

Numero Unico
Maggio 2005

www.alicecampania.org



O.N.L.U.S.

Reg. Reg. n. 50 del 15/01/02

ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA ALL'ICTUS CEREBRALE

A.L.I.C.E. Informa

BOLLETTINO PER I SOCI ED I SOSTENITORI

VI° GIORNATA NAZIONALE ICTUS CEREBRALE

ALICE IN PIAZZA

UNA RETE REGIONALE PER L'EMERGENZA ICTUS

Life for Life

IN VIAGGIO CON LA PREVENZIONE

A.L.I.Ce. e S.I.I.A. (*Società Italiana Ipertensione Arteriosa*) hanno deciso di percorrere insieme un viaggio attraverso l'Italia per guidare tutti coloro che hanno voglia di saperne di più, verso la strada della prevenzione.

L'INFO-TIR A NAPOLI

17-18-19 maggio

Piazza Trieste e Trento



Medici esperti e volontari aiuteranno i cittadini a misurare il loro **rischio** di ictus mediante la compilazione di una scheda di valutazione.

Distribuzione di materiale informativo per la **prevenzione** delle malattie cerebro-vascolari.

IN COLLABORAZIONE CON A.V.O. - ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERI

DOMENICA 22 MAGGIO 2005

I Gazebo di ALICE

CASERTA	- PIAZZA DANTE
AVELLINO	- C.SO V. EMANUELE - VILLA COMUNALE
EBOLI	- PIAZZA DELLA REPUBBLICA
POZZUOLI	- PIAZZA DELLA REPUBBLICA
PORTICI	- C.SO UMBERTO - VILLA COMUNALE
S. ANTONIO ABATE	- PIAZZA DELLA LIBERTÀ
FRATTAMAGGIORE	- PIAZZA UMBERTO I
S. SEBASTIANO AL V.	- PIAZZA MUNICIPIO

“E PUR SI MUOVE” ... MA FACCIAMO PRESTO!

“Tutto cambia affinché nulla cambi”, scriveva Tomasi di Lampedusa; che nella nostra situazione, potrebbe diventare: **“qualcosa cambia affinché nulla cambi”**.

In verità noi di ALICE non possiamo che rallegrarci, per quanto abbiamo contribuito a determinare nell'ultimo anno negli indirizzi di politica sanitaria in materia di ictus cerebrale.

Nel mese di Marzo l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania ha recepito il lavoro svolto dalla commissione per “L'organizzazione della rete regionale di assistenza per l'ictus cerebrale” istituita dal Presidente Bassolino nel novembre 2003, fortemente voluta dalla nostra associazione, ed alla cui stesura hanno fornito un contributo determinante molti **esperti del nostro Comitato Culturale**.

Con immenso piacere abbiamo anche accolto le “linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”, elaborate dalla **Conferenza Permanente** per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, pubblicate il 3 febbraio 2005.

Ed infine, a completare questo quadro di assunzione di importanti impegni da parte degli organi istituzionali, la Regione Campania, recependo il **Decreto del Ministero della Salute** del 24 luglio

2003 per il trattamento dell'ictus acuto, il 14 marzo 2005 deliberava l'individuazione di otto Strutture Sanitarie, quali sedi per il trattamento dell'ictus ischemico acuto secondo il protocollo SITS-MOST.

Tali strutture saranno finalmente autorizzate al **trattamento fibrinolitico** con “Actilyse”, farmaco la cui utilità e sicurezza è oggetto di uno studio multi-

trico europeo post-marketing della durata non inferiore ai tre anni, solamente dopo aver documentato una solida esperienza nel trattamento dell'ictus ed attivato strutture assistenziali dedicate (Unità Ictus), nonché un team multidisciplinare operativo h 24 (Stroke Team).

Quindi, rispetto ad appena pochi anni or sono, **molte cose sono effettivamente cambiate**; anche grazie alla realizzazione di una positiva sinergia tra istituzioni ed associazionismo.

Sulla **“qualità”** di quanto elaborato nei documenti ufficiali, possiamo garantire avendovi lavorato, direttamente o indirettamente, fornendo il nostro contributo di esperienza.

Su come tutto ciò si intenda realizzare, esaminando recenti episodi, saremmo tentati a “stendere un velo pietoso”, se così facendo, non venissimo meno al nostro impegno di **difensori dei diritti**, e **“portavoce” della sofferenza**.

Tutto quanto sino ad oggi elaborato, dovrebbe essere oggetto di studio e di riflessione, nonché strumento di azione per gli “addetti ai lavori”; a partire da chi maneggia “l'arma” dell'informazione.

(segue a pagina 2)

Il Concerto per A.L.I.Ce.



TRIBUTO A Fabrizio de Andre'

Venerdì 27 maggio ore 20,00
TEATRO TRIANÒN - Napoli

Renato Franchi &
Orchestra del Suonatore Jones

Presenta: Rosaria De Cicco

Ancora un evento culturale, di solidarietà e di sostegno al volontariato sociale.

Prenotazione inviti: 3471590334 - info@alicecampania.org



Invece, ancora una volta abbiamo assistito al malcostume, persistente in parte della stampa regionale, la quale pensa di fare "buona sanità", enfatizzando "mezze", ma anche "false" notizie: "... il primo intervento di trombolisi"; "... nasce la prima Stroke Unit in ambienti super tecnologici"; "... il robot in corsia".

La "cattiva" informazione: quella ancora non cambia !

Così come non cambia la profonda frattura tutt'ora esistente tra programmazione e realizzazione di progetti percepiti dalle persone come effettivo miglioramento delle loro condizioni di vita.

D'altro canto abbiamo sufficiente esperienza per capire come, molto spesso "cattiva" informazione e politica dei "proclami" vanno di pari passo.

In questo quadro assume quindi un diverso significato, la notizia dell'inaugurazione preelettorale della "prima Stroke Unit della Campania", presso un presidio ospedaliero dove non solo mancano i "robot in corsia", ma in realtà mancano alcuni dei requisiti essenziali, ben descritti in tutti i succitati documenti ufficiali, tant'è vero che l'assessorato alla sanità non lo individua tra le otto strutture presso le quali avviare il progetto SITS-MOST.

I "diversi" significati vanno probabilmente ancora una volta ricercati nella "...voce di popolo" che racconta di "frequenzioni politiche" e di cognomi "illustri" da promuovere in incarichi dirigenziali.

Purtroppo, ancora una volta, queste scelte sembrerebbero vanificare il nostro impegno, teso alla congiunzione dei bisogni delle persone con scelte di politica sanitaria ed assistenziale basate su criteri di **efficienza e qualità**.

D'altronde, stante ad allarmanti recenti notizie di cronaca relative al settore della **riabilitazione**, efficienza e qualità sembrano due prerogative ancora lontane per il sistema sanitario ed assistenziale della nostra regione.

Qui, dove la quasi totalità delle strutture riabilitative lavorano per il profitto di poche "lobby" private, sembra che personale operante in un settore di tale importanza strategica per il reinserimento sociale delle persone colpite da varie forme di disabilità, senza alcuna adeguata qualifica, sia sfuggito al controllo da parte degli organi pubblici preposti.

Questa è una'altra realtà che non si vuole cambiare ?!

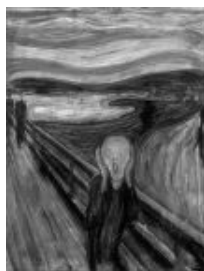
Durante la recente campagna elettorale per le elezioni del nuovo Governo Regionale abbiamo ascoltato tante cose sulla sanità e l'assistenza; di "destra" e di "sinistra".

ALICE non ha una collocazione geo-politica; ma neppure vive nel "paese delle meraviglie".

La nostra ALICE è una associazione di volontariato che opera "... per rimuovere le cause delle **disuguaglianze** ... e concorre all'allargamento, tutela e fruizione dei beni comuni. Non si ferma all'opera di denuncia ma **avanza proposte e progetti** coinvolgendo quanto più possibile la popolazione nella costruzione di una società più vivibile".

ALICE difende i diritti, e lavora per affermare: la **dignità delle persone**, il diritto alla prevenzione, alla cura, all'assistenza al reinserimento sociale; il diritto ad una sanità pubblica degna di uno dei sette paesi più industrializzati del globo all'inizio del terzo millennio; il diritto a scelte politiche che partano dai bisogni; il diritto alla "trasparenza" nelle scelte.

Tutto ciò è di "destra" o di "sinistra" ?



Qualche anno fa il Direttore Generale di una delle principali Aziende Ospedaliere, ci lanciò una sfida: "... le Unità Ictus non possono essere realizzate in quanto non previste dal Piano Sanitario Regionale... Provate a modificarlo!"

Caro Direttore, l'impegno che assumemmo in quella sede, per la parte che ci spetta, è stato mantenuto; **le "carte" sono in ordine**.

Occorre ora che tutti noi, Lei compreso insieme a tutti i suoi colleghi, ci rimbocchiamo le maniche per far sì che anche nella nostra Regione, quanto scritto esca fuori dagli archivi **prima di impolverarsi**, e divenga

realtà tangibile per le migliaia di persone (9577 ospedalizzate in Campania nel 2001) che ogni anno restano vittime dell'ictus cerebrale; ma ancor di più **vittime** della burocrazia, dell'inefficienza, degli interessi privati e di quelli di "partito", di un sistema sanitario "a misura di Aziende" ma non dei cittadini.

Auguri di buon lavoro, a tutti noi !

La Redazione

CORSI DI FORMAZIONE PER CARE-GIVERS

PARTECIPAZIONE ENTUSIASTICA

Il primo ciclo dei corsi "**Finalmente a Casa**" organizzati con la finalità di fornire alcune competenze di base a quanti desiderino supportare l'assistenza alle persone colpite da ictus per migliorare la loro qualità di vita, si è concluso con un bilancio più che lusinghiero.

Il successo delle prime edizioni ed il conseguente aumento delle domande di partecipazione, ci ha visto costretti da estendere il numero dei partecipanti da 80 a 100.

Persone colpite da ictus, familiari, volontari, tutti uniti dal bisogno di informazione, specialmente finalizzata al miglioramento delle **capacità relazionali**, ma anche ad acquisire capacità materiali negli aspetti fisici del supporto all'assistenza specialistica.

In molte realtà i corsi sono stati l'occasione per mettere insieme tante persone che vivono nel quotidiano l'etica della: "**ricerca di sé, nell'altro da sé**".

Da tutti, ed in particolare dai giovani volontari, una richiesta: fare in modo che tutto ciò che con tanto entusiasmo è stato appreso, possa essere al più presto finalizzato attraverso **progetti di sostegno all'assistenza domiciliare**.

Questa richiesta è diventata per noi un impegno.

A partire dal sollecitare gli organi istituzionali affinché vengano resi operativi i **Piani di Zona** definiti nello spirito della **legge quadro 328** di integrazione socio-sanitaria, nel cui ambito occorre dare un giusto ruolo al volontariato sociale ed al "**Terzo Settore**".

Intanto cogliamo l'occasione per esprimere la nostra gratitudine all'**Amministrazione Provinciale** di Napoli che ha fatto proprio questo nostro progetto, sostenendoci con passione.

Il nostro auspicio è di continuare sulla strada della promozione del **miglioramento delle condizioni di vita** delle persone, assolvendo in tal modo ad una delle principali ragioni d'essere della nostra Associazione.

RIVASCOLARIZZAZIONE CEREBRALE

CORSO DI AGGIORNAMENTO

NAPOLI, 9 - 10 GIUGNO 2005

AORN "A.CARDARELLI"
SALA CONVEGNI

ARGOMENTI

QUANDO RIVASCOLARIZZARE
RIVASCOLARIZZAZIONE FARMACOLOGIA
ENDARTERECTOMIA VS. STENTING
RIVASCOLARIZZAZIONE CHIRURGICA EC-IC BYPASS
EXCIMER LASER ASSISTED ANASTOMOSIS - ELANA
INDICAZIONI ALLA RIVASCOLARIZZAZIONE CHIRURGICA

CORSO ECM PER MEDICI, TECNICI ED INFERMIERI

info@alicecampania.org

CARTA DEI VALORI DEL VOLONTARIATO

PROPOSTA DA (FIVOL) FONDAZIONE ITALIANA PER IL VOLONTARIATO E GRUPPO ABELE

Volontario è la persona che, adempiuti i doveri di ogni cittadino, mette a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per gli altri, per la comunità di appartenenza o per l'umanità intera. Egli opera in modo libero e gratuito promuovendo risposte creative ed efficaci ai bisogni dei destinatari della propria azione o contribuendo alla realizzazione dei beni comuni.

I volontari esplicano la loro azione in forma individuale, in aggregazioni informali, in organizzazioni strutturate; pur attingendo, quanto a motivazioni, a radici culturali e/o religiose diverse, essi hanno in comune la passione per la causa degli esseri umani e per la costruzione di un mondo migliore.

Il volontariato è azione gratuita. La gratuità è l'elemento distintivo dell'agire volontario e lo rende originale rispetto ad altre componenti del terzo settore e ad altre forme di impegno civile. Ciò comporta assenza di guadagno economico, libertà da ogni forma di potere e rinuncia ai vantaggi diretti e indiretti. In questo modo diviene testimonianza credibile di libertà rispetto alle logiche dell'individualismo, dell'utilitarismo economico e rifiuta i modelli di società centrati esclusivamente sull'"avere" e sul consumismo. I volontari traggono dalla propria esperienza di dono motivi di arricchimento interiore e sul piano delle abilità relazionali.

Il volontariato è, in tutte le sue forme e manifestazioni, espressione **del valore della relazione e della condivisione** con l'altro. Al centro del suo agire ci sono le persone considerate nella loro dignità umana, nella loro integrità e nel contesto delle relazioni familiari, sociali e culturali in cui vivono. Pertanto considera ogni persona titolare di diritti di cittadinanza, promuove la conoscenza degli stessi e ne tutela l'esercizio concreto e consapevole, favorendo la partecipazione di tutti allo sviluppo civile della società.

Il volontariato è **scuola di solidarietà** in quanto concorre alla formazione dell'uomo solidale e di cittadini responsabili. Propone a tutti di farsi carico, ciascuno per le proprie competenze, tanto dei problemi locali quanto di quelli globali e, attraverso la partecipazione, di portare un contributo al cambiamento sociale. In tal modo il volontariato produce legami, beni relazionali, rapporti fiduciosi e cooperazione tra soggetti e organiz-

zazioni concorrendo ad accrescere e valorizzare il capitale sociale del contesto in cui opera.

Il volontariato è **esperienza di solidarietà e pratica di sussidiarietà**: opera per la crescita della comunità locale, nazionale e internazionale, per il sostegno dei suoi membri più deboli o in stato di disagio e per il superamento delle situazioni di degrado. Solidale è ogni azione che consente la fruizione dei diritti, la qualità della vita per tutti, il superamento di comportamenti discriminatori e di svantaggi di tipo economico e sociale, la valorizzazione delle culture, dell'ambiente e del territorio. Nel volontariato **la solidarietà si fonda sulla giustizia.**

Il volontariato è **responsabile partecipazione e pratica di cittadinanza solidale** in quanto si impegna per rimuovere le cause delle disuguaglianze economiche, culturali, sociali, religiose e politiche e concorre all'allargamento, tutela e fruizione dei beni comuni. Non si ferma all'opera di denuncia ma avanza proposte e progetti coinvolgendo quanto più possibile la popolazione nella costruzione di una società più vivibile.

Il volontariato ha una **funzione culturale** ponendosi come coscienza critica e punto di diffusione dei valori della pace, della non violenza, della libertà, della legalità, della tolleranza e facendosi promotore, innanzitutto con la propria testimonianza, di stili di vita caratterizzati dal senso della responsabilità, dell'accoglienza, della solidarietà e della giustizia sociale. Si impegna perché tali valori diventino patrimonio comune di tutti e delle istituzioni.

Il volontariato svolge un **ruolo politico**: partecipa attivamente ai processi della vita sociale favorendo la crescita del sistema democratico; soprattutto con le sue organizzazioni sollecita la conoscenza ed il rispetto dei diritti, rileva i bisogni e i fattori di emarginazione e degrado, propone idee e progetti, individua e sperimenta soluzioni e servizi, concorre a programmare e a valutare le politiche sociali **in pari dignità con le istituzioni pubbliche** cui spetta la responsabilità primaria della risposta ai diritti delle persone.



www.fivol.it

ICTUS E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La cura di malattie ad alto potenziale di invalidità si giova in grande misura della tempestività dell'intervento terapeutico, ma anche della continuità assistenziale.

Ogni Linea Guida e tutti i Piani Sanitari sottolineano l'importanza di tale atteggiamento, anche se non sempre questi consigli sono seguiti e messi in pratica.

Per le persone affette da ictus seguiti dalla U.O.S. per le malattie cerebrovascolari dell'ospedale S. Maria delle Grazie di **Pozzuoli** - ASL NA2, un punto di forza è quello di potersi avvalere di una terapeuta della riabilitazione presente nella divisione: ciò rende possibile iniziare precocemente la fase del recupero funzionale.

Alla dimissione, in collaborazione con l'Unità di Valutazione della Geriatria, viene determinato il piano terapeutico-assistenziale e il percorso di follow-up, attivando direttamente la fisioterapia e, ove occorra, **l'intervento infermieristico a domicilio** per la gestione di condizioni particolari (lesioni decubito, gestione di cateteri urinari o per l'alimentazione enterale, somministrazione



Richiedete il volume alle nostre sedi

di terapia e.v., controllo di parametri vitali...). In caso di necessità vengono anche prescritti presidi per l'allettamento e l'incontinenza.

Questo grazie a percorsi concordati con le competenti strutture territoriali: tale integrazione permette all'ammalato, e soprattutto ai familiari, di **superare barriere burocratiche e lungaggini** che spesso inficiano gli sforzi per il recupero delle funzioni lese o non permettono la prevenzione delle più comuni complicanze.

Durante il follow-up post ricovero, i malati vengono invitati a controlli periodici presso il nostro ambulatorio ospedaliero dedicato, per valutare il recupero funzionale.

Particolare attenzione viene posta al **monitoraggio dei fattori di rischio** per la prevenzione secondaria e della terapia anticoagulante orale nonché ai disturbi dell'affettività e cognitivi; in questa ultima evenienza, ci avvaliamo della collaborazione dell'Unità di Valutazione per le demenze della Geriatria ospedaliera.

Luigi Di Gennaro

LINEE GUIDA ITALIANE DI
PREVENZIONE E TRATTAMENTO

SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Edizione 2003 : www.spread.it

Le nuove Linee guida per una sana alimentazione

ELABORATE DALL'ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUGLI ALIMENTI E LA NUTRIZIONE

È ormai a tutti noto il ruolo fondamentale che un corretto stile di vita ha nel promuovere e mantenere la salute. In tale ambito l'alimentazione riveste un'importanza prioritaria, sia come fattore di prevenzione, ma spesso anche terapeutico.

Le patologie alle quali la scienza della nutrizione ha riconosciuto un legame diretto o indiretto con l'alimentazione sono infatti numerose e tra esse ricordiamo le patologie cardiovascolari.

La prevenzione riveste un ruolo fondamentale e rappresenta, probabilmente, l'unica arma efficace per fermare il dilagare di quelle che, e cito solo l'obesità come esempio per tutte, stanno diventando delle emergenze sanitarie mondiali.

Negli ultimi anni l'attenzione che Enti ed Istituzioni pubbliche rivolgono al problema dell'alimentazione è sicuramente aumentata, contribuendo in maniera estremamente positiva alla diffusione di una "coscienza della sana alimentazione" che, se non è ancora riuscita a modificare i comportamenti alimentari della maggior parte della popolazione, ha almeno cominciato a farci riflettere sull'importanza che l'alimentazione riveste per la nostra salute.

Tutti sanno e tutti dicono che bisogna mangiare sano ma... quanti sanno davvero cosa significa? E quanti sanno davvero cosa bisogna mettere in tavola ogni giorno?

Il cibo rappresenta una fonte di piacere, di convivialità, di socialità e cultura, che poco si coniuga con l'idea di calcolo di calorie e fredde indicazioni che ancora sono alla base, e spesso rappresentano l'unico presupposto, di approcci dietetici che finiscono con il diseducare le persone, piuttosto che aiutarle a cambiare il proprio comportamento alimentare.

Per rendere un approccio educativo efficace nel contribuire a cambiare i comportamenti alimentari, e soprattutto a mantenerli nel tempo, tutti i professionisti della salute devono pertanto saper tenere in considerazione tutti questi aspetti, e saper porli nella giusta dimensione.

Le Linee Guida per una sana alimentazione, elaborate dall'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), possono rappresentare un agevole strumento di educazione alimentare, e soprattutto hanno l'obiettivo di fornire al consumatore una serie di semplici informazioni ed indicazioni per mangiare meglio e con gusto, nel rispetto delle tradizioni alimentari del nostro Paese. Vediamole insieme.

Controlla il peso e mantieniti sempre attivo: pesarsi almeno una volta al mese controllando che il proprio peso rientri nei limiti della norma. Abituarsi ad uno stile di vita più attivo, attraverso un maggiore movimento realizzabile nelle piccole attività quotidiane. Evitare diete squilibrate o molto drastiche del tipo "fai da te", che possono essere dannose per la salute.

Più cereali, legumi, ortaggi e frutta: consumare quotidianamente più porzioni di ortaggi e frutta fresca; aumentare il consumo di legumi freschi e secchi, limitando le aggiunte di olii e grassi, da sostituire eventualmente con aromi e spezie; consumare regolarmente pane, pasta, riso ed altri cereali, preferibilmente integrali.

Grassi, scegli la qualità e limita la quantità: moderare la quantità, ma soprattutto prestare attenzione alla qualità dei grassi da utilizzare per condire e cucinare utilizzando modalità di cottura al cartoccio, al forno a microonde, al vapore, e con padelle antiaderenti. Limitare il consumo di grassi di origine animale (burro, strutto, lardo, panna), e preferire il consumo di grassi vegetali, in particolare di olio extravergine d'oliva.

I grassi da condimento andrebbero utilizzati a crudo, evitando di riutilizzare i grassi e gli oli già cotti. Preferire il pesce, sia fresco che surgelato almeno due-tre volte a settimana, alle carni, tra le

quali andrebbero preferite quelle magre e comunque private del grasso visibile prima di cuocerle.

Le uova: 4 alla settimana, distribuite nell'arco dei vari giorni.

Il latte, nel caso di consumi elevati, sicuramente auspicabili per l'elevato valore nutrizionale di questo alimento, andrebbe preferito il latte scremato o parzialmente scremato, che ha lo stesso contenuto di calcio e proteine, ed un ridotto contenuto in grassi.

I formaggi invece dovrebbero essere consumati in porzioni più piccole di quelle che siamo abituati a consumare (50 g di formaggi stagionati o 100 g di formaggi freschi o latticini), due - tre volte a settimana.

Zuccheri, dolci e bevande zuccherate; nei giusti limiti: Moderare il consumo di alimenti e bevande dolci. Andrebbero preferiti i dolci meno ricchi in grassi quali quelli non farciti.

Il sale? Meglio poco. L'utilizzo del sale andrebbe progressivamente ridotto sia in tavola che in cucina, abituandosi ad insaporire le pietanze con erbe aromatiche (aglio, cipolla, basilico, rosmarino, sedano) e spezie (peperoncino, noce moscata, zafferano ecc...). Bisognerebbe ridurre il consumo di tutti gli alimenti e gli snack naturalmente ricchi in sale (patatine, olive da tavola, insaccati e salumi), e di condimenti contenenti sale, quali ketchup, dadi da brodo, senape, salsa di soia.

Bevande alcoliche, se sì, solo in quantità controllata: moderazione, dando la preferenza a quelle a basso tenore alcolico, come vino e birra, al momento dei pasti.

Varia spesso le tue scelte a tavola: fare in modo che nell'alimentazione quotidiana siano presenti tutti gli alimenti, raggruppati nei vari gruppi alimentari.

Queste, in sintesi, alcune indicazioni per costruire un'alimentazione sana e varia nel rispetto del gusto e delle tradizioni.

Scaricatele dal sito www.inran.it e leggetele con attenzione, per costruire giorno dopo giorno un efficace strumento di prevenzione.

Ersilia Troiano



Progetto Europeo SITS-MOST

FINALMENTE LA TROMBOLISI !

Sia pure con molto ritardo, la nostra Regione si è finalmente attivata per quanto concerne la attuazione della **terapia trombolitica nell'ictus ischemico**.

La trombolisi rappresenta oggi una **valida terapia** nel trattamento dell'ictus cerebrale acuto in pazienti **attentamente selezionati**, pur non essendo priva di rischi potendo determinare complicanze emorragiche.

Per tali motivi può essere praticata esclusivamente nell'ambito del Progetto Europeo di monitoraggio **SITS-MOST**, in Centri che rispettino tutte le caratteristiche indicate nel Decreto del Ministero della Salute (D.M. 24 luglio 2003. G.U. N° 190 18 Agosto 2003) e che siano stati **ufficialmente autorizzati**.

La Regione, con delibera n° 84 pubblicata sul BURC n. 16 del 14/3/2005, ha finalmente identificato i Centri che potranno essere autorizzati, dopo verifica dei requisiti ed approvazione dei rispettivi Comitati Etici.

Le strutture sanitarie individuate sono otto: P.O. **S. Giovanni Bosco**, NA 1; P.O. **Loreto Nuovo**, NA 1; P.O. **S. Giovanni di Dio**, NA 3; P.O. Battipaglia **SA 3**; A.O. Rummo - **Benevento**; A.O. S. Sebastiano - **Caserta**; A.O. **Cardarelli** - Napoli; A.O. S. Giovanni di Dio **Salerno**.

Non tutte queste strutture sono allo stato rispondenti ai requisiti, ma in breve **potranno essere adeguate** alla normativa e garantire così anche nella nostra regione la possibilità del trattamento trombolitico nella fase acuta in quei pazienti adeguatamente selezionati (6-8%) che ne possono beneficiare.



Assessorato alla Sanità Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi Regionali di Emergenza

(Dir. Guido Fontanella)

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI ASSISTENZA PER L'ICTUS CEREBRALE

Documento redatto a cura della

Commissione Regionale per l'Organizzazione dell'Assistenza ai Pazienti con Stroke

(D.P.G.R.C. n.655 del 7.10.2003 e D.P.G.R.C. n. 791 del 13.11.2003)

Ernesto Ciardulli, Dir. Med. I liv. Coord. Rianimazione P.O. "S.Giovanni Bosco"- A.S.L. Napoli 1; **Fabrizio A. de Falco (Coordinatore)**, Dir. U.O.C. Neurologia P.O. "Loreto Nuovo"- A.S.L. Napoli 1; **Andrea Di Lauro**, Dir. U.O.C. Neurologia - A.O.R.N. "S.Sebastiano" Caserta; **Giuseppe Galasso**, Dir. U.O.C. Rianimazione - A.O.R.N. "S.Giuseppe Moscati" Avellino; **Raffaele Gimigliano**, Dir. Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitazione - Seconda Università Napoli; **Elvira Gravino**, Resp. Area Funzionale Anestesia Gen., Ter. Int., Nch. e Ipertermia Mal. - A.U.P. "Federico II" Napoli; **Diego Mansi**, Dir. U.O.C. Neurologia P.O. "S.Paolo" - A.S.L. Napoli 1; **Brunello Pezza**, Dir. f.f. U.O.C. Rianimazione - A.O.R.N. "G.Rummo" Benevento; **Franco Rengo**, Dir. Cattedra di Geriatria - A.U.P. "Federico II" Napoli; **Michele Rotondo**, Associato di Neurochirurgia - Seconda Università Napoli; **Giuseppe Russo** Dir. Med. I liv. U.O.C. Neurochirurgia d'Urgenza - A.O.R.N. "A.Cardarelli" Napoli; **Vittorio Russo**, Dir. U.O.C. Medicina d'Urgenza - A.O.R.N. "A.Cardarelli" Napoli; **Andrea Tessitore**, Dir. U.O.C. Neurologia - A.O.R.N. "A.Cardarelli" Napoli; **Mario Visconti**, Dir. U.O.C. Medicina Interna del P.O. "S.Maria del Popolo degli Incurabili"- A.S.L. Napoli 1.

Sreteria Tecnica: **Francesco Santonastasi**, Dir.; **Marcello Pezzella**, Funz.

La Commissione Regionale per la stesura delle "Linee Guida per l'Organizzazione della Rete Regionale di Assistenza per l'Ictus Cerebrale" ha ultimato il suo compito già nei primi mesi del 2004, ma l'iter burocratico è stato come al solito lungo e, per qualche aspetto, problematico.

Il lavoro svolto è stato intenso, ma ha portato ad un prodotto finale **soddisfacente e di elevata qualità**. L'impegno comune ha consentito la condivisione delle rispettive competenze, con l'obiettivo di garantire - in un futuro speriamo prossimo - una migliore assistenza ai pazienti con ictus cerebrale.

Va sottolineato che alcuni dei componenti della Commissione fanno attivamente parte dell'associazione ALICE Campania e che tale associazione ha svolto un **ruolo fondamentale** per promuovere la formulazione di un piano organizzativo regionale per l'assistenza all'ictus nella nostra Regione.

Nel contesto assistenziale, l'ictus cerebrale viene a rivestire primaria importanza sia per l'elevata incidenza della patologia sia per la **complessità assistenziale**, trattandosi di un evento acuto con mortalità tuttora elevata avente caratteristiche di "emergenza medica" spesso associata a co-patologia di rilievo.

Dai dati del Ministero della Salute si evince che il DRG 14 (raggruppamento diagnostico corrispondente alle diverse tipologie di ictus acuto) costituisce la nona causa di dimissioni ospedaliere per un totale di circa 120.000 ricoveri annui di cui circa 9500 sono stati effettuati nella sola Campania (anno 2001).

Pertanto secondo le direttive ministeriali, puntualmente riprese dai documenti programmatici della Regione, lo sviluppo di un **sistema integrato di cure** da realizzare mediante la costituzione di una apposita rete, rappresenta un obiettivo fondamentale da perseguire.

In tale ottica, il **Piano Sanitario Regionale 2002-2004** aveva infatti previsto la emanazione di "... linee guida per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento di "Stroke unit" di primo e secondo livello, nonché la costituzione di un gruppo operativo di coordinamento regionale per la gestione delle emergenze delle malattie cardiologiche e cerebrovascolari il quale dovrà curare, prioritariamente, l'istituzione di un coordinamento telematico con tutte le stroke unit e le unità coronariche, (UTIC) suddivise, queste ultime in UTIC con o senza Emodinamica, operando in modo coordinato con la Centrale operativa del servizio 118".

Con l'introduzione dei **LEA** (Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza) che indicano le prestazioni che il sistema sanitario è tenuto a fornire ai cittadini, le Regioni sono state investite, in via esclusiva, della responsabilità dell'organizzazione delle strutture attraverso le quali assicurare l'erogazione delle prestazioni.

Si sottolinea come la mortalità per ictus nella nostra regione sia **più elevata** di quella che si registra in altre regioni, con particolare riferimento all'area Nord Est del Paese dove tra l'altro la popolazione anziana è più numerosa di quella campana; il tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari in Campania nel 1998 è stato di **115.78 x 100.000**, rispetto al tasso del 109.96 per l'ischemia miocardica.

I suddetti dati rendevano ancor più improcrastinabile l'esigenza di riorganizzare i percorsi assistenziali relativi all'ictus.

Nella fase acuta, in particolare, si rileva l'assenza di una **rete dell'emergenza ictus** in grado di incidere in maniera determinante e con la dovuta tempestività sul percorso clinico; così come risulta carente l'**approccio riabilitativo precoce** e la disponibilità di trattamento intensivo post acuto.

Per quanto concerne in particolare l'assistenza in acuto, sulla base delle evidenze scientifiche, si può affermare che il trattamento in unità ictus di tutti i pazienti ospedalizzati con tale diagnosi consentirebbe in un anno di **salvare la vita** a circa 300 cittadini della Regione, il **precoce rientro al domicilio** di altri 600 soggetti ed il recupero della **autonomia** in oltre 500 persone.

Nel trattamento dell'ictus, il miglioramento dell'assistenza, la condivisione di protocolli di intervento diagnostico-terapeutico, il rilievo epidemiologico, il monitoraggio e la verifica di **Qualità, Efficacia ed Efficienza**, la formazione del personale, la diffusione della conoscenza, la prevenzione secondaria, l'integrazione con il territorio e la continuità dell'intervento riabilitativo, sono tutti obiettivi irrinunciabili che richiedono in prima istanza la identificazione di posti letto con personale dedicato (Unità Ictus).

Gli aspetti qualificanti delle **Unità Ictus** sono la multiprofessionalità dell'équipe, l'approccio integrato medico e riabilitativo, la formazione continua del personale, l'istruzione del paziente e dei familiari. Pertanto, nel processo di costituzione delle Unità Ictus (UNIC), le prime fasi hanno l'obiettivo di creare le **premesse**

(segue a pag. 6)

culturali, le **competenze** tecniche e la realizzazione del **bisogno di integrazione** all'interno dell'azienda, definendo in tal modo i meccanismi operativi senza i quali una struttura dedicata non può svolgere pienamente la propria attività.

Inizialmente va formalizzata la costituzione di un **Gruppo Operativo Ictus** che coinvolge le diverse figure professionali attive nel management del paziente con ictus cerebrale.

L'avvio di un'unità di degenza subintensiva dedicata (Unità Ictus) rappresenta, di necessità, parte integrante di un processo più vasto, volto a garantire la gestione integrata del paziente e la continuità delle cure. Ciò deve essere attuato anche mediante **l'integrazione con il territorio** e le strutture riabilitative, l'attività ambulatoriale di follow-up e di prevenzione secondaria.

Sul modello di quanto previsto per le Emergenze Cardiologiche, le Emergenze Cerebrovascolari (Ictus ischemico ed emorragico) richiedono uno strettissimo coordinamento tra le Unità Ictus e gli *Stroke Team*, e rendono indispensabile la collaborazione e l'utilizzazione delle strutture del 118 all'interno delle quali deve essere organizzato il flusso di "informazioni"

per assicurare il **miglior trattamento possibile nel minor tempo possibile**.

La logica fondante è quella della creazione di **una rete** che offra una soluzione unitaria, attraverso un processo che permetta di indirizzare con immediatezza il paziente presso l'UNIC più idonea al trattamento, ed in grado di assicurare tutti gli interventi utili nella fase acuta (rivascolarizzazione farmacologica, chirurgica e/o endovascolare; trattamento chirurgico delle lesioni emorragiche).

Si deve perciò organizzare la distribuzione territoriale delle Unità Ictus attribuendo ad ognuna compiti specifici, individuando le caratteristiche delle UNIC (**nodi della rete**) e protocolli che regolino la cooperazione fra queste strutture (**relazioni fra nodi**).

Il fabbisogno di letti di UNIC necessari per soddisfare i bisogni del bacino di utenza, va dimensionato da un lato sulla popolazione residente, dall'altro sulla incidenza del fenomeno in tale bacino.

Valutazioni nazionali ed internazionali prevedono un numero di posti letto variabili intorno a **4-8 per 100.000 abitanti**.

Di tali letti, almeno una parte (UNIC-2) saranno di **nuova istituzione nell'ambito del promulgando Piano Ospedaliero**, gli altri posti letto possono essere individuati per trasformazione nelle singole Aziende e Presidi Ospedalieri in relazione al numero di pazienti trattati dimessi con DRG 14 e 15.

L'individuazione del numero e della localizzazione delle UNIC sul territorio regionale per singole province è stata basata sui riferimenti epidemiologici; sulla **accessibilità e viabilità**; sulla presenza nel presidio di determinate **Unità Operative** e di specifiche **dotazioni tecnologiche attive h 24**.

Laddove vengano effettuati trattamento neurochirurgico o trombolitico dell'ictus, le Unità di Terapia Intensiva devono disporre delle risorse necessarie ad ammettere in qualsiasi momento tali pazienti, in base a protocolli e percorsi condivisi.

In ragione della maggiore complessità organizzativa del Presidio, tale tipologia di UNIC si configura come riferimento per le UNIC collocate in strutture con minore complessità.

Naturalmente l'Atto di Indirizzo ha affrontato tutti gli aspetti connessi alla patologia cerebrovascolare.

L'ictus è la prima causa di **disabilità** ed elevato è il numero di soggetti che richiedono adeguato trattamento riabilitativo ed in seguito necessitano di supporto sociale ed assistenziale.

Dunque dalla prevenzione, alla assistenza in acuto, alla riabilitazione ed alla continuità assistenziale, il problema ictus va affrontato in un'**ottica multidimensionale**.

La prevenzione ed il contenimento della disabilità costituiscono una parte estremamente importante del recupero dei pazienti sopravvissuti ad un ictus e devono essere finalizzate a riportare il paziente ad una vita quanto più indipendente possibile in relazione alle sue **capacità residue** ed al suo **potenziale di recupero**.

La riabilitazione non può essere finalizzata al solo recupero delle abilità motorie, ma deve prendere in considerazione la eventualità, molto frequente, di dover recuperare **abilità cognitive e/o la comunicazione verbale**. Nella costruzione de programma riabilitativo, che deve valutare anche la necessità che esso si sviluppi in regime di ricovero, ambulatoriale o totalmente domiciliare, devono partecipare tutte le professionalità coinvolte nelle varie fasi, organizzate in un team dedicato agli obiettivi assistenziali specifici e calibrati sulla individualità del paziente.

Garantire una **continuità assistenziale** che assicuri la prevenzione secondaria dell'ictus, prevenga e curi le complicanze legate alla eventuale disabilità residua, evitando il ricorso improprio alle strutture di ricovero, richiede la collaborazione in primo luogo con **medici di Medicina Generale** che si impegnano a garantire, con le modalità previste dal loro contratto di lavoro e nell'ambito degli specifici **Piani di integrazione Socio – Sanitaria di Zona**, continuità nella cura e nell'assistenza.

Richiede inoltre una maggiore capacità di risposta del **Distretto** alla domanda di prestazioni, che consenta una efficace prevenzione primaria per la popolazione a rischio ed una assistenza integrata, anche attraverso la riabilitazione non in regime di ricovero e **l'assistenza domiciliare integrata (ADI)** per i soggetti con grave invalidità residua o con copatologia di rilievo.

In considerazione della complessità della problematica e della necessità che gli obiettivi individuati vengano raggiunti attraverso un programma articolato e verificabile, è stata proposta la costituzione di un **Osservatorio Regionale** che abbia come compiti specifici quelli di verificare l'attuazione degli obiettivi, in particolare la realizzazione dei modelli organizzativi assistenziali; verificare requisiti e l'implementazione dei centri accreditati per trombolisi; sollecitare l'istituzione di un **registro ictus** in ogni Presidio sede di UNIC e l'istituzione del **registro regionale** per la specifica patologia; realizzare un collegamento stabile e costruttivo con il **volontariato sanitario ed assistenziale**, indicato dal Piano Sanitario Regionale quale elemento essenziale per la realizzazione del "Patto Regionale per la Salute"; definire un set di indicatori allo scopo di valutare il processo assistenziale in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Fabrizio de Falco

PROGETTO "ELANA"

BY-PASS CEREBRALE LASER ASSISTITO

Nel Maggio 2001 la nostra Associazione lanciava una campagna di sottoscrizione, destinando al progetto "ELANA" (Excimer Laser Assisted Non-occlusive Anastomosis) i fondi raccolti con il II Concerto per ALICE.

L'obiettivo era quello di fornire il nostro sostegno all'attività di un gruppo di ricercatori napoletani della AORN Cardarelli e della II Università di Napoli, che partecipa al Progetto Internazionale promosso dalla Fondazione "Annemarie Tulleken" e dalla Università di Utrecht (Olanda).

La tecnica ELANA consente, in casi selezionati, la realizzazione di by-pass cerebrali, riducendo i rischi connessi a tale procedura chirurgica, grazie alla utilizzazione di uno speciale Laser ad Eccimeri e di una "geniale" tecnica neurochirurgica.

I risultati della Fase I del Progetto -Realizzazione di un modello di Training in Vivo-, realizzato presso il Centro per le Biotecnologie della AORN Cardarelli, sono stati presentati al Congresso di Neurochirurgia del Novembre 2004.

Nel corso del 2005 si prevede l'inizio della Fase II - Utilizzazione Clinica -, rendendo così disponibile anche per i pazienti italiani questa "rivoluzionaria" tecnica di by-pass cerebrale Laser Assistiti, già utilizzata con successo presso gli altri centri (Utrecht, Helsinki, Mannheim, Bern, New-York) che partecipano al progetto.

ALICE, che continuerà a fornire il suo sostegno compatibilmente con le proprie disponibilità finanziarie, auspica una maggiore sensibilità, pubblica e privata, verso la ricerca clinica applicata.

Considero valore ogni forma di vita, la neve, la fragola, la mosca.

Considero valore il regno minerale, l'assemblea delle stelle.

Considero valore il vino finché dura il pasto, un sorriso involontario, la stanchezza di chi non si è risparmiato, due vecchi che si amano.

Considero valore quello che domani non varrà più niente e quello che oggi vale ancora poco.

Considero valore tutte le ferite.

Considero valore risparmiare acqua, riparare un paio di scarpe, tacere in tempo, accorrere a un grido, chiedere permesso prima di sedersi, provare gratitudine senza ricordare di che.

Considero valore sapere in una stanza dov'è il nord, qual è il vento che sta asciugando il bucato.

Considero valore il viaggio del vagabondo, la clausura della monaca, la pazienza del condannato, qualunque colpa sia.

Considero valore l'uso del verbo amare e l'ipotesi che esista un creatore.

Molti di questi valori non ho conosciuto.

Erri De Luca

UN SALTO NEL BUIO



L'antico problema del dualismo fra mente e cervello riporta il soggetto umano che soffre, si avvilito e lotta, al centro della nostra attenzione e il caso diventa una storia, il paziente un uomo, l'anamnesi un racconto...

Un'altra testimonianza letteraria, anche se meno significativa e singolare del "De Profundis" di José Cardoso Pires è "Il viaggio verso casa" di Catherine Dunne.

E' la storia di un percorso a ritroso nella memoria alla ricerca di ricordi da condividere e di confidenze tacite.

All'interno di una famiglia di Dublino, Alice, un'anziana donna alle prese con piccole ischemie cerebrali prima ed un grave ictus poi, scrive delle lettere alla figlia lontana, nel tentativo di recuperare un complicato rapporto madre-figlia.

I ricordi affiorano illuminando gli angoli polverosi della sua mente e permettono il recupero di un dialogo interrotto.

Attraverso questa corrispondenza madre e figlia cominciano un lungo dialogo ideale in cui la figlia scoprirà una madre che non aveva mai conosciuto. Alice descrive il progressivo deterioramento e la confusione mentale come un enorme gorgo, un immenso profondo pozzo di perdita, non un morire a piccoli passi, ma un enorme "salto nel buio".

Poco fedele dal punto di vista scientifico, colpisce il vissuto collettivo di inevitabilità dell'ictus inteso come preambolo di una morte annunciata. Emerge la scarsa informazione sulla patologia cerebro-vascolare, le cui manifestazioni vengono rapportate quasi più all'anima che non al corpo.

Particolarmente intense sono comunque le pagine in cui Alice descrive il mondo delle tenebre in cui è scivolata e "lo sforzo troppo grande per poter arrivare alla luce forte che brilla poco più in là, dall'altra parte della superficie. Fluttuare era tanto più facile che lottare....". Richiama alla mente le parole di José Cardoso Pires che da poco emerso da quegli stessi fondali, descritti nel suo "De Profundis" disse: "Ho fatto un valzer lento con la morte, solo che non lo sapevo. La morte è una creatura strana, balla con grazia ed è morbida".

Carla Maglione

UNA RETE REGIONALE PER L'EMERGENZA ICTUS

TAVOLA ROTONDA

Salone Convegni
AON CARDARELLI - NAPOLI
10 giugno 2005 ore 16,30

INVITATI

Presidente della Regione Campania
Assessore alla Sanità
Assessore alla Ricerca Scientifica
Comitato Culturale di ALICE

Coordina: Donatella Trotta - giornalista

TECNOLOGIA INFORMATICA E DISABILITÀ

I Personal Computer (PC) sono delle **macchine versatili** capaci di accogliere al loro interno delle personalizzazioni, o di mostrare i dati usando maschere particolari.

Da quando i PC si sono definiti come "standard", il mondo è cambiato anche per le persone disabili che molto spesso, hanno solo bisogno di strumenti per sopperire ad una mancanza, ad un deficit.

Una persona con problemi motori, come la difficoltà nell'uso delle mani, pur essendo in grado di controllare lo schermo, ha difficoltà nell'uso degli strumenti di immissione: tastiera o mouse.

Se queste persone hanno ausili adeguati, usare un computer diventa facile; e dissolve le barriere di **esclusione e di differenziazione**.

Il PC ha permesso di dare ad ognuno la modalità più consona alle sue possibilità per accedere ad uno strumento che ha rappresentato un salto in avanti nella scuola, nel lavoro, nel tempo libero ed in generale, nell'accesso all'informazione e alla cultura.

Ormai da più di quindici anni si creano diversi tipi di ausili, strumenti hardware o programmi, capaci di fornire aiuto sia nel campo riabilitativo che dell'accesso al computer.

All'inizio gli ausili erano "rudimentali", semplici creazioni che

lasciavano sperare nel futuro, ma che non risolvevano definitivamente i problemi; oggi, gli ausili sono diventati apparecchiature o programmi sofisticati, in grado di risolvere con successo anche i problemi delle persone con le più gravi difficoltà.

Ci sono ausili in grado di controllare un intero appartamento: luci, televisione, porte etc. permettendo a disabili motori gravi di gestire autonomamente, in modo intelligente, la propria casa.

Nel caso di **handicap fisico/sensoriale** il computer consente di svolgere alcune funzioni che altrimenti sarebbero precluse, una sorta di protesi per sopperire ad una funzione compromessa (strumento che migliora l'**accessibilità** ed aumenta l'**autonomia**).

Ad ogni modo, quasi sempre, la soluzione informatica od elettronica non si completa con l'individuazione di uno specifico ausilio tecnologico. Ciò dipende dal fatto che la persona disabile si rapporta con l'ambiente mediante una serie di azioni svolte con "modalità" non sempre comprensibili o efficaci: il compito dell'ausilio è aumentare l'efficacia di queste azioni, se necessario compiendo una elaborazione o una vera e propria "**traduzione**" di codici espressivi e funzionali.

Per questo motivo più che di ausilio è opportuno parlare di

(continua a pag. 8)

"**sistema ausilio**", un apparato più o meno complesso che riceve segnali particolari dalla persona disabile e li ritrasmette in modo più comprensibile o efficace all'ambiente circostante.

Per quanto riguarda l'accessibilità al computer per chi ha **disabilità** motorie, i problemi maggiori si presentano per i deficit agli arti superiori e riguardano soprattutto l'uso della tastiera e del mouse.

Oltre a semplici modifiche apportabili alla tastiera standard, esistono tastiere speciali per utenti disabili: **tastiere espanse e tastiere ridotte**. Le prime adatte per coloro che hanno problemi nella motricità fine; queste differiscono da quelle normali per la maggior dimensione dei tasti e per la maggior distanza tra di essi, nonché una gestione facilitata dei tasti multipli, la regolazione del tocco, tasti concavi e non sporgenti.

Le tastiere ridotte, invece sono adatte a chi non riesce ad articolare i movimenti su un'area vasta, queste raggruppano tutti i tasti standard in una piccola superficie e sono indicate quando la motricità fine è discretamente conservata mentre risulta compromessa la capacità di dominare, con l'articolazione del braccio, un'area abbastanza vasta.

Se l'utente non è in grado di gestire la tastiera in modo diretto, occorre passare a degli strumenti di input alternativo; due sono, attualmente, le strade percorribili: i **sistemi a scansione**, che utilizzano un numero limitato di tasti; e **l'immissione a voce**, dove al computer viene applicato un microfono, una scheda audio e un software di riconoscimento vocale che consente di riconoscere un certo numero di parole dettate dall'utente e di associarle a comandi relativi al sistema operativo o alle particolari applicazioni.

Attualmente i sistemi di riconoscimento sono evoluti al punto di consentire anche la dettatura e trascrizione di testi usando vocabolari di parole molto vasti, praticamente illimitati.

Come si è visto da questa sintetiche informazioni, gli ausili mettono in grado le persone disabili di usare in **completa autonomia** un PC, aumentando il numero delle persone che possono svolgere

una vita "normale" sia a livello scolastico che lavorativo.

Spesso si tratta infatti soltanto di capire quale sia il posto giusto da assegnare in azienda ad una persona disabile che, se dotata degli opportuni strumenti, sarà in grado di svolgere correttamente le attività che le verranno assegnate.

Le tecnologie non devono essere ulteriore fattore di discriminazione né creare ulteriori **barriere virtuali**, che di fatto equivalgono alle barriere architettoniche, ma devono permettere l'integrazione nella scuola, nel lavoro, e nella società attraverso l'uso della ICT (Information and Communication Technology).

Adamo Liberto

LIFE for LIFE

CON L'INFO-TIR DI ALICE E SIIA, IN GIRO PER L'ITALIA

Ittus cerebrale significa non solo la perdita di un elevato numero di vite umane ogni anno, ma per chi supera l'evento, spesso una vita segnata da gravi disabilità.

Prevenzione significa in primo luogo non avere timore di **eseguire controlli medici**.

E' per questo motivo che **ALICE** - e **SIIA** - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa—hanno deciso di percorrere insieme un **viaggio attraverso l'Italia** da Aosta a Milano in **16 tappe dal 26 Aprile al 20 Giugno**, per guidare tutti coloro che hanno voglia di saperne di più, verso la strada della prevenzione.

L'info-TIR ospiterà un cardiologo e un neurologo che in base ai fattori di rischio di ciascuno indicheranno, attraverso il simbolo di un semaforo **la strada da percorrere**:

Al semaforo rosso corrisponde l'invito a recarsi al più presto dal proprio medico per avviare un percorso di prevenzione mirata.

Alla luce gialla il suggerimento a consultare il proprio medico per valutare l'opportunità di intraprendere la via della prevenzione.

Il semaforo verde significa che si è sulla strada giusta ed un check-up periodico aiuta a tenere sotto controllo la situazione.

CHI CI SOSTIENE

CONTRIBUTI **SUPERIORI A 500 € O BENI MATERIALI EQUIVALENTI**

GIUGNO 2004 - APRILE 2005

- Merck Sharp & Dohme

L'art. 65, comma 2, DPR 917/86 riconosce la **deducibilità** delle **erogazioni liberali**, per un importo non superiore a 2.066 € o al 2% del **reddito di impresa**, a favore delle ONLUS; l'art 13-bis stabilisce la **detrazione** del 19% dall'imposta lorda delle **persone fisiche**, per importi non superiori ai 2.066 €, a favore delle ONLUS.



CONTO CORRENTE POSTALE n° 152 70 838

Intestato: A.L.I.Ce. Onlus - Rione Sirignano, 9 - 80122 Napoli

CONTO CORRENTE BANCARIO

BANCA INTESA n° 204079-94 ABI 3069-2 CAB 03538-6

CHI SIAMO

Presidente: Giuseppe Russo

Vice Presidente: Silvana Paonessa

Consiglio Direttivo: Elvira Bonetti, Vincenza Cirino, Fabrizio De Falco, Andrea Di Lauro, Diana Fabaro, Carlo Fiore, Nicola Indolfi, Antonio La Torre, Anna Minichino, Michele Rotondo, Simone Sampaolo

Comitato Garanti: Luciano Marullo, Renato Pirolo, Michele Tamburino

Revisori dei Conti: Luigi Gargiulo, Pericle Tiscione, Tommaso Vallefucio

Referente Provinciale di Caserta: Andrea di Lauro

Referente Provinciale di Avellino: Vittorio Petretta

Comitato Culturale: Vincenzo Bonavita, Sergio Carlomagno, Fabrizio De Falco, Raffaele Gimigliano, Mario Mancini, Pietro Muto, Renato Pirolo, Michele Rotondo, Giuseppe Russo, Vittorio Russo, Simone Sampaolo

Soci Onorari: Peppe Barra, Mario Mancini, Eugenio Bennato,

Gerardo Marotta, Rosaria De Cicco

Centinaia di soci e di sostenitori!

www.alicecampania.org

SEDE REGIONALE

RIONE SIRIGNANO, 9 - 80122 NAPOLI
TEL. 3471590334 FAX 081 7473234

SEDI PROVINCIALI

NAPOLI	Via A. Cardarelli, 9 - 80122 Napoli Tel/Fax 081 7473234 Martedì e Giovedì (ore 14 - 16)
CASERTA	c/o A.V.O. - AORN "San Sebastiano" Tel/Fax 0823 232327 Lunedì e Venerdì (ore 10—12) Martedì e Giovedì (ore 16.30 - 18.30)
AVELLINO	c/o UOC Neurologia—AORN Moscati Via Legniti—Monteforte Irpino (AV) Tel/Fax 0825 203728

ADERISCI AD A.L.I.CE.

Partecipa alle attività di uno dei seguenti Gruppi di Lavoro

- Staff di Segreteria
- Prevenzione e Formazione
- Disabilità
- Relazioni esterne e Finanziamento
- Web Page e Bollettino

COLLABORA AL BOLLETTINO, INVIA IL TUO CONTRIBUTO AD

info@alicecampania.org