

A.M.I.C.I. LIGURIA

NEWS

Periodico d'informazione e divulgazione dell'associazione A.M.I.C.I.

Anno 1 - Numero 3

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Genova
Autorizzazione Tribunale di Genova n. 5 del 28 gennaio 1999

Ottobre 1999

A.M.I.C.I. Liguria

Piazza dei Greci 5 r - 16123 Genova

☎ 010.246.44.84

C.C.P. 13197165

ONLUS iscritta al Registro regionale delle organizzazioni di volontariato

L.R. 15/92 Decreto n. 1394 del 20.11.98

ALL'INTERNO:

- ***Il Piano Sanitario Regionale***
- ***La nuova legge sul collocamento obbligatorio***
- ***Le prossime iniziative***
- ***Dai giornali***
- ***La videocassetta in vendita***

ATTENZIONE:

In caso di mancato recapito rinviare all'Ufficio Postale di Genova A.D. Levante detentore del conto per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la relativa tariffa.

- ☐ Destinatario trasferito
- ☐ Destinatario sconosciuto
- ☐ Indirizzo insufficiente
- ☐ Indirizzo inesatto

A.M.I.C.I. LIGURIA

Costituitasi nell'autunno del 1997, l'Associazione ha sempre cercato di rappresentare un punto di riferimento per gli ammalati e per coloro che chiedessero informazioni in merito alle patologie MICI e le sue complicità.

La Liguria è una regione di circa 1.500.000 abitanti, esistono 5 Asl ed i centri ospedalieri di gastroenterologia non sempre riescono a dare risposte adeguate alle tante domande che provengono dagli ammalati e dalle loro famiglie.

Lo sviluppo della malattia in età pediatrica e/o adolescenziale, getta molto spesso nello sconforto coloro che si trovano a vivere queste esperienze.

Il fronte che ci ha visto maggiormente impegnati è stato proprio quello dell'informazione, volto ad una più ampia conoscenza di questa "strana" patologia.

Conoscere a fondo le necessità permette di fornire risposte ai bisogni assistenziali inespressi, determinati da improvvise e non prevedibili situazioni (riacutizzarsi della malattia, situazioni psicologiche particolari) in quanto si tratta di una fascia di persone che può trovarsi in qualsiasi momento in uno stato di emergenza socio-assistenziale.

Ma a fronte di queste nuove potenzialità, la situazione attuale appare caratterizzata anche da nuovi problemi, da nuovi rischi.

Una prima area di "rischio" può essere associata ad una elevata presenza di patologie, più o meno invalidanti e quindi al rischio di vivere una parte non piccola della propria vita cercando di vivere decorosamente e di mantenere più a lungo una condizione sanitaria soddisfacente. In questo contesto la nostra Associazione ha promosso incontri-dibattito, particolarmente utili, con medici specialisti.

In base a queste considerazioni, il rischio di solitudine è tuttavia elevato e costituisce un'area a cui prestare particolare interesse in quanto può comportare, oggettivamente, un indebolimento dei rapporti informali tra le persone e un allentamento dei rapporti relazionali. Il rischio è quello di sentirsi privi di qualunque ruolo sociale, isolati, se non "inutili".

Obiettivo primario per la nostra Associazione è sviluppare il principio della solidarietà, che comporta il duplice impegno di

essere presenti nei luoghi di maggior bisogno e nel contempo di stimolare la collaborazione attiva fra il Pubblico ed il Volontariato.

Si determina così un sistema di interventi sociali capaci di dare risposte ai bisogni fondamentali.

Associando le risorse del volontariato con quelle delle strutture ospedaliere sarà possibile affrontare in modo organico e con pari dignità i problemi e le cause che generano isolamento.

Per quanto concerne la Liguria, va evidenziato che fra l'area socio-sanitaria e socio-culturale operano molte associazioni con la funzione di erogare servizi generali e promuovere attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori del volontariato. Risultati migliori si potrebbero raggiungere con una maggiore collaborazione da parte dei medici di base.

Rispetto a tali problemi, che rimandiamo all'organizzazione "moderna" della società, un qualche ruolo può essere esercitato dagli enti pubblici, attraverso una pluralità di interventi mirati.

Per concludere, anche a questo riguardo il ruolo svolto dalla nostra Associazione può essere estremamente importante. Ovviamente, non si tratta di gestire in prima persona strutture o enti, si tratta invece di agevolare al massimo il costituirsi di luoghi e di iniziative che rendano il più possibile il confronto, il ritrovarsi con altre persone, medici di base, psicologi, specialisti, in cui sia possibile ancorare la propria identità individuale e collettiva. Infatti, tale ancoramento è, per questi ammalati, ancora più importante di quanto non lo sia per chi ha una forte identità, definita dalla propria condizione di salute.

Il Presidente – Gianfranco Antoni

avviate le consultazioni.

Premessa

Il PSR ligure è lo strumento programmatico per lo sviluppo delle capacità del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato a promuovere e migliorare la salute, risorsa fondamentale, con interventi preventivi, curativi e riabilitativi, usando al meglio le risorse scientifiche, umane, professionali, organizzative, strumentali ed economiche che la collettività rende disponibili, valorizzando le risorse delle persone, delle famiglie e delle aggregazioni sociali destinarie di interventi.

I principi che devono orientare il SSR sono quelli:

- della universalità di accesso sulla base del grado di necessità dell'assistenza sanitaria valutata in base alle conoscenze scientifiche sull'efficacia;
- della eguaglianza nell'accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti;
- della condivisione del rischio finanziario e cioè del contributo economico dei singoli individui basato sulla capacità contributiva.

La Regione Liguria individua inoltre come criteri prioritari per lo sviluppo del PSR nel triennio 1999/2001:

- il perseguimento dell'equità nella distribuzione delle risorse e dell'offerta di servizi e lo sviluppo dell'aspetto solidaristico del SSR. Ciò implica l'incremento delle garanzie collettive e la disincentivazione degli interessi locali e particolaristici;
- la compatibilità tra le risorse impiegate e quelle disponibili per l'assistenza sanitaria avendo come

riferimento standards europei e nella consapevolezza che l'obiettivo della compatibilità può essere raggiunto solo se si sposta l'attenzione dalla questione dei costi e dei tagli a quella dell'efficacia e della qualità, attraverso l'incremento dell'appropriatezza e dell'efficienza;

- l'organizzazione sempre migliore al fine di incrementare la capacità del SSR di migliorare la salute e di adeguarlo alle esigenze in evoluzione dei cittadini;
- l'innovazione resa necessaria dalle trasformazioni nella dinamica demografica, sociale e delle patologie, dalle esigenze di rispettare i vincoli imposti dagli obiettivi di risanamento della finanza pubblica, nonché dallo sviluppo delle tecnologie sanitarie, delle opportunità offerte dall'informatica e telematica, e dei modelli organizzativi.

Piano sanitario regionale

La struttura del piano prevede:

1. obiettivo salute
2. i livelli di assistenza
3. il ruolo dei cittadini e delle istituzioni
4. il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale
5. l'integrazione socio - sanitaria
6. la qualità
7. la gestione e lo sviluppo delle risorse umane
8. la ricerca

Si ritiene però opportuno, per ciò che maggiormente concerne i cittadini ed i loro interessi, analizzare

dettagliatamente il primo punto programmatico.

Esso infatti propone la promozione della salute, i cui obiettivi fondamentali sono:

1. promuovere la sicurezza;
2. ridurre la mortalità precoce;
3. gestire la cronicità;
4. supporto alle fasi della vita;
5. adeguare i servizi allo sviluppo tecnologico.

Il primo obiettivo si articola come segue:

- promuovere la sicurezza nell'ambiente domestico. Il fenomeno degli incidenti domestici assume in Liguria dimensioni particolarmente rilevanti a causa della elevata presenza di popolazione anziana residente. Per ottenere un progressivo rallentamento del trend di crescita del fenomeno, le iniziative prioritarie sono volte allo sviluppo di campagne finalizzate all'informazione e sensibilizzazione verso i rischi, alla costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico, accompagnato dall'avvio di iniziative per il controllo degli impianti domestici e da iniziative per migliorare la sicurezza domestica all'interno delle abitazioni e per favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità dei soggetti a rischio.
- Promuovere la sicurezza negli ambienti di lavoro al fine di ridurre del 10% la frequenza degli incidenti sul lavoro e la prosecuzione del trend di diminuzione per le malattie professionali (eccesso di tumori all'apparato respiratorio). Particolare attenzione dovrà essere posta alla prevenzione di infortuni nei comparti dell'edilizia, delle attività

portuali e nei comparti significativi per ciascuna realtà territoriale; alle condizioni di lavoro agricolo in pieno campo e serra e alla individuazione dei luoghi di lavoro in cui si utilizzino sostanze cancerogene. Le strategie d'intervento volte a ridurre il fenomeno infortunistico corrispondono a quelle proposte dal Piano Sanitario Nazionale.

- Promuovere la sicurezza sulle strade, aumentando l'utilizzo del casco per gli utenti di veicoli a motore a due ruote, l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza e migliorando le condizioni di viabilità; è necessario poi ridurre la guida in stato di ebbrezza nelle ore serali e notturne cui si aggiunge il potenziamento dei trasporti pubblici.
- Promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie, migliorandone le condizioni e fornendo così specifiche garanzie agli utenti.
- Promuovere la sicurezza nelle collettività, problema legato ai tassi di copertura vaccinale, al sistema informativo delle malattie infettive ed all'incremento della patologia tubercolotica.
- Promuovere la sicurezza per i soggetti immigrati garantendo loro uniformità di accesso all'assistenza sanitaria. Questo evidenzia la necessità di sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, valutazione dei bisogni di salute degli immigrati e adeguati piani di formazione del personale sanitario relativamente agli aspetti comunicativi in tali rapporti interculturali. Ed è altresì fondamentale la formazione di strutture adeguate al fine di migliorare, integrare e supportare il lavoro svolto

dalle varie associazioni operanti in tale settore.

- Promuovere una sana alimentazione, da realizzare con il concorso dei vari soggetti istituzionali.
- Garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza ai turisti poiché il turismo rappresenta una delle principali e tradizionali fonti di reddito per la Liguria ed è ovvio che l'estrema mobilità delle persone comporti un'estrema mobilità delle malattie.
- Promuovere l'incremento del livello della sanità animale.

Il secondo obiettivo si propone di ridurre la mortalità precoce:

- per le malattie cerebrovascolari, considerando che le malattie del sistema cardio circolatorio rappresentano la principale causa di morte in Liguria, anche se il miglioramento nel controllo dei principali fattori di rischio sta facendo registrare successi incoraggianti;
- per tumori, che in Liguria sono responsabili del 30,6% dei decessi e hanno rappresentato la più importante causa di ricovero nel 1996; l'obiettivo è quello di ridurre la mortalità derivante da tumore maligno particolarmente al polmone, mammella, stomaco, colon-retto ed alla cervice dell'utero e di migliorare la qualità di vita del paziente oncologico;
- per Aids, considerando che la nostra Regione ha il tasso più elevato di casi di Aids diagnosticati, le azioni da realizzare sono fondate sulla prevenzione ed assistenza e saranno sviluppate coerentemente con il progetto obiettivo nazionale Aids 1998/2000 di prossima realizzazione;

- per tossicodipendenze, compito non facile anche per la presenza di nuove tipologie di sostanze immesse sul mercato e ai conseguenti mutamenti della popolazione destinataria degli interventi di prevenzione e dei trattamenti;
- per alcoolodipendenze attraverso campagne di educazione sanitaria per la riduzione dell'abuso di bevande alcoliche, con particolare attenzione verso le donne in gravidanza;
- per altre patologie di rilievo sociale quali diabete, insufficienza renale cronica.

Il terzo obiettivo risulta davvero fondamentale e si propone di:

- migliorare la qualità di vita dei soggetti con malattie mentali e delle loro famiglie, che prevede la salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita delle famiglie ed una riduzione dei suicidi nella popolazione a rischio e/o per appartenenza a fasce di età predisposte;
- migliorare la qualità di vita dei soggetti con handicap e delle loro famiglie, che dovrà fondarsi sul recupero dell'autonomia personale e sull'integrazione sociale del disabile mediante un indirizzo per la revisione dei percorsi assistenziali dei soggetti con handicap, riabilitazione, inserimento nei servizi dell'informazione, nella scuola e nel lavoro;
- migliorare la qualità della vita dei soggetti anziani e delle loro famiglie: infatti l'allungamento della vita media comporta l'acutizzarsi in Liguria di un complesso gruppo di affezioni che va appunto sotto il nome di "malattie dell'invecchiamento" tra cui patologie ortopediche e

neurologiche di tipo cerebrovascolare, demenze degenerative - in particolare l'Alzheimer - che rappresentano uno dei raggruppamenti di malattie più rilevanti in Liguria. Tra gli obiettivi si ricorda la promozione dell'assistenza continuativa ed integrata intra ed extraospedaliera e l'adozione di politiche di supporto alle famiglie coinvolte; obiettivi da realizzare attraverso il potenziamento delle risorse tecnologiche per l'assistenza, l'adeguamento del numero dei posti letto ospedalieri per la geriatria, il supporto per l'utilizzo di tecnologie di controllo "a distanza" e per le attività diurne di recupero-riabilitazione per anziani affetti da forme involutive cerebrali.

Il quarto obiettivo è incentrato sulla necessità di adeguare i servizi allo sviluppo tecnologico al fine di:

- aumentare il numero dei trapianti e la sopravvivenza dei trapiantati tale che l'attività di trapianti in Liguria possa raggiungere

quella degli altri Paesi, per qualità e quantità, nonostante gli standard di prestazione siano elevati;

- attuare il piano nazionale sangue 1998/2000, valorizzando il ruolo delle associazioni;
- migliorare l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche e favorire l'innovazione tecnologica, per assicurare ai cittadini un servizio più efficiente, rapido ed appropriato, diminuendo le liste di attesa ed il flusso di utenza verso le strutture estere.

Il quinto obiettivo prevede infine il supporto alle fasi della vita attraverso:

- la gestione della fase iniziale della vita;
- la gestione della fase finale della vita con particolare attenzione al soggetto in assistenza ed ai familiari nelle fasi terminali e dopo il decesso.

Al termine di questa analisi si ritiene opportuno non addentrarsi negli aspetti più specifici del Piano Sanitario Regionale, aspetti che riguardano le categorie di professionisti del settore.

Tuttavia dal PSR emerge chiaramente che il problema fondamentale è rappresentato dalle risorse economiche disponibili, ma sicuramente emergono anche alcune lacune. In primo luogo si sottolinea che la Liguria è la regione più "vecchia" d'Italia, ma le problematiche sanitarie tipiche, appunto, di una popolazione anziana sono trattate con estrema generalità e sarebbe pertanto auspicabile che tali tematiche vengano maggiormente approfondite. *Last but not least* il PSR affronta il delicato, e quanto mai attuale, tema della sicurezza sul lavoro che, però, non viene affrontato in modo adeguato, non considerando lo stato di evidente transizione in cui la Liguria si trova: una Regione che sta perdendo il suo carattere prevalentemente industriale per diventare una Regione "diversa", orientata al turismo e a tutte le fonti di reddito che esso implica.

La Redazione

VARATA LA LEGGE DI RIFORMA DEL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO

Nella "Gazzetta Ufficiale" n. 68, Supplemento ordinario n. 57/L del 23 marzo 1999, è stata pubblicata la legge 12 marzo 1999, n. 68 che, abrogando la legge 2 aprile 1968, n. 482 e successive modificazioni, ha integralmente sostituito la precedente disciplina in materia di diritto al lavoro dei disabili.

L'art. 23 del provvedimento prevede due fasi per l'entrata in vigore della legge: una prima, già operativa dal 24 marzo u.s. (giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale), riguarda:

- l'accertamento della condizione di inabilità che dà diritto ad accedere al sistema del collocamento obbligatorio;

- la disciplina, da emanarsi con decreto del Ministero del Lavoro entro centoventi giorni dal giorno successivo a quello di pubblicazione nella G.U., dei procedimenti relativi agli esoneri parziali dagli obblighi occupazionali, che potranno essere concessi solo in presenza di adeguata motivazione;
- la determinazione, ad opera delle regioni entro la medesima data di centoventi giorni, delle modalità di pagamento al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili del contributo dovuto per l'esonero parziale e delle sanzioni amministrative dovute in caso di mancato versamento del contributo medesimo;

- il coordinamento, in materia di programmazione, attuazione e verifica degli interventi in materia di collocamento obbligatorio, tra gli organismi competenti e i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi;
- l'istituzione di un comitato tecnico, composto da esperti socio-sanitari, con compiti in materia di accertamento della residua capacità lavorativa, controlli sullo stato di invalidità e definizione degli strumenti volti a favorire l'inserimento lavorativo;
- l'immediata disponibilità, presso le sedi competenti, dei prospetti dai quali si evince la disponibilità di posti per collocamento obbligatorio da parte di ciascun soggetto obbligato;
- la ripartizione fra le regioni, sulla base dei criteri stabiliti dal Ministero del Lavoro, delle risorse del fondo regionale per l'occupazione dei disabili;
- il mantenimento per due anni della validità delle liste dei disabili predisposte ai sensi dell'abrogata legge n. 482/68;
- l'emanazione di norme di esecuzione ai fini dell'attuazione delle disposizioni della legge in commento.

Le restanti disposizioni, invece, entreranno in vigore trecento giorni dopo la data di pubblicazione della legge nella G.U.

Rispetto alle modifiche che in materia erano già state introdotte durante l'iter parlamentare, il testo varato contiene ulteriori novità.

E' prevista una forma di collocamento mirato, gestita dai competenti organi periferici del Ministero del Lavoro, che attraverso strumenti tecnici e di supporto valuti adeguatamente la capacità lavorativa del disabile e, conseguentemente, individui la qualifica nella quale dovrà essere assunto, attraverso un monitoraggio dei posti di lavoro disponibili, azioni positive, forme di sostegno e soluzioni ai problemi connessi all'ambiente di lavoro.

E' ammessa, altresì, la possibilità di stipulare convenzioni non solo con cooperative sociali e con i datori di lavoro soggetti all'obbligo di assunzione, ma anche con disabili liberi professionisti (ai quali i datori di lavoro si impegnano a fornire commesse) al fine di favorire l'inserimento lavorativo temporaneo -

ovvero per la durata della convenzione - di disabili.

Con riguardo alla disciplina del rapporto di lavoro, nel corso del suo svolgimento è possibile, qualora vi siano un aggravamento delle condizioni fisiche del lavoratore o significative variazioni dell'organizzazione del lavoro, l'accertamento - su istanza del disabile o del datore di lavoro - della compatibilità delle mansioni affidate con la capacità lavorativa. Nel caso di incompatibilità, il rapporto di lavoro è sospeso senza obbligo retributivo e con la possibilità di svolgere tirocini formativi e, qualora si accerti da parte degli organi competenti che - pur attuando le misure idonee ad adattare la struttura aziendale alla residua capacità lavorativa - l'impossibilità di reinserire il lavoratore è definitiva, il rapporto può essere risolto.

Circa il licenziamento per riduzione di personale o per giustificato motivo oggettivo che interessi lavoratori disabili, lo stesso è ammesso a condizione che il numero dei restanti lavoratori occupati obbligatoriamente soddisfi la quota d'obbligo che il datore di lavoro è tenuto a rispettare.

Degna di nota della nuova normativa è la possibilità (v. art. 11) per i soggetti obbligati e non ad assumere lavoratori disabili (a tal fine si ricorda che obbligati sono i datori di lavoro pubblici e privati che occupino da quindici a cinquanta dipendenti), di stipulare convenzioni con gli uffici competenti per definire programmi di inserimento lavorativo. Tra le particolari modalità di assunzione, sono previsti i tirocini formativi (che equivalgono all'assunzione per un periodo massimo di dodici mesi rinnovabile una sola volta), i contratti a tempo determinato, lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti dal contratto collettivo. Giova ricordare tale disposizione perché, per coloro che stipulino le suddette convenzioni, è prevista la possibilità di godere della fiscalizzazione degli oneri sociali totale o parziale per periodi di tempo variabili in ragione del grado di inabilità del lavoratore assunto, nonché il rimborso forfettario parziale delle spese sostenute per rendere il posto di lavoro adeguato alle capacità lavorative nel caso di invalidità superiore al 50%, o per l'apprestamento di tecnologie di

telelavoro o, infine, per l'abbattimento delle barriere architettoniche. Inoltre, per i datori di lavoro che occupano da quindici a trentacinque dipendenti, l'obbligo di riserva sussiste solo in caso di nuove assunzioni.

Disposizioni particolari, poi, interessano più immediatamente il settore dei trasporti, in via diretta o indiretta.

L'art. 5 (*Escusioni, esoneri parziali e contributi esonerativi*), al secondo comma, infatti, prevede l'esclusione totale dagli obblighi di legge dei "datori di lavoro pubblici e privati che operano nel settore del trasporto pubblico aereo, marittimo e terrestre ... *omissis* ... per quanto concerne il personale viaggiante e navigante", mentre l'art. 17 (*Obbligo di certificazione*) obbliga le imprese che partecipino a bandi per appalti pubblici o che intrattengano rapporti convenzionali o di concessione con pubbliche amministrazioni, a presentare - a pena di esclusione - la dichiarazione del legale rappresentante che attesti la regolarità rispetto alle norme di legge e la certificazione rilasciata dagli uffici competenti che attesti l'ottemperanza alle suddette norme.

La redazione



LA PAROLA AI LETTORI

INVITIAMO I SOCI A SCRIVERE ALL'INDIRIZZO DELL'ASSOCIAZIONE, O A LASCIARE UN BREVE MESSAGGIO ALLA SEGRETERIA TELEFONICA, PER ESPRIMERE IL PROPRIO PUNTO DI VISTA, PER FORMULARE DOMANDE O PER CHIEDERE CHIARIMENTI SULLE M.I.C.I. O SULL'ASSOCIAZIONE.

VI RICORDIAMO CHE NON POTRANNO ESSERE PUBBLICATE LETTERE CONTENENTI RIFERIMENTI SPECIFICI A CENTRI OSPEDALIERI O A MEDICI.

LA VOSTRA LETTERA, E LA EVENTUALE RISPOSTA DELL'ASSOCIAZIONE O DEGLI SPECIALISTI DEL COMITATO SCIENTIFICO, SARA' PUBBLICATA SUL PROSSIMO NUMERO DEL GIORNALINO.

*Gentile associazione A.M.I.C.I.,
sono ammalata di rettocolite
ulcerosa da circa 20 anni. Sto bene, non
ho per fortuna disturbi. Vorrei sapere:*

*a) ci sono cibi che vanno ESCLUSI
DALLA DIETA ?*

b) in caso affermativo, quali ?

*Ho notato che il latte, i formaggi,
ecc... mi provocano ancor più gonfiore di
quello che ho già nella pancia. Li ho
eliminati.*

Cordiali saluti

Savona, 30 maggio 1999

Lettera firmata

rispondo alla Sua lettera del 30 Maggio
1999 riguardante il problema della
colite ulcerosa in fase di quiescenza,
come è il Suo caso.

In tale situazione la dieta deve essere
libera, varia e comprendere tutti gli
alimenti; non sono necessarie
restrizioni alcune.

Poiché nel Suo caso sembra essere
presente una certa intolleranza al latte e
ad alcuni suoi derivati, questi vanno
evitati. Desidero, tuttavia, sottolineare
che l'intolleranza al latte non è
collegata alla sua malattia ma bensì ad
un deficit dell'enzima (lattasi) che
metabolizza il latte, e che tale deficit
può essere presente anche nei soggetti
cosiddetti sani.

Dr.ssa Maria Caterina Parodi

Gentile Signora,

LE NOVITA' NELLA CURA DELLE MALATTE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO

LA SPEZIA

**SABATO 23 OTTOBRE 1999 – ORE 10.00 – PRESSO LA SALA DIBATTITI DELLA
COOP – VIA SASSI**

Partecipano:

Dr. Hugo ASTE

Responsabile Servizio di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'IST di Genova

Dr. Romolo BRIGLIA

Responsabile del modulo di endoscopia digestiva dell'Ospedale Civile S. Andrea di La Spezia

L'INCONTRO E' APERTO A TUTTI. L'INGRESSO E' GRATUITO. I PRESENTI POTRANNO PORRE
DOMANDE O FORMULARE PROPOSTE AI MEDICI RELATORI. NEL CORSO DELL'INCONTRO E'
POSSIBILE ISCRIVERSI AD A.M.I.C.I. LIGURIA PER IL 1999. SARANNO DISTRIBUITI OPUSCOLI
INFORMATIVI SULLE MALATTIE.

PARTECIPATE !!!



DAI GIORNALI:

“

*Struttura specializzata a**Sampierdarena.***Malattie colon: screening al via.**

Il Professor Giuseppe Accarpio mostra con orgoglio l'invito che gli è giunto dalla Russia: a settembre, a Irkutsk, il Professor Vorobyov, presidente del Centro scientifico di Stato per la colonproctologia di Mosca, lo invita al congresso in cui scienziati di tutto il mondo discuteranno sulle nuove tecniche di chirurgia in un settore la cui incidenza, sul totale delle patologie, è in continua crescita.

“E, purtroppo, la necessità di creare unità operative specializzate in chirurgia colon-proctologica, viene sottovalutata. Aver realizzato questo centro è per noi un motivo di grande soddisfazione”.

Non siamo a Tokyo o negli States, dove le malattie del colon retto sono tenute sotto controllo speciale, ma al padiglione 3 dell'ospedale di Sampierdarena dove è entrato in funzione il reparto di chirurgia colon-proctologica.

“Devo ringraziare l'assessorato regionale alla Sanità e poi il direttore generale del nostro ospedale, Lionello Ferrando, che hanno capito l'importanza di questa disciplina. Per

ora i posti letto sono pochi, solo otto, ma contiamo nella possibilità di allargarci”. E per questo, il 28 giugno, Accarpio ha inviato una lettera al sindaco Pericu, al suo vice Montaldo e all'assessore Rossetti, per informare anche la civica amministrazione, dell'esistenza della nuova struttura. “Perché qui alla popolazione viene garantito il trattamento più idoneo e aggiornato - aggiunge Accarpio che nel nuovo centro è assistito dai dottori Barbanera e Squillario - le patologie sono sempre più diffuse: incontinenza e prurito anale, ascessi e fistole, polipi e carcinoma del retto, stitichezza, coliti ulcerose, ragadi, prolapsi rettali, diverticoli, morbo di Crohn, colon irritabile, stomie, emorroidi e colonpatie. Per non parlare dell'insidiosa sindrome di Lynch”.

Per essere visitati basta rivolgersi al Centro prenotazioni dell'ospedale di Sampierdarena per una visita ambulatoriale.

Ma Accarpio lancia anche uno screening specifico: “Chi ha qualunque dubbio sul suo stato di salute, per esempio chi nota sangue nelle feci, telefoni, 24 ore su 24, allo 0104102205: gli verranno fornite indicazioni su come comportarsi, indirizzandolo al Centro”.

“

Da “Il Lavoro” del 1 luglio 1999

LA PROSSIMA INIZIATIVA:

“IL REGIME DELLE INVALIDITA’ NELLE M.I.C.I.: SITUAZIONE E PROSPETTIVE”

**SABATO 9 OTTOBRE ORE 9.30 PRESSO LA SALA BLU
DOPOLAVORO FERROVIARIO DI GE-PRINCIPE (VIA A. DORIA 9)**

PARTECIPANO:

DR. GIOVANNI BATTISTA PIETRAGALLA
MEDICO DIRIGENTE 1° LIVELLO ASL TORINO 2

DR. ANDREA LOMI
DIRIGENTE RESPONSABILE DELL’UNITA’ OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE USL 3
GENOVA

DR. MASSIMO SERRA
SPECIALISTA DELL’UNITA’ OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE USL 3 GENOVA

SIG. GIACOMO PIOMBO
RESPONSABILE REGIONALE COORDINAMENTO HANDICAP CGIL

*L’iniziativa sarà preceduta da una breve **presentazione** del reparto di **chirurgia colon-proctologica** dell’Ospedale Villa Scassi di Sampierdarena alla presenza del primario, **Prof. Giuseppe Accarpio**.*

*Saranno presenti i medici specialisti del **Comitato Scientifico** dell’Associazione, oltre alla **Presidente di A.M.I.C.I. Piemonte**, Laura Bellino e la Presidente nazionale, Elisa Cioli.*

VIDEOCASSETTA A.M.I.C.I.

Abbiamo la disponibilità di una **cassetta VHS**, della durata di **60 minuti**, prodotta da A.M.I.C.I. Lazio, ad un prezzo vantaggioso di **£. 20.000**. La cassetta presenta, in modo puntuale ed aggiornato, **cura, diagnosi e terapia** delle malattie, i **fattori di rischio**, le **complicanze**, gli **aspetti dietetici** e gli **esami diagnostici**.

E' **importante** ricevere la vostra **prenotazione**, per ordinare il numero di videocassette effettivamente richieste, sia **telefonticamente** (al numero **010/2464484**) che utilizzando il seguente **tagliando**:



Tagliando di prenotazione per la videocassetta A.M.I.C.I.

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

desidero acquistare la videocassetta "**CONOSCERE LA RETTOCOLITE ULCEROSA E LA MALATTIA DI CROHN**" a £. 20.000.

Ritirerò la videocassetta presso la sede dell'Associazione (il giovedì dalle 14 alle 15) oppure in occasione della prima iniziativa utile.

Il presente tagliando può essere recapitato o spedito per posta in sede, oppure consegnato nel corso della prossima iniziativa del 9 ottobre p.v.



ATTENZIONE: AI NOSTRI SOCI

VI PREGHIAMO DI NON FARE VERSAMENTI ALL'ASSOCIAZIONE TRAMITE VAGLIA POSTALE. CIO' CI COSTRINGE A PERDITE DI TEMPO, DOVENDO PRESENTARE ATTI PER IL RITIRO DELLA QUOTA, ECC.

BASTA UTILIZZARE UN BOLLETTINO DI VERSAMENTO AL NUMERO DI CONTO CORRENTE POSTALE DELL'ASSOCIAZIONE (13197165). GRAZIE !

A.M.I.C.I. LIGURIA

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

ANTONI	GIANFRANCO	PRESIDENTE
GUERRA	SILVIA	VICEPRESIDENTE
PETTINELLA	MARCO	SEGRETARIO
DE ITURBE	FRANCESCO	TESORIERE
ALOISI	MARINA	CONSIGLIERE

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

PIRAS	AURORA	PRESIDENTE
COMANDUCCI	LUCIANA	CONSIGLIERE
ROCCA	MARIA PIA	CONSIGLIERE

COORDINATORI PROVINCIALI:

ASL 1 IMPERIA	BOTTINO MANUELA 0183291435
ASL 2 SAVONA:	MICALI ANNA 019500449-501518
ASL 4 CHIAVARI:	DE ITURBE FRANCESCO 0185382752
ASL 5 LA SPEZIA:	FRESCO FRANCA 018721846

PER POTER STAMPARE E COMPORRE UN GIORNALINO SEMPRE MIGLIORE, ABBIAMO BISOGNO DI SAPERE SE TRA I NOSTRI SOCI ESISTONO TIPOGRAFI, GRAFICI O PERSONE CHE CONOSCONO ESPERTI IN GRADO DI AIUTARCI A RISOLVERE QUESTO PROBLEMA. GRAZIE !

A.M.I.C.I. Liguria News è inviato a tutti i soci di A.M.I.C.I. Liguria, Associazione per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, libera associazione nazionale senza fini di lucro, aconfessionale e apartitica.

Stampato in proprio.

Direttore: Silvia Guerra

Direttore responsabile: Silvia Martini

Per garantire la privacy

In conformità a quanto previsto dalla legge n. 675/96 sulla tutela dei dati personali, A.M.I.C.I. Liguria garantisce a tutti i suoi soci che sui dati personali forniti da ognuno verranno mantenuti i più assoluti criteri di riservatezza.