

# IL CRALLINO

Organo di informazione del C.R.A.L. Santa Maria delle Grazie - Anno XIV - N. 1 - Marzo 2009

Distribuzione in omaggio ai Soci

Esce quando può



All'interno:

**Dipendenze patologiche: undici utenti in reinserimento lavorativo**

**Feste e premiazioni di fine anno**

**La prevenzione primaria delle malattie cardio-vascolari**

**L'osteoporosi: la ladra silenziosa**

**Centri di infertilità: orizzonti di ricerca**

# 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, Luigi Carandente, Anna De Novellis, Vincenzo Mellone, Nello Nardi, Adriano Scoppetta, Luigi Stefanelli**

Hanno collaborato a questo numero:  
**Domenico Artiaco, Antonio Balzano, Irene Colandrea, Luigi Di Fraia, Gabriella Musella, Alessia Ranieri, Francesca Romagnuolo, Antonio Vitolo.**

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 gita sociale in Trentino: i soci posano, infreddoliti, per una foto ricordo all'ingresso di un pub (foto A. Scoppetta).*

## Cari amici lettori,

*riprendiamo con voi il nostro colloquio interrotto alcuni mesi addietro con la mancata pubblicazione del quarto numero de "Il Crallino". Malgrado tutta la nostra buona volontà non ci è stato infatti possibile pubblicare nel corso dell'anno 2008 i quattro numeri previsti venendo così meno all'impegno assunto di rendere trimestrale "Il Crallino". E' questa un'ammisione dolorosa per chi ormai da tre lustri si adopera per tenere in vita una pubblicazione apprezzata come la nostra e che ben pochi altri CRAL possono vantare ma , al riguardo, non possiamo addossarci colpa alcuna.*

*I lettori lo sanno da anni: "Il Crallino" "esce quando può" come è scritto in testata, ossia esso esce quando, oltre ai soldi per stamparlo, ci sono gli articoli per riempirlo e quest'ultima condizione purtroppo non si verifica sempre.*

*L'argomento non è nuovo: già in passato abbiamo fatto presente che un organo di informazione, quotidiano o periodico che sia, non lo fa, e non deve farlo, da solo il direttore responsabile o il segretario di redazione ma esso deve essere il frutto della cooperazione, con i loro articoli, dei corrispondenti e di collaboratori. Tali articoli devono però pervenire alla Redazione per tempo perché possa essere rispettata la periodicità che, altrimenti, è destinata a saltare. Proprio come avvenuto nel nostro caso in cui parecchi "pezzi" sono arrivati solo in questi ultimi giorni del mese di febbraio. Ovviamente questo non vuole essere un appunto per quanti, come del resto noialtri, impugnano la penna solo per passione spendendo, nel redigere articoli, del tempo prezioso che altrimenti potrebbero impiegare in maniera forse per loro più proficua: noi pertanto siamo sempre grati a questi amici che con la loro collaborazione ci consentono di mantenere in vita la nostra creatura, soltanto li invitiamo ad essere, se possibile, più solleciti a ad inviarci i loro lavori. Solo così, infatti, Il Crallino potrà rimanere un periodico trimestrale. Ed ora a tutti buona lettura!*





# LA VOCE DEL CRAL

a cura di **Adriano Scoppetta**

## ASSICURAZIONE FONDIARIA SAI

E' stata recentemente rinegoziata la Convenzione assicurativa tra il nostro CRAL e l'Agenzia Fondiaria Sai di Pozzuoli. Essa prevede, per i soci e proprio nucleo familiare, sconti del 30% circa sulle tariffe attualmente in vigore di RC auto, incendio e furto e altre garanzie (vedi pubblicità in copertina). Gli sconti saranno applicati solo per i pagamenti annuali in contanti o tramite RID bancario sia per i rinnovi che per le nuove polizze.

Il sig. Fabrizio Mancini (tel. cell. 339.24.73.770) sarà presente in Segreteria CRAL il martedì e il giovedì dalle ore 10 alle ore 11,30 per stipule di contratti e preventivi per i quali bisognerà munirsi di copia dell'attestato di rischio e del libretto auto.

I soci potranno altresì recarsi presso l'Agenzia Generale di Pozzuoli sita in Via Terracciano, palazzo Nuova Domitia (a fianco del Banco di Napoli) tel. 081.526.58.13 - 081.526.59.16.

## AURORA ASSICURAZIONI

In seguito alla recente convenzione stipulata con Aurora Assicurazioni, i soci potranno godere di condizioni e tariffe di particolare favore per la tutela della persona, della famiglia, dell'auto, della casa e programmi personalizzati di integrazione pensionistica e piani di risparmio.

Tante proposte, dedicate esclusivamente ai soci e propri familiari, studiate sulla base di esigenze particolari. Un incaricato, il dott. Giuseppe Simonelli (cell. 338.9499412) è a disposizione dei soci tutti i mercoledì dalle ore 10 alle 12 presso la segreteria del CRAL per informazioni ed eventuali preventivi.

## GITA AL MARE IN GRECIA VILLAGGIO ERMIONI

**PENSIONE COMPLETA + Nave + Bus**

Dal 30 giugno al 9 luglio 2009

Quota di partecipazione:

**Soci € 550 - non Soci € 560**

3° letto (bambini 11anni) soci € 270 non soci € 280

4° letto (bambini 11anni) soci € 390 non soci € 400

3°/4° letto (adulti) soci € 455 non soci € 465

*La quota comprende:*

*7 giorni di pensione completa -Villaggio a gestione italiana direttamente sul mare - Bus al seguito - Nave Superfast con cabine (4 posti) Bari/Patrasso A/R - Tessera club- Escursioni incluse a Epidaurò, Nauplia e all'isola di Hydra con partenza in battello dal villaggio.*

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi al CRAL entro il 30 aprile 2009.

Acconto 100 euro a persona.

## IL CRAL S.MARIA DELLE GRAZIE di POZZUOLI

IN COLLABORAZIONE CON



**A.B.M. TECNOLOGY s.r.l.**

VIA NAPOLI - P.CO P. IZZO  
SAN FELICE A CANCELLO (CE)  
TEL. FAX 0823/801912  
e-mail: [abmtecnology@inwind.it](mailto:abmtecnology@inwind.it)

**ORGANIZZA**

**IL TORNEO AMATORIALE DI TENNIS 2009**

**PRESSO IL**

**COMPLESSO TURISTICO SPORTIVO AVERNO**

**LE ISCRIZIONI SONO RISERVATE**

**A TUTTI I DIPENDENTI DELLA ASL NAPOLI 2.**

Gli interessati sono pregati di comunicare la loro adesione in Segreteria CRAL presentando un certificato medico per l'idoneità sportiva (rilasciato dal medico curante) entro e non oltre il 31 marzo 2009.

NEI COMUNI DELL'AMBITO SOCIOSANITARIO NAPOLI 1 E NAPOLI 2

# DIPENDENZE PATOLOGICHE: UNDICI UTENTI IN REINSERIMENTO LAVORATIVO

di **Gabriella Musella\***

**S**i è conclusa l'attività dei progetti per il reinserimento lavorativo ALBA e VERSO L'INTEGRAZIONE. I progetti, finanziati dalla Regione Campania nell'ambito del Bando ex Legge 309 Lotta alla droga - Piano di Zona terza annualità, hanno promosso, organizzato e realizzato attivamente la formazione ed il reinserimento lavorativo di undici ex tossicodipendenti, residenti nei comuni di Giugliano, Marano, Mugnano, Villaricca, Melito, Calvizzano, Qualiano, in carico a comunità terapeutiche o ai servizi per le tossicodipendenze. Gli utenti, risultati idonei con una graduatoria di accesso, hanno svolto un corso di formazione ed orientamento. La ricerca attiva del lavoro realizzata dagli enti del terzo settore coinvolti nel progetto, tra cui le cooperative Novella Aurora e Dedalus, ha permesso il contatto con ditte e realtà produttive anche fuori ambito socio-sanitario, e quindi la collocazione degli undici ragazzi, titolari di borse lavoro per alcuni mesi.

L'inserimento lavorativo è realizzato e favorito anche tramite azioni di tutoraggio aziendale e personale, ed una presa in carico integrata da parte

del Sert e della Comunità terapeutica "La Scheggia".

Due utenti, a fine percorso comunitario e a conclusione del programma Sert, sono stati inseriti in qualità di operai presso una tipografia del territorio e come collaboratori alla redazione di un giornale locale (Abbì Abbè); altri otto in qualità di operai, aiuto cuoco, barman, presso complessi turistici e ristoratori del territorio (Parco degli Uccelli, Complesso Di Francia, Villa delle Ninfee), uno presso una agenzia turistica napoletana (Pelagus) uno presso la Cooperativa Campo degli Osci, che gestisce la pista di atletica del Comune di Giugliano. Per ogni inserimento è stato svolto un lavoro di valutazione integrata psico-sociale e medico-farmacologia; sono stati creati due gruppi di lavoro e formazione (gruppo A e B) il più possibile omogenei rispetto a parametri quali, il livello di evoluzione dello stile di vita dell'utente, l'entità della presa in carico presso il Sert o la comunità, la distanza dalle abitudini di consumo e abuso. La formazione di gruppo realizzata è stata orientata ad attività di socializzazione, motivazione ed orientamento e bilancio delle



Il parco degli uccelli.

risorse individuali; sono inoltre state fornite nozioni di legislazione e mercato del lavoro, costruzione di una impresa individuale, alfabetizzazione informatica. La didattica è stata comunque sempre commisurata al livello delle risorse presenti nel gruppo; la tipologia e la durata degli inserimenti lavorativi realizzati sono risultati la migliore mediazione possibile tra le opportunità offerte dal mercato e le attitudini e le condizioni degli utenti.

Il buon esito della attività progettuale è stato ottenuto attraverso il forte livello di integrazione tra ASL, Comuni, Terzo Settore ed Enti ausiliari. Attraverso un costante e proficuo confronto di competenze e risorse, non privo di criticità, è stato possibile realizzare un circuito "virtuoso" tra enti, istituzioni, mondo del lavoro, che hanno messo in atto i giusti collegamenti. I ragazzi sono entrati in un circuito integrato che partendo dal Sert e passando talvolta per la comunità li ha collocati nella società come risorse attive. Prosegue per alcuni di essi il processo di reinserimento lavorativo autonomo.

*\*La dott.ssa Gabriella Musella è Referente Area integrazione socio-sanitaria del DDP.*



Il complesso alberghiero "Di Francia".

# L'OSTEOPOROSI: LA LADRA SILENZIOSA

di Francesca Romagnuolo\*

**L'**Osteoporosi, una patologia che, come una ladra silenziosa, progressivamente ed in modo subdolo riduce la massa ossea e rende il nostro scheletro fragile e poroso.

Quando si parla di osteoporosi, si pensa sempre che questo problema riguardi unicamente le persone dopo i cinquanta anni! Nulla di più errato: il problema riguarda sempre di più persone di tutte le età!

Fratture alle vertebre, all'anca, al femore, al polso, queste le principali conseguenze di una patologia che non balza agli onori della cronaca ma che colpisce milioni di persone.

Normalmente durante tutta la vita si verifica un continuo rimodellamento osseo, infatti ogni 5 – 6 anni lo scheletro viene completamente demolito e ricostruito. Fino a circa quarant'anni l'osso nuovo sostituisce completamente l'osso distrutto, ma dopo i quarant'anni l'osso nuovo non riesce a sostituire completamente l'osso distrutto, di conseguenza, con il passare degli anni, si va incontro ad una lenta ed inevitabile perdita di osso. Nelle donne questo meccanismo è modulato anche dagli ormoni sessuali; nei primi anni dopo la menopausa per la carenza di estrogeni la perdita di osso avviene in maniera



Il Direttore Generale dott. Raffaele Ateniese (a des.) tra Componenti del Comitato Pari Opportunità dell'ASL NA 2 e quelli dell'Azienda Tranviaria Metropolitana di Napoli durante i lavori del convegno (foto F. Amato).

molto più rapida esponendo la donna ad un precoce rischio di frattura. Per questo l'osteoporosi è considerata una malattia femminile legata al periodo della menopausa, ma anche gli uomini devono fare i conti con questa patologia. Oggi si stima che un uomo su cinque subisca una frattura dopo i cinquant'anni. Sono a rischio di osteoporosi tutti coloro che non hanno raggiunto un adeguato "picco di massa ossea" intorno ai 30 anni, coloro che possiedo-

no un patrimonio osseo ridotto, in quanto non sono stati attenti a realizzare un corretto stile di vita (abuso di alcool, fumo, scarsa esposizione al sole, scarsa attività fisica) ed una dieta alimentare sana (scarsa assunzione di calcio, uso eccessivo di sale e di proteine). Ma sono prevalentemente a rischio tutte le donne in menopausa specie se la menopausa è stata precoce, se il ciclo mestruale è comparso tardivamente, e se hanno sofferto di lunghi periodi di amenorrea. Sono inoltre fattori di rischio una storia familiare di osteoporosi, una struttura corporea esile, l'assunzione cronica in particolare di alcuni tipi di farmaci, come (cortisone, antiepilettici, anticoagulanti, ormoni tiroidei, diuretici, lassativi, ecc), una lunga immobilizzazione, e malattie come le endocrinopatie, la celiachia, il malassorbimento, le patologie renali, il mieloma, l'artrite reumatoide, le connettiviti sistemiche, i trapianti d'organi, le distrofie muscolari, ecc.

Questi dati dimostrano da soli quanto sia grande il problema in discussione ma il dato interessante e anche confortante è che l'osteoporosi, in un gran numero di casi, si può prevenire con interventi relativamente semplici e



Tavola rotonda su "Diagnosi e terapia" (da sin.) i dott. ri Antonio Vitale, Antonio Bove, Francesca Fiorillo, Marcello Ricci (foto F. Amato).

poco costosi di prevenzione primaria da realizzarsi durante tutta la vita e non solo dopo i 45 o 50 anni, come comunemente si crede.

Questi gli argomenti della giornata d'informazione e prevenzione rivolta a tutti i dipendenti della ASL NA 2 svoltasi il 21 gennaio scorso e riassunti nell'opuscolo pubblicato e distribuito ai partecipanti del convegno. L'obiettivo della giornata, organizzata dal Comitato Pari Opportunità in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL NA 2, è stato quello di informare e sensibilizzare alla prevenzione i dipendenti della ASL nei riguardi dell'osteoporosi, in quanto si ritiene che primi fra tutti gli operatori sanitari debbano avere chiari i principi per una corretta prevenzione e promozione della salute. Inserito nell'ambito delle azioni realizzate da questa Azienda per promuovere la piena ed uniforme applicazione delle vigenti norme in materia di pari opportunità, il convegno rappresenta il primo passo di un progetto più ampio sul tema dell'osteoporosi inserito nelle attività programmate dal Piano triennale di Azioni Positive e che si realizzerà nel corso di tutto l'anno 2009.

Tra gli appuntamenti più attesi della giornata, gli interventi del Direttore Generale ASL NA 2 Raffaele Ateniese, dell'Assessore Provinciale alle Pari Opportunità Angela Cortese e della Consigliera Provinciale di Parità Luisa Festa che hanno illustrato la visione di chi vuole contribuire/è tenuto a produrre azioni positive per garantire reali



La tavola rotonda sulla medicina integrativa: il maestro Jia Jingquan (da des.) tra i dott.ri Antonino Parlato, Antonio Rossi, Rosanna Di Lauro (foto F.Amato).

condizioni di pari opportunità ed a sviluppare meccanismi di rete tra i vari soggetti interessati. Il programma ha previsto una lezione magistrale di Giovanni Iolascon (Dipartimento Scienze Ortopediche Traumatologiche Riabilitative e Plasticricostruttive dell'Università Federico II) ed una prima tavola rotonda sulle "Diagnosi e terapia". La seconda tavola rotonda è stata dedicata alla "Medicina integrativa", la terza tavola rotonda poneva il quesito: "Prevenzione, quando?" Nel corso della mattinata è stata effettuata una dimostrazione pratica di ginnastica orientale per la prevenzione della patologia del maestro Jia Jingquan. Elevato è stato l'interesse in sala per i contributi sulle tecniche di agopuntura e sull'u-

tilizzo dei rimedi fitoterapici come approccio alla patologia.

Sperimentando una forte capacità di flessibilità sono state messe a confronto due diverse dialettiche, quella orientale/integrativa e quella occidentale. Medicina tradizionale cinese e medicina occidentale a confronto. Distinte chiavi di lettura di uno stesso problema, logiche forse diverse ma non conflittuali.

Un convegno a tante voci quindi, in cui si è parlato di osteoporosi sotto i vari punti di vista, con pareri magari anche diversi intorno all'argomento. Dal confronto dei tanti scenari proviamo a riconoscere un filo conduttore: la volontà del Comitato organizzatore di fornire strumenti utili per affrontare il vivere quotidiano e per sviluppare percorsi capaci di produrre risposte adeguate. L'invito a tutti i dipendenti ed alle istituzioni è di adoperarsi per continuare una proficua collaborazione per lo sviluppo di ulteriori iniziative in cui ci si ritrovi reciproci interlocutori, l'impegno del Comitato Pari Opportunità è di avere come progetto sempre aperto quello di essere "in dialogo" con tutti i dipendenti dell'Azienda, un dialogo misurato sui valori delle persone, e di continuare ad esplorare domande ed a ricercare le differenze in un orizzonte propositivo.

*\*La dott.ssa Francesca Romagnuolo è Segretaria dcel Comitato Pari Opportunità dell'ASL Napoli 2.*



Numerosi i partecipanti alla giornata di informazione e prevenzione dell'Osteoporosi (foto F. Amato).

L'IMPEGNO DELL'AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA  
E IPERTENSIONE ARTERIOSA DEL DISTRETTO 54

# LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIO-VASCOLARI

di Domenico Artiaco\*

**L**e malattie cardio e cerebrovascolari sono, nel nostro paese, la causa più importante di mortalità, morbosità ed invalidità, nonostante siano, fra le patologie cronic-degenerative, quelle su cui sono disponibili interventi di prevenzione primaria... Non c'è più giustificazione per rimandare: oggi il problema cardiovascolare lo conosciamo.

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbilità e morbidità. Nell'anno 2004 le malattie cardiovascolari rappresentavano la prima causa di morte nella Regione Campania, con tassi di mortalità standardizzata superiore ai valori medi delle altre regioni italiane.

Va sottolineato ancora come le malattie cardiovascolari colpiscano sempre più spesso al di sotto dei 65 anni di età. Infatti in Italia ogni anno vi sono 60.000 casi di infarto miocardico e 65.000 ictus cerebrali che colpiscono soggetti in età giovanile. A fronte dei dati sopraccitati, l'individuazione di condizioni definite fattori di rischio, statisticamente associate alle malattie cardiovascolari, molte delle quali trattabili attraverso modificazioni dello stile di vita e/o attraverso terapia farmacologica, fa sì che sia indispensabile un piano preventivo che possibilmente ruoti attorno al calcolo del rischio cardiovascolare globale, definito come la probabilità di evento cardiovascolare nei successivi dieci anni.

La risposta decisiva per ridurre significativamente i decessi e gli eventi è la prevenzione, la quale rappresenta anche una seria risposta di sanità pubblica al carico di malattia sempre crescente e sempre più dispendioso per il Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare Regionale.



L'ambulatorio del Centro Ipertensione e Cardiologia del Dis.54 (da sin.) Il dott. D.Artiaco, il Coordinatore L.Stefanelli e l'inf.prof.Enrico Russo (foto A.De Luca).

Ogni piano di prevenzione trova due livelli di sviluppo: quello individuale e quello di comunità. In entrambi i casi il progetto preventivo vede al centro il cittadino nel suo contesto comunitario, protagonista attivo della promozione della sua salute. Egli deve essere spinto ad essere parte della prevenzione, il cui successo non può fare a meno della sua adesione convinta ad un programma che non di rado si traduce per lui nella rinuncia a cose che, per altri versi, hanno una valenza positiva. Senza il suo assenso, ma soprattutto il suo impegno, non è possibile prevenire nè curare le malattie cardiovascolari.

La prevenzione di comunità è complessa ed articolata perché richiede l'alleanza tra molti attori, istituzioni, personale sanitario, volontariato e privati, per promuovere stili di vita sani in adulti al fine di ridurre i livelli medi dei fattori di rischio e, in definitiva, ottenere molti più individui a basso rischio rispetto a quello intermedio ed alto.

Per far questo è indispensabile:

- informare e sensibilizzare la popolazione

sulle dimensioni epidemiche delle malattie cardiovascolari e sulla necessità che tutti adottino stili di vita "salva cuore" (alimentazione sana, attività fisica regolare, controllo del peso corporeo, dismissione dal fumo) e che conoscano i valori ottimali dei fattori di rischio modificabili;

- attivare organiche azioni di comunità finalizzate a promuovere lo stile di vita salva cuore, strutturati sul ruolo attivo dell'individuo.

La prevenzione primaria individuale riguarda in particolare soggetti ad alto rischio ed è di pertinenza medica: per essere efficace richiede una grande sinergia tra medici di medicina generale, che hanno il compito di valutare e trattare il rischio cardiovascolare, e gli specialisti, in particolare i cardiologi, che, agendo da consulenti dei MMG, concorrono, grazie anche alle metodiche strumentali indicate nelle linee guida, a stilare un piano di prevenzione personalizzato per i soggetti ad alto rischio.

Per fare questo è indispensabile:

- introdurre nella buona prassi clinica di

MMG e di specialisti attività di “counselling” motivazionale per favorire cambiamenti nei comportamenti nocivi per la salute;

- valutare sistematicamente il rischio cardiovascolare globale per ciascun individuo;
- individuare così precocemente i soggetti ad elevato rischio cardiovascolare, attraverso un sistema integrato basato su percorsi di valutazione e di trattamento cogestiti da MMG e specialisti.

Tra i fattori di rischio modificabili, certamente l'ipertensione arteriosa (intesa come condizione in cui i valori di pressione arteriosa siano superiori a 140 e/o 90 mmHg) assume un peso notevole nel determinismo delle malattie cardiovascolari, soprattutto per la sua prevalenza sempre maggiore nei paesi industrializzati (ne è affetto circa il 20% della popolazione adulta). A questo peso concorre, purtroppo, la bassa percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi pressori nonostante una terapia farmacologica attuata.

In una recente revisione di studi italiani sul livello di controllo pressorio nel nostro paese, sia negli ambulatori dei medici di medicina generale che in Centri specialistici dedicati alla ipertensione (ospedalieri e territoriali), comprendente circa 52.000 pazienti ipertesi, emerge che mediamente il 27,5% di pazienti ipertesi non viene sottoposto a trattamento farmacologico, che nella popolazione trattata solo il 22% raggiunge obiettivi pressori accettabili (PA<140/90 mmHg), che il 39% presenta valori pressori catalogabili in grado 1 ed il 32,6% addirittura in grado 2-3. Ragion per cui possiamo dire che il con-

trollo della pressione arteriosa in Italia è ben lontano dall'essere raggiunto. Tutto ciò a fronte di una spesa sanitaria per farmaci anti ipertensivi che cresce continuamente. Questo drammatico contro-senso trova radici in varie motivazioni, alcune riguardanti il medico (scarsa conoscenza delle linee guida) ed altre il paziente (la compliance al trattamento, la capacità di “superare” gli effetti collaterali della terapia antiipertensiva), motivazioni che sempre di più dovrebbero spingere la categoria medica a “spendere” tempo nel rapporto con il paziente per coinvolgerlo sempre di più nel trattamento antiipertensivo.

Il primo step di tutte le metodologie che tendono a migliorare il controllo dei valori pressori non possono prescindere dal passaggio di “nozioni” dal medico (inteso come sistema sanitario) al paziente circa la malattia, le modificazioni dello stile di vita, i rischi che si corrono nel non curarla, le modalità di automisurazione della pressione arteriosa, etc.

Proprio l'introduzione dell'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa da parte dei pazienti ipertesi rappresenta uno strumento non solo di maggiore accuratezza nel valutare il controllo farmacologico dei valori di pressione arteriosa, ma anche quello di un coinvolgimento attivo del paziente nell'iter preventivo, favorendone una maggiore compliance alla terapia ed autocoscienza del rischio cardiovascolare. Questo profilo pressorio al di fuori dell'ambulatorio medico è complementare alle misurazioni convenzionali, e rappresenta un ulteriore strumento per il medico sia per una migliore valutazione degli effetti della

terapia antiipertensiva, sia per il coinvolgimento del paziente, il quale naturalmente deve essere educato a questa pratica, anche con progetti specifici di nursing.

Un altro e non meno importante punto dolente di tutta la prevenzione cardiovascolare e del trattamento dell'ipertensione arteriosa in particolare, è rappresentato dalla difficoltà del paziente a mettere in atto modificazioni dello stile di vita cosiddette salva cuore. Sono quegli interventi non farmacologici, che sappiamo essere importanti sia nel prevenire o ritardare l'insorgenza di ipertensione arteriosa, sia nel trattamento stesso del paziente iperteso, dovendo sempre e comunque accompagnare l'intervento farmacologico, per non renderlo vano od almeno scarsamente efficace.

L'induzione a mettere in atto tali modificazioni abbisognano di “strategie che richiedono grande professionalità da parte degli operatori sanitari e la massima concordanza tra operatori sanitari e soggetti/pazienti”.

Queste strategie devono essere dirette fondamentalmente alla cessazione del fumo di sigaretta, alla correzione di abitudini alimentari scorrette, all'incremento dell'attività fisica, alla stabilizzazione del tono dell'umore, oltre che all'aderenza alle prescrizioni terapeutiche. Presso il poliambulatorio del DS54 in Pozzuoli, da circa dieci anni opera, con questi intenti, un ambulatorio di Cardiologia-Ipertenensione arteriosa, condotto dapprima dal nostro caro collega dott. Gennaro Campana, e successivamente dal sottoscritto, grazie all'impegno del personale paramedico (in questo periodo l'infermiere professionale Enrico Russo ed il coordinatore del personale paramedico sig. Luigi Stefanelli), ed alla disponibilità del responsabile della assistenza sanitaria di base dott. Antonio Capuano e del nostro direttore sanitario dott. Camillo Daniele.

Seguiamo circa 2500 pazienti affetti da ipertensione arteriosa, di cui circa un terzo già in prevenzione secondaria, in collaborazione con specialisti di altre branche del nostro distretto (vedi chirurgia vascolare, endocrinologia, etc), ed una parte importante del nostro intervento è rivolto proprio alla educazione sanitaria dei pazienti.

*\* Il dott. Domenico Artiano Cardiologo è Dirigente Medico I livello ASL NA2.*



L'accesso al Distretto 54 dell' ASL Napoli 2 (foto L. Stefanelli).



# GITA SOC VAL SENALES





# CIALE IN (TRENTINO)



IL FAMILIARE CHE SI FA CARICO DELL'ASSISTENZA  
DEL CONGIUNTO AMMALATO

**IL CAREGIVER:  
INSOSTITUIBILE E SFRUTTATO**

di Luigi Di Fraia\*

Tra i tanti inglesismi introdotti nella nostra lingua, quello del "caregiver" si sta facendo strada nel campo dell'assistenza agli anziani e ai disabili in genere. Con questo termine la letteratura anglosassone definisce "colui che presta le cure" e definisce comunemente il familiare che si fa carico dell'assistenza del congiunto ammalato. Ma, occorre dirlo subito, donargli un nome inglese non allevia minimamente il suo fardello che, come vedremo, è molto pesante.

Vediamo intanto alcuni connotati di questa figura: oggi in Italia, stando ai dati dei rapporti annuali dell'Istat, i caregiver sono più di 13 milioni, in maggioranza donne sopra la cinquantina, in veste di moglie o di figlia/nuora. Sono loro che si sacrificano per sopperire all'assenza, o perlomeno all'incapacità, dell'ente pubblico di provvedere ai bisogni di un così grande numero di individui: se per un qualche motivo sparissero d'incanto, i servizi di assistenza pubblica non saprebbero certo come sostituirle.

Nonostante questo importante ruolo, sono lasciate a loro stesse; sono cioè obbligate a far da sé, a prendere congedi straordinari, a scambiare turni sul lavoro, a trascurare il resto della famiglia, il tutto gratuitamente (nel 90% dei casi) ed anzi in parte a proprie spese. Infatti, quasi un quarto delle donne-caregiver hanno un lavoro cui

aggiungono, nell'ambito della famiglia da accudire, pure la cura del malato disabile.

Anche se la famiglia continua a rimanere l'ambito forte di erogazione di cura e di assistenza, riesce, però, abbastanza difficile pensare che i problemi possano ridimensionarsi o anche risolversi solamente facendo ricorso all'"amore per i genitori" o alla disponibilità della donna. Vanno ancora considerate tutte le trasformazioni cui la stessa famiglia è andata soggetta negli ultimi decenni; al di là delle semplicistiche affermazioni sul degrado di alcuni valori di solidarietà familiare, sono reali i cambiamenti demografici e familiari che causano una minore disponibilità di cure e di assistenza. Tra questi ricordiamo la minore natalità, con la relativa diminuzione del numero del nucleo familiare, che vede un aumento di persone sole, e l'instaurarsi di relazioni complesse ove si verificano divorzi, nuove nozze, unioni e convivenze.

D'altra parte, si deve rimarcare che la solidarietà familiare non deve tradursi necessariamente in una "trappola sacrificale", come purtroppo avviene laddove non si crei intorno una rete sociale, ancorché medica, di sostegno. La cura e l'assistenza a lungo termine sono fonte di stress e richiedono adattamenti in tutte le sfere della vita familiare e nel comportamento individuale.

Il peso psicologico può manifestarsi in senso di impotenza, paura, colpa, frustrazione, aggressività; numerose ricerche hanno dimostrato che la tensione emotiva e la fatica fisica che il lavoro di cura e di assistenza di un vecchio o un disabile comportano possono indurre deterioramento del benessere di colui che sostiene il peso dell'assistenza e della sua famiglia.

Per mettere in risalto il grado di coinvolgimento e di stress cui è sottoposto il familiare che presta le cure, questo è stato giustamente definito la "seconda vittima" della patologia del congiunto: è stato documentato che circa un terzo dei figli che erogano questo servizio ai propri genitori anziani sono interessati da problemi legati alla propria salute e accusano insonnia.

Per questo motivo, oggi si parla di una vera e propria malattia del caregiver e si mettono in campo supporti psicologici ed organizzativi per aiutare queste persone a sostenere il loro ruolo senza ammalarsi a loro volta. Si può, quindi, comprendere come la possibilità di potersi riappropriare di spazi e tempi per partecipare ad attività sociali o ricreative sia un aiuto fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio fisico e mentale dei caregiver.

Spetta, quindi, alla società porsi il problema della redistribuzione del carico assistenziale all'interno della collettività, con centri di accoglienza diurni per il disabile, assistenza materiale e opere di volontariato per affiancare e alleviare le fatiche di queste persone generose. Esse, infatti, non hanno certo risorse economiche, fisiche e psicologiche inesauribili, per cui è fondamentale, giusto e non più procrastinabile mettere in atto iniziative per "sostenere chi sostiene".

*\*Il dott. Luigi Di Fraia è responsabile U. O. di Geriatria P. O. di Pozzuoli.*

<i>Problematiche che investono il caregiver (dati Censis)</i>	
Impatto sulla vita sociale e privata	60%
Vissuto di rinuncia	58%
Senso di svuotamento emotivo	39%
Prende farmaci	72%
Sonno insufficiente	52%
Stanchezza	62%
Minor accordo in famiglia	42%

## SUCCESSO DELLE NUMEROSE INIZIATIVE DEL NOSTRO CRAL FESTE E PREMIAZIONI DI FINE ANNO

di Adriano Scoppetta

La prima sorpresa che ha riscosso un notevole successo i soci l'hanno trovata nella strenna natalizia della "Perugina", infatti oltre ai tradizionali prodotti dolci e salati, conteneva un'originale "caffettiera dei baci" con caldaia in alluminio e tazza asportabile in ceramica che completava la serie distribuita nelle precedenti strenne.

Il 19 dicembre, poi, festa sociale presso il cinema "Sofia" di Pozzuoli con la proiezioni in prima nazionale del film "Natale a Rio", consegna di targhe-ricordo ai soci collocati a riposo nel 2008, premiazione di tutti i partecipanti alle borse di studio (infatti quest'anno, eccezionalmente, sono stati premiati proprio tutti i concorrenti) con allestimento di un gazebo all'esterno del cinema, in attesa delle proiezione dei films, con piano bar e distribuzione gratuita di pop corn, bibite e zucchero filato. Successivamente domenica 28 "giornata CRAL" a Licola presso l'American Circus, dove oltre 350 soci hanno potuto assistere con soli 3 euro pro capite ad uno dei spettacoli circensi più belli.

Le cerimonie terminavano il 6 gennaio con la tradizionale festa della Befana nel Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Pozzuoli: il mago italo-americano Don Rodrigo stupiva con i suoi giochi di prestigio bambini e genitori e la Befana, interpretata ancora una volta dalla signora Maria Quarta, distribuiva splendidi doni a tutti i piccoli ricoverati secondo il sesso e l'età facendo così sentire loro minore il disagio del ricovero proprio nella festa più bella.

Il sorteggio dei doni offerti dalle ditte convenzionate, che premiava dieci fortunati, concludeva le numerose iniziative del CRAL che alla fine riscuotevano il gradimento della maggior parte dei soci.



# CENTRI DI INFERTILITÀ: ORIZZONTI DI RICERCA

di Alessia Ranieri\* e Irene Colandrea\*

Il Centro Sterilità dell'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli, precorrendo quelle che sono diventate le linee guida della legge 40 in tema di procreazione assistita, ha previsto sin dal suo nascere la presenza della figura di uno psicologo all'interno dell'èquipe, per poter accogliere ed accompagnare le coppie in un percorso emotivamente doloroso e che non sempre raggiunge i risultati sperati. Dall'esperienza maturata sono nate due importanti iniziative:

- l'organizzazione del Convegno **"La Procreazione tra fantasma e desiderio"** (che ha visto la presenza della dott.ssa Anna Maria Romeo e della dott.ssa Marisa D'Arrigo nel comitato scientifico ed organizzativo);
- la pubblicazione del libro **"Se i bambini non arrivano. L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico"** di Marisa D'Arrigo.

## La procreazione tra Fantasma e Desideri.

Da giovedì 29 a sabato 31 gennaio 2009 si è svolto a Napoli, nell'antisaia dei Baroni del Maschio Angioino, il convegno "La procreazione tra fantasma e desiderio", organizzato dalla sezione napoletana dell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica (A.I.P.A.).

Al convegno hanno partecipato studiosi venuti da più parti d'Italia e anche dall'estero. Il convegno muove dalla riflessione su un tema che nella sua attualità rivela nuovi percorsi di quella sofferenza antica che nasce quando la procreazione trova il suo limite - e la sua negazione - nell'impossibilità biologica. La sterilità di coppia in Italia raggiunge oramai cifre da brivido: oltre una coppia su cinque non è in grado di assicurarsi una discendenza, una percentuale che tende ad aumentare di

anno in anno. Con queste premesse, già oggi ben 300 strutture italiane praticano la fecondazione assistita: si stima che tra le 50.000 e le 70.000 coppie si rivolgano a questi centri, e che oltre 100.000 siano i pre-embrioni custoditi nei criocongelatori.

La sterilità si impone, dunque, come un tema di pressante attualità sia per l'incremento statistico del problema, sia per le prospettive che schiude verso orizzonti nuovi e totalmente inesplorati della condizione umana.

Le ricerche maturate negli ultimi anni hanno enormemente ampliato le conoscenze biologiche dei meccanismi della fecondazione. Le possibilità tecniche che ne sono derivate vanno però viste come un atto volontario, allo stesso titolo dell'unione sessuale, con la differenza che la fecondazione assistita richiede in chi ne fa uso educazione e informazione, che ne mettano in luce meccanismi biologici e conseguenze per l'individuo e la società. Ed educazione e informazione sono indispensabili per la formulazione di un consenso informato, necessario ogni volta che si affronta un atto medico. Inoltre la consapevolezza dell'esistenza di molteplici configurazioni familiari e culture familiari plurali comincia ad assumere una valenza culturale importante.

La fecondazione assistita si inserisce in questi mutamenti e probabilmente ne accentua alcuni. Se la ricerca empirica e la clinica sono dunque istanze e scenari motivazionali fondamentali, il tema è talmente complesso che non può ridursi al solo sguardo della biologia, della medicina e della psicologia, ma rimanda necessariamente a questioni e articolazioni peculiari con cui devono misurarsi approcci e linguaggi diversi. In particolare, il convegno si è proposto sia di riflettere sul senso e sulle ricadute psicologiche ed esistenziali derivanti dalla condizione

di sterilità e dall'intervento delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), sia di mettere a confronto la cultura psicoanalitica con le altre culture (medicina, antropologia, bioetica, filosofia, giurisprudenza, sociologia) che trasversalmente sono interessate. In tal senso insiste la stringente metafora di una complessità inesausta: l'integrazione e il dialogo tra contesti di conoscenza e di analisi differenti fonda, anzi potremmo dire "feconda", ventriscenari di riflessione e d'azione che irradiano a molteplici livelli della scienza e della conoscenza. Questa la sfida che il convegno ha accolto e rilanciato.

**Se i bambini non arrivano.** *L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico* di Marisa D'Arrigo. Liguori, Napoli 2008.

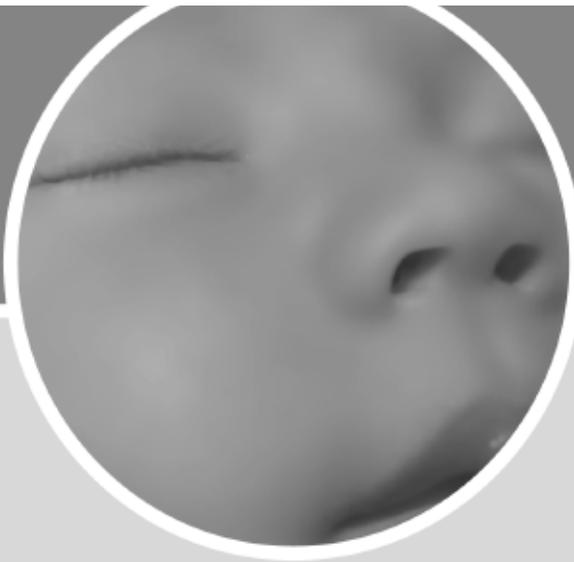
Il libro "Se i bambini non arrivano". *L'esperienza della sterilità: il percorso e l'accompagnamento psicologico* di Marisa D'Arrigo con un linguaggio sempre chiaro, articolato e sapiente dà un importante contributo alla comprensione di quelle dinamiche psichico-relazionali che sono alla base del desiderio di un figlio e che troppo spesso sono respinte sullo sfondo.

L'esperienza della sterilità, i vissuti ad essa sottesi vengono affrontati con delicatezza ed ironia, e con l'ausilio di espressioni colte, sempre divertenti e divertite.

Evocando già dal titolo la dimensione dell'attesa, l'autrice descrive il percorso e l'accompagnamento psicologico quale luogo e spazio del pensiero, dell'incontro e dello scambio.

Prendendo per mano il lettore lo spinge incuriosito lungo un cammino che ha inizio con i primi dubbi sulle capacità procreative della coppia, per snodarsi nel vortice di incer-

Marisa D'Arrigo



## Se i bambini non arrivano

L'esperienza della sterilità:  
il percorso e l'accompagnamento psicologico

LIGUORI EDITORE

tezze che accompagna la formulazione della diagnosi e l'intervento terapeutico.

I sentimenti incomprensibili e spesso contrastanti assumono senso e significato nel racconto delle storie di tante coppie. Storie in cui è facile identificarsi perché narrazioni di emozioni e comportamenti che appartengono atavicamente all'animo umano e che l'esperienza della sterilità fa emergere in primo piano. Nel testo vengono anche formulate alcune ipotesi di significato su quelle forme di sterilità alle quali la medicina non riesce ad attribuire una causa.

Esse non sono connesse a problemi

organici e, pur trovando espressione nella sterilità del corpo, non possono essere risolte solo affrontando il sintomo fisico.

Il rischio è che la moderna "medicina del desiderio" possa portare a procreare, evitando di confrontarsi con le problematiche psicologiche pre-esistenti che, riamaste inelaborate, potrebbero poi ostacolare l'effettivo instaurarsi del legame di filiazione dopo la nascita del bambino.

È per queste ragioni che le problematiche legate all'ipofertilità ed alla sterilità necessitano della messa in campo di dispositivi che prevedano la doppia presa in carico ginecologica e psicologica.

Due appendici finali, a firma della responsabile del centro Dr.ssa Anna Maria Romeo e dell'embriologo Prof. Riccardo Talevi, forniscono tutte le informazioni, sul piano medico e biologico, necessarie per orientarsi in un universo così complesso. Questi solo alcuni degli spunti di riflessioni che la lettura di "Se i bambini non arrivano" è capace di stimolare. Un libro da leggere.

*\*Alessia Ranieri è Volontaria Psicologa Psicoterapeuta UOMI Dist. 55 ASL Na2.*

*\*Irene Colandrea è Tirocinante psicologa UOMI Distr. 55 ASL NA2.*

# L'INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE

di Antonio Balzano\*

**A**l personale con incarico a tempo determinato che resta disoccupato al termine del periodo di servizio prestato con contratto a termine spetta, a domanda, l'indennità di disoccupazione che viene corrisposta dall'I.N.P.S..

I requisiti che gli interessati devono possedere sono definiti "Ordinari" o "Ridotti".

Ai fini della fruizione del diritto all'indennità di disoccupazione con i "**Requisiti ordinari**", gli interessati debbono possedere:

a) almeno due anni di assicurazione per la disoccupazione involontaria antecedenti la data di cessazione del rapporto di lavoro;

b) una contribuzione di almeno 52 settimane nel biennio antecedente la data di cessazione dell'incarico.

Ai fini della fruizione dell'indennità di disoccupazione con i "**Requisiti ridotti**", gli interessati debbono possedere:

a) almeno una settimana contributiva versata all'Inps prima degli ultimi due anni;

b) almeno 78 giornate lavorative, anche in settori diversi, nel periodo gennaio- dicembre dell'anno precedente la presentazione della domanda. Sono comprese anche le festività e le giornate di assenza indennizzate come malattia, maternità, ecc..

Si evidenzia che in entrambi i casi, per il disposto dell'art. 34, comma 5, della Legge n. 448 del 23.12.1998, il diritto dovrà essere esercitato purché il rapporto di lavoro non cessi per recesso volontario.

L'obbligo assicurativo all'iscrizione al fondo I.N.P.S. per la disoccupazione (cod. Inps "Ds") dei lavoratori involontariamente disoccupati discende dalla Legge 29 aprile 1949, n. 264 (G.U. n. 125 del 1 giugno 1949) avente ad oggetto "Provvedimenti in materia di avviamento al lavoro e di assistenza dei lavoratori involontariamente disoccupati".

La citata legge, all'articolo 32, lettera b), ha esteso l'obbligo contro la dis-

occupazione "**agli impiegati, anche delle pubbliche amministrazioni, cui non sia garantita la stabilità di impiego, senza limiti di retribuzione [1].**

**Sono estese alle predette categorie, in quanto compatibili con la disposizione della presente legge, le disposizioni vigenti per le categorie già comprese nell'obbligo dell'assicurazione della disoccupazione involontaria ed in particolare quelle relative ai contributi per le indennità giornaliere e per il Fondo di integrazione per le assicurazioni sociali [2]".**

Note:

1) La Corte costituzionale, con sentenza 3 luglio 1975, n. 177, ha dichiarato la illegittimità costituzionale della presente lettera, nella parte in cui esclude gli operai delle pubbliche amministrazioni, cui non sia garantita la stabilità d'impiego, dall'assicurazione contro la disoccupazione involontaria.

2) Il Fondo di integrazione di cui nel testo è stato soppresso dall'art. 14, L. 4 aprile 1952, n. 218: la gestione del Fondo stesso è stata fusa nella rispettiva gestione dell'assicurazione obbligatoria per la disoccupazione involontaria.

Con l'articolo 33 sono state stabilite le modalità operative:

**Art. 33** "Le misure dei contributi dovuti per l'assicurazione obbligatoria e per gli assegni integrativi saranno stabilite annualmente in conformità del disposto dell'art. 9 del decreto legislativo Luogotenenziale 1° marzo 1945, n. 177, sostituito dall'articolo unico del decreto legislativo 31 ottobre 1947, n. 1378. I contributi predetti saranno riscossi secondo le modalità stabilite nel regolamento."

La norma è diretta alla concessione di una prestazione economica a carico dell'Inps a sostegno del reddito per quei lavoratori pubblici che vengono a trovarsi senza lavoro per licenziamento, sospensione per mancanza di lavoro, scadenza del contratto a termine, dimissioni per giusta causa

determinate da particolari fattispecie: mobbing, molestie, ecc..

Il versamento del contributo è a carico del datore di lavoro e non spetta ai lavoratori che si dimettono volontariamente, ai lavoratori parasubordinati, ai lavoratori autonomi, ai lavoratori con contratto a part-time per i periodi di pausa dell'attività lavorativa, ai lavoratori a domicilio, agli apprendisti, ai lavoratori con partecipazione agli utili, ai soci dipendenti (a completamento di tutte le fattispecie si allega lo stralcio delle informazioni INPS).

Per i pubblici dipendenti la condizione di assoggettività è legata al requisito di non di ruolo o alla instabilità o alla temporaneità dell'impiego (circolare del ministero dell'interno n. 15700 IV.4.4/1809 in data 16 maggio 1958 e C.C. 177/75).

L'indennità di disoccupazione viene finanziata mediante un apposito contributo versato dal datore di lavoro, previa apertura di una posizione INPS con l'acquisizione di un numero di matricola (mod. DM 68), il quale provvede a versarlo tramite i canali classici dei versamenti dei contributi all'Inps: modello F. 24 e EMENS.

Allo stato attuale il contributo è dell'**1,61% (1,31% con lo 0,30%, ai sensi dell'art. 25 L. 875/78)**, sulla retribuzione soggetta a contribuzione.

Per la determinazione della base imponibile per il calcolo dei contributi di previdenza ed assistenza sociale, si considera retribuzione tutto ciò che il lavoratore riceve dal datore di lavoro in danaro o in natura, al lordo di qualsiasi ritenuta, in dipendenza del rapporto di lavoro.

Corre l'obbligo per l'Ente datore di lavoro regolarizzare ogni situazione non coperta dai contributi per la disoccupazione inoltrare, con urgenza, un'apposita richiesta all'INPS, competente territorialmente, al fine di integrare le denunce DM/10 e interrompere i termini della prescrizione ai sensi degli artt. 2935 e 2943 c.c. e legge 335/1995.

I termini per la presentazione delle

IMPIANTATO IL PRIMO PACEMAKER IN CAMPANIA  
COMPATIBILE CON LA RISONANZA MAGNETICA

## SPERIMENTAZIONE IN CARDIOLOGIA

di Antonio Vitolo\*

**P**ozzuoli 23/02/2009 - Il Laboratorio di Elettrofisiologia e Cardioritmo del Reparto di Cardiologia ed UTIC diretto dal dott. Gerolamo Sibilio dell'ospedale S. Maria delle Grazie di Pozzuoli è il primo in Campania e tra i primi in Europa ad aver effettuato un intervento di impianto di pacemaker compatibile con la risonanza magnetica.

L'operazione è stata effettuata il giorno 20 febbraio dai dottori Mattia Liccardo e Pasquale Nocerino e dall'équipe infermieristica "dedicata" a tale attività chirurgica cardiovascolare.

Un paziente di anni 78, con patologia cerebrale associata a problemi cardiologici ("malattia del segnapassi del cuore"), necessitava di sottoporsi a periodici controlli con risonanza magnetica. Metodica che rappresenta una controindicazione assoluta all'esecuzione di tali esami radiologici.

Il pacemaker impiantato è stato prodotto dalla ditta Medtronic e rappre-



senta una vera e propria nuova frontiera in questo campo specifico della medicina. Fino ad oggi i dispositivi impiantati erano, infatti, tutti incompatibili con la risonanza magnetica.

Una grave e importante limitazione se si considera che una percentuale molto alta della popolazione necessita dell'ausilio di un pacemaker. Gli impianti tradizionali, quando entrano in contatto con un campo magnetico, rischiano di sprogramarsi o, addirittura, di provocare un

"disancoramento" dei cateteri dal cuore. Le protesi salvavita che stiamo utilizzando a Pozzuoli, e questo è un progresso straordinario rispetto al passato, permettono ai nostri utenti di potersi sottoporre alla risonanza magnetica per qualsiasi eventualità di carattere diagnostico.

I nuovi pacemaker resistono anche ai campi magnetici prodotti dai metal detector di aeroporti, banche e supermercati.

Già apparecchi al momento a disposizione sono in numero limitatissimo, per cui occorre fare una selezione accurata dei pazienti che possono essere sottoposti a questo tipo di intervento.

Tale impianto rappresenta una novità assoluta, che colloca il Laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione di Pozzuoli tra i Centri all'avanguardia in ambito regionale.

*\*Antonio Vitolo è Caposala del Reparto UTIC/Cardiologia P.O. S. Maria delle Grazie di Pozzuoli.*

domande sono correlati alle condizioni oggettive del lavoratore che possono così riassumersi:

a) **"Requisiti ordinari"** ;

- entro il 68° giorno dalla cessazione del rapporto di lavoro, dopo essersi iscritti nelle liste dei disoccupati presso il Centro per l'impiego: qualora la domanda venga presentata entro l'ottavo giorno dalla cessazione dal lavoro, l'indennità decorre dall'ottavo giorno, mentre nel caso di presentazione tra il nono e il sessantottesimo giorno, la decorrenza è spostata di cinque giorni dalla presentazione.

Alla domanda deve essere allegata un'autocertificazione che attesti lo stato di disoccupazione e l'iscrizione alle liste di disoccupazione.

b) **"Requisiti ridotti"** ;

- entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello in cui sono stati maturati i requisiti per la disoccupazione.

Dall'1.1.2008, a norma dell'art. 1, commi 25 e 26, della legge n. 247 del 24.12.2007 (Riforma del welfare) la durata dell'indennità ordinaria con i requisiti normali è stata elevata a otto mesi per i soggetti con età anagrafica inferiore a 50 anni e a dodici mesi per i soggetti con età anagrafica pari o superiore a 50 anni.

Per l'intero periodo di percezione del trattamento è riconosciuta la contribuzione figurativa. La percentuale di commisurazione alla retribuzione è elevata al 60% per i primi sei mesi ed è fissata al 50% per i successivi due

mesi e al 40% per gli ulteriori mesi.

L'indennità ordinaria con i requisiti ridotti è stata rideterminata al 35% per i primi 120 giorni ed al 40% per i successivi giorni fino ad un massimo di 180 giorni.

Per gli interi periodi indennizzati vengono accreditati i contributi figurativi.

Per l'età da prendere in considerazione, al fine dell'elevazione della durata della prestazione, si rileva che il possesso del requisito richiesto, età meno < 50 > più, deve essere accertato con riferimento alla data di inizio della disoccupazione indennizzabile.

*\*Il dott. Antonio Balzano è Consulente Previdenziale A.R.P.A.C.*

## CURIOSITA' E STRANEZZE: RETROSPETTIVE

a cura di **Alfredo Falcone**

LE "DOTI" DI MONTE DI PROCIDA  
**IL TESTAMENTO DI MICHELE SCHIANO  
 PER LE DONZELLE ONESTE E POVERE**

Quando nel 1916 il possidente Michele Schiano si recò dal notaio a fare testamento, il professionista capì che il benestante doveva avere qualche peso sulla coscienza altrimenti sarebbe stato difficile spiegare perché un agricoltore, padrone di tre ettari di vigneto, sposato senza figli avesse deciso di devolvere la rendita annua del suo fondo che doveva essere amministrato dal sindaco "pro tempore" a favore delle donzelle di Monte di Procida, di Bacoli e di Cappella nubili, oneste e povere.

Nel singolare testamento era specificato che la rendita doveva essere divisa in "maritaggi" da donare all'atto del matrimonio delle donzelle o quando avessero superato i 35 anni di età senza trovare uno sposo. Appare chiaro che, in sostanza il testamento di Michele Schiano volle essere forse una specie di riparazione postuma per qualche colpa da lui commessa a danno di una più donzelle da caldo uomo del sud qual'era. In ogni modo quando il possidente morì il sindaco del tempo, senza far considerazioni sul lacito, si accollò di buon grado il peso di amministrare il vigneto sito nelle vicinanze del lago Fusaro da Bacoli e da Cappella tra i bianchi ed allegri paesini sommersi nel verde delle zone flegree e bagnati dal mare di Capo Miseno.

Da allora ogni anno, il giorno di Pasqua, i "maritaggi" vengono divisi, ma solo dal 1955 la loro entità ha raggiunto la cifra di 30.000 lire. Prima, infatti, essi erano distribuiti con una certa larghezza: la somma che costituiva il ricavato annuo del vigneto finiva con l'essere, per accontentare tutte o quasi le aspiranti al "maritaggio", spezzettato in tal modo da diventare minimissimo.

Nel 1955 furono le stesse giovani dei tre paesi a proporre al sindaco di assegnare una quota decente, mediante sorteggio, solo a qualcuna di esse in modo che le favorite dalla fortuna non si vedessero mettere in mano, come negli anni precedenti, solo qualche migliaio di lire sufficiente nemmeno per acquistare un lenzuolo per il corredo.

Il Consiglio Comunale si riunì per giudicare la cosa e decise di elevare la quota del "maritaggio" a 30.000 lire che sarebbero state date ovviamente a tante nubili quante risultavano dalla divisione del ricavato annuale del vigneto per la cifra appunto di 30.000 lire. Per la prossima Pasqua le nubili che beneficavano del testamento di don Michele dovrebbero essere sei o sette sorteggiate tra le cinquanta circa che si sono recate negli scorsi mesi coi loro bravi documenti sotto il braccio al palazzo del Comune di Monte di Procida nella piccola piazzetta del paese silenzioso e suggestivo con le sue case bianche e l'altissimo cielo azzurro.

Giunto a questo punto del racconto del segretario comunale che mi veniva spiegando tutta la storia, una domanda impertinente mi sfuggì dalle labbra: che una ragazza sia povera lo si può facilmente apprendere dai certificati che rilascia il Municipio ma che una sia casta come si fa a provarlo? Un sorriso lievemente ironico del mio interlocutore mi fece subito pentire di quella inopportuna domanda, tipica espressione di chi vive in una grande città che offre la possibilità di essere disonesta, senza farlo sapere, di quella forma di disonestà prettamente femminile che tutti sanno in che cosa consiste.

Dubbi simili a Monte di Procida, a Bacoli e a Cappella non hanno alcuna ragione di essere. Tutti si conoscono in questi tre paesini, tutti sono legati dall'attività comune della pesca, ognuno sa i fatti degli altri e quindi è impossibile essere disonesta e nascondere alla gente. Esempio di eccessiva leggerezza non se ne sono più avuti da anni, dal giorno in cui una Rosetta, abbandonata dal fidanzato che era stato qualcosa più di un fidanzato e che se n'era emigrato senza dare più segno di vita, si allontanò dal suo paese sotto il peso della vergogna e andò difilata a Napoli a perdersi.

Le cinquanta giovani che si sono iscritte alla singolare gara pasquale sono tutte nubili povere ed oneste, qualcuna ha il fidanzato, qualche altra no. Il giorno di Pasqua i loro nomi verranno iscritti su altrettanti bigliettini che nel salone del Monte di Procida saranno immessi in un'urna. Il sindaco, alla presenza di un funzionario della Prefettura, ne estrarrà sette. Ai nominativi in essa contenuti verrà intestato un libretto postale vincolato che diverrà esigibile il giorno delle nozze oppure quello, ben più triste, in cui i 35 anni giungeranno senza che nessuno abbia infilato una fede d'oro all'anulare sinistro di qualche sventurata "donzella nubile, onesta e povera".

Nel primo caso le 30.000 lire renderanno più lieta la cerimonia nuziale, nel secondo esse assumeranno la funzione di una specie di premio di consolazione per le poverine al cui cuore non avrà bussato un affetto, alla quale la vita avrà detto crudamente di no.



Giulio Frisoli

(da "IL MATTINO" di sabato 2 aprile 1960)