



IL FOGLIETTO

Anno XVI, Numero 3

Notiziario della Sezione Provinciale A.N.S.M.I. di Bari

Luglio-Settembre 2018

Il Consiglio di Sezione

Triennio 2018-2021

Presidente:

Ten.Me. Dott. Domenico Palladino

Vice-Presidente:

Cap.Me. Dott. Ferdinando Amendola

Consiglieri:

Ten.Com. CRI Giovanni Berardi

Sig. Alberto Fiore

Ten.CC. Chim. Prof. Tommaso Lagattola (*segretario*)

Cap.Me. Dott. Geremia Re (*tesoriere*)

Dott. Giuseppe Ricci

Cap.Me. Dott. Giuseppe Rosati

Essere soci dell'A.N.S.M.I., oltre ad essere un titolo di onore, è un obbligo morale, un patto di amicizia tra nuovi e vecchi soldati avvicinandosi nel tempo, sia in pace che in guerra ed è anche il tangibile riconoscimento di attaccamento al corpo, ai compagni d'arme ed alla PATRIA.

Sito internet: www.ansmibari.org

Coloro che gradiscono collaborare al Foglietto, possono inviare i loro articoli al socio Enrico Curci che ne curerà la pubblicazione.

Le opinioni degli Autori degli articoli, impegnano solo ed esclusivamente la propria personale responsabilità.

EDITORIALE DEL PRESIDENTE



Carissimi Soci e Congiunti tutti, è questa la prima volta che mi rivolgo a Voi dalle colonne di

questo nostro Notiziario interno, da quando, il 24 maggio 2018, mi avete eletto Presidente di questo glorioso Sodalizio.

Quando ci leggerete, sarà passata l'estate capricciosa e saremo in procinto di vederci personalmente per i nostri primi incontri ufficiali.

Ci saranno novità, pur nel rispetto della continuità della nostra Tradizione, come ANSMI, Sezione di Bari e Provincia.

All'inizio del mio mandato voglio ricordare e salutare i Rifondatori di questa nostra Sezione.

Nel 2003, su spinta propulsiva del compianto Prof. Luigi Marcuccio, rivedeva la luce questa Associazione, che era nata, con lo stesso Marcuccio ed Altri (Paolo Maggi , Pasquale D'Elia ecc.) nel 1999, ma poi si era arenata nel tempo, per varie ragioni.

Gli fu subito vicino, nell'appoggiare l'idea di rinnovamento, nel 2003, il nostro caro, ineguagliabile Prof. Paolo Restuccia, Amico e Collega di sempre di Marcuccio (anche come servizio militare). Lo assecondammo il Prof. Enrico Curci e gli altri Amici e Colleghi, Maggi, D'Elia, Piero Trotta ed il sottoscritto.

Il primo Presidente fu appunto Luigi Marcuccio, dal 2003 al 2006. In questo anno, fu rinnovato il Consiglio di Sezione, risultando confermato Presidente lo stesso Marcuccio.

Il 3 maggio 2007, però, Marcuccio si dimetteva per motivi di salute, che di lì a poco, Lo avrebbero, ahimè, portato a miglior vita.

Intanto l'Associazione era cresciuta. Si iscrissero anche la Vedova, la nostra cara preziosa Raffaella ed il Cognato Aldo di Summa.

Gli successe, alla guida dell'Associazione, a furor di Popolo, lo stesso Paolo Restuccia, che durò in carica dal 2007 al 2009.

Il 10 giugno 2009, fu eletto Presidente Enrico Curci, che poi doveva essere riconfermato per altri due mandati, il 2012 ed il 2015. Ultimamente, nel 2018, avete voluto me alla guida di questa Associazione; e di questo Vi ringrazio di vero cuore.

Con tanto grandi Predecessori, tremano le vene a chi oggi deve prendere in mano il timone; egli cercherà comunque di non deluderVi.

Ci siamo già riuniti una prima volta, come Consiglio di Sezione (si chiama così, secondo le norme del nostro Statuto Nazionale, il comunemente chiamato Consiglio Direttivo).

Abbiamo condiviso molte convinzioni e qualche novità sul come possiamo al meglio condurre,

insieme, il nostro Sodalizio, per i prossimi tre anni di mandato.

Abbiamo auspicato un incremento del numero dei Soci, anche Aggregati, che non dev'essere mai disgiunto dalla ricerca della qualità degli stessi.

Abbiamo fatto una lettera di presentazione del nostro Consiglio di Sezione alle altre Associazioni d'Arma, che operano sul Territorio, che hanno tutte risposto, congratulandosi ed augurando buon lavoro; hanno tutte auspicato una certa qualche simbiosi e sinergia, laddove ci sia concorrenza di comuni intenti.

Siamo già stati invitati a qualche manifestazione, prevalentemente patriottica, cui abbiamo partecipato con entusiasmo, a nome di tutta la Sezione.

Ricordo il nuovo Consiglio di Sezione, già comunicatoVi ufficialmente nel precedente numero de "Il Foglietto", iniziando dall'infaticabile Vice-Presidente, Dr. Ferdinando Amendola. Il nuovo Tesoriere, Dr. Geremia Re, che non senza qualche riluttanza, ha accettato il caloroso invito di tutti gli altri Consiglieri. Il Segretario, Prof. Tommaso Lagattolla, già temprato a ben altre fatiche sociali. Gianni Berardi, che non ringrazieremo mai abbastanza per il Suo impegno nella precedente Amministrazione. Poi il Dr. Beppe Ricci, che non fa mancare mai i suoi preziosi suggerimenti; il Dr. Giuseppe Rosati, consigliere di lungo corso, appassionato "Ansmino". La "new entry, l'entusiasta Alberto Fiore.

Ha lasciato invece, per la prima volta, il Consiglio il Prof. Paolo Restuccia, che ha chiaramente auspicato un rinnovamento, con nuovi ingressi nel Consiglio di Sezione.

I revisori dei conti, il veterano

Dr. Pietro Trotta, mio vecchio Amico e Collega Radiologo, certo bravissimo anche a far di conto. Le new entry anch'essi, il dr. Girolamo Carrassa ed il dr. Pasquale Lisena; quest'ultimo, con entusiasmo ed abnegazione ha optato di far parte di questo Collegio, piuttosto che di quello dei Consiglieri, cui anche era stato eletto. A Lui un grazie di cuore di tutto il Consiglio. E...buon lavoro a tutti!

Un caro saluto voglio rivolgere, in particolare, allo stimatissimo Collega, Prof. Enrico Curci, valido Presidente dei tre trienni precedenti, che quasi due lustri ha dedicato alla causa dell'Associazione. Il Consiglio Direttivo, su mia proposta, Gli ha chiesto di continuare a mantenere la Direzione Scientifica del nostro "Il Foglietto", che ci tiene informati su tutto quanto si va operando, a livello locale e nazionale.

Egli rimane anche il Delegato Inter-Regionale per Puglia e Basilicata, fino alla scadenza naturale del mandato. Auguri di buon lavoro anche a Lui, per il prossimo futuro.

Un sentito grazie anche alla Moglie, Prof.ssa Rosalba, per l'aiuto che ha fornito al Marito, nel condurre, da par Loro, l'Associazione.

Per quanto riguarda la prosecuzione dell'attività sociale, abbiamo deciso di lasciare invariata la quota sociale e di continuare col ritmo pregresso l'organizzazione dei nostri eventi. Seguendo anche le indicazioni nazionali, cercheremo di attenerci ad argomenti riguardanti da vicino la Sanità Militare.

Cercheremo di non farci mancare almeno un meeting itinerante (come li chiamano i Lions), cioè le "nostre" gite, con argo-

menti di pertinenza associativa, come sempre.

Le potremo organizzare noi direttamente, da soli, o, meglio, in collaborazione con altre associazioni similari, o, comunque "Amiche", con cui cercheremo di disegnare qualche percorso comune.

Pensiamo di inaugurare un piccolo nuovo corso, per quanto riguarda la cerimonia di ammissione dei nuovi Soci.

Abbiamo pensato di far leggere ai novizi, una formula di giuramento, in qualche modo, facendo richiamo al nostro prezioso Statuto Nazionale. Non dimentichiamo orgogliosamente di essere un'Associazione d'Arma, con Statuto e Regolamento, a livello Nazionale, secondi a poche altre Associazioni consorelle, tipo quella del Nastro Azzurro, la più antica, nata nel 1923.

Abbiamo un "Codice Etico" ben definito e non siamo secondi a nessuno, sul piano morale e sociale.

Noi siamo nati, ..."bene"..., il 27 dicembre del 1958 e cresciamo, non ostanti le difficoltà di arruolamento di nuovi Soci, legate all'abolizione del Servizio Militare di Leva.

Vogliamo dedicare qualche sforzo anche al potenziamento associativo, rafforzando la conoscenza interpersonale, le nostre potenzialità, i nostri successi nel campo professionale, i nostri figli, le nostre famiglie (ovviamente, col massimo rispetto per la privacy di ognuno).

Stiamo pensando ad un annuario con foto, on line o cartaceo, da distribuire esclusivamente a Soci o Loro Familiari.

Anche il nostro Guidoncino sarà distribuito a tutti, in modo che ognuno possa ostentarlo sulla

sua scrivania con l'orgoglio di aver servito in arme "la diletta Patria", come era solito vantare il "mio" Eroe, Generale Garibaldi grumese, Filippo Minutilli.



CONSIDERAZIONI SUI DUE TUMORI PIÙ FREQUENTI NELL' UOMO

Ogni giorno in Italia si scoprono 1000 nuovi casi di tumore. Ogni anno pertanto si ammala di questa malattia 360.000 persone. In base ad una stima complessiva, si è passati da un totale di 3 milioni nel 2016, ad una previsione di 4,5 milioni nel 2020, ma contemporaneamente si sta assistendo ad una massiccia diagnosi precoce. La sopravvivenza a 5 anni è del 63% per le donne e del 57% per gli uomini. Questa sale al 95% per i tumori mammari, tumori della cervice uterina, melanomi, polipi colo-rettali, tumori tiroidei, ecc., se diagnosticati precocemente!

I tumori più frequenti nella donna sono: mammella 30% di tutti i tumori seguiti da quelli del colon-retto 13%, del polmone 6% e così via. Nel maschio il tumore più frequente è quello della prostata (19%), seguito da quello del polmone (15%), del colon-retto (13%) e così via.

Esiste una prevenzione primaria, attuabile con stili di vita sani o tramite la vaccinazione per

quei tumori di cui è nota l'etiologia virale (linfoma di Burkitt o il cancro dalla cervice uterina) ed una prevenzione secondaria che si identifica nella diagnosi precoce.

Attualmente vengono classificati tumori "genetici" alcune neoplasie del sesso femminile con profilo genetico particolare legato a mutazioni di alcuni proto-oncogeni quali il *BRCA-1* e *BRCA-2* che si trasformano in oncogeni predisponendo all'insorgenza di tumori della mammella e dell'ovaio. In questa ottica è da ricordare il caso di una famosa attrice americana, Angelina Jolie che per avere una mutazione del proto-oncogene *BRCA-1* si è recentemente sottoposta a mastectomia e ovariectomia totale a scopo preventivo! E' comunque opportuno sottolineare che è "genetico" solo il rischio maggiore di contrarre la neoplasia qualora si è portatrici delle suddette mutazioni.

Quello della mammella rappresenta il tumore più frequente nel sesso femminile, colpisce una donna su otto e vengono diagnosticati circa 50.000 nuovi casi all'anno.

I fattori di rischio che impongono dover attuare una più proficua diagnosi precoce, sono per la mammella.

- * La familiarità (il 5% circa di donne affette da tale tumore, ha già in famiglia una parente ammalata di tale malattia;
- * Il profilo genetico;
- * L'età (il 5% di tumori si sviluppa oltre i 50 anni);
- * La menopausa

- * La gravidanza in tarda età;
- * L'uso di estrogeni;
- * La distribuzione geografica (maggior incidenza in paesi occidentali e ricchi);
- * L'obesità;
- * La sedentarietà;
- * Il fumo;

La diagnosi precoce è sempre più applicabile, soprattutto attraverso la collaborazione della paziente con l'operatore sanitario che interviene nelle varie fasi del percorso della malattia (medico di base, senologo, chirurgo specialista di patologia mammaria, ecografista, radiologo, radioterapista) ed infine ma non per ultimo, l'oncologo. E' un percorso fatto in concerto e a volte in salita, ma gradino dopo gradino e sino al termine di esso, si assiste alla guarigione del 90-95% dopo 10 anni, soprattutto in caso di diagnosi precoce per lesioni tumorali di piccole dimensioni (1-2 cm. di diametro e senza coinvolgimento dei linfonodi)

I "gradini" sono rappresentati da:

- * Un'attenta anamnesi;
- * Autopalpazione metodica e attenta palpazione alla scoperta di "noduli" sospetti o alterazione della forma dei capezzoli;
- * Ecografia a partire dai 25 anni per l'anatomia della mammella in donna giovane, non svelabile dalla mammografia;
- * Mammografia e visita senologica ogni 2 anni dai 45 anni in poi e fino ai 70 anni, anticipando per donne a rischio;

- * Biopsia e/o ago aspirato per diagnosi differenziale per noduli benigni o sospetti alla mammografia;
- * Indagini successive come TAC, RNM, PET per la stadiazione successiva della neoplasia;

Ovviamente la terapia del tumore della mammella è multidisciplinare, ma una buona fetta è rappresentata dalla chirurgia che attualmente, con la tecnica di risparmio della mammella (secondo il prof. Veronesi per tumori piccoli con stadiazione T1, T2) porta al 95% di guarigione in sostituzione di vecchi interventi mutilanti la mammella che compromettevano la femminilità della donna, già provata psicologicamente, per l'impatto con la nuova malattia. Seguono o si associano alla terapia chirurgica la radioterapia, la chemio-ormonoterapia in casi più avanzati o con coinvolgimento linfonodale.

Il tumore della prostata è invece al primo posto tra i tumori maschili (19%) con individuazione di circa 48.000 casi all'anno. Tra i fattori di rischio ricordiamo:

- * L'età avanzata (a lento accrescimento nella maggior parte, a partire dai 50 anni);
- * *Ipertrofia benigna* (importante la diagnosi differenziale con il tumore);
- * Antigene prostatico specifico (PSA) elevato, tuttavia non sempre attendibile per false positività;

La diagnosi precoce è sempre fattibile e si attua con una anamnesi accurata, per la presenza di particolari sintomi urinari, quali difficoltà ad urinare, emissione in-

completa di urina, presenza di sangue nell'urina nello sperma in pazienti più giovani, ma soprattutto con l'esplorazione rettale e la visita urologica per valutare dimensione, forma, volume della prostata ed individuazione di noduli sospetti. Altre indagini da eseguire per una diagnosi accurata o in casi dubbi sono: la biopsia su nodulo sospetto a campioni multipli, la TAC, la RNM e la scintigrafia ossea.

Infine circa la terapia, essa consiste in vigile attesa (in anziani o pazienti affetti da malattie gravi o in giovani con basso rischio oncologico), o in prostatectomia radicale (per tumore confinato alla prostata), o prostatectomia radicale, più radio e/o ormonoterapia (in stadi avanzati), o ormonoterapia (in caso di metastasi).

La prognosi a 5 anni è ottima ed è pari al 95%, nei casi di tumore in fase iniziale (T1-T2).

Dunque possiamo affermare che semplici suggerimenti e raccomandazioni, quali il divieto del fumo (valido per tutti i tumori), l'autopalpazione mammaria nella donna e l'esplorazione rettale ed il dosaggio del PSA nell'uomo, possono far anticipare il percorso di una diagnosi precoce che, seguito da una mirata terapia poi, porta alla sconfitta completa del tumore della mammella e del tumore della prostata.

Per concludere, dei tumori a cui nel tempo si sono attribuiti nomi diversi (*eteroplasia, cancro, K, polipo maligno, ecc.*) non si deve più aver paura, perché da essi si può e si deve guarire!

(*Girolamo Carrassa*)

La pandemia influenzale del 1918, detta Spagnola

Quale è stata la pestilenza che ha flagellato di più l'umanità? Qualcuno ricorderà subito la *Morte nera* del trecento, che in cinque anni, (1347-1352) ridusse di un terzo la popolazione del vecchio continente. A qualcun altro verrà in mente la più recente tragedia dell'AIDS, ribattezzata "la peste del secolo" che dagli inizi degli anni 80 si diffuse a macchia d'olio in tutto il mondo, sconvolgendo gli stili di vita occidentali, falciando in alcuni paesi africani intere generazioni. Pochi penseranno, invece, alla cosiddetta Spagnola del 1918, pandemia influenzale di cui quest'anno ricorre il centenario, che forse si sarebbe meritata più propriamente l'epiteto attribuito all'AIDS.

Si ritiene che la Spagnola abbia ucciso tra i 50 e i 100 milioni di persone (5% della popolazione mondiale) mentre un altro mezzo miliardo sia stato contagiato. Particolarmente straordinaria era la preferenza della malattia a colpire giovani adulti sani, invece di bambini ed anziani che generalmente sono i più esposti. In questo caso non si era di fronte ad una debolezza dell'ospite, bensì ad una risposta troppo vigorosa delle sue difese immunitarie (tempesta di citochine) che finiva col distruggere i polmoni più spesso di quanto non facessero i temutissimi gas usati per stanare i nemici dalle trincee, mentre era in corso la Grande Guerra.

La pandemia influenzale del 1918 ha rappresentato un costante argomento di discussione nel corso del secolo scorso; sto-

rici e scienziati hanno avanzato numerose ipotesi sulle sue origini, sulla diffusione e le conseguenze. Nessuno oggi crede che la cosiddetta *Spagnola* sia nata in Spagna. Il soprannome dell'epidemia deriva probabilmente dal fatto che all'epoca, la Prima Guerra Mondiale era in pieno svolgimento e per non incoraggiare i propri nemici, le principali nazioni coinvolte (Germania, Austria, Francia, Inghilterra, Stati Uniti, Italia) non diffondevano notizie sull'influenza. La neutrale Spagna, invece, non aveva bisogno di nascondere, e questo creò la falsa impressione che fosse la principale vittima dell'epidemia. Dall'altra parte i funzionari di sanità pubblica, gli agenti di polizia e i politici avevano tutto l'interesse a minimizzare la gravità dell'influenza del 1918 con una scarsa diffusione attraverso la stampa, convinti che una comunicazione completa potesse incoraggiare i nemici durante il conflitto e nello stesso tempo con la scarsità di notizie si poteva evitare il panico e tenere sotto controllo l'ordine pubblico.

Le origini geografiche dell'influenza sono oggi ancora in discussione, anche se sono state avanzate ipotesi circa l'Asia orientale, Europa e addirittura il Kansas. L'influenza si diffuse velocemente, uccidendo 25 milioni di persone solo nei primi 6 mesi, tanto da temere la fine del genere umano, alimentando a lungo la supposizione che il ceppo del virus fosse particolarmente letale. Studi più recenti suggeriscono che il virus, sebbene più letale, rispetto ad altri ceppi, non fosse poi troppo diverso da quelli che avevano provocato epidemie in altri anni. Il tasso elevato di decessi poteva essere attribuito a

diversi fattori quali il sovraffollamento negli accampamenti militari, negli ambienti urbani e forse anche all'alimentazione e alle condizioni sanitarie carenti patite durante la guerra. Oggi si ritiene che molte morti furono dovute allo sovrapposizione di polmoniti batteriche e forse anche al sovradosaggio di acido acetilsalicilico (Aspirina): se ne somministrava fino a 40 g al giorno con le dovute conseguenze! (come spiegheremo in seguito).

La pandemia con inizio nel settembre del 1918, fu caratterizzata da tre ondate. La maggiore mortalità si verificò durante la seconda (da ottobre a dicembre). La terza ondata della primavera del 1919 fu più letale della prima ma meno della seconda. Oggi si pensa che il notevole aumento dei decessi della seconda ondata sia stato causato da condizioni che hanno favorito la diffusione di un ceppo virale più letale: le forme di influenza più leggere venivano curate a casa, mentre le forme più gravi venivano ricoverate in ospedali o campi, aumentando la trasmissione di una forma più letale del virus. Negli USA i decessi erano particolarmente diffusi tra le popolazioni native americane, forse a causa dei più bassi tassi di esposizione a precedenti ceppi di virus influenzali.

E' poco probabile che la pandemia abbia cambiato il corso della Grande Guerra, dal momento che i combattenti su entrambi i fronti erano colpiti in maniera relativamente simile. Il conflitto, invece, ha influito sull'andamento dell'epidemia: il concentramento di milioni di soldati rappresentò una circostanza ideale per lo sviluppo di ceppi più aggressivi e la sua diffusione in giro per il mondo.

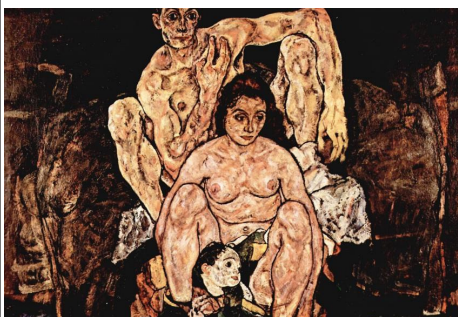
Della malattia si capì poco. Inizialmente fu attribuita a *Haemophilus influenzae*, batterio isolato alla fine dell'ottocento da Pfeiffer. Negli Stati Uniti si diffuse il sospetto che i germi responsabili dell'epidemia fossero stati nascosti nelle compresse dal nemico per indebolire il fronte alleato. Come spesso accade però, alcune bufale possono a loro volta, nascondere un nucleo di verità: in questo caso gli esperti non escludono che le compresse incriminate (Aspirina), tra i pochi rimedi allora a disposizione per contrastare febbre e mal di testa, possano aver contribuito ad aumentare in alcuni casi il carico di vittime dovuto ad intossicazione da acido acetilsalicilico (sanguinamenti, edema polmonare, ecc., ecc.) data la somministrazione che arrivava fino alle dosi di 40 grammi al giorno a fronte di un dosaggio massimo terapeutico di 3-4 grammi pro die.

Altre *fake news* circolarono, riguardo all'ipotesi che la malattia non fosse altro che un arma biologica messa in circolo dal nemico: dal porto di Boston, dove si riteneva che la piaga si fosse diffusa negli Stati Uniti, una donna giurava di aver visto alzarsi una nube tossica da una nave tedesca camuffata, mentre altri sospettavano che agenti nemici sbarcati avessero sparso il contenuto di fiale contenenti il germe in cinema, teatri e altri luoghi frequentati. Solo nel 1930 la epidemia sarebbe stata associata al virus A-H1N1. Nel 2005 ricercatori annunciarono di aver sequenziato i geni del virus, isolandolo dal corpo di una vittima dell'influenza seppellita nel permafrost dell'Alaska e da cam-

pioni di soldati americani ammalatisi all'epoca.

Allora non c'era Internet nè i social, ma il bisogno di trovare una spiegazione ad un evento che ci affligge era la stessa, allora come oggi. Si voleva attribuire i nostri mali ad un nemico, reale o immaginario, facendo fatica ad accettare che vengano invece da quella natura che ci ostiniamo a considerare sempre benigna, ignorandone volutamente le insidie.

Ma una simile catastrofe non si sarebbe dovuta imprimere nella memoria di tutta l'umanità? No! È stata subito dimenticata, quasi cancellata. A parte un quadro di Egon Schiele, pittore che prima di



Il dipinto "La famiglia" di Egon Schiele

soccombervi, l'ha rappresentata nelle fattezze sofferenti della moglie Edith, incinta, che ne morì, l'arte ha sempre ignorato questa tragedia. Al contrario, la peste del trecento lasciò subito il segno con il Decamerone di Boccaccio e nei secoli successivi con Shakespeare e Manzoni. La grande influenza invece, è stata come oscurata. I primi libri che hanno incominciato a parlarne sono stati pubblicati a distanza di decenni, alla fine del secolo scorso e poi in coincidenza del centenario che ricorre in questi mesi. L'influenza, sebbene globalmente abbia fatto molte più vittime della peste, sembra essere condannata ad una eterna sottova-

lutazione. Inizialmente fu attribuita agli influssi degli astri, *Influenza* (il nome è di origine cinquecentesca), successivamente fu attribuita agli effetti del freddo (malanno di stagione), in ogni caso essa paga il prezzo di una sua eccessiva familiarità, anche quando si presenta con cattive intenzioni, così che più siamo abituati ad averci a che fare, tanto meno il suo potenziale pericolo ci spaventa.

(E. C.)



DALLA SEZIONE UNUCI - BARI

È in corso da parte dell'UNUCI, una *Raccolta firme per il provvedimento di promozione a titolo onorifico di tutti gli Ufficiali di Complemento*.

Ci sono, infatti, concrete proposte in Parlamento perchè tale progetto si realizzi in tempi rapidi.

Tale promozione è stata oggetto di numerose proposte di legge presentate nelle passate legislature, ma che non hanno visto mai una conclusione positiva, il tutto causato da molteplici situazioni (caduta di governi, pareri negativi o tardivi, passaggi tra le Camere, etc, etc.). L'ultima proposta di legge è stata presentata dalla rielezione On. Stefania Pezzopane. Pertanto la Sezione UNUCI di Bari, come tutte le altre, ha il compito di raccogliere su apposi-

to modulo le adesioni di tutti i soci ufficiali AUC che intendono aderire a tale proposta. Conseguentemente i soci ufficiali AUC, sono invitati a presentarsi presso la sede UNUCI di Bari (via P. Villari 5, Tf 0805215581) per sottoscrivere la propria adesione. È necessario fornire: Arma di appartenenza, grado, cognome e nome, luogo di nascita, documento di identità, indirizzo di posta elettronica.

La sede è aperta lunedì, mercoledì, venerdì dalle 9,30 alle 12,30, il mercoledì anche nel pomeriggio dalle 16,30 alle 18,30.

Le adesioni, secondo le indicazioni della Presidenza Nazionale, si potranno accogliere entro e non oltre il 30 novembre 2018

AVVISO

Si darà corso alla raccolta delle quote sociali per il tesseramento 2019 (quota invariata € 50), durante la riunione conviviale del 10 novembre p.v.. All'uopo ci si potrà rivolgere al tesoriere Geremia Re

IL FOGLIETTO

Notiziario per uso interno della Sezione Provinciale dell'A.N.S.M.I. di Bari.

