

## Iscrizione

Compilare il tagliando  
a tergo e inviarlo a

Retina Suisse  
Ausstellungsstrasse 36  
8005 Zurigo

Per telefono  
044 444 10 77

Online  
[retina.ch/gruppi-di-parola](http://retina.ch/gruppi-di-parola)

## Retina Suisse

L'associazione dei pazienti con  
retinite pigmentosa (RP),  
degenerazione maculare,  
sindrome di Usher e altre malattie  
del fondo dell'occhio



**Retina Suisse**  
Per salvare la vista

**Gruppo di parola**

**DMLE; RP e altre  
degenerazioni retiniche  
ereditarie**

**Lugano**  
**2026**

### **Direzione e servizio di consulenza**

Ausstellungsstr. 36, 8005 Zürich  
044 444 10 77, [info@retina.ch](mailto:info@retina.ch)

### **Servizio di consulenza**

Av. de France 15, 1004 Lausanne  
021 626 86 52,  
[info.lausanne@retina.ch](mailto:info.lausanne@retina.ch)

**Consulenza telefonica**  
044 444 10 77

**Ogni donazione conta!**  
IBAN CH66 0900 0000 1561 1580 2

[retina.ch](http://retina.ch)

[retina.ch](http://retina.ch)

# Gruppi di parola

Una disabilità visiva ha un forte impatto sulla vita della persona colpita. Molte cose cambiano radicalmente e non sono più ovvie. Spesso la famiglia e l'ambiente circostante non ne capiscono il perché e gli effetti.

Chi desiderasse scambiare le proprie esperienze con persone in situazione analoga può aderire a un gruppo di parola. Nei gruppi di parola vige un clima di fiducia e rispetto all'insegna dell'aiuto reciproco e può nascere una serena amicizia.

In collaborazione con UNITAS proponiamo un gruppo di parola nella Svizzera italiana.

## Moderazione

Tamara Zoller  
079 831 77 82

## Luogo

Casa Andreina,  
Via Ricordone 3  
6900 Lugano

## Date 2026

Una volta al mese di lunedì  
Orario 10.30-12.00

**12 gennaio**

**02 febbraio**

**02 marzo**

**30 marzo**

**04 maggio**

**15 giugno**

**06 luglio**

**03 agosto**

**07 settembre**

**05 ottobre**

**02 novembre**

**07 dicembre**

## Iscrizione

Gruppo di parola Lugano

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via e no. \_\_\_\_\_

NPA e  
luogo \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Data di  
nascita \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

Desidero aderire a Retina Suisse  
(CHF 60.00 / anno)

Vorrei abbonarmi alla  
Newsletter

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

