IL CRALLINO

Organo di informazione del C.R.A.L. Santa Maria delle Grazie - Anno XVI - N. 1 - Gennaio 2011

Distribuzione in omaggio ai Soci

Esce quando può

All'interno:

La Befana in corsia
Un nuovo volto al Reparto di Pediatria
La terapia del dolore
La festa sociale di fine anno
L'Anisakis: la nuova emergenza sanitaria.
Il ruolo della psicologia in ambito cardiologico.
A Salerno l'apocalisse…ad Atrani l'alluvione
Il pensionamento dei medici
Lo sport

IL CRALLINO

Organo di informazione pubblicato dal CRAL S. Maria delle Grazie. Viene distribuito in omaggio ai Soci.

Registrato il 20.01.96 presso il Tribunale di Napoli con il n. 4716.

Esce quando può

Presidente del CRAL
Santa Maria delle Grazie
Anna De Novellis

Direttore Responsabile
Alfredo Falcone

Comitato di Redazione
Teofilo Arco, Vincenzo Buono, Giuseppe Calabrese, Bruno Cola, Anna De Novellis, Vincenzo Mellone, Nello Nardi, Adriano Scoppetta, Luigi Stefanelli.

Hanno collaborato a questo numero:
Antonio Balzano, Mariarosaria Cucinotta, Federico Luke, Francesco Saitta, Gennaro Schiano di Cola.

Segretario di Redazione:
Adriano Scoppetta

Composizione
Nello Nardi

Redazione: **CRAL Santa Maria delle Grazie La Schiana**
80078 Pozzuoli (NA)
tel. 081.8552215

Le opinioni espresse in articoli firmati o siglati impegnano esclusivamente i rispettivi Autori mentre la Direzione non ne risponde.
La collaborazione a
"IL CRALLINO"
s'intende gratuita.

Impaginazione, grafica e stampa:
Graphic & Print s.n.c.
Torre del Greco

In copertina: *La splendida Rose, una delle due "brasilere" protagoniste della festa del CRAL di fine anno (foto Biagio Daniele).*

Cari amici lettori,

in questo numero abbiamo ricordato due sciagure naturali (ma fino ad un certo punto imprevedibili) che hanno colpito, a distanza di molti anni l'una dall'altra, la splendida zona dei Monti Lattari che presentano alcune analogie comuni.

Per la verità non è raro il caso di incidenti che hanno funestato la splendida costiera amalfitana ed i suoi dintorni, a causa di alluvioni, di frane o di massi staccatisi improvvisamente dal fianco dei monti.

Tutto ciò è sempre ascrivibile alla fatalità? Crediamo invece che disgrazie di questo genere siano quasi sempre imputabili alla cecità dell'uomo il quale pur di conseguire, a qualunque costo, i propri interessi vìola senza scrupoli la natura dei luoghi. Ad esempio la cementificazione del territorio, con la conseguente impermeabilizzazione del suolo per ottenere aree fabbricabili, impedisce l'assorbimento dell'acqua piovana da parte del suolo provocando dannosi allagamenti.

In collina, poi, a causa dello sradicamento degli alberi e della vegetazione, finalizzato a far posto a villette ed a palazzine, il terreno, che non è più trattenuto dalle radici delle piante, facilmente smotta a valle in maniera rovinosa in caso di forti e prolungate piogge. Se poi a valle di tale movimento scorre un sia pur modesto fiumicello dall'alveo proporzionato alla sua normale ridotta portata, la notevole massa aggiuntiva di acqua, di fango e, perché no, di detriti che vi precipita può provocare un improvviso straripamento dagli effetti imprevedibili.

Occorrerebbe poi una costante "coltivazione" della montagna la quale non dovrebbe assolutamente essere abbandonata a se stessa. L'acqua piovana che si infiltra nelle fenditure delle rocce, ad esempio, ghiacciando,aumenta di volume finendo per spaccare la roccia i cui frammenti, spesso voluminosi, precipitano sulla strada. Non manca poi l'imprudenza di chi va a costruire una villetta od un ristorante su una limitata "mensola" di roccia sotto uno parete a strapiombo dalla quale potrebbe una volta o l'altra staccarsi un micidiale masso. E allora, perché poi prendersela con la natura? E' proprio impossibile che l'uomo rinsavisca? Noi lo speriamo!

LA VOCE DEL CRAL

a cura di Adriano Scoppetta

ELEZIONE ORGANI SOCIALI

Nei giorni 29, 30 novembre e 1 dicembre 2010 si sono svolte le elezioni per il rinnovo degli Organi Sociali del CRAL "S. Maria delle Grazie" per il triennio 2011/2013. Questi gli eletti in ordine di graduatoria:

CDA: Anna De Novellis, Adriano Scoppetta, Teofilo Arco, Nello Nardi, Vincenzo Buono, Luigi Stefanelli, Vincenzo Mellone, Bruno Cola, Giuseppe Calabrese.

Sindaci Revisori: Ferdinando Avallone, Pasquale D'Avascio, Gennaro Viola.

Probi Viri: Salvatore Visone, Pasquale D'Angelo, Bruno Mosca.

A tutti un augurio di buon lavoro!

CONFERMATE LE CARICHE SOCIALI

Dopo la conferma alle ultime votazioni di quasi tutto il "vecchio" Consiglio di Amministrazione del nostro sodalizio, anche il "nuovo" Consiglio ha ribadito, nel segno della continuità, le stesse cariche sociali:

Presidente Anna De Novellis,
Vice Presidente Nello Nardi,
Tesoriere Giuseppe Calabrese,
Segretario Amministrativo Adriano Scoppetta.

BIGLIETTI CINEMA

Non è stata più rinnovata la convenzione con il cinema Sofia di Pozzuoli, pertanto la tessera sociale non ha più validità per ottenere sconti alla biglietteria. E' possibile però acquistare i biglietti di ingresso sia per il suddetto cinema al prezzo di euro 3,60 (validi anche nei festivi, non a Natale) che quelli del cinema MED al costo di euro 4,50 (validi sempre anche per i films in 3D) presso la Segreteria del CRAL. **N.B. i biglietti non sono sempre disponibili e la vendita è limitata, si consiglia quindi di telefonare sempre prima.**

C.R.A.L. S. MARIA DELLE GRAZIE
BORSE DI STUDIO DAL FONDO DI SOLIDARIETA'
ANNO SCOLASTICO 2009-2010

V I N C I T O R I

BORSE DI STUDIO PER DIPLOMA DI LAUREA 200,00 €

	Socio	Concorrente	Data di Nascita	Diploma	Punteggio
1	**Del Vaglio Teresa**	**Tortorelli Miriam**	**30/07/1985**	**Laurea**	**110/110 L**

BORSE DI STUDIO PER DIPLOMA DI LAUREA (TRIENNALE) 175,00 €

	Socio	Concorrente	Data di Nascita	Diploma	Punteggio
1	**Notabella Francesco**	**Flavio**	**04/11/1983**	**Dip. Laurea**	**110/110 L**
2	**Carandente Luigi**	**Francesco**	**28/04/1985**	**Dip. Laurea**	**108/110**
3	**Della Monica Gennaro**	**Annalisa**	**28/05/1983**	**Dip. Laurea**	**94/110**

BORSE DI STUDIO PER DIPLOMA DI MATURITA' 110,00 €

	Socio	Concorrente	Data di Nascita	Diploma	Punteggio
1	**Tafuto Salvatore**	**Luigi**	**17/04/1992**	**Maturità**	**100/100**
2	**Di Meo Stefano Salv.**	**Rosario**	**28/02/1992**	**Maturità**	**100/100**
3	**Di Biase Giuseppe**	**Laura**	**04/10/1991**	**Maturità**	**100/100**
4	**Mignone Maria Luisa**	**Tomassi Francesca**	**29/04/1991**	**Maturità**	**100/100**
5	**Chiocca Alfonso**	**Vincenzo**	**18/03/1991**	**Maturità**	**98/100**
6	**Borrone Maria**	**Del Giudice Assunta**	**22/02/1992**	**Maturità**	**95/100**
7	**Molero Umberto**	**Enrico**	**27/02/1992**	**Maturità**	**90/100**
8	**Varriale Giuseppe**	**Fabiana**	**27/10/1991**	**Maturità**	**90/100**
9	**Baldascino Cristina**	**Scotto di Vetta Ilaria**	**28/06/1991**	**Maturità**	**86/100**
10	**Tafuto Umberto**	**Marco**	**17/01/1991**	**Maturità**	**82/100**
11	**Nunziale Procolo**	**Raffaella**	**19/10/1991**	**Maturità**	**80/100**
12	**Mele Raffaele**	**Daniele**	**04/07/1991**	**Maturità**	**74/100**
13	**Fonisto Pasquale**	**Valeria Marta**	**23/03/1992**	**Maturità**	**70/100**

BORSE DI STUDIO PER DIPLOMA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE 75,00 €

	Socio	Concorrente	Data di Nascita	Diploma	Punteggio
1	**Costagliola Giovanna**	**Palumbo Enrico**	**09/07/1997**	**Sc.Media**	**9/10**
2	**Cutolo Michelina**	**Costagliola Umberto**	**10/05/1997**	**Sc.Media**	**9/10**
3	**Innocente Giacomo**	**Gaia**	**10/05/1996**	**Sc.Media**	**8/10**
4	**Bucciero Marco**	**Mariangela**	**27/12/1996**	**Sc.Media**	**7/10**
5	**Colella Luigi**	**Alessandra**	**18/07/1996**	**Sc.Media**	**7/10**

E' FESTA CON IL VESCOVO, IL VOLONTARIATO
E LA SCUOLA IN OSPEDALE

LA BEFANA IN PEDIATRIA

di **Adriano Scoppetta**

Come da tradizione, da quando si è aperto il Reparto di Pediatria dell'ospedale di Pozzuoli, il CRAL ha organizzato la festa della Befana per i piccoli ricoverati, nell'intento di far trascorrere loro dei momenti lieti e dimenticare per qualche ora i disagi di un pur necessario ricovero. La festa quest'anno, che ha visto la partecipazione del Direttore del Reparto dott. Francesco Saitta e il Direttore Sanitario dott. Carlo Fago, ha riscosso grande successo, grazie anche alla collaborazione delle docenti della "Scuola in Ospedale", i Volontari di "Santa Elisabetta", la Caritas di Quarto, il Rotary Club di Pozzuoli e la Pink Panther Animazione, ma soprattutto per la presenza del Vescovo di Pozzuoli. Infatti è tornato a far visita ai bambini Sua Eccellenza Gennaro Pascarella che, seduto in mezzo a loro, ha assistito allo spettacolo, offerto dal mago Ruben e dalla sua famiglia, sorridendo e applaudendo ad ogni numero di magia dell'abile prestigiatore. Sua Eccellenza ha donato tanta serenità distribuendo ai piccoli ed ai loro genitori sorrisi e carezze e, a fine spettacolo, nel salone dell'Ufficio Formazione Aziendale, ha celebrato la Messa Solenne dell'Epifania animata dalla voce di un soprano accompagnato da un'arpista del conservatorio San Pietro a Maiella di Napoli. Al termine egli si recava nel Reparto di Oncoematologia portando conforto a tutti i ricoverati. La mattinata in Pediatria proseguiva con l'arrivo della Befana, interpretata con trasporto dalla signora Marisa Medugno, che con una vecchia scopa ed un sacco colmo di regali si recava nelle stanze di degenza offrendo agli attoniti piccoli una calza colma di dolciumi e dei doni, secondo il sesso e l'età. Infine l'arrivo dei clowns, che con divertenti giochi coinvolgevano tutti i presenti, concludeva in allegria l'inconsueta giornata.

Mario Berardelli, in arte Mago Ruben, assistito dalla moglie Lina e dal figlio Pasquale, offrono il loro spettacolo ai piccoli ricoverati (foto E. Ugon).

Il Vescovo di Pozzuoli Sua Eccellenza Gennaro Pascarella, seduto tra i bambini, assiste divertito allo spettacolo di magia (foto E. Ugon).

La Befana, la signora Marisa Medugno in Carboni, porge una calza ed un dono ad un bimbo ricoverato (foto E. Ugon).

UN NUOVO VOLTO PER IL REPARTO DI PEDIATRIA:
PER UN ALLESTIMENTO DEGLI SPAZI A MISURA DI BAMBINO

IL PRIMO PASSO È STATO FATTO!

di **Francesco Saitta***

Nell'ultimo numero de "il Crallino" abbiamo descritto una bella serata di musica e di solidarietà che è stata realizzata con la preziosa collaborazione dei tanti amici e colleghi che abbiamo la fortuna di avere e con l'aiuto del CRAL Aziendale, ed in particolare di Adriano Scoppetta che ha messo a disposizione nostra la Sua esperienza nella organizzazione di manifestazioni di questo genere.
Mi sembra giusto, a distanza di tre mesi, di render conto di come abbiamo utilizzato quanto abbiamo raccolto attraverso la generosità di tutti quelli che hanno partecipato a questa iniziativa.
Ricordo che il fine ultimo era quello di allestire un Reparto di Pediatria a misura di bambino, dove i nostri piccoli ospiti potessero trovare qualcosa che non fosse diametralmente opposto all'ambiente familiare cui sono abituati, qualcosa di diverso dalle asettiche pareti bianche che sono spesso presenti nei nostri ospedali.
Mi sono rivolto all'architetto Franco Canale, che ha immaginato di far vivere ai nostri bambini l'emozione dei luoghi da dove, per la maggior parte, provengono ovvero dei campi Flegrei con la loro storia piena di mitologia e di ricordi delle varie civiltà che si sono succedute. E dalla fantasia di Franco Canale è nato l'"ABBECEDARIO DEI CAMPI FLEGREI" fatto di bellissimi pannelli, di cui qui a lato vi sono alcune riproduzione fotografiche, in cui sono rappresentati il Castello di Baia, gli Astroni ed il litorale flegreo. E' un viaggio nella fantasia, ma nello stesso tempo un percorso didattico che i nostri piccoli degenti possono percorrere con l'aiuto delle insegnanti della Scuola in Ospedale. Il ricovero in Ospedale è sempre per i genitori un evento traumatico, ma quei 3-4 giorni che passano insieme al loro bambino potrebbero essere uno spunto per imparare anche loro a vivere la loro genitorialità in modo diverso: mi accorgo spesso che i genitori vivono il loro rapporto con i figli in un modo distratto, delegando spesso un computer od un Nintendo a svolgere il compito di intrattenimento dei loro figli. Parlare con i propri figli e far vivere loro l'esperienza ospedaliera come qualcosa da cui si possa anche apprendere insieme notizie sulle proprie radici potrebbe in ogni caso essere utile.
E' un cammino che anche noi abbiamo iniziato a percorrere in quanto, con i 5000 euro che abbiamo destinato a questo progetto, siamo riusciti ad arredare solo un lato del corridoio del Reparto. In verità avevamo a disposizione altri 1500 euro, frutto sempre della serata che abbiamo organizzato e che abbiamo destinato all'acquisto

Il dott. Francesco Saitta Direttore del Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Pozzuoli.

di dieci televisori da mettere nelle stanze di degenza e nella stanza del Day Hospital per i bambini allettati che non possono partecipare alle attività didattiche e ricreative che avvengono nel Reparto: infatti almeno per i bambini più grandi i giorni di degenza potrebbero anche servire a distoglierli da una televisione, che ormai ha da tempo perso la sua funzione nei confronti dei più piccoli con programmi spesso volgari ed inadatti alla loro età e con pubblicità che spesso spingono al consumo di cibi responsabili della obesità che noi spesso osserviamo tra i nostri bambini. A proposito della obesità è d'obbligo ricordare che la nostra ASL partecipa al progetto "Crescere Felix" con una serie di iniziative che puntano a portare nelle scuole elementari, attraverso le insegnanti, una nuova cultura della alimentazione.

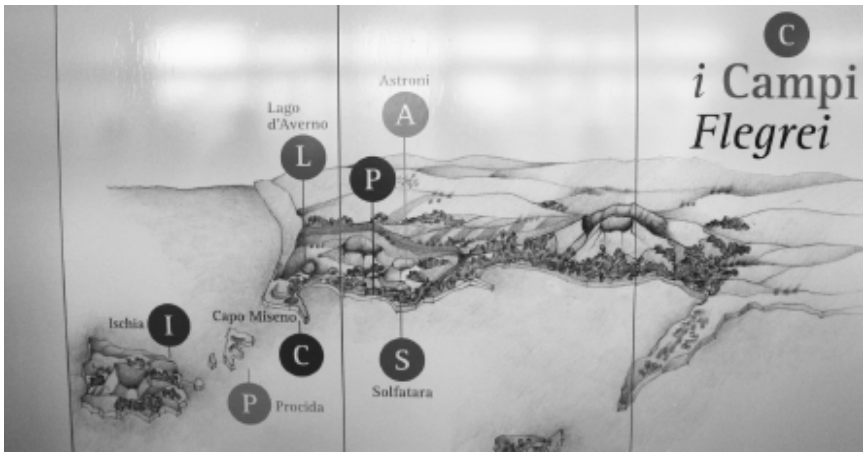
Così abbiamo utilizzato i 6500 euro che la Vostra generosità ci ha donato al netto delle spese per la organizzazione della serata che sono stati di 4000 euro; è stato il primo passo e, vista la fortuna che abbiamo avuto con la conferma delle nostre "dottoresse precarie cantanti", prendiamo questo come un incoraggiamento per arredare a misura di bambino l'altro lato delle pareti del corridoio del Reparto.

Ma c'è ancora tanto da fare: si potrebbero allestire gli spazi di attesa, dove spesso i bambini stazionano in attesa del ricovero e dove vivono spesso momenti di ansia perché stanno per vivere l'esperienza del ricovero ospedaliero che spesso non conoscono; si potrebbero realizzare elementi di arredo tridimensionali per le stanze di degenza dei piccoli; si potrebbero progettare e fornire pubblicazioni didattiche di informazione e accoglienza per i genitori.

Come si vede ci sarebbero ancora tante cose da fare e per continuare questo nostro viaggio nella solidarietà:

VI ASPETTIAMO PRIMA DELL'ESTATE PER UN'ALTRA SERATA DI MUSICA E DI AMICIZIA.

**** Il dott. Francesco Saitta è Direttore dell'U.O.C. di Pediatria del P.O. Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli.***



I pannelli dell'abbecedario dei Campi Flegrei dell'architetto Franco Canale allestiti nelle corsie del Reparto di Pediatria (foto E. Ugon).

LA COLLABORAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

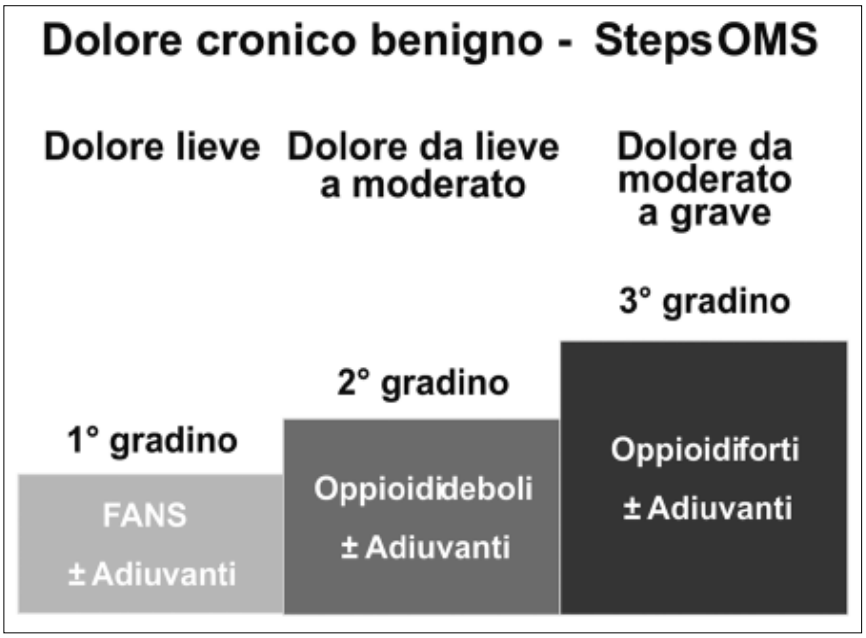
LA TERAPIA DEL DOLORE

di **Federico Luke***

Il dolore è un fenomeno soggettivo definito come "una spiacevole sensazione fisica collegata ad una esperienza emozionale associata ad un danno reale o potenziale dei tessuti, oppure può essere descritto in termini di tale danno". Un corretto approccio al trattamento del dolore prevede un adeguato esame obbiettivo e una buona anamnesi orientata a determinare le cause e a stabilire una relazione.

In base all'esordio il dolore si può definire acuto o cronico. Acuto se è caratterizzato da un'insorgenza improvvisa. In genere non rappresenta un problema terapeutico in quanto in genere è autolimitante, risponde alla terapia analgesica e al trattamento della causa scatenante. Cronico: insorgenza strisciante con persistenza superiore 3 mesi.

Nella valutazione delle cause del dolore si deve distinguere il dolore nocicettivo e dolore neuropatico. Il dolore nocicettivo è un dolore che origina dai recettori periferici che sono stati compressi, schiacciati, stirati o stimolati da mediatori chimici come le prostaglandine (per esempio un cancro che infiltra i tessuti molli, che stira la capsula epatica, che erode il tessuto osseo). Può essere somatico e viscerale. Il dolore nocicettivo somatico interessa nocicettori cutanei, ossei, miofasciali e muscoloscheletrici, ed è quasi sempre ben localizzato. Il dolore nocicettivo viscerale coinvolge recettori viscerali quali pleura, peritoneo e muscolatura liscia. E' quindi solitamente mal definito, profondo, spesso accompagnato da altri sintomi, come nausea, vomito, e confusione mentale. Il dolore neuropatico è un dolore che origina dalle fibre nervose stesse, quando vengono irritate dalla compressione (ernia discale) o vengono interrotte (per es. un'amputazione di un arto, un cancro che infiltra il plesso brachiale, una nevralgia posterpetica). Il dolore è spesso urente, con parestesie (formicolii) e/o sensazioni di scossa elettrica (disestesie). Il dolore nocicettivo risponde agli analgesici convenzionali compresi gli oppioidi; il dolore neuropatico può essere ridotto dagli oppioidi, ma richiede anche farmaci che stabilizzino le membrane e abbiano un effetto sui neurotrasmettitori (antiepilettici ed antidepressivi). Nell'ambito di una valutazione clinica è necessario far riferimento a dei principi generali: credere ai disturbi lamentati dal paziente, condurre una adeguata indagine anamnestica del dolore comprensiva della intensità del dolore stesso (ovvero misurazione del sintomo dolore con una qualsiasi scala a disposizione come il VAS, la scala semantica semplice, ecc.) lo stato psicologico del paziente, eseguire una accurata visita medica e neurologica, richiedere e valutare personalmente gli esami considerati appropriati, instaurare una adeguata terapia analgesica prevedendo un adeguato follow up, prevedere e trattare gli effetti collaterali e i sintomi di disagio, rivalutare frequentemente la risposta del paziente alla terapia antalgica prescritta, individualizzare il trattamento, chiarire al paziente quali sono gli obiettivi del trattamento, discutere i problemi con il paziente e la sua famiglia. Il dolore benigno (non oncologico) deve essere trattato seguendo la scala a tre gradini dell'OMS che suggerisce di iniziare il trattamento con i FANS, passando poi ad un'oppioide debole e in caso di persistenza del dolore, ad un oppioide forte. Il dolore oncologico deve essere misurato e trattato sulla base della sua intensità. Contrariamente a quanto suggerito per il trattamento del dolore cronico benigno la scelta del trattamento va basata fin dall'inizio sull'intensità del dolore. La misurazione dell'intensità ci guiderà nella valutazione dell'efficacia del trattamento.



Scala del trattamento del dolore cronico benigno secondo OMS.

Dal 2004 presso il P.O. "S. M. delle Grazie" di Pozzuoli è attivo un ambulatorio di "Diagnosi e terapia del dolore acuto e cronico" dove vengono seguite persone affette dalle più disparate tipologie di sindromi algiche sia acute che croniche ed è possibile accedervi seguendo la normale procedura di prenotazione tramite centro prenotazioni con minima attesa.

Per quanto riguarda la rete delle cure palliative, allo stato, nel microcosmo dell'area flegrea del P.O di Pozzuoli "S. M. delle Grazie", già si è assistito alla nascita di una rete di collaborazione tra MMG e l' UOS "Diagnosi e terapia del dolore acuto e cronico" per quanto riguarda la formazione effettuata a più livelli (UFA, TdM, GOIP) dei medici di famiglia sulla Terapia del dolore e le cure palliative. Questo progetto si è svi-

luppato grazie all'attivazione di rapporti sempre più consolidati tra il territorio e l'Ospedale con il suo ambulatorio di "Terapia del dolore", onde costituire un sostegno ai medici di famiglia, organizzati in cooperative, per la formazione e la collaborazione professionale per i casi più complessi (esiste la possibilità di comunicare con il dott. Federico Lucke via cellulare personale in qualunque momento), sia direttamente "on line by phone", che inviando il paziente presso l'ambulatorio stesso.

I pazienti che si recano presso l'ambulatorio ricevono, oltre al trattamento medico, i farmaci per la terapia del dolore, grazie ad un accordo tra la farmacia dell'ospedale e l'ambulatorio stesso. La farmacia provvede all'immediata fornitura di farmaci analgesici oppiacei e non, permettendo così l'immediato inizio delle terapie e fornendo anche un notevole risparmio per le casse dell'ASL. Inoltre viene fornito un numero telefonico dove poter contattare il responsabile dell'ambulatorio per un report anche quotidiano sull'andamento della terapia. Tale terapia si avvale inoltre della collaborazione di una psicologa che prospetticamente aumenterà le prestazioni includendo oltre il paziente, anche i familiari in un ottica di sostegno olistico. Qualora il caso lo richiedesse vengono attivate anche procedure interventistiche (impianto di neurostimolatori midollari, ecc.) in regime di ricovero ospedaliero.

Strumenti di valutazione dell'intesità del dolore:

VAS (Scala Analogico Visiva)
VRS (Scala di valutazione verbale)
VNS (Scala di valutazione numerica verbale)
Scala delle espressioni facciali (pediatria)

Scale di misurazione del dolore.

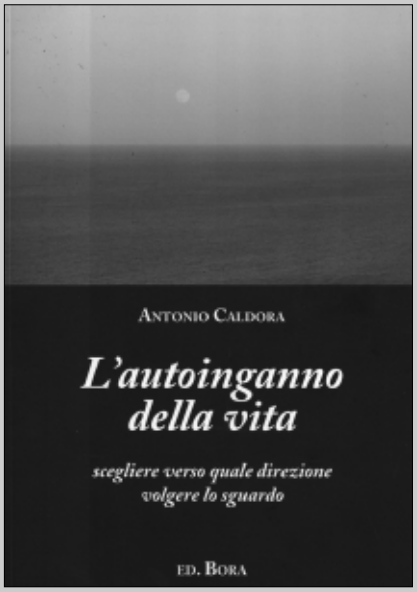
La collaborazione dell'ambulatorio, si avvale inoltre di altre figure professionali (ortopedico, neurochirurgo, chirurgo vascolare, radiologo interventista) qualora il caso lo richiedesse.

Esistendo tale substrato collaborativo tra ospedale e territorio, il progetto appare di più facile realizzazione dato l'affiatamento dei protagonisti presenti nello stesso presidio ospedaliero il che favorisce i percorsi diagnostico-terapeutici. Per amplificare la resa sarà necessario attivare una rete informatica che coinvolga gli attori con computers, la possibilità di effettuare la consulenza del personale della Terapia del dolore e degli altri specialisti a domicilio di pazienti allettati e/o terminali con spirito collaborativo e di integrativo ai MMG, onde ridurre al minimo l'accesso dei pazienti stessi al ricovero ospedaliero (improprio) per acuti, favorendo così le cure tra le mura domestiche e le braccia affettuose dei familiari.

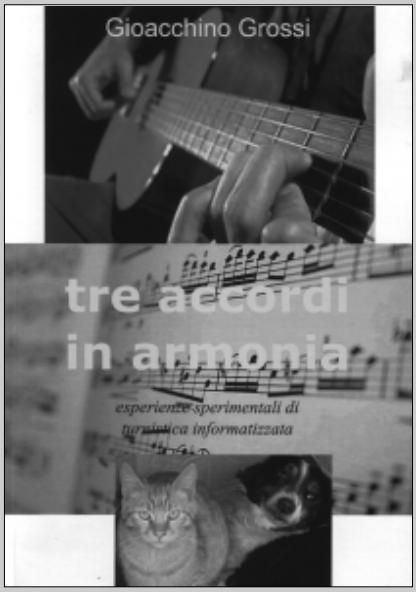
Da quanto sopra detto si evince la necessità di ampliare questa attività; infatti mentre attualmente essa viene effettuata con spirito caritatevole grazie agli sforzi dei singoli, occorre procedere ad una strutturazione che possa venire incontro a tutte le necessità dei pazienti che spesso sono di natura prettamente logistica.

**** Il dott. Federico Luke è Dirigente I livello Servizio Anestesia e Rianimazione e Responsabile U.O.S. Terapia del dolore P.O. di Pozzuoli.***

IN BIBLIOTECA



Antonio Caldora
LA'UTOINGANNO DELLA VITA
Questo libro è un testo aperto al contributo di chiunque voglia interagire con l'autore per il suo miglioramento e arricchimento. Per tale motivo sono solo accennati alcuni temi (struttura dei caratteri, i livelli del colloquio, la motivazione della scelta del patner) affinché, nella riedizione si possa ripubblicare un vero e proprio trattato con le eventuali note pervenute.
Il libro è rivolto ai genitori, agl'insegnanti, ai medici, agli psicologi a chiunque creda che la realtà è negli occhi di chi guarda. È in vendita presso le cartolibrerie di Pozzuoli al costo di 8 euro.



Gioacchino Grossi
TRE ACCORDI IN ARMONIA
Il titolo dell'opera si riferisce ai tre elementi del gioco del cubo che ispira il programma per realizzare turni complessi, ed allo spirito che ne pervade l'esecuzione: l'armonia; solo questo perfetto equilibrio porta al risultato.

LA FESTA SOCIAL

LE DI FINE ANNO

LA TENDENZA DI CONSUMARE PESCE CRUDO NEI RISTORANTI

LA NUOVA EMERGENZA SANITARIA

di **Gennaro Schiano di Cola***

La nuova tendenza di consumare pesce crudo nei numerosi ristorantini Happy Hour che stanno spuntando come funghi o nei ristoranti pseudo giapponesi sta provocando una nuova emergenza sanitaria.

Mangiare pesce crudo espone i consumatori a un maggior rischio d'intossicazioni e infezioni causate da batteri patogeni e parassiti. Il pesce crudo, specialmente se non fresco o cresciuto in acque inquinate, può essere contaminato da diversi microrganismi (Listeria, Escherichia Coli e Salmonella) che provocano problemi gastrointestinali.

Ma il rischio maggiore(che sta salendo alla ribalta in quest'ultimo periodo) per il consumatore di pesce crudo anche se fresco si chiama Anisakis.

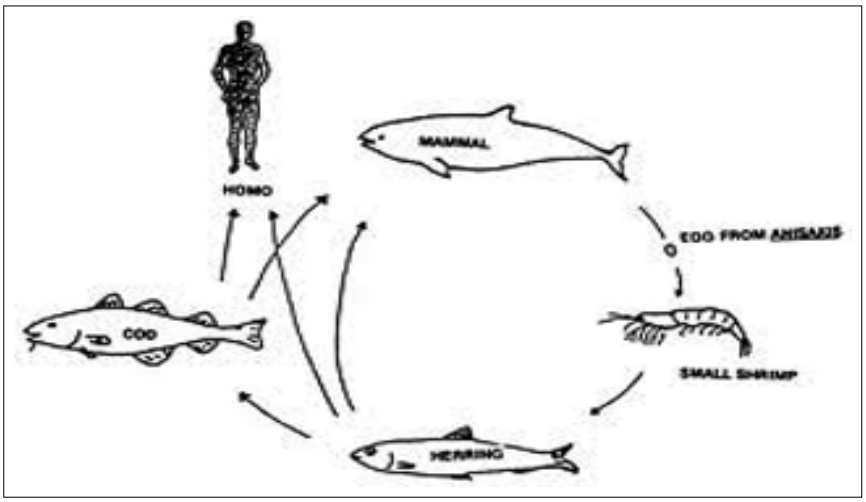
L'Anisakis è un parassita intestinale visibile ad occhio nudo grande da 1 a 3 centimetri di colore bianco o rosato presente in numerosi mammiferi marini(delfini, foche e balene).

Le uova di Anisakis vengono rilasciate in acqua attraverso le feci dei mammiferi marini. Dopo la schiusa le larve vengono ingerite dai primi ospiti intermedi: piccoli crostacei che costituiscono il krill.

Il krill a sua volta viene ingerito dal secondo ospite intermedio che è il pesce (tonno,acciughe sardine, salmone, merluzzo, sgombro,triglie, pesce spada, pesce bandiera e rana pescatrice) ed infine avviene il passaggio al suo ospite definitivo (mammiferi marini) dove avviene la maturazione e quindi il completamento del suo ciclo biologico.

Può avvenire invece che in questa catena alimentare si intrometta un altro ospite definito accidentale che è l'uomo se questi si nutre di pesce crudo o poco cotto che contenga al suo interno larve di Anisakis.

Il pesce crudo infetto può provocare nell'uomo una parassitosi o reazioni allergiche dovuta ai prodotti biochimici liberati dalle larve. Quando l'uomo mangia pesce crudo infetto, non completamente cotto o in salamoia, le larve possono impiantarsi sulla parete dell'apparato gastrointestinale, dallo stomaco fino al colon. Per difendersi dai succhi gastrici,



attaccano le mucose con grande capacità perforante, determinando una parassitosi acuta o cronica. La parassitosi acuta da Anisakis insorge già dopo poche ore dall'ingestione di pesce crudo e si manifesta con intenso dolore addominale, nausea e vomito. Le forme croniche sono diverse. Possono mimare svariate malattie infiammatorie e ulcerose del tratto intestinale oppure coinvolgere altri organi. Possibili anche reazioni allergiche fino allo shock anafilattico causato dalla sensibilizzazione alle proteine antigeniche termoresistenti del parassita.

La cura dell'Anisakidosi (così si chiama la parassitosi da Anisakis) richiede molto spesso l'intervento chirurgico, per asportare la parte dell'intestino invasa dai parassiti.

Parliamo un po' della prevenzione: L'Anisakis migra dalle viscere del pesce alle sue carni se quando viene catturato non viene prontamente eviscerato. Purtroppo questa pratica viene attuata solo con i salmoni di allevamento. Una circolare del Ministero della sanità del 1992, ancora in vigore, obbliga chi somministra pesce crudo o in salamoia (il limone e l'aceto non hanno alcun effetto sul parassita) ad utilizzare pesce congelato o a sottoporre a congelamento preventivo il pesce fresco da somministrare crudo. Infatti l'Anisakis e le sue larve muoiono se sottoposti a 60 gradi di temperatura, oppure dopo 96 ore a-15°C, 60 ore a -20°C, 12 ore a -30°C, 9 ore a -40°C. I pericoli maggiori provengono dai ristoranti e dal consumo casalingo. Purtroppo non tutti i ristoranti seguono queste indicazioni, poiché i casi sono in aumento e la causa è spesso da imputare ad alici marinate, evidentemente non sottoposto a congelamento preventivo

Quindi facciamo molta attenzione nella scelta del locale dove andiamo a consumare il pesce crudo.

In genere, il vero ristorante giapponese offre ottime garanzie, perché l'alimentazione con pesce crudo fa parte della cultura millenaria del giappone, e sul suolo nipponico solo i cuochi che hanno un patentino speciale sono abilitati alla preparazione del pesce crudo.

Il problema nasce quando ci rechiamo in locali che di giapponese hanno solo il nome. In realtà i gestori sono cinesi che ignorano le più elementari tecniche d'igiene ma che hanno fiutato il business del pesce crudo (mentre i gamberetti fritti vengono venduti a 5 euro, un piatto di pesce crudo, in un contesto di lusso, frutta anche 50 euro).

Molti locali cinesi hanno cambiato solo l'insegna, lasciando invariate la società o l'ubicazione del ristorante. Anche molti italiani hanno deciso di approfittare della nuova moda. E la tendenza del pesce crudo avanza e avanzano anche tutte le problematiche sanitarie ad essa correlate.

**** Gennaro Schiano di Cola è infermiere professionale presso il reparto di Oncoematologia del P.O. S. Maria delle Grazie.***

RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA IN AMBITO CARDIOLOGICO NELL'ESPERIENZA "FLEGREA"

di **Mariarosaria Cucinotta***

La riabilitazione dei pazienti con malattia cardiovascolare è definita come "somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo tale che i pazienti affetti da cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società".

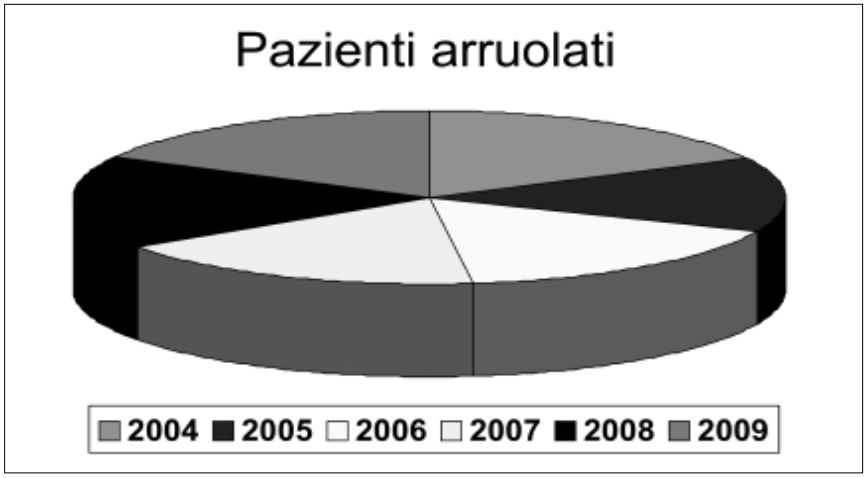
Nell'UOC di Cardiologia ed UTIC dell'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli sono attuati da sei anni protocolli di riabilitazione cardiologica psicologica indirizzati a pazienti affetti da cardiopatia ischemica che hanno gli obiettivi di:

- riassumere e conservare una condizione la più vicina possibile allo "stato di salute";
- prevenire la progressione della malattia, attraverso la modifica dello stile di vita;
- diagnosticare precocemente le problematiche psicologiche che possono manifestarsi in seguito ad evento cardiovascolare acuto.

Il protocollo operativo prevede quanto segue:

- Colloquio di accoglienza;
- Somministrazione della testistica, dopo aver verificato i requisiti di ammissibilità;
- Colloquio psicologico;
- Colloquio con i familiari.

Gli arruolamenti sono stati di cento pazienti all'anno con scostamenti poco significativi per anno (vedi schema).



L'intervento riabilitativo è anche rivolto a pazienti sottoposti ad impianto di defibrillatore cardiaco. Accanto alla notevolissima importanza dell'utilizzo dei dispositivi ICD nella prevenzione primaria e secondaria si è reso necessario adottare un protocollo di intervento per migliorare la qualità di vita del paziente sottoposto ad impianto.

In una prima fase il protocollo ha previsto un colloquio psicologico finalizzato al miglioramento della qualità globale dell'ospedalizzazione e al contenimento delle ansie legate all'impianto di ICD. Una procedura a carattere chirurgico, può essere vissuta con forte angoscia perché sentita come invasiva e il dispositivo ICD come "estraneo" e quindi come elemento perturbante dello schema corporeo.

Successivamente è stato adottato lo stesso protocollo utilizzato per i pazienti affetti da cardiopatia ischemica.

L'utilizzo della testistica, infatti, offre un contributo ottimale alla conoscenza della struttura psichica del paziente, che senza mai sostituirsi al colloquio clinico, ne rappresenta una valida integrazione.

La testistica utilizzata è rappresentata dall'Hospital Anxiety and Depression Scale per lo screenig di ansia e depressione e dall'Illness Perception Questionnaire che costituisce un'applicazione pratica della teoria della "self-regulation".

Essa considera l'individuo come un attivo problem-solver, in grado di conservare o ripristinare uno stato di salute equilibrato e di rispondere alla malattia in maniera dinamica attraverso una valutazione ed una interpretazione della stessa.

La conoscenza delle opinioni dei pazienti circa la loro malattia è fondamentale nell'ambito di un processo di cura adeguato.

Il colloquio psicologico è mirato all'elaborazione del vissuto di malattia disadattivo, il piano riabilitativo individualizzato prevede, dove necessario, colloqui psicoterapeutici individuali e/o familiari a carattere ambulatoriale.

Il protocollo di intervento adottato considera la riabilitazione psicologica, come parte integrante del trattamento globale del paziente con malattia cardiovascolare non più "corpo" portatore di sintomi ma individuo nella sua interezza e propone la multidisciplinarietà come elemento centrale dell'intervento riabilitativo.

**** La dott.ssa Mariarosaria Cucinotta è Responsabile del Programma di Assistenza e Riabilitazione Psicologica Oncologica.***

ACCADDE 56 ANNI FA

A SALERNO L'APOCALISSE

Le immagini, tratte dalla collezione di fotografie ferroviarie dell'autore di queste note, sono più eloquenti di qualsiasi commento sugli effetti della tragica alluvione che nell'ottobre del 1954 devastò il Salernitano.

Un temporale di inaudita violenza, una pioggia torrenziale durata oltre tre ore senza interruzione alcuna: il fiume Irno, non potendo il suo stretto alveo contenere la gran massa d'acqua defluente dai monti circostanti, straripò inondando la valle omonima e gran parte di Salerno. Gigantesche fiumare con la loro forza distruttiva travolsero ogni cosa. Oltre alla città di Salerno, anche i popolosi centri di Maiori, Minori,Tramonti, Vietri e Cava de' furono Tirreni furono gravemente colpiti dal nubifragio. Si contarono oltre trecento morti molti giorni dopo si recuperarono ancora corpi di vittime spinti dalle correnti marine fin sotto la costa di Capri, addirittura, delle Isole Eolie. Un bilancio davvero terrificante!

L'alluvione non risparmiò la ferrovia la quale risultò interrotta tra Cava de' Tirreni e Vietri sul Mare, tra Salerno e Fratte e, ancora, tra Salerno e Pontecagnano. L'interruzione più grave fu quella fra Cava e Vietri, al km 46: quivi si verificò una vasta frana che obbligò le FS ad adottare misure di emergenza ed a ricorrere, per ristabilire i collegamenti tra nord e sud, alla variante Nocera - Codola - Mercato San Severino - Salerno. Tale variante, fortemente acclive e ad unico binario, era a velocità toppo bassa, inoltre, non essendo essa elettrificata, imponeva il ricorso alla trazione con locomotive a vapore e comportava quindi per ogni convoglio due cambi di macchina con eccessiva perdita di tempo: una variante dunque di scarsa potenzialità che rese indispensabile la limitazione del treni sia passeggeri che merci cosicché il servizio dei treni accelerati per ed dalla Calabria ebbe inizio e termine a Battipaglia.

Le tratte Salerno - Potenza e Salerno - Lagonegro furono temporaneamente servite soltanto da convogli costituiti da automotrici a gasolio.

Il traffico tra Cava de' Tirreni e Salerno fu poi ripristinato, sia pure con circolazione a semplice binario, il 10 novembre successivo e in tale data fu anche ripresa l'effettuazione di alcuni treni temporaneamente sospesi.

Il completamento dei lavori di ripristino avvenne alcuni giorni dopo.

Foto da Clam FERROVIA n. 37 dicembre 1988.

È ACCADUTO 6 MESI FA

AD ATRANI L'ALLUVIONE

Alfredo Falcone

Atrani è un piccolo comune di 924 abitanti, per estensione inferiore in Italia soltanto al Comune Fiera di Primerio. Incastrato in un ameno tratto della costiera amalfitana a soli m 700 di distanza da Amalfi, questo paesino, che fa parte del" Club dei borghi più belli d'Italia" si estende lungo la valle del Dragone, un fiumicello a carattere torrentizio che nasce tra i monti che circondano Ravello e che trae la sua denominazione da una leggenda che voleva fosse abitato da terribile drago che sputava fuoco.

Il centro abitato, che non ha perso nel tempo la sua caratteristica di borgo di pescatori, caratteristica fatta di piazzette, scalinate, archi e lindi vicoletti, è per il turista quanto mai accogliente offrendo anche luoghi di interesse storico, come la casa di Masaniello e come le varie monumentali chiese risalenti all'epoca dell'antica Repubblica marinara di Amalfi. Molto apprezzata poi, nella stagione balneare la graziosa spiaggetta semicircolare dove il limpido fiumicello Dragone, solcando il lido, sfocia in mare.

Proprio questo piccolo corso d'acqua è stato recentemente protagonista di una disastrosa alluvione che è purtroppo costata una vittima umana.

Il 9 settembre 2010, precipitazioni temporalesche fuori del normale, interessarono a lungo gran parte della Costiera. La gran massa d'acqua piovana defluente dal bacino idrografico dei monti Lattari, non potendo essere contenuta nello stretto alveo del fiume straripò incanalandosi, a valle, attraverso la strada principale di Atrani.

La strettezza e la notevole pendenza della via provocarono un notevole aumento del livello e della furia delle acque: così una vorticosa fiumara di fango e di detriti di ogni genere, allagando case e negozi, travolgeva ad incredibile velocità tutto quanto incontrava su suo passaggio e, persino, molte auto, colà parcheggiate, le quali finivano in mare.

L'alluvione fece, purtroppo, una vittima. Una giovane venticinquenne laureata, Francesca Mansi, venne strappata dalla furia della lava dal negozio nel quale lavorava in attesa di un'occupazione più consona al titolo di studio che aveva conseguito. Il suo corpo, ricercato invano nel fango di Atrani, venne invece poi trovato circa un mese più tardi da un sub lungo la costa di Panarea, una delle isole Eolie, laddove l'avevano trascinato le correnti marine.

IL PENSIONAMENTO DEI MEDICI FINO AL 70° ANNO DI ETÀ

di **Antonio Balzano***

E' stata pubblicata sul S.O. n. 243 della G.U. n. 262 del 9.11.2010 la Legge n. 183 del 4.11.2010 "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di organizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro", che contiene nuove norme di riforma della pubblica amministrazione.

Tra esse viene reintrodotta la disposizione dedicata ai medici del S.S.N. sul trattenimento in servizio fino al 70° anno di età.

Infatti, il 1° comma dell'art. 22 modifica l'art. 15 nonies del D.Lgs. 502 del 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 421/1992" prevedendo, per i Dirigenti Medici e del Ruolo sanitario che ne fanno richiesta, la possibilità di essere collocati a riposo anziché al compimento del 65° anno di età al maturare del 40° anno di servizio effettivo e, comunque, non oltre il 70° anno di età, sostituendo l'inciso "fatta salva l'applicazione dell'art. 16 del decreto legislativo 503/1992".

In passato, per i medici dipendenti del s.s.n. l'art. 15 nonies del D.Lgs. 502/1992 con le modifiche apportate dalla riforma del 1999 (c.d. riforma Bindi) fissava l'età di collocamento a riposo al 65° anno di età e prevedeva che su richiesta dell'interessato potesse essere consentita
la permanenza in servizio per altri due anni.

L'opzione per il prolungamento del servizio fino a 67° anno di età era sancita per tutti i dipendenti pubblici dall'art. 16 del decreto legislativo 503/92, il cui testo originario la determinava come una facoltà del dipendente di cui la P.A. doveva prenderne atto senza poter opporre alcuna valutazione in merito.

Con l'art. 72, comma 7, della legge 133 del 6.8.2008 di "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", l'opzione da parte del dipendente veniva subordinata ad un'analisi speculativa della P.A. con la facoltà di accoglimento, da parte di quest'ultima, dopo aver valutato le proprie esigenze organizzative e funzionali, comparativamente alla particolare esperienza professionalmente acquisita dal dipendente in determinati ambiti lavorativi.

Inoltre, lo stesso articolo, al comma 11, prevedeva che il rapporto di lavoro poteva essere risolto al compimento dei 40 anni di contribuzione (servizio effettivo + quello riscattato), concedendo all'azienda un preavviso di sei mesi.

Questa facoltà, di cui le amministrazioni potevano o meno avvalersi in base a criteri omogenei, rispondenti alle proprie esigenze funzionali, veniva ulteriormente modificata nell'anno 2009.

Infatti, ferma restando la disciplina dell'età pensionabile, in base ad un emendamento inserito nella Legge n. 15 del 4.3.2009, art. 6, comma 3, il limite di 40 anni di anzianità contributiva introdotto dalla legge 133/2008 veniva trasformato in 40 anni di anzianità massima di servizio effettivo.

Ma, successivamente, con La legge n. 102 del 3 agosto 2009, art. 17, comma 35 novies, veniva ripristinato il limite dei 40 anni di anzianità contributiva (vedi sopra), tuttavia escludendo dall'applicabilità della norma i dirigenti medici di struttura complessa, equiparati ai professori universitari ed ai magistrati, ai soli fini previdenziali.

Finalmente con il collegato lavoro "2010" è stata modificata, a decorrere dal 24 novembre, esclusivamente la normativa riguardante i dirigenti medici dipendenti dal s.s.n. contenuta nell'art. 15 nonies del decreto 502/1992.

A seguito di tale contrasto tra avvicendamenti normativi, così confusionari, è necessario sintetizzare al lettore l'attuale situazione legislativa:

1) Per i Dirigenti Medici e del Ruolo Sanitario non è più applicabile l'art. 16 del D.Lgs. 503/1992, così come integrato e modificato dalle condizioni previste dall'art. 72 della legge 133/2008, ossia non possono più presentare l'istanza di trattenimento in servizio per un biennio oltre il 65° anno di età, per essi si apre la facoltà di chiedere il mantenimento in servizio fino al
Raggiungimento del 40° anno di effettivo servizio e, comunque, non oltre il 70° anno di età.

2) La richiesta di trattenimento in servizio, per i destinatari del punto 1), non può essere sottoposta a valutazione da parte della P.A., salvo la verifica dei requisiti previsti.

3) la permanenza in servizio non rientra nelle disposizioni normative che prevedono il blocco del "turn over": Legge 78/2010, Decreto Commissario ad Acta regione Campania n. 56 e successive modificazioni.

Dall'analisi dell'evoluzione, o dell'involuzione, legislativa sul trattenimento in servizio fino al 70 ° anno di età è parere dello scrivente che il legislatore ha inteso riconoscere un diritto potestativo nei confronti dei Dirigenti Medici e Sanitari rispetto ai quali viene meno il potere discrezionale della P.A. inerente la concessione del mantenimento fino al 40° anno di servizio utile in presenza dei previsti presupposti.

Il trattenimento in servizio su istanza

LETTERE AL CRAL

Mi chiamo Marianna Farina e il giorno 17 maggio 2009, sono stata portata, in gravissime condizioni, nell'Ospedale S. Maria delle Grazie di Pozzuoli, dopo un terribile incidente automobilistico.
Nei lunghi e dolorosi mesi di ricovero sono stata degente prima nel Reparto di Rianimazione e poi in quello di Neurochirurgia anche perché le mie condizioni, veramente disperate, hanno subito una serie di alti e bassi che hanno più volte fatto temere il peggio.
Ora che finalmente questo incubo è finito voglio ringraziare di cuore tutto il personale dell'Ospedale: il 118, il Sacerdote della cappella e i medici e gli infermieri per la loro competenza, professionalità ed umanità che hanno sempre dimostrato e senza la quale oggi non sarei qui a narrarlo.
Passato il tempo del dolore e della paura è giunto finalmente quello della gioia (oggi sono felicemente sposata), però non dimentico che molta di questa gioia la devo a chi mi ha permesso di goderla in buna salute, con le persone care, quelle stesse che, allora hanno sofferto e sperato con me.
Non posso elencare tutti i nomi che hanno contribuito alla mia attuale felicità perché sono in tanti, perché il sentimento vivo di gratitudine suonerebbe come stemperato in una mera elencazione,e anche perché chissà quanti, di cui non saprò mai il nome, hanno lavorato al mio caso, nell'ombra anonima di un laboratorio o di un ufficio.
A tutti costoro va il mio riconoscimento ed un abbraccio veramente "di tutto cuore".

Marianna Farina

dell'interessato, per quanto suddetto, al maturare del 40° anno di servizio effettivo e comunque non oltre il 70° anno di età anagrafica, stabilito dalla legge 183/2010, è in vigore dal 24 novembre 2010 per tutti i dirigenti interessati compresi i professori universitari e i dirigenti medici ospedalieri responsabili di struttura complessa.
Si rileva che la nuova formulazione dell'articolo 15-nonies del D.Lgs n. 502/1992, nello stabilire il limite massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del s.s.n. al compimento del 65° anno di età ovvero, su istanza dell'interessato al maturare del 40° anno di servizio effettivo, ha eliminato ogni richiamo all'applicazione dell'articolo 16 del D.Lgs. n. 503/1992.
Pertanto, dall'entrata in vigore della legge n. 183/2010, la facoltà di permanere in servizio per un biennio oltre i limiti di età per il collocamento a riposo ai sensi dell'art. 16,succitato, non è più esercitatile da parte dei dirigenti medici e dei sanitari del s.s.n.
Inoltre, a completamento, si rappresenta che, con la nota operativa n. 56 del 22.12.2010, l'Inpdap – Direzione Centrale Previdenza – di Roma ha evidenziato che nella locuzione "servizio effettivo" sia da ricomprendere tutte le attività lavorative effettivamente rese e, in particolare, oltre al servizio prestato, anche i servizi comunque resi per lo stato (quale ad esempio il servizio militare purché già valorizzato ai fini pensionistici), i servizi ricongiungibili ai sensi della legge 523/1954 o 1092/1973, i servizi correlati ad attività lavorativa e ricongiunti ai sensi della legge n. 29/79 o n. 45 /90 ovvero totalizzati ai sensi del Reg. CE 1606/1998 o ai sensi del D.Lgs. n. 42/2006 ed i servizi riscattati (ad es. lavoro prestato all'estero).
Restano esclusi i periodi valorizzati tramite l'istituto del riscatto non riconducibili ad effettive attività lavorative (es. titolo di studio, diploma, laurea).

**** Il dott. Antonio Balzano è Consulente Previdenziale dell'ARPAC.***

ADRIANO SCOPPETTA VINCE IL TORNEO SOCIALE
LA SQUADRA ELIMINATA NELL'INTERAZIENDALE

CONCLUSA LA STAGIONE DEL TENNIS

di **Arco Teofilo**

Dopo diversi rinvii, finalmente si è disputata la finale del torneo sociale 2010, organizzata dal nostro CRAL sul complesso turistico-sportivo "Averno". La partita è stata vinta agevolmente da Adriano Scoppetta che ha avuto la meglio su Antonio Caldora in due sets conquistando così per la terza volta, sulle ultime quattro edizioni disputate, il titolo sociale. Archiviato quindi l'ultimo torneo, già si pensa al prossimo che si disputerà in primavera, e accogliendo il nostro invito già quattro donne hanno assicurato la loro partecipazione al torneo femminile, pertanto in attesa di ulteriori iscrizioni del gentil sesso, invitiamo i signori uomini a prepararsi e a far pervenire fin da adesso un certificato medico per attività non agonistica in Segreteria per la loro iscrizione. Per quanto riguarda il torneo interaziendale a squadre, che si è disputato sui campi dell'Euro Tennis di Pianura, si è fermata ai quarti di finale l'avventura della nostra rappresentativa eliminata al terzo incontro da una tenace formazione dell'Unicredit.

La premiazione del torneo sociale 2010: (da sin.) il vincitore Adriano Scoppetta, l'organizzatore Giuseppe Agrillo ed il secondo classificato Antonio Caldora.

IL FIGLIO DEL COLLEGA SALVATORE
TERZO CLASSIFICATO AI CAMPIONATI ITALIANI

DARIO FESTA PROMESSA DEL TAEKWONDO

Apprendiamo con soddisfazione che agli ultimi campionati nazionali per cinture nere che si sono svolti a Firenze, il giovane Dario, figlio dell'infermiere professionale Salvatore Festa, in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pozzuoli, ha ben figurato conquistando una prestigiosa medaglia di bronzo nella categoria 58 kg.

Il ventenne di Bacoli, atleta della Asd Polisportiva Flegrea del Maestro Geremia Di Costanzo, si è dovuto misurare con avversari di grande spessore tecnico ì, concludendo la sua avventura in semifinale. Un risultato dunque importante, che potrebbe aprire per lui le porte della nazionale che si prepara per il grande appuntamento delle olimpiadi di Londra 2012. A Dario gli auguri di sempre maggiori successi con la speranza di poterli raccontare e festeggiare sulle pagine dei numeri a venire.