vs. 6,87% e 6,79% degli anni precedenti) e di questi 74 casi (4,23 vs. 3,97% registrato nel 2008) sono stati classificati con il codice 1209 (sindrome schizofrenica cronica grave con autismo delirio o profonda disorganizzazione della vita sociale), 47 (2,68 vs. 2,31%) con il codice 1210 (sindrome schizofrenica cronica con disturbi del comportamento e delle relazioni sociali e limitata conservazione delle capacità intellettuali) e 10 (0,57% vs. 0,59%), infine, con il codice 1208 (sindrome schizofrenica cronica con riduzione della sfera istintivo-affettiva e riduzione dell' attività pragmatica). Seguono, in ordine decrescente, i disturbi depressivi registrati in 145 casi: di questi, la maggior parte (42 casi, il 2,4%) è stato ascritto ad un disturbo depressivo endogeno di lieve gravità; seguono i disturbi depressivi endoreattivi di media gravità (32 casi, l' 1,83%), la sindrome depressiva endogena media (19 casi: 1,09%) ed i disturbi depressivi endoreattivi lie-

vi (15 casi, 0,86%). Discretamente rappresentati sono anche i disturbi ciclotimici registrati in 38 casi (il 2,17% vs. 2,08% registrato nel 2008); di questi, 14 casi (0,8%) sono stati ricondotti al codice 2201 (disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi con necessità di terapia continua), 11 casi (0,63%) al codice 2203 (disturbi ciclotimici con ripercussioni sulla vita sociale) e i restanti 5 casi (0,74%) al codice 2202 (disturbi ciclotimici che consentono una limitata attività professionale e sociale). 21 (1,2%) sono stati, infine, i casi di psicosi ossessiva e 15 (0,85%) quelli di sofferenza organica; di questi ultimi, oltre la metà sono stati riferiti ad un disturbo della memoria che, in 9 casi (0,51%), è stato ricondotto al codice 1103 (esito di sofferenza organica accertata strumentalmente che comporta gravi disturbi della memoria).

L'ultimo indicatore che si ricava da questo data-base riguarda il numero e la tipologia dei benefici e delle agevolazioni assistenziali che, nell' arco di tempo compreso tra il 1992 ed il 31 dicembre 2009, sono stati autorizzati dalla Commissione Sanitaria prevista dall' art. 4 della Legge n. 104/92.

Il data base registra 1.031 (vs. 1106 del 2008) benefici/agevolazioni assistenziali autorizzate alle persone disabili riconosciute in situazione di handicap permanente residenti in Provincia autonoma di Trento ed in vita alla data del 31 dicembre 2009. Tra di essi quelli maggiormente rappresentati sono, in ordine decrescente: la fornitura straordinaria e la riparazione di apparecchi, attrezzi,

protesi ed ausili (349 casi registrati, il 33,85% vs. il 35,9% ed il 38,24% registrati negli anni precedenti), il diritto a servizi alternativi di trasporto collettivo o individuale (179 casi, il 17,36 vs. il 17,45% ed 17,56%), il diritto a spazi riservati per la circolazione e la sosta in deroga dei veicoli al servizio delle persone disabili (126 casi, il 12,22% del totale vs. 12,83% registrato nel 2007), l'accesso a centri socio-riabilitativi ed educativi diurni riservati alle persone le cui potenzialità residue non consentono idonee forme di integrazione lavorativa (97 casi, il 9,41% vs. 8,05% e 6,2%) ed il diritto alla scelta prioritaria tra le sedi disponibili riconosciuto alle persone in situazione di handicap permanente con grado di invalidità superiore al 67% e/o con minorazioni ascritte alle prime tre categorie della pensionistica di privilegio (93 casi rispetto ai 72 casi del 2008, il 6,98% vs 6,87%). Nello stesso periodo di riferimento (1992-2009) ai soggetti riconosciuti in situazione di handicap permanente con connotazione di gravità residenti nella Provincia di Trento ed in vi-

ta alla data del 31 dicembre 2009 sono stati, invece, erogati 7.324 (vs. 6.057 del 2008) benefici/agevolazioni assistenziali: in 3.596 casi (49,1% vs. 49,6% e 48,59% degli anni precedenti) il permesso retribuito di tre giorni per l'assistenza prestata al genitore/parente/affine non ricoverato a tempo pieno, in 1.270 casi (17,34% vs. 16,25% e 16,97%) le agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente, in 715 casi (9,76% vs. 9,62% e 9,64%) i permessi per il lavoratore riconosciuto in situazione di handicap in situazione di gravità, in 429 casi (5,86%) il diritto di scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio, in 413 casi (5,64%) il diritto del genitore o del familiare che assiste la persona disabile di non essere trasferiti in altre sede di lavoro senza il loro consenso e in 163 casi (2,23%) il permesso giornaliero retribuito di due ore per il genitore minore di tre anni non ricoverato a tempo pieno.

L'altro data-base gestito dalla Unità Operativa di Medicina Legale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento è quello che è in grado di ri-

costruire, per ciascuna fascia di età, il numero complessivo delle persone titolari, alla data del 31 dicembre 2008, dell'indennità di accompagnamento concessa a causa di *"affezioni fisiche o psichiche"* produttive di conseguenze individuate, alternativamente, nell'*"impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore"* (cod. 05) e/o nella necessità di *"un'assistenza continua ... non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita"* (cod. 06).

La Tabella 3 riassume la situazione che ha richiesto l'elaborazione dei dati statistici attraverso il linkage tra il data-base *"AML"* ed il data-base gestito dall'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa di Trento

Sul totale delle 11.411 persone riconosciute titolari di questo diritto, prevalgono quelle riconosciute nell'incapacità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (cod. 06) rispetto a quelle (cod. 05) non deambulanti (7.783 vs. 3.628, 68,20% vs. 31,8%), le femmine rispetto ai maschi (7.850 vs. 3.561) e quelle anziane ultra-65enni: 9.219 (80,79%) sono, infatti, le persone ultra-65enni riconosciute titolari del diritto alla indennità di accompagnamento e la maggior parte di esse (4.638, 40,64%) si colloca nella fascia di età 80-90 anni. Se si eliminano, poi, i fattori confondenti legati alla struttura di età della popolazione residente in Provincia di Trento ricorrendo alla standardizzazione risulta ancora che il 57,63% delle persone ultra-90enni sono state riconosciute titolari di questo diritto

Tab. 3: Numero di persone titolari in Provincia di Trento dell'indennità di accompagnamento suddivise per classi di età

Classi di età	Cod. 05	Cod. 06	Totale
0-4 anni	-	35	35
5-14 anni	20	146	166
15-19 anni	27	66	93
20-54 anni	911	374	1285
55-64 anni	384	229	613
65-69 anni	239	204	443
70-79 anni	494	1401	1.885
80-90 anni	1.118	3.520	4.638
Oltre 90 anni	445	1.808	2.253
Totale	3.628	7.783	11.411

(321 maschi vs. 1.932 femmine) e che tale percentuale scende al 17,72% nella fascia di età 80-89 anni, al 6,84% nella fascia di età 65-69 ed al 4,46% in quella 70-79 anni pur osservandosi, in queste ultime due fasce di età, un netto decremento del *gap* riferito al genere (198 maschi vs. 245 femmine nella fascia 65-69 anni e 741 maschi vs. 1.144 femmine nella fascia 70-79 anni).

Se si procede, ancora, a scomporre la popolazione presente nel data-base suddividendola in riferimento al luogo in cui la persona si trova (distinguendo le persone al domicilio da quelle istituzionalizzate a tempo pieno) emerge un ulteriore dato di estremo rilievo: la maggioranza delle persone riconosciute non deambulanti e non in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita si trova al domicilio rispetto a quelle istituzionalizzate (7.586 vs. 3.825). Pertanto, la netta prevalenza delle persone non autosufficienti residenti in Provincia di Trento sono assistite al domicilio (il 66,47%) e non già in struttura residenziale.

Le caratteristiche di queste due sotto-popolazioni non sono speculari.

Risulta, innanzitutto, che la maggior parte delle persone trentine non autosufficienti ricoverate a tempo pieno sono quelle anziane ultra-65enni (3.396 vs. 3.825) e che, pertanto, il luogo dove avviene l'istituzionalizzazione è prevalentemente rappresentato dalle residenze sanitarie per l'anziano (R.S.A.). La fascia di età più rappresentata di questa sottopopolazione è quella compresa tra gli 80 ed i 90 anni: il 45,15% delle perso-

ne complessivamente istituzionalizzate in trentino si colloca in questa fascia di età e questa percentuale scende, invece, al 38,37% se si guarda alla sottopopolazione delle persone non autosufficienti inserite nel loro domicilio.

Ma c'è un ulteriore dato di rilievo che emerge dall'analisi statistica: la netta prevalenza delle persone istituzionalizzate non sono autosufficienti nell'espletamento degli atti quotidiani della vita rispetto a quelle mantenute a domicilio (75% vs. 64,77%) a dimostrazione che il piano assistenziale richiesto da tali persone disabili è spesso fonte di un'istituzionalizzazione "forzata" non essendo a portata della famiglia per la sua complessità ed intensità.

Un ultimo dato statistico merita la nostra attenzione: il tipo di disabilità accertata nei confronti delle persone non autosufficienti trentine ed all'esame della loro distribuzione, numerica e percentuale, in relazione al luogo in cui la persona disabile viene assistita.

Merita a questo proposito osservare come alle 11.411 persone non autosufficienti che, in Provincia di Trento, percepiscono l'indennità di accompagnamento corrispondono, sul piano statistico, 10.995 disabilità riferite in ordine decrescente ai seguenti settori nosologici: 4.512 disabilità mentali (41,04%), 2.038 disabilità riferite a limitazione dei movimenti articolari (18,54%), 1.521 disabilità intellettive (13,83%), 1031 disabilità riferite agli organi di senso (9,37%) e via via tutte le altre. Il dato è di estremo interesse anche se, evidentemente-

te, richiede un'ulteriore elaborazione statistica per verificare la frequenza delle singole patologie accertate all'origine della disabilità perché contrasta le conclusioni a più riprese fornite dal Servizio centrale di statistica: le menomazioni che in Trentino più frequentemente sono all'origine della non autosufficienza non sono quelle neurologiche ma quelle di natura psichica (le demenze in particolare).

Conclusioni

Con questa riflessione mi sono proposto di avviare una riflessione sul problema della non autosufficienza e di farlo tenuto conto del trend della spesa pensionistica registrata dal nostro Paese e dell'aumento del bisogno connesso alla transizione demografica (e a quella epidemiologica).

Il quadro che ne emerge è complesso anche se a me sembra che su alcune questioni non possono esserci ancora dubbi. La prima è che l'investimento per prestazioni monetarie sostenute dal nostro Paese è troppo elevato rispetto agli altri Paesi europei (10 miliardi di Euro spesi nel 2007 per la sola indennità di accompagnamento) per cui se dobbiamo spingere su qualche pedale è su quello dell'offerta dei servizi (l'assistenza domiciliare, in primis) cui dobbiamo guardare con rinnovata forza ed interesse.

La seconda è che in Europa si stanno sperimentando modelli di *long term care* che rinforzano il diritto alla cura ed all'assistenza facendo leva anche sul sistema dell'assicurazione sociale (ad es. in Germania e nei Paesi Bassi) e della compartecipazio-

ne attiva di tutte le Parti sociali. La terza è che il bisogno della persona non autosufficiente ed il sostegno alla sua famiglia devono essere punti centrali di ogni strategia di intervento; strategia che richiede di essere sviluppata con una rete flessibile di servizi e di offerta capace di ridurre il gap tra il domicilio e la residenzialità all'inter-

no di una *vision* in linea coi tempi che non può più offrire "*tutto a tutti*" e che deve saper mirare, responsabilmente, a quell'universalismo selettivo capace di intercettare le persone con i maggiori bisogni.

Una quarta (ma non ultima) questione è quella della responsabilità professionale: la non autosufficienza è un tema strate-

gico per tutta la nostra organizzazione e per tutti i professionisti che in essa vi lavorano e ad esso dobbiamo guardare in modo strutturato, sinergico e con rinnovato impegno nella consapevolezza che è questa una ulteriore "*sfida*" sulla quale ogni organizzazione sanitaria sarà chiamata a dare risposte appropriate e concrete.

Newsletter

Caro socio,

il nuovo direttivo dell'Associazione, attraverso una Newsletter periodica, avrebbe il piacere di aggiornare i propri iscritti su: opportunità, promozioni, convenzioni e tutto ciò che può essere innovativo e/o di aiuto ai propri associati.

Per fare questo, ti chiediamo di **inviarci la tua e-mail personale** all'indirizzo: **info@anmic-tn.org**

Nella mail inserisci i seguenti dati che serviranno per aggiornare la tua scheda:

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI RESIDENZA

E-MAIL

sarà nostra cura tenerti informato dei traguardi raggiunti.

Non esitare invia subito i tuoi dati e sarai sempre in contatto con noi!

Assemblea di valle a Storo, 23 settembre 2010

di Giangiorgio Gruber

Visto l'avvicinarsi della data dell'istituzione delle Comunità di Valle la nostra Associazione ha voluto dare un segnale di presenza indirizzato sul territorio. Abbiamo voluto effettuare una verifica di una reale possibilità di creare in ogni Comunità una struttura formata da gruppi di persone che si impegnino a interessarsi in prima persona delle problematiche riguardanti le politiche sociali che verranno trasferite dal centro alla periferia e che possano interloquire con le nuove Istituzioni. La scelta della località è caduta su Storo nelle Giudicarie per il semplice motivo che la Comunità era già da poco tempo stata istituita a livello sperimentale dalla nostra Provincia. L'incontro con i nostri iscritti è stato possibile grazie all'impegno appassionato della signora Girardini Annamaria di Cimego che attenta conoscitrice del territorio ha sensibilizzato i nostri iscritti del luogo a partecipare alla riunione. Abbiamo subito informato i convenuti che per il futuro le cose potrebbero cambiare sensibilmente e che se la gestione di determinate materie, verrà trasferita assieme alle risorse economiche, sarà necessario entrare nel processo di gestione di queste nuove competenze per poter incidere sulle scelte politiche future. Noi come ANMIC, facenti parte per legge del terzo settore, chiederemo di essere coinvolti e pro-


porremo i nostri rappresentanti territoriali, che naturalmente dovremo scegliere e formare con attenzione. Cercheremo di dare il nostro contributo portando attraverso loro, la nostra pluriennale esperienza nella fase di pianificazione delle politiche sociali per quanto riguarda il settore della disabilità in tutte le sue componenti che noi ben conosciamo. Chiederemo, come previsto, di partecipare alle scelte che si faranno sul posto e verificheremo che le risorse vengano impiegate con efficacia ma soprattutto con equità, perché nel nostro ambiente si lavora sulla pelle dei più deboli e con essi non si può assolutamente scherzare. È evidente che inserirsi in un percorso di questo genere costa fatica e necessita di grande impegno. Però in cambio consente di diventare se si lavora bene, soggetti attivi che possono incidere positivamente sul cambiamento di processi di gestione che fino ad oggi sono stati trentocentrici. Questi concetti sono stati immediatamente compresi e recepiti e si è avuto la sensazione di una gran voglia di partecipazione. Si percepiva nell'aria la liberazione di energie positive che abbiamo immediatamente raccolto e impiegato nel corso del dibattito che ne è derivato, vivace ed intenso pieno di aspettative e molto competente con richieste di soluzioni di problemi che solamente chi è sul posto può ca-

pire e segnalare. La spontanea disponibilità di Annamaria Girardini e successivamente di Enzo Armani a offrire la propria collaborazione alla nostra Associazione noi la interpretiamo come la manifestazione di una urgente necessità di cambiare in meglio in modo diretto le condizioni di chi nel mondo della disabilità è costretto spesso suo malgrado a vivere. Si perché chi si deve occupare per necessità o per nobile e libera scelta di un disabile grave, spesso incorre nelle limitazioni del disabile stesso. La spontanea offerta di queste due sensibili e determinate persone che hanno dimostrato di poter coagulare intorno a se l'interesse di altri disabili noi l'abbiamo tesoricizzata e messa fra le positività su cui poter contare già fin da subito. Abbiamo imparato che da queste esperienze che si fanno quando ci si inoltra in campi inesplorati spesso si va incontro a sorprese positive, che si trasformano in inaspettate preziose risorse. Questa sperimentazione ci incoraggia a continuare ad impegnarci a diffonderci sempre di più sul territorio. Contiamo di incontrare tante "Annamarie ed Enzi" in ogni Comunità che abbiano il coraggio e le capacità di mettersi in gioco per migliorare le nostre condizioni. Noi siamo qui pronti a cercare d'inserirli nel progetto di decentramento voluto dalla nostra Provincia.

Anmic ospite nel centro polifunzionale per anziani a Povo

di **Giangiorgio Gruber**




“Sogno, il mio corpo vola” mostra di pittura itinerante di disabili e non, nostro progetto culturale, più che mai vivo, dopo l’ultima tappa di Borgo Valsugana, dove aveva l’obiettivo primario di attirare l’attenzione dei bambini delle Scuole Elementari, cosa che puntualmente è accaduta, ora si propone di catturare l’interesse della fascia di età degli anziani. Il nostro Presidente ha proposto al suo collega dell’APSP Renzo Dori un metaforico incontro ravvicinato nel mondo della terza età, per approfondirne maggiormente la conoscenza e per cercare di convogliare l’attenzione di coloro che per disattenzione o per altri motivi, pensano che per loro gli anni non passino mai. La mostra non è fine a se stessa, ma intende muoversi nella direzione di diventare veicolo di nuovi incontri fra persone di età diverse con problematiche diverse. È inutile nasconderci che la perdita di quei valori che dovrebbero considerare l’interesse del percorso della vita di un individuo spesso sono causa di innalzamento di steccati che dividono intere generazioni. Spetta a noi fare la nostra parte affinché questi steccati non diventino sempre più alti. A questo noi ci dedicheremo con passione e impegno cercando di lottare per eliminare gli elementi di sperequazione che affliggono la nostra categoria. Stando in mezzo agli anziani cercheremo di affrontare queste problematiche invitandoli a diventare parte attiva, mettendo per iscritto qualche considerazione o segnalazione di disagio, come abbiamo fatto con i bambini. Sarà per noi interessante fare un confronto fra le due fasce d’età e ci servirà per capire in che direzione dobbiamo indirizzare le nostre attenzioni. Siamo veramente ansiosi di atterrare su questo pianeta che sembra essere così ben assistito secondo le notizie autoreferenziali di Mamma Provincia, ma che secondo noi potrebbe svelare qualche non bella sorpresa. Invitiamo la popolazione che gravita intorno a Povo e collina e anche della città a fare una scapatina. Ne vale la pena visto l’importanza degli artisti presenti in lista. Si potranno vedere grafiche, quadri, sculture e DVD. L’accesso alla mostra è gratuito.



L'Anmic di Trento presenta
SOGNO, IL MIO CORPO VOLA
ARTE E DISABILITÀ
TRÄUME TRAGEN DEN KÖRPER
KUNST UND BEHINDERUNG

**CENTRO POLIFUNZIONALE
PER ANZIANI — POVO**
Via della Resistenza, 61/f

20 dicembre 2010 — 9 gennaio 2011
Da lunedì a sabato 9.30 — 12.00 15.00 — 19.00
Domenica 10.00—12.00

A.P.S.P. M. Grazioli

L'arte immagina il futuro di tutti

Gli artisti presenti

L'arte ha sempre avuto a che fare con la difficoltà di vivere, sia questa interiore e psichica, sia questa di natura prevalentemente fisica (degli arti o dei sensi). Anche quando, nei secoli e nei millenni scorsi, l'arte esaltava la bellezza armonica, apparentemente impassibile di fronte ai dolori del mondo, altro non faceva che dare vita ad un sogno di sereno equilibrio tra bontà e bellezza, contrapposto a tutto ciò che rilevava caduta, colpa, sfortuna, miseria.

Sempre più comunque il cammino dell'arte è andato staccandosi da questo ideale platonico e sempre più è andato avvicinandosi ai buchi neri della vita, ai suoi bordi scivolosi e imprevedibili, ai suoi abissi oscuri inarrivabili.

L'intreccio tra arte e disabilità contiene oggi magicamente in sé i due aspetti dell'eredità artistica di ogni tempo da una parte il sogno di una bellezza mai da nessuno posseduta, forse perduta, magari per caso solo intravista, dall'altra contiene e custodisce le domande più difficili, le angosce più lancinanti, il senso di vuoto e la solitudine che spesso alimentano e tormentano la vita dell'uomo contemporaneo.

Ma l'arte è sempre in ogni caso comunicazione e dunque, "spes contra spem", torna sempre ad essere scommessa per la verità e la libertà, per la visione di un orizzonte diverso e per la relazione con l'altro che ci sfugge.

Ne consegue che tutti possono essere coinvolti dal demone dell'arte e che nessuno può sentirsene tristemente escluso.

C'è il grande artista che affronta le difficoltà della vita rappresentandole e c'è chi ogni giorno deve affrontare le sue personali difficoltà trovando nell'arte non tanto una banale terapia, quanto un nuovo modo di vivere e di immaginare il proprio futuro.

Mario Cossali

Ainhauser Felix Josef

Arman Marco

Bassetti Gelsomina

Baumann Andrea

Berlanda Marco

Bonato Maurizio

Bortolotti Amadeus

Bruch Martin

Conta Livio

De Simoni Lasta Mirta

Gelmi Annamaria

Girardi Carlo

Gruber Giangiorgio

Knoll Amalia

Lunardelli Clara

Luttinger I.C.A.

Nepo Stieldorf Gabriela

Pancheri Aldo

Paulmichl Georg

Praxmarer Hernst

Prinoth Helmut

Rossi Zen Annamaria

Schauer Martin

Sölkner Prünster Eva

Stffella Fendros Maria

Tscherni Martina

Tscholl Martin

Tumpfer Anna Maria

Urban Georg

Varesco Andrea M.

Verdini Pietro

Un mondo a parte

di Mario Cossali

Si tratta apparentemente di poca cosa, ma non è così. Infatti spostare il posto/parcheggio per disabili di un centinaio di metri può sembrare poca cosa, ma si dà il fatto che il posto di cui parliamo si trovi in via Ravagni a Isera proprio davanti all'entrata della sede del Comune, comodo dunque e visibilissimo, in poche parole nel luogo più adatto. Il nuovo posto/parcheggio per disabili viene invece a trovarsi appunto ad un centinaio di metri dall'entrata del Comune, confuso in mezzo ad una nuova serie di posti/parcheggio appena realizzati. Che necessità c'era di operare questo scambio, proprio mentre si sta spendendo giustamente una bella cifra per l'abbattimento delle barriere architettoniche del secentesco palazzo comunale? Adesso nel posto macchina che era per i disabili fa spesso bella mostra di sé l'automobile di servizio del Comune: era questa la necessità? Non mi pare assolutamente giustificata.

Anche simbolicamente mi sembra uno sgradevole passo indietro! Anche da queste piccole cose si misura il grado di civiltà di una comunità!

Giustamente alcune settimane fa è stato "celebrato" con una bella e solenne manifestazio-

ne alla quale hanno partecipato il coro della Sosat ed il gruppo Cantare suonando (gruppo di disabili di varia età avviati alla pratica musicale della tastiera elettronica dal maestro Marco Porcelli) lo sbarriamento della Sala della Filarmonica di via Verdi a Trento. Va bene, ma siamo arrivati al 2010 prima di rendere accessibile a tutti una delle sale più frequentate dal pubblico nella città di Trento, alla quale fino all'altro giorno si arrivava solo attraverso un doppio scalone di marmo.

Sono due esempi, due episodi che ci raccontano più di tanti discorsi come ancora oggi la presenza del disabile sia prevista a fatica negli spazi pubblici, negli spazi delle relazioni, che invece dovrebbero essere i più aperti e i più disponibili! Peraltro questi due esempi sono anche una metafora della difficoltà generale che i disabili incontrano a "trovare un posto", sia esso di lavoro o di movimento, sia esso per abitare o per stare in compagnia, ma, andando ancora in là, per essere considerati persone a tutti gli effetti, banditi i pietismi e le commiserazioni della cattiva e falsa coscienza.

Le leggi non mancano, a partire dalla Carta Costituzionale, giù giù fino al sostegno sco-

lastico per chi è in età scolare, all'inserimento lavorativo, all'abbattimento delle barriere architettoniche, agli assegni di pensione e di accompagnamento, a questa o a quella esenzione.

Le leggi spesso peraltro non vengono osservate, anche e soprattutto perché gli investimenti in questo settore sono sempre i primi a subire pesanti conseguenze dai tagli di bilancio o presentano imprevedibili buchi, che si scoprono dopo anni o grazie a qualche tragico avvenimento.

Ne cito uno soltanto: succede a molti disabili di essere seguiti dalla neuropsichiatria fino al compimento della maggiore età, diciotto anni, poi, siccome non rientrano nella categoria dei "matti" vengono abbandonati da una cura specialistica e diventano all'improvviso "normali". Ecco allora le famiglie che devono inventarsi le soluzioni più creative e più difficili, con un impegno anche economico non indifferente.

Ma fatto salvo questo esempio, quello che voglio dire riguarda il posto dei disabili nella società in tutti i sensi. Troppo spesso succede che non siano previsti, che debbano essere spostati, separati, sospesi in un mondo a parte.

L'educazione dei bambini diversamente abili

di Pina D'Isanto

Erano le sei e trenta del mattino di una giornata nebbiosa, quando uscii di casa per prendere la corriera che mi avrebbe condotto in un paese del Parmigiano, alla cui scuola elementare ero stata assegnata in qualità d'insegnante di sostegno.

Lì mi attendeva un dolce bambino dagli occhi a mandorla e dal nome antico, soave e gentile: Livio.

Livio correva dappertutto, mettendo a dura prova la mia pazienza. Eppure, alla fine dell'anno scolastico, lo lasciai a malincuore. Dovevo ritornare nel mio paese natale a Pozzuoli, provincia di Napoli, dove sarei rimasta gli anni successivi.

Riposi, nella mia valigia, un vecchio libro di didattica, fra le cui pagine avevo riposto le letterine che mi aveva scritto Livio, composte da una sola lettera "BENE" con la quale soleva esprimermi tutto il suo affetto, e decorate da un immanicabile cuoricino, dalla forma un po' stravagante e mi avviai verso la stazione ferroviaria.

Era il 1990 e da allora sono trascorsi 20 anni. Quante cose ho imparato da quel lontano giorno!

Innanzitutto, ho capito cosa devo rappresentare per i miei bambini: una maestra certo, ma anche la loro infermiera, quando non riescono a camminare o a sollevare un oggetto, una confidente o psicologa, quando han-

no bisogno di qualcuno che si ponga all'ascolto della loro anima, a volte così colma di amarezza, l'amico o l'amica che non c'è ancora, e, perché no, anche il loro "CLOWN", il loro "DOTTOR SORRISO", quella persona un po' buffa che fa rinascere in loro la gioia di vivere, il desiderio di lottare, quando tutto sembra andare per il verso sbagliato.

Sì perché la vita non è affatto facile per un bambino diversamente abile ed anche la missione più semplice può costituire un ostacolo insormontabile. Un compito che non si riesce a portare a termine, il fallire continuamente, laddove gli altri riescono, può causare una sofferenza non sempre contenibile.

Uno dei primi problemi che un insegnante di sostegno deve affrontare, nel corso del suo operato, è favorire i processi di socializzazione dell'alunno che gli è stato affidato.

Questione di non facile risoluzione perché spesso le attività di gioco del tuo bambino sono molto semplici, constano di pochi schemi d'azione che non attirano l'attenzione degli altri. Inoltre, il piccolo non comprende le regole dei giochi di gruppo o se le conosce, non le rispetta.

Che fare? L'insegnante può, in questa fase, costituire il compagno di giochi del bambino, favorendo la sua iniziazione sociale e consentendogli, al tempo stesso, di elaborare modelli di gioco più sofisticati, più cre-

ativi, meno semplici e lineari tali da destare l'interesse dei compagni. In un secondo momento, l'insegnante accompagnerà personalmente il bambino nei gruppi di gioco, partecipando eventualmente, anche ad essi, insieme al suo alunno, nel caso questi non si senta in grado di affrontare tale attività da solo. Si otterrà, in tal modo, il duplice scopo di rassicurare l'alunno e di favorire la sua accoglienza da parte dei compagni. A man mano che il bambino acquista una capacità di giocare autonomamente con gli altri, l'insegnante si distacca per tempi più o meno lunghi dal gruppo fino a che non rappresenterà per il bambino nient'altro che una semplice, rassicurante figura di sfondo.

Un'altra strategia può essere quella di munire il bambino di un qualche giocattolo od oggetto che attragga l'attenzione dei coetanei. È il caso di Alessio che iniziò a socializzare veramente con gli altri, quando gli consentimmo di portare da casa la sua stupenda collezione di figurine e di carte dei superoi. Ovviamente, estendemmo tale privilegio anche agli altri bambini ed i giochi con le carte, lo scambio reciproco di figurine, la ricerca di immagini rare, furono alla base dell'instaurazione dei primi forti legami affettivi.

Un altro aspetto molto importante è quello didattico. Il bambino diversamente abile deve essere guidato nel conseguimen-

to di obiettivi minimi di apprendimento, commisurati alle sue reali capacità di apprendimento. Ogni buon insegnante di sostegno sa che per realizzare ciò è importantissimo stabilire con il bambino una buona relazione sociale, significativa dal punto di vista affettivo. Il compito scolastico può costituire una difficoltà enorme per l'alunno e solo una forte motivazione può spingerlo ad agire. Se il rapporto è buono, il legame affettivo fornirà al bambino il giusto sprone ad applicarsi nello studio.

È il caso di Francesca una bambina, con forti ritardi di apprendimento, che immancabilmente mi diceva: - Maestra lo faccio per te il compito, perché mi vuoi bene.

Una disabilità fisica o psichica spesso porta il bambino ad accumulare sentimenti di inadeguatezza, di sfiducia nei confronti delle proprie possibilità, di tristezza nei confronti della vita.

Promuovere l'autostima del bambino costituisce, pertanto, un altro importante obiettivo dell'azione educativa dell'insegnante. Occorre, a tal fine, partire dalle cosiddette "potenzialità residue" del bambino, dai suoi punti di forza, dai lati positivi della sua personalità. È importante, innanzitutto, capire qual è il canale espressivo più consono all'alunno: quello grafico-pittorico-manipolativo, quello musicale, quello mimico-gestuale o teatrale.

Sulla base di tale conoscenza, si realizzeranno, in seguito, attività laboratoriali

in piccolo gruppo con i compagni di classe.

Quando il bambino ha acquisito una sufficiente sicurezza in se stesso ed ha interiorizzato una buona immagine mentale della propria persona maturerà anche un atteggiamento sereno verso la vita. Il bambino si sentirà amato, accettato, degno della propria ed altrui considerazione. In una parola sarà un bambino felice

È il caso di Alessandra, una bambina dislessica, e presentante un ritardo negli apprendimenti. Era stupenda, alta, dai dolci occhi azzurri e dai capelli biondi eppure si sentiva brutta, inadeguata, non meritevole dell'attenzione dei compagni e delle maestre. La bambina, quando scoprì di essere in grado di cantare bene delle semplici canzoni mi disse abbracciandomi: - Maestra sono bella.

Per garantire il diritto allo studio di questi bambini è importante che il sistema scolastico investa nella scuola, le fornisca la possibilità di acquistare tutti quei sussidi didattici e quelle attrezzature necessarie per soddisfare i bisogni di questi alunni.

L'attuale politica dei tagli non recepisce affatto tale esigenza e speriamo che, in un prossimo futuro, non vengano ridotti gli organici relativi agli insegnanti di sostegno che costituiscono la prima fondamentale risorsa del bambino diversamente abile.

Concludo allegando una mia poesia sul tema della diversità.

NOI SIAMO I DIVERSI

*Noi siamo i diversi,
con passo inquieto,
camminiamo
lungo brevi
ed oscuri sentieri,
procediamo rasentando i muri,
fra l'odore del muschio selvatico,
e lo strepito d'una segreta vita.
Silenziosi,
nel desiderio di essere,
ci protendiamo ad ascoltare
le mille voci del mondo,
la melodia del cosmo.
Esile,
il nostro canto
non riecheggia
tra il verde lussureggiante
delle selve,
ma debole, si perde
nell'umido
ed ombroso sottobosco,
tra lo stormire degli arbusti
ed il frusciar dell'erba.
Attori mai nati,
assistiamo inerti
alla commedia della vita,
si contorcono
le nostre membra,
rami battuti dal vento,
nel desiderio dell'impresa.
Uno sguardo grave
si posa sui nostri corpi nudi,
in un ostile bagliore,
la muta riprovazione.
Occhio d'uomo non coglie
la nostra palpitante umanità.*

Dalia Rossa

Portare navi in cima ai monti: la magnifica intrapresa

Un racconto storico di Paolo Domenico Malvinni

Chi ha veduto quei luoghi per dove fu questa armata condotta e l'erta scoscesa salita e precipitosa discesa di quei monti, stima impossibile che ingegno o forza umana abbia potuto ciò fare...
Da "Istoria di Verona", Girolamo dalla Corte

È una storia di ieri ma racconta di oggi. Racconta anche di voi che ogni giorno costruite, andate, fate. Come idioti, o come saggi eroi del quotidiano. Racconta di quando non sappiamo più se fare o stare a contemplare, agire o ascoltare, lasciare andare il mondo o mettersi di nuovo all'opera...

Possono le barche navigare sulla terra? E le navi? Le galee, possono le galee navigare valli e scavalcare i passi? La risposta - ovvia - è negativa, e raramente lo sforzo di provarci può avere una qualche utilità. Anzi, sono domande un poco assurde che ricordano tanto le imprese quasi inutili delle quali tante vite sono piene.

Ma talvolta proprio le vicende della vita costringono e spingono a sforzi eccezionali. Talvolta l'uomo si trova nella condizione di inventare il modo di far coincidere la propria indomabile indole con l'occasione, l'opportunità, la necessità di azioni straordinarie. Ed è in questi casi che le imprese diventano memorabili, magnifiche, e rimangono nella memoria, o vengono trascritte nelle cronache e diventano storiche. È il caso di un episodio di guerra e genio militare capitato negli anni 1438 e '39 lungo il fiume Adige e nel basso Trentino. Anno 1438. Brescia, città alleata di Venezia, è cinta dall'assedio dei Visconti di Milano. Tutto il Garda e il Mantovano sono sotto il controllo delle forze milanesi, quindi è impossibile per la Repubblica di San Marco portare soccorso ad un fedele alleato che strenuamente resiste e che intende rimanere a tutti i costi con la Serenissima.

Ma se per la via "normale" non si passa, ecco che - indomiti - se ne sceglie un'altra, innovativa e molto difficoltosa: si risale un fiume, e si scalvalcano le montagne!

Migliaia di uomini aiutati da migliaia di animali lasciano la laguna veneta con una flotta di galee, fregate e barche, arrivano alla foce del fiume Adige e lo navigano controcorrente. La flotta risale fino a Verona, e da lì fatta passare nello stretto passaggio della Chiusa e poi lungo il fiume che allora era ancora più potente e minaccioso di oggi, per arrivare fino a Mori, dove l'avventura si fa davvero straordinaria.

A Mori la flotta viene tirata in secca e fatta muovere su lunghe rotaie in legno fino ad arrivare al lago di Loppio. Giunte al piccolo specchio d'acqua, le imbarcazioni vengono rimesse nel loro elemento usuale e fatte navigare fino sotto all'ostacolo più grande, e cioè una salita verticale di un centinaio di metri che porta al punto che ora si chiama passo San Giovanni. Quei cento metri di dislivello sono affrontati in condizioni difficilissime. Sulla sommità si montano argani, e sulla ripida costa viene aperta una specie di via allargando il corso di un ruscello. L'ascensione viene poi affidata ai muscoli di uomini e animali. Portata la flotta in cima c'è da affrontare l'ultima mega-fatica, una lunga discesa lunga più di due chilometri che porta fino al lago di Garda. Discesa il cui ultimo tratto è costituito dalla piuttosto ripida valletta di Santa Lucia, sul versante est del picco roccioso sul quale sorge il castello di Penede (castello conquistato appositamente per favorire il passaggio della flotta).

La magnifica intrapresa. Galeas per montes conducendo di PAOLO DOMENICO MALVINNI, pref. LAURA CURINO e TITINO CARRARA, ill. STEFANO BENEDETTI, Ed. Curcu & Genovese, 2010 - www.libritrentini.it

PAOLO DOMENICO MALVINNI poeta, scrittore e drammaturgo. Esordisce con il "romanzo brevissimo" *Un'estate nuda calda e veloce* e la videopoesia *Cinquecento Blu Notte* (1983). In seguito pubblica la raccolta di avventure di Carminio Errosa intitolata *Soluzioni felici* (pubblicato con Vocali di Umberto Eco da Alfredo Guida Ed. nel 1991), il romanzo poliziesco *La verità dell'angelo* (1999), narrazioni per voce tratte da leggende e vicende storiche. Ha ideato e scrive i "racconti di passaggi" per la città di Trento

Verso la fine del marzo 1439, le imbarcazioni arrivano finalmente nelle acque di Torbole, e le vicende che accadono in seguito, le battaglie perse e vinte, fanno ormai parte della Storia. A noi rimane il sapore di quella impresa e il gusto della sua rievocazione. Ci innamoriamo del condottiero Gattamelata che la inventò e ne assunse il comando quando aveva ormai compiuto la bellezza di settanta anni (e indossava un'armatura di cinquanta chili). Osserviamo le gesta del cretese Sorbolo, l'anima tormentata ma infine vincente di questa avventura. Ammiriamo l'abilità di Blasio de Arboribus, l'arguto e prezioso maestro d'ascia. Sorridiamo alla risosità dei piccoli stati italiani nel teatro del XV secolo. Ci inchiniamo (onore al merito) alla capacità di intraprendere della Serenissima. E ci troviamo a riflettere davanti ad una scena saliente di questa storia, una scena immaginata dall'autore e fortemente simbolica: Gattamelata e Sorbolo risalendo una costa montuosa, affranti dalla fatica, vedono davanti a loro allargarsi il lago di Garda. Un'acqua aperta verso tutto il loro mondo, un crocevia delle possibilità che rivela ai due - come una visione illuminante e contraddittoria - l'intimo desiderio di limitarsi ad "accettare" ciò che è dato, e l'inarrestabile voglia di farsi creatori di un'altra realtà. Una atletica tensione che sarà vinta dalla spinta a intraprendere, motore che li renderà protagonisti appieno delle loro vite e di una magnifica impresa: portare navi in cima ai monti!

Nel Direttivo...

Far parte del Direttivo richiede un costante impegno poiché l'attività non si riduce alle sole sedute ma si protrae nell'assolvimento di una molteplicità di cose da fare. Fermo restando che ci è di notevolissimo apporto l'ottimo "staff" della Segreteria (Cinzia, Elda, Andrea). Il dibattito interno spesso raggiunge punte di vivacità anche in rapporto alla rilevanza o meno dell'argomento trattato. La propositività non manca anche se poi si deve giocoforza procedere alle necessarie valutazioni ispirandosi a criteri che tengano ben presenti: priorità, utilità, realizzazione. Il tutto si completa nel deliberato. Questo è, ovviamente, l'aspetto tecnico. Sul piano umano, nel rispetto delle specifiche sensibilità i rapporti sono molto cordiali et improntati ad ampia collaborazione. Al nostro Presidente riconosciamo il grande merito di aver formato una Squadra, in parte rinnovata con "forze fresche", molto motivata et ancor più risoluta nel perseguimento degli obiettivi assegnati. Giacchè, in definitiva, il nostro "modus operandi", con la regia del Presidente, non può non essere univoco, diretto et sostanziale. Del resto siamo l' A.N.M.I.C. ed abbiamo delle precipue finalità pur nella consapevolezza – nei diritti e nei doveri di cittadini della Repubblica – delle difficoltà che ciclicamente attanagliano (o per scarsità di risorse o per scelte politiche) lo stato sociale ed i puntuali tentativi di ridimensionarne la portata. Non chiediamo la Luna e non ci mettiamo ad assaltar il Cielo chè tal propositi non abbiamo. Sappiamo essere cittadini responsabili ma DIFENDIAMO quello che, con anni e anni di sacrifici et sofferenze, abbiamo ottenuto e già questa sarà una "conquista". Continueremo a lottare con dignità et rigore come abbiamo sempre fatto. Noi siamo l'A.N.M.I.C. e pertanto... (Ancor Non Molliamo Imperterriti Continuiamo!).

Maurizio Gorga

"Entre el mar y una Estrella"

**Dedicata a MARISTELLA, l'Imperial Principessa Bella che del Mar est anche...
Màgica ESTRELLA!**

Màgica ESTRELLA del Mar...

*Sul fondo del mar
vi è una giovane Stella
Maestosa,
Ieratica,
et molto bella,
da tutti ammirata...*

*Illumina
ogni angolo degli oceani
et l'indorato riflesso
rende la Terra
più splendente d'ogni astro...*

*Et anche il Sole,
a tal visione,
intimidito, fa capolino
et molto affascinato
s'inchina et Le rende omaggio
poi si ritira giacchè offuscato...*

*G r a z i e,
ESTRELLA del Mar,
Grazie, MARISTELLA,
hai reso codesta Valle
un poco più bella !*

Antero –Tridentum, VII-IX-MMX

Agevolazioni 2011 per i tesserati ANMIC

AUTOMOBILI

RENAULT AUTO-IN CENTER Dacia - Hyundai - Lancia - Tata, sconti fino al **35%** sul prezzo di listino a seconda delle azioni mensili proposte dalla casa.

RENAULT HARTMANN Sconto dal **12%** al **29%** sul prezzo di listino in base al modello da acquistare.

UNYCA Concessionaria LANCIA - Trento: sconti a seconda delle azioni mensili proposte dalla casa. Sconti particolari e personalizzati per i Tesserati ANMIC.

PEUGEOT Sconti a seconda dei vari modelli.

EUROCAR SPA Concessionaria FIAT - Trento: sconti a seconda delle azioni mensili proposte dalla casa. Sconti particolari e personalizzati per i Tesserati ANMIC.

RUGGERI CAMPER Noleggio Camper attrezzato per disabili **100** Euro al giorno + **80** Euro una tantum (gas, prodotti ecc.) km illimitati. Sconti particolari sulla vendita

AUTOMOBILE CLUB DI TRENTO

Tessera ACI SISTEMA importo riservato Euro **49,00** anziché Euro **69,00**. Tessera ACI GOLD importo riservato Euro **69,00** anziché Euro **89,00**

Con riserva variazione prezzi nel corso del 2011.

PNEUSMARKET Sconti su tutte le marche di pneumatici da noi trattate, a partire dal **35%** al **65%** in base alla marca scelta. Ottimi prezzi su pneumatici invernali termomescola e su cerchi in acciaio e lega.

GIORNALI

giornale "L'ADIGE" abbonamento postale 5 copie settimanali Euro **192,00** anziché Euro **220,00** - 6 copie settimanali Euro **215,00** anziché Euro **240,00** - 7 copie settimanali Euro **249,00** anziché Euro **280,00**. Qualora nel corso del 2011 le poste non consegnassero più nella giornata del sabato all'abbonato che ha scelto le sei copie settimanali, verrà fornita la possibilità di ritirare la copia presso un'edicola di fiducia oppure riceverà la copia postale il lunedì successivo.

Abbonamento Web 7 copie settimanali Euro **99,00** anziché Euro **125,00**. L'abbonamento on-line è valido per un anno, per tutti i giorni, è disponibile fin dal primo mattino e prevede la consultazione dell'intero archivio dal 2000 ad oggi.

giornale "TRENTINO" 5 numeri/settimana (lun./ven. o mar./sab.) per un anno a Euro **167,00** anziché Euro **208,00** - 6 numeri/settimana per un anno a Euro **182,00** anziché Euro **228,00** - 7 numeri/settimana per un anno a Euro **212,00** anziché Euro **268,00**. Con riserva variazione prezzi nel corso del 2011.

CONSULENZE

- Assistenza di consulenza legale da un **avvocato** del foro di Trento.
- Assistenza di consulenza fiscale di un **commercialista** di Trento.
- Assistenza e consulenza da parte del nostro **Patronato U.I.L.** per pensioni INPS, rendite INAIL - CAAF.
- Assistenza di consulenza per problematiche inerenti al settore edile ed affini (progettazione, tavolare, barriere architettoniche) fornite da un **perito edile**.

ASSOCIAZIONI

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

ASIS Azienda speciale per la gestione degli impianti sportivi del Comune di Trento. Tariffe d'ingresso alle piscine per gli iscritti alle categorie di invalidi esibendo la tessera di iscrizione ANMIC. NB. I prezzi saranno variati nel corso del 2011.

- entrata singola piscina e stadio del ghiaccio Euro **3,20**
- tessera per 10 ingressi in piscina e stadio del ghiaccio (validità 365 giorni dalla data di acquisto) Euro **28,80**
- abbonamento 10 ingressi piscina e stadio del ghiaccio (validità 180 giorni dalla data di acquisto) Euro **26,20**
- entrata singola piste fondo Viote: feriale Euro **2,90**, festivo e prefestivo Euro **3,30**
- abbonamento stagionale pista fondo Viote Euro **22,40**
- tessera dello sportivo, ingressi illimitati a piscine, stadio del ghiaccio, centro fondo Viote (valida 365 giorni dalla data d'acquisto) Euro **263,50**

PERGINE VALSUGANA Ingresso gratuito alla Piscina Comunale per persone disabili che necessitano di accompagnatore, l'accesso è gratuito anche per gli accompagnatori.

TRENTINO VOLLEY Abbonamenti BEST Euro **210,00** • **DISTINTI** Euro **155,00** • **CURVA** Euro **105,00**.

NEGOZI

TRONY GRUPPO ELETTROCASA

- TRONY NORD, via Brennero Bren Center, 0461 821011 Trento

- TRONY SUD, viale Verona Big Center, 0461 933633 Trento
- TRONY ROVERETO, via del Garda Millennium Center, 0464 425212
- INFO, Via Gocciadoro 13, 0461 933555

Extra **3%** su tutti gli articoli come telefonini, computer, fotocamere, videoregistratori, telecamere e su tv e grandi elettrodomestici. NB: gli sconti extra non sono cumulabili con eventuali campagne promozionali e non sono praticabili sulle offerte speciali, che sono sempre ben individuabili dal cartellino del prezzo riportante la scritta "offerta speciale" o "prezzo promozionale"

ATTREZZATURE MEDICO SANITARIE Trento - Via De Gasperi OFFRE consulenze, visite domiciliari, procedure burocratiche. Sconto del **10%** sulla fornitura di ausili protesici.

GIOVANNINI Sconti del **40% + 10%** sul prezzo di listino Giovannini per tutti gli articoli di materiale elettrico presenti e/o gestiti nei punti vendita Giovannini Srl. Electro Self Srl, esclusi i prodotti venduti a prezzo netto e/o in promozione. Sconto del **5%** sul prezzo di listino Casa Self per tutti gli articoli gestiti nei punti vendita Casa Self (accessori ed articoli per la casa, complementi d'arredo), esclusi prodotti venduti a prezzo netto, in promozione e/o inclusi in liste nozze.

Punti vendita Giovannini S.r.l.

- GIOVANNINI SRL, loc. Campotrentino, 50 - 38121 Trento
- ELECTRO SELF e CASA SELF TRENTO, via Maccani, 155 - Trento
- ELECTRO SELF e CASA SELF TASSULLO, Loc. S. Giustina, 3 - Tassullo
- ELECTRO SELF e CASA SELF ROVERETO, via Stazione di Mori, 11 - Rovereto
- ELECTRO SELF e CASA SELF MEZZOLOMBARDO, via Trento, 69/3 - Mezzolombardo

COMPUTER SYSTEMS Via 4 Novembre, 100 - 38121 Trento. Sconto del **2%** su acquisto di materiale hardware; sconto del **3%** su acquisto materiale software. N.B.: premettiamo che la scontistica qui sopra esposta non viene applicata sui prezzi di listino, ma in aggiunta ai prezzi già scontati riservati alla normale clientela.

MOLINARI SPORT Via Roma 18, Civezzano Calzature e Abbigliamento per tempo libero e casa. Sconto del **10%** su tutti gli articoli, esclusi quelli in offerta.

IL PAPIRO Libreria - Via Grazioli 37 e Via Galilei 5 - Trento - Sconto del **10%** sul prezzo di copertina di qualsiasi libro (esclusi testi scolastici, parascolastici e stranieri).

PARCHEGGIO Piazza Fiera - Trento - orario 7-21. **sosta gratuita per auto al servizio di disabili titolari di contrassegno.** Basta passare dalla cassa con personale presente (verso Torrione) e mostrare contrassegno e documento d'identità.

ACUSTICA TRENTINA Sconto su apparecchi acustici (da listino già scontato) • tradizionali (retroauricolari): **8%** • intrauricolari "invisibili": **5%** • automatici e digitali: **3%** • cuffie per la Tv e telefoni amplificati: **5%** • accessori (auricolari, set pulizia...): **5%** • controllo udito, revisione e pulizia dell'apparecchio acustico (di qualsiasi marca e tipo): **GRATUITO.**

AUTOSCUOLE CRISTINA con le proprie sedi in Trento, via Romagnosi 32, Cavareno, Mollaro di Taio, Mezzocorona, Mezzolombardo e Ponte Arche, fax 0461 985183 e 601779, Cles (TN) Via Bergamo 26 tel. 0463 421462, dispone di Autovettura MICRA con cambio automatico, equipaggiata per ogni esigenza di svantaggio fisico (handicap) previsto dal Nuovo Codice della Strada. Offre uno sconto del **10%** a tutti gli iscritti, previa presentazione della tessera ANMIC per l'anno corrente.

CASA per FERIE "MIRANDOLA" Cesenatico - Riviera Romagnola, convenzioni speciali con Associazioni disabili, circoli anziani, ecc. Prezzi di assoluta convenienza. Ulteriori informazioni in sede allo 0461 911469 - info@anmic-tn.org

MART Museo di Arte Moderna

Ingresso alle strutture a soci ANMIC.

MartRovereto € **7.00** anziché € 10.00

Casa d'Arte Futurista Depero € **4.00** anziché € 6.00

MartTrento Palazzo Albere € **4.00** anziché € 6.00.

GI LUCE Illuminazione e materiale elettrico - Via Malvasia, 12 e Via Brennero 56 - Trento. Sconto del **10%** su tutti i prezzi esposti escluse offerte speciali e promozioni.

TRENTO OTTICA EASY GOLD Via S. Pio X, 43/45 - Tel. e Fax 0461 922200 - TRENTO. Sconto **8%** su orologeria; sconto **10%** su gioielleria; sconto **12%** su occhiali da vista; sconto **14%** su occhiali da sole.

CENTRO COLOR s.a.s. di Giovanazzi Adolfo & C. - Via Paradisi, 7 - TRENTO. Sconto **10%** (acquisto minimo di euro 20) su articoli in vendita, **escluse le offerte speciali/promozionali, tele su telaio, prodotti con prezzi netti e montaggi artigianali di stampe e quadri.**

ASSIBREN SERVIZI ASSICURATIVI s.n.c. E DELAITI ASSICURAZIONI s.n.c. Via Brennero, 322 (Top Center II piano, Torre a Nord) - Trento (tel. 0461 829580) e-mail: info@delaiti.net offrono speciale convenzione con sconto **30%** (su tariffa R.C.A. per i tesserati ANMIC in possesso di patente speciale B e sconto **20%** per gli altri soci, relativi familiari e tutti coloro che non hanno avuto sinistri negli ultimi 5 anni su tutti i prodotti assicurativi (Incendio, Responsabilità civile, Tutela Legale, ecc.

diffidate della VENDITA a domicilio



Attenti
ai pacchi...
NON
comprate nulla!

COMUNICATO DELLA FAND

ATTENZIONE ALLE TRUFFE

La federazione tra le associazioni nazionali disabili, invita gli appartenenti alle varie categorie a segnalare eventuali imbrogli al Comando Carabinieri di Zona



CONTI CORRENTI POSTALI • Ricevuta di Versamento

Banco**Posta**

€ sul C/C n. 17182387

di Euro

3 6, 1 5

importo in lettere

INTESTATO A:

A.N.M.I.C. - ASSOC. NAZ. MUTILATI INVALIDI CIVILI
SEZ. PROV.LE TRENTO

ESEGUITO DA:

.....
.....
.....

CAUSALE:

QUOTA ASSOCIATIVA 2011 - GIORNALE ANMIC ROMA - NOTIZIARIO ANMIC TRENTO

BOLLO DELL'UFF. POSTALE

CONTI CORRENTI POSTALI • Ricevuta di Accredito

Banco**Posta**

€ sul C/C n. 17182387

di Euro

3 6, 1 5

importo in lettere

A.N.M.I.C. - ASSOC. NAZ. MUTILATI INVALIDI CIVILI - SEZ. PROV.LE TRENTO

CAUSALE:

QUOTA ASSOCIATIVA 2011 - GIORNALE ANMIC ROMA - NOTIZIARIO ANMIC TRENTO

ESEGUITO DA:

.....
.....
.....
RESIDENTE IN VIA - PIAZZA
.....
.....
CAP LOCALITÀ
.....
.....

BOLLO DELL'UFF. POSTALE
codice bancoposta

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE
importo in euro numero conto

17182387 < 451 >

AVVERTENZE

Il Bollettino deve essere compilato in ogni sua parte (con inchiostro nero o blu) e non deve recare abrasioni, correzioni o cancellature. La causale è obbligatoria per i versamenti a favore delle Pubbliche Amministrazioni. Le informazioni richieste vanno riportate in modo identico in ciascuna delle parti di cui si compone il bollettino

“I diritti per i quali l’ANMIC ha lottato in cinquant’anni di impegno”

- Fornitura protesi e ausili
- Collocamento obbligatorio al lavoro - Legge 68
- Esenzione ticket
- Assegno mensile
- Pensione inabilità
- Indennità di frequenza
- Indennità di accompagnamento
- Contrassegno parcheggio e circolazione per non deambulanti
- Contributo per acquisto e adattamento autovetture per disabili
- Esenzione imposta di transazione (e passaggio di proprietà) per veicoli adattati alla guida o al trasporto di persone disabili
- Contributo su eliminazione barriere architettoniche
- IVA agevolata su eliminazione barriere architettoniche - acquisto e modifiche veicoli per titolari di patente speciale - modifica veicoli per famigliari del disabile - protesi e ausili per la deambulazione - ausili tecnici e informatici
- Detrazioni fiscali sull’acquisto veicoli - protesi ed ausili informatici
- Esenzione del bollo per veicoli modificati per la guida ed il trasporto invalidi non deambulanti
- Esenzione tassa governativa sui telefonini per invalidi non deambulanti
- Assegno al nucleo familiare per chi assiste in casa un disabile titolare di indennità di accompagnamento
- Agevolazioni F.S. per invalidi titolari dell’indennità di accompagnamento
- Permessi parentali e congedo straordinario (L 104/1992)

... e altro

Per informazioni è utile contattare gli uffici della Sezione al numero telefonico 0461 911469



TRENTO

TESSERAMENTO 2011



Questo spazio è riservato per ricordare a tutti gli associati di rinnovare la tessera ANMIC per l'anno 2011 e di destinare in fase di dichiarazione dei redditi la ritenuta del 5 per mille a favore della nostra sede ANMIC della provincia di Trento. Vi ricordiamo che senza il vostro contributo non saremmo in grado di compiere la nostra attività. Facciamo affidamento sulla vostra consueta disponibilità e per questo vi ringraziamo anticipatamente. Per facilitarvi il compito vi preghiamo di utilizzare le modalità che proponiamo in queste due pagine.

Ritenuta 5 per mille

Segnaliamo inoltre che la ritenuta del 5 per mille a nostro favore può essere fatta anche da persone non disabili che fanno la dichiarazione dei redditi. Quindi datevi da fare. Avrete qualche amico o parente che ci vuole dare una mano. Il nostro numero di codice fiscale:

80018260226

N.B. Per il versamento della QUOTA ASSOCIATIVA 2011 servitevi della Vostra banca utilizzando il sottoriportato bonifico.

RICHIESTA DI VERSAMENTO A MEZZO BONIFICO ELETTRONICO
BENEFICIARIO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI E INVALIDI CIVILI VIA BENEVOLI, 22 TRENTO
PRESSO CASSA RURALE DI TRENTO
COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE
IBAN IT 50C083 0401 8040 0000 3080681

VI PREGHIAMO DI VOLER VERSARE _____

IMPORTO	ENTRO IL
€ 36,15	

a fronte

N. FATTURA	DEL	DI CUI IVA
QUOTA ASSOCIATIVA ANNO / 2011		

DEBITORE:

Favorite eseguire il presente pagamento mediante bonifico a mezzo Rete Interbancaria

con pagamento in contanti

con addebito al conto corr. n° _____

data e firma _____

MOD. 62

ANMIC augura



Buone Feste