

IL CRALLINO

Organo di informazione del C.R.A.L. Santa Maria delle Grazie - Anno XVIII - N. 1 - Febbraio 2013

Distribuzione in omaggio ai Soci

www.cralasantamariadellegrazie.it

Esce quando può

All'interno:

Il sale iodato

La tecnologia laser in Urologia

Assistenza Sanitaria

La festa Sociale 2012

Quando le auto andavano a carbonella

Lo sport: le iscrizioni ai tornei sportivi



PISANO

arredamenti

ARTISAN s.r.l.



DOIMO
Salotti

colligaris

Cesar

FOPPAPEDRETTI

MAXDIVANI

ELETTRODOMESTICI DI VARIE MARCHE

SHARP.

Pioneer

NOKIA
Connecting People

SAMSUNG

SONY.

Miele

BOSCH

sky
Center

PROGETTAZIONE - ARREDO UFFICIO - IMPIANTI TERMICI E SOLARI

FINANZIAMENTI IN SEDE A TASSO 0

Convenzionato CRAL Santa Maria delle Grazie (ASL NA2)

Pozzuoli (NA) Via Luciano 76 - TEL. 081.5262306

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
Nello Nardi

Direttore Responsabile
Alfredo Falcone

Comitato di Redazione
Teofilo Arco, Vincenzo Buono, Giuseppe Calabrese, Giuseppe Cirillo, Bruno Cola, Vincenzo Mellone, Nello Nardi, Adriano Scoppetta, Luigi Stefanelli

Hanno collaborato a questo numero:
Antonio Balzano, Giovanni Di Lauro, Paola Palmieri, Maurizio Palumbo, Oreste Scaglione, Andrea Tondini

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 festa di pensionamento del socio* **Ciro Di Mauro**
(foto di *Maria Verde*).

Cari amici lettori,

il 21 dicembre 2012 è passato senza che nulla accadesse di quanto avevano tragicamente previsto gli sciamani ed i sacerdoti-astronomi Maya: abbiamo così potuto tirare un grosso sospiro di sollievo ed ecco che ci troviamo per la diciottesima volta di seguito a farci gli auguri per il Nuovo Anno attraverso "Il Crallino".

Un'attesa del genere la vivemmo, ricordate?, una dozzina di anni addietro, alla fine del 1999 ed era stata vissuta anche da quanti vivevano verso la fine del primo millennio: "mille e non più mille" andavano predicando maghi e profeti di sciagure invitando l'umanità a pentirsi delle proprie colpe in vista dell'imminente Giudizio Universale. Qualcosa del genere accadrà, così, anche alla vigilia del ... 3000?

Per la verità mi pare che siano stati ben pochi coloro i quali hanno preso sul serio l'antichissima profezia e che solo qualche superstizioso ad oltranza, prima di pagare ... tasse e debiti abbia voluto accertarsi che il mondo non finisse ancora evitando così di versare ... inutilmente.

E la prevista fine del mondo? Verrà, ma non con una immane esplosione come avevano previsto i Maya dello Yucatan ben 3.113 anni prima della nascita di Cristo. Verrà molto più in là perché i tempi, nell'infinito Universo sono scanditi dai millenni e non dagli anni. A meno che proprio l'uomo non riesca ad ... accorciare i tempi avvicinando la fine non dell'Universo, ovviamente, ma quella del nostro pianeta.

A parte la proliferazione delle armi atomiche, che però potrebbe essa stessa costituire un deterrente come del resto sta avvenendo ormai da vari decenni, ciò che attualmente minaccia l'esistenza del mondo sono la fame, l'inquinamento, la desertificazione, il surriscaldamento del pianeta, le guerre locali, la deforestazione, lo scioglimento dei ghiacciai che determinerà l'innalzamento del livello del mare e quindi la sommersione di molte terre, tutte esiziali conseguenze, queste, delle attività umane rivolte solo al conseguimento dell'utile senza alcun rispetto per la Natura.

Che tipo di mondo troveranno, dunque, le prossime generazioni? La domanda è angosciante. C'è solo da sperare che tale interrogativo se lo pongano anche coloro che reggono le sorti del mondo stesso e che costoro prendano coscienza del diritto dei nostri discendenti di ereditare un mondo ancora vivibile. Cominciando fin da ora. Ed è proprio con questa speranza che "Il Crallino" augura a tutti i suoi lettori un buon Anno Nuovo!



IL SALE IODATO OVVERO QUANDO GLI ALIMENTI CURANO LE MALATTIE

di Andrea Tondini *, Maurizio Palumbo * e Paola Palmieri *

E' evidenza ormai comunemente accettata dalla comunità scientifica che l'alimentazione scorretta sia causa di numerose patologie, quali diabete, obesità e cancro. Tuttavia, soprattutto nel corso dell'ultimo decennio, si è andato sempre più affermando il principio per cui gli alimenti svolgono, oltre al proprio ovvio ruolo nutrizionale, un'azione **curativa** in diverse affezioni morbose. Molte osservazioni in tal senso hanno portato, infatti, alla nascita di una nuova disciplina, la **Nutraceutica** (neologismo coniato dalla fusione dei termini *nutrizione* e *farmaceutica*), che studia proprio i confini tra gli aspetti nutritivi e gli effetti "farmacologici" del cibo, evidenziando i componenti alimentari che attraverso particolari azioni-interazioni fisiologiche svolgono un ruolo positivo sulla salute dell'organismo. I nutraceutici, pertanto, sono sostanze che possono essere assunte introducendo nella dieta gli **alimenti funzionali**, sia sotto forma di cibo "tal quale" che di cibo arricchito di uno specifico principio attivo. Alcuni esempi di alimenti a cui sono attribuite proprietà nutraceutiche sono l'uva rossa, che contiene l'antiossidante resveratrolo, gli omega-3 (derivati dell'olio di pesce) e il licopene, potente antiossidante e antitumorale naturale contenuto nei pomodori, così come un esempio di alimento funzionale sono lo yogurt e altri prodotti fermentati, per il loro contenuto in probiotici, microrganismi vivi con salutare impatto sull'ospite attraverso una azione benefica sul tratto intestinale. Fra gli alimenti funzionali che dovrebbero essere comunemente presenti sulla nostra tavola un posto fondamentale spetta sicuramente al **sale iodato**, che dovrebbe divenire di uso comune e moderato a tutte le età, sostituendosi al sale tradizionale. Esso rappresenta, infatti, universalmente **la migliore e la più economica soluzione per la prevenzione e la cura della**



carenza di iodio in tutto il mondo. Nel corso dell'Assemblea mondiale della sanità del 1992, le nazioni europee si sono riunite per ottenere l'eradicazione della malattia da carenza di iodio. Poi nel 2002 le Nazioni Unite hanno promosso l'eradicazione della carenza di iodio entro il 2005. Nonostante i progressi significativi degli ultimi due decenni, la carenza di iodio in Europa è presente ancora oggi. In tutte le regioni del nostro Paese, in particolare, ancora oggi una parte rilevante della popolazione è caratterizzata da una carenza lieve o moderata di iodio. E' stato stimato, infatti, che **in Italia circa 6 milioni di persone soffrono di gozzo**, ovvero più del 10% della popolazione. Inoltre, anche se le forme più gravi dei disturbi da carenza iodica sono ormai scomparse, sono ancora frequenti i casi di problemi neurologici minori. Per tale motivo il **SIAN della ASL NA 2 Nord**, ope-

rante all'interno del **Dipartimento di Prevenzione** diretto dal **Dott. Enrico Bianco**, tra gli obiettivi di promozione della salute pubblica di questi ultimi due anni, ha aderito alla campagna di sensibilizzazione dei consumatori all'utilizzo di sale iodato, promossa dal Ministero della Salute con Decreto del 26 marzo 2006 – *Interventi di attuazione degli articoli 3 e 5 della legge 21 marzo 2005, n. 55, recante: «Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica»*. (G.U. Serie Generale n. 87 del 13 aprile 2006) e recepita dal **Piano Regionale Integrato su controlli ufficiali in materia di alimenti 2011/2014**. L'intervento si è articolato attraverso l'utilizzo di schede di verifica dell'utilizzo di sale iodato presso le ristorazioni collettive (in particolare le mense scolastiche) nonché la verifica dell'esposizione di una locandina apposta-



Ministero della Salute

L'uso in cucina e a tavola di sale arricchito di **iodio** assicura a tutti la giusta quantità di **iodio**, fondamentale per la crescita del bambino e la prevenzione di molti disturbi della tiroide.

Un pizzico di SALUTE per TUTTI?
SALE ARRICCHITO DI IODIO!

RICORDA CHE IL SALE VA AGGIUNTO
CON MODERAZIONE
molti prodotti alimentari lo contengono già

 **aslnapoli2nord**
ASL Napoli 2 Nord

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione



mente predisposta dal Ministero della Salute e la distribuzione di materiale informativo presso i punti vendita di sale iodato (supermercati, farmacie, tabaccherie) del territorio della ASL NA 2 Nord. Lo iodio è un micronutriente essenziale presente nell'organismo umano in piccole quantità (15–20 mg) e concentrato quasi esclusivamente nella tiroide, da cui viene utilizzato per la sintesi degli ormoni tiroxina e triiodotiroxina, che regolano numerosi processi metabolici nella maggior parte delle cellule e svolgono un ruolo importantissimo nelle prime fasi della crescita e nello sviluppo di diversi organi, in particolare del cervello. Nel caso di insufficiente assunzione di iodio, la ghiandola tiroide non è in grado di produrre quantità sufficienti di ormoni tiroidei.

Questo può portare, in tutte le fasi della vita, a manifestazioni cliniche chiamate nel loro complesso **disturbi da carenza iodica**. Tali manifestazioni sono più o meno importanti a seconda della gravità della carenza di iodio e del periodo della vita in cui essa si verifica. La conseguenza più conosciuta della carenza di

iodio è **il gozzo** ma le **conseguenze più gravi** di tale carenza sono rappresentate dai **danni a carico del sistema nervoso centrale e periferico**. Sebbene un'assunzione insufficiente di iodio può provocare problemi in tutte le epoche della vita, è estremamente importante, quindi, che le donne in gravidanza e in allattamento e i bambini con meno di 3 anni assumano quantità sufficienti di questo elemento. La quantità di iodio che deve essere ingerita giornalmente da un adolescente o da un adulto è pari a **150 microgrammi** (in gravidanza e in allattamento è necessario un ulteriore supplemento). Gli alimenti più ricchi di iodio sono i pesci di mare ed i crostacei. Anche le uova, il latte e la carne ne contengono quantità importanti. Quantità minori sono contenute nei vegetali e nella frutta. Sulla base di studi specifici è comunque risultato **che la quantità media assunta normalmente con la dieta dalla popolazione è insufficiente a soddisfare il fabbisogno giornaliero di iodio**. Pertanto il modo migliore per aumentare la quantità di iodio che introduciamo ogni giorno è quello di utiliz-

zare, nell'ambito di una dieta variata e bilanciata, il sale arricchito di iodio al posto di quello comune. **Il sale arricchito di iodio è del comune sale da cucina a cui sono stati aggiunti dei sali di iodio**; ha lo stesso aspetto del sale da cucina e non presenta odori o sapori particolari, né altera quello dei cibi a cui viene aggiunto. In aggiunta a quello già fornito con la dieta, ogni grammo di sale arricchito di iodio ci fornisce 30 microgrammi di iodio in più (ovverossia, nel caso di un individuo adulto, 1/5 di quello che è necessario assumere ogni giorno). E' comunque **necessario**, al tempo stesso, **ridurre il consumo abituale di sale (cloruro di sodio)**; come è noto, infatti, elevati apporti di sodio aumentano infatti il rischio di malattie cardiovascolari, sia attraverso l'aumento della pressione arteriosa che indipendentemente da questo meccanismo.

** I dott.ri Andrea Tondini e Maurizio Palumbo sono Dirigenti Medici, la dott.ssa Paola Palmieri è Dirigente Biologo SIAN ASL Napoli 2 Nord.*

UTILIZZATI TRE TIPI: AD OLMIO, A TULLIO E GREEN LIGHT

LA TECNOLOGIA LASER NELL'UROLOGIA

di Giovanni Di Lauro*

(Parte Prima)

Negli ultimi anni le tecniche mini-invasive hanno assunto in campo urologico un ruolo sempre crescente. A ciò hanno contribuito sia lo sviluppo della **Laparoscopia Operativa** sia l'incremento e l'affinamento delle tecniche di **Endourologia**. In quest'ambito la tecnologia laser ha certamente contribuito a rendere più semplice e più efficace il trattamento di diverse patologie urologiche assai frequenti e di notevole impatto clinico-sociale quali la **Calcolosi Urinaria**, l'**Ipertrofia Prostatica** e l'**Ostruzione Cervico-Uretrale** in genere, le **Neoplasie Vescicali** e dell'**Alta Via Escrettrice Renale**. Anche patologie meno comuni ma non sempre di agevole approccio terapeutico, quali l'**Ostruzione Congenita del Giunto Pieloureterale** e le **Stenosi Ureterali e dell'Uretra**, hanno tratto vantaggio dalla disponibilità di laser utilizzabili efficacemente per via endoscopica. Lo stesso può dirsi di alcune patologie genitali (neoplasie di basso stadio, **Condilomi e altre lesioni virali**). In generale, i risultati del trattamento laser nelle patologie citate sono sovrapponibili quando non superiori a quelli forniti dalle metodiche chirurgiche tradizionali, rispetto alle quali vi è però una netta riduzione della morbilità operatoria e una notevole abbreviazione delle degenze ospedaliere. L'utilizzo dell'energia laser in Urologia avviene attraverso i tre principali tipi di laser attualmente in commercio: il **Laser ad Olmio**, il **Laser a Tullio** e quello **Green Light**.

Il Laser

Come è noto, l'acronimo **LASER** sta per «(amplificazione della luce attraverso l'emissione stimolata di radia-

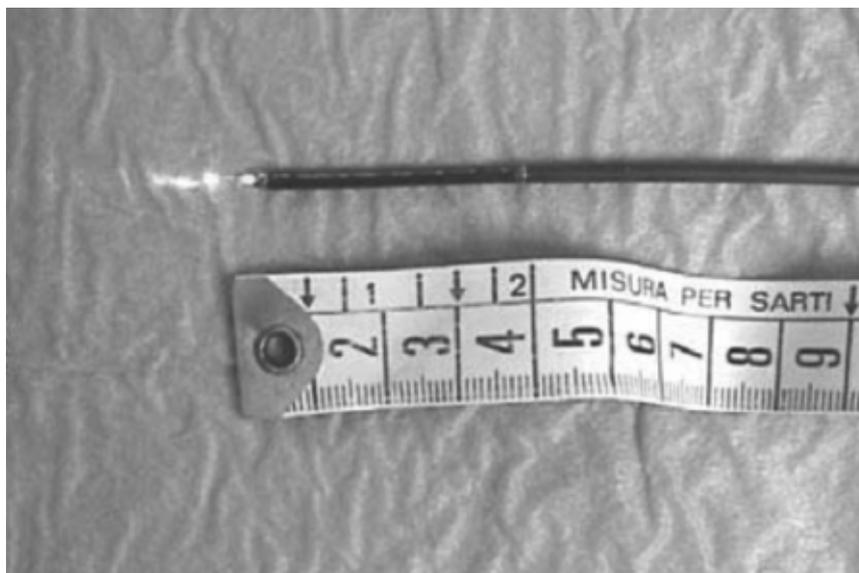


Figura 1 - Particolare della fibra laser. Il calibro ridotto ne permette l'utilizzo con strumenti endoscopici rigidi e flessibili.

zioni)». Il raggio laser interagisce con i tessuti attraverso un processo di riscaldamento (Effetto Termico). L'energia del fascio laser è assorbita dai tessuti e trasformata in calore; si genera così una coagulazione delle proteine tissutali che determina una cicatrizzazione dei vasi sanguigni ed una vaporizzazione dell'acqua intra ed extra-cellulare. Il processo genera una distruzione del tessuto, ma le conseguenze sono sensibilmente inferiori a quelle provocate da altre manovre chirurgiche. Per questo motivo la cicatrizzazione avviene in tempi più brevi ed in modo del tutto affidabile. Il fascio laser viene focalizzato dalla macchina e quindi trasmesso attraverso fibre costituite da materiali specifici (per esempio cristalli di quarzo e similari) in grado di riflettere internamente la radiazione e trasmetterla all'estremità distale della fibra con il minimo assorbimento di energia possibile per quella determinata lunghezza d'onda. Le fibre usate per trasmettere l'energia del laser sono di calibro molto ridot-

to (figura 1), variabile da 0,5 a 0,2 mm, il che le rende utilizzabili con strumenti endoscopici sia rigidi sia flessibili. Risulta pertanto possibile raggiungere e trattare l'intero apparato urinario.

Trattamento della calcolosi urinaria con laser

Fino a pochi anni or sono la litotrixxia extracorporea con onde d'urto (**ESWL**) veniva percepita come la panacea dell'urolitiasi da buona parte della categoria medica ma anche dal vasto pubblico, in virtù della sua scarsa invasività rispetto ai trattamenti alternativi disponibili e sotto la spinta di fattori tecnologici e di marketing. Negli ultimi anni le indicazioni al trattamento della calcolosi si sono nettamente riequilibrate a favore delle tecniche endoscopiche mininvasive, non solo perché si sono evidenziati i limiti dell'**ESWL** (risultati poco

soddisfacenti in alcuni tratti dell'apparato urinario e per i calcoli più duri, frequente necessità di multipli ri-trattamenti e di manovre chirurgiche aggiuntive), ma soprattutto in virtù dei seguenti due fattori:

- i grandi passi avanti compiuti della tecnologia endoscopica, soprattutto nella miniaturizzazione degli strumenti rigidi e flessibili che, tuttavia, non è andata per nulla a scapito della loro efficienza operativa;
- lo sviluppo di strumenti di litotrixxia altamente efficaci utilizzabili all'interno delle vie di escrezione; tra essi i laser hanno giocato certamente un ruolo chiave. In particolare, il **Laser a Olmio** rappresenta oggi il *gold standard*, poiché consente di trattare tutti i tipi di calcolo indipendentemente dalla composizione chimica, dal volume e dalla localizzazione. Il suo meccanismo d'azione sembra legato a un effetto foto-termico estremamente circoscritto e potente gene-

rato dal contatto della fibra con le formazioni litiasiche: il calcolo, che viene letteralmente «vaporizzato» in minuscoli frammenti (inferiori a 4 mm), poi evacuati mediante il liquido di lavaggi. Strumenti di circa 2,5 mm di calibro (ureterorenoscopi rigidi o flessibili) vengono introdotti per via retrograda nell'uretere e sospinti, sotto visione e con l'ausilio del controllo radiologico o ecografico intraoperatorio, fino a livello del calcolo; quindi si introduce la sonda laser nel canale operativo dello strumento e, sempre sotto visione diretta, si procede alla litotrixxia.

Per quanto riguarda i calcoli del terzo prossimale dell'uretere, va detto che il trattamento ureteroscopico è relativamente meno agevole rispetto ai due terzi distali, ma le difficoltà tecniche possono essere superate disponendo di adeguata strumentazione accessoria (palloncini per dilatazione iperbarica, cestelli per bloccare il calcolo e prevenirne la migrazione, fili-guida

idonei) e di esperienza specifica da parte dell'operatore. In ogni caso, questo tratto dell'uretere è problematico anche per il trattamento ESWL, che oggi sembra trovare indicazione soprattutto per i calcoli inferiori al centimetro di diametro. Per la calcolosi intrarenale di maggiori dimensioni, poi, la laser-trixxia in due stadi eleva la percentuale di successo a oltre il 90%. Non si può non riconoscere che tali risultati rappresentano un grande successo per l'endourologia, con un rapporto costi/benefici indiscutibilmente assai favorevole.

Anche per i grossi calcoli vescicali (figura 2) la litotrixxia con olmio ha numerosi vantaggi, il più evidente dei quali è, la produzione di frammenti molto più piccoli di quelli generati dalle fonti energetiche alternative (energia meccanica, balistica, ultrasuoni), il che elimina la necessità di introdurre strumenti aggiuntivi per la loro estrazione riducendo così i tempi e il potenziale danno uretrale da strumentazione.

Inoltre, essendo la litiasi vescicale per lo più secondaria a ostruzione cervico-uretrale, anche quest'ultima può essere eventualmente trattata nella stessa seduta e con la stessa sonda laser, semplicemente variando i parametri fisici impiegati (potenza).

Nei casi più favorevoli questi interventi possono essere eseguiti in sedazione o in anestesia loco-regionale, mentre per la calcolosi complessa dell'alto apparato urinario l'anestesia generale è preferibile soprattutto perché il rilassamento muscolare e il controllo della ventilazione rendono più agevole l'accesso endoscopico al calcolo, e ne prevengono gli spostamenti durante le manovre di litotrixxia.

Il recupero post operatorio di questi pazienti è solitamente molto rapido, con degenze che rientrano nell'ambito della day-surgery o della one day surgery.

** Il dott. Giovanni Di Lauro è Direttore U.O.C. di Urologia Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli.*

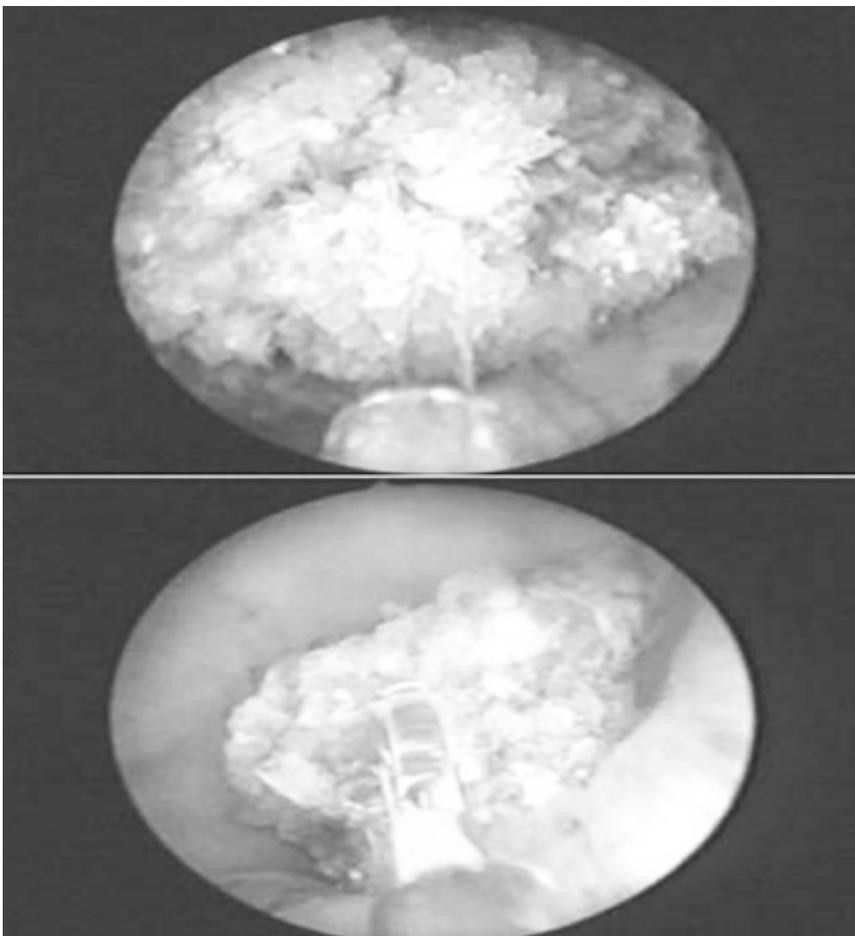


Figura 2 – Voluminoso calcolo endovesicale trattato con il laser.

E' POSSIBILE CONIUGARE UNA BUONA ASSISTENZA SANITARIA ALL'ORMAI CRONICA CARENZA DI PERSONALE?

di Oreste Scaglione*

E' ormai da tempo consuetudine, nell'incontrarsi fra colleghi durante le brevi pause di lavoro, argomentare così: "Siamo pieni di barelle!", "Non vedo l'ora di andare in pensione!", "Siamo pochi e non reggiamo più i carichi di lavoro!", "Solo stress e fatica!", "L'utenza è sempre di più e noi sempre di meno!", "Quasi quasi me ne vado sul territorio!" ed altre considerazioni di questo genere spesso sottolineate con terminologie ben più colorite. Di fatto sono anni che la richiesta di Assistenza Sanitaria Ospedaliera è in vertiginoso aumento mentre noi dipendenti siamo sempre di meno e sempre più oberati di lavoro nel disperato tentativo di mantenere un adeguato e costante livello assistenziale. Ho notato che da tempo, nell'entrare in reparto, guardo in automatico nelle stanze di degenza e, con un sottile filo di terrore, controllo se vi sono barelle aggiunte, che non mancano mai, a conferma di un'ennesima notte andata "storta" e quindi di una mattinata da affrontare in trincea. Per i colleghi di Medicina interna e per il personale tutto il problema di voltare lo sguardo non sussiste ed il sottile brivido di disagio lo avvertono già guardando il lungo corridoio del reparto occupato da decine di "separée" che, in un pudico tentativo di privacy, cercano di nobilitare un posto molto più simile ad un lazzaretto che ad un reparto. Ciò vale anche per altri reparti e servizi ove i carichi di lavoro sono ormai diventati insostenibili. A fronte di questa enorme richiesta di Sanità negli ultimi anni si è assistito ad una significativa riduzione del personale in servizio mai adeguatamente sostituito. Le cause sono molteplici. Molti hanno anticipato la pensione impauriti dalla legge Fornero che, imponendo vincoli sempre maggiori all'uscita dal lavoro, ha difatti costitui-



L'Ospedale S. Maria delle Grazie di Pozzuoli (foto Scoop).

to un deterrente alla rimanenza in servizio. Altri hanno cercato rifugio sul territorio stanchi di essere rincorsi dalle implicazioni medico-legali proprie di un'attività ad alto rischio professionale. Altri ancora, più semplicemente, si sono allontanati perché non più disponibili a "rischiare le coronarie" nello svolgimento di un lavoro ad altissima responsabilità e con pochissime tutele. In questo contesto di problematiche che alla fine coinvolge tutto il personale ospedaliero, ben si pone ad evidenziarne tutti i lati, buoni e cattivi, un episodio di Sanità recentemente accaduto ed il cui buon fine rende merito al lavoro di tanti che con abnegazione svolgono la propria professione fra mille difficoltà. Il giorno 25/8/2012, e quindi in piena emergenza sanitaria estiva, giungeva in Pronto Soccorso il signor Strato S., il quale mentre si accingeva a potare i rami di un albero, cadeva accidentalmente dalla scala andandosi ad "infilzare" su di una cancellata posta qualche metro

più in basso. Soccorso, giungeva in ospedale con un imponente eventrazione addominale (per i non addetti: gli intestini da fuori). Le condizioni cliniche, fortunatamente stabili, permettevano un minimo di indagini radiologiche che venivano praticate celermente nonostante l'intasamento cronico della Radiologia e della sua T.A.C. (e qui un encomio al povero e solo radiologo di guardia ed al personale tutto sempre oberati di lavoro giorno e notte). La situazione era estremamente grave: la T.A.C. mostrava un emopneumotorace ed un emoperitoneo con lesione splenica, perforazione del corpo dello stomaco, perforazione della cupola diaframmatica con erniazione di epiploon in torace. Trasferito in sala operatoria il paziente veniva sottoposto ad un delicato intervento chirurgico con una equipe ridotta al minimo (il dottor Dorato ed io) essendo impossibilitato a collaborare il chirurgo di accettazione trattenuto in Pronto Soccorso sia da disposizioni di servizio (un chirurgo

fisso in accettazione) sia dal sopravvenire di codici rossi. Portato a termine l'intervento con la fattiva collaborazione del personale di Sala Operatoria, il paziente veniva trasferito in Rianimazione (sul letto aggiunto in filtro) data la mancanza di posti letto e la non trasferibilità del paziente nell'immediato post-operatorio. La dedizione e la professionalità del personale medico ed infermieristico della Rianimazione e della Chirurgia permetteva la completa guarigione del paziente e la sua successiva dimissione ad un mese dall'evento traumatico. Questa storia clinica mostra che non è più possibile continuare a lavorare grazie all'abnegazione ed ai sacrifici di tutti noi. Perché non trasformare in normale consuetudine di lavoro quello che spesso appare un evento straordinario? Perché lavorare sempre in emergenza di personale e di attrezzature? Sono ben consapevole delle difficoltà oggettive in cui si dibatte l'Amministrazione presa fra tagli e contenimento della spesa. Ma non è stato individuato il nostro Ospedale come polo di riferimento specialistico



Il corridoio del Reparto di Medicina occupato da "separè" con barelle (foto Scoop).

della ASL? Visto il fallimento del filtro sanitario sul territorio perchè non potenziare almeno il Pronto Soccorso con le sue 100.000 ed oltre prestazioni l'anno? Soluzioni facili, so bene, non ve ne sono, ma urge concertare al più presto una soluzione a tutela della popolazione e del personale ospedalie-

ro che, sempre più risicato di numero, continua, fra mille difficoltà, a prodigarsi per mantenere alto lo standard assistenziale.

** Il dott. Oreste Scaglione è Dirigente di I livello U.O.C. di Chirurgia P.O. Santa Maria delle Grazie.*

ROSARIO SCETTINO VA IN QUIESCENZA



Il socio Rosario Schettino (da sin. in piedi prima fila) Caposala del Dipartimento di Salute Mentale Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) nella foto ricordo con tutto il personale il quale lo saluta con la seguente frase: *Al nostro Caposala, persona umana e gran lavoratore, noi tutti siamo legati da un affetto profondo e da una stima incommensurabile: tanti auguri Rosario!* (foto di Claudio Rusolo).







LA VOCE DEL CRAL

a cura di Adriano Scoppetta

RINNOVATO IL NOSTRO SITO: www.cral Santamariadellegrazie.it

Ricordiamo a tutti i soci che da oltre un anno è cambiata l'organizzazione della nostra Segreteria, infatti l'ufficio è a disposizione dei soci il martedì ed il giovedì dalle ore 9 alle ore 12, mentre tutte le notizie riguardanti le attività del CRAL si potranno trovare sul sito recentemente rinnovato: www.cral Santamariadellegrazie.it

Riteniamo che nell'era dell'informatica sia molto più semplice per chiunque collegarsi ad internet e conoscere tutto quello che riguarda il nostro sodalizio, dalla Costituzione alle ultime novità, in modo che una volta informati i Soci possano venire in Sede con le idee più chiare.

Per rendere più semplice la visita al sito, di seguito, vi elenchiamo le sette sezioni in cui lo abbiamo suddiviso:



BACHECA

Qui troverete le ultime novità quali, tutte le gite organizzate dal CRAL, vendita biglietti cinema, circhi e week end per le isole, bandi di concorso per borse di studio, tornei sportivi e feste sociali, inoltre è possibile collegarsi direttamente con i tour operator convenzionati per qualsiasi tipo di vacanza o viaggio a prezzi scontati.



ORGANI SOCIALI

In questo spazio sono pubblicati i nomi e le foto dei Componenti il Consiglio di Amministrazione, i Sindaci Revisori, i Probi Viri, con le rispettive cariche.



CONVENZIONI

E' possibile consultare l'elenco aggiornato di tutte le nostre

convenzioni prima di fare i vostri acquisti.



STATUTO

Per conoscere tutti gli articoli del nostro statuto approvato nel 1986 e le sue modifiche.



FONDO DI SOLIDARIETA'

A cosa serve, come partecipare, quando richiederlo.



ADOZIONI A DISTANZA

Le adozioni dei bambini adottati dal CRAL: in che modo e come partecipare.

IL NOSTRO GIORNALE

Cliccando sulla copertina dell'ultimo numero de "Il Crallino" è possibile consultare tutti i giornali pubblicati dal 2002 ai giorni nostri.



CRAL S.MARIA DELLE GRAZIE

San Valentino sulla Neve Dal 14 al 17 Febbraio 2013

Hotel Abruzzo*** Campo di Giove
Pensione completa + Bus Gt

Adulti in camera doppia **260 € a persona** - 3/4 adulto dai 14 anni **240 € a persona**
8/14 anni non compiuti **200 € a persona** - 3/8 anni non compiuti **160 € a bambino**
0/3 anni non compiuti paga solo posto in bus

La quota comprende: Bus Gt al seguito per tutta la durata del viaggio. Pensione completa con Vino della casa e acqua ai pasti. Animazione, giochi, balli di gruppo, spettacoli, musica, Baby club. Servizi hotel: sauna e vasca idromassaggio.

La quota non comprende: mance, ingressi e tutto quanto non specificato ne " la quota comprende".

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI CON ACCONTO EURO 100 A PERSONA RIVOLGERSI IN
SEGRETERIA CRAL (DILAZIONI SU BUSTA PAGA)

QUANDO LE AUTO ANDAVANO A CARBONELLA

a cura di **Alfredo Falcone**

Rovistando nel mio archivio zeppo di libri, di figurini quotati, di foto di vaporiere e di carrozze nonché di documenti vari, tutti generi di ... prima necessità per un appassionato, come me, delle ferrovie e dei trasporti in genere, ho ritrovato alcune fotocopie tratte, a suo tempo, da un settimanale illustrato e delle quali avevo completamente perso il ricordo. La mancanza della prima pagina recante la data di edizione, nonché il lungo tempo trascorso da allora, non mi consentono di ricordare la testata di quella pubblicazione; l'articolo, però, è fortunatamente firmato. L'autore dell'interessante scritto, riguardante un particolare capitolo della nostra storia dei trasporti è il giornalista Giorgio Marzolla; l'epoca considerata è quella della allora celebrata "Era Fascista", compresa tra i primi "anni 30" ed i primi "anni 40" del Novecento.

Sembrandomi tale scritto di notevole interesse per quanti vissero quei tempi difficili e, almeno, di una certa curiosità per coloro in più verde età, ne propongo il con-



Una Fiat "522" con gasogeno Tinarelli - 1936.

tenuto sulle pagine de "Il Crallino".

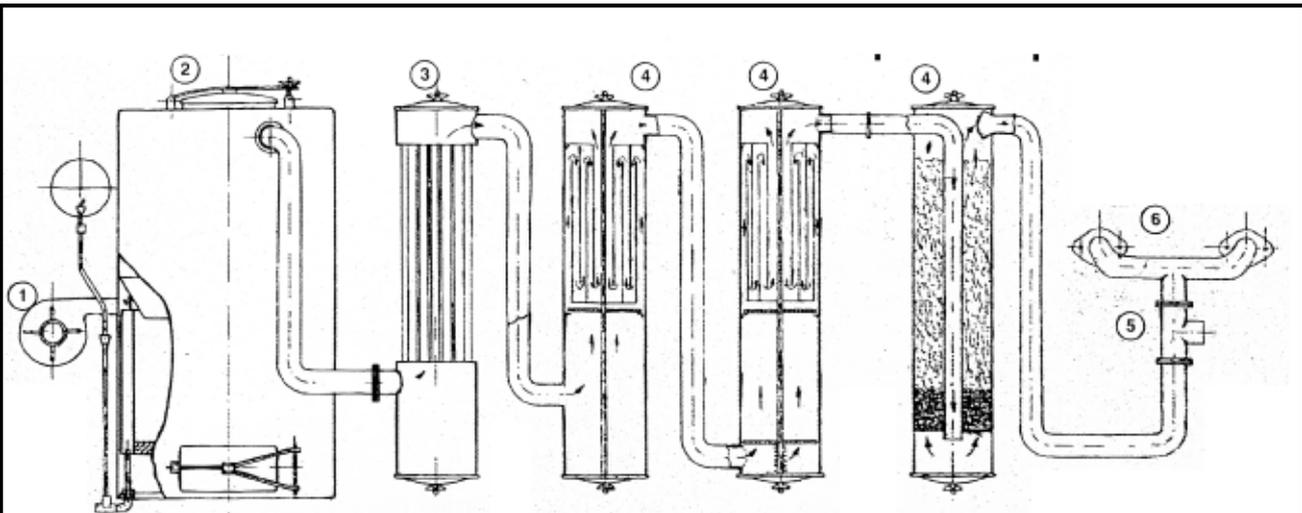
L'inarrestabile rapido sviluppo della motorizzazione e la parallelamente crescente scarsità di combustibili liquidi indispensabili, ma che il nostro Paese non produceva, dopo la prima guerra mondiale spinsero tecnici ed ingegneri a stu-

diare i principi della gassificazione di combustibili solidi. Studi in materia erano iniziati già nella prima metà dell'Ottocento ad opera del ricercatore Winkler, seguito poi negli anni da altri tecnici tra i quali l'ingegnere italiano Egidio Garuffa, il quale nel 1909 pubblicò una memoria sulle proprie esperienze maturate nella realizzazione di generatori di gas da applicare all'autotrazione. Limitata autonomia del veicolo e macchinosità del sistema passarono in second'ordine quando, in previsione di un possibile conflitto ed in omaggio all'autarchia predicata dal regime fascista, fu vietato l'utilizzo dei carburanti liquidi da riservare esclusivamente ai mezzi militari.

La necessità di disporre di carburanti in grado di far muovere soprattutto autocarri e mezzi di trasporto pubblico aguzzò, come suol dirsi, l'ingegno. Sorsero così piccole aziende che avevano studiato l'applicazione pratica dei principi di gassificazione di combustibili solidi realizzando gasogeni o gene-



Gasogeno montato davanti al radiatore di una Skoda "Rapid" cecoslovacca (1940).

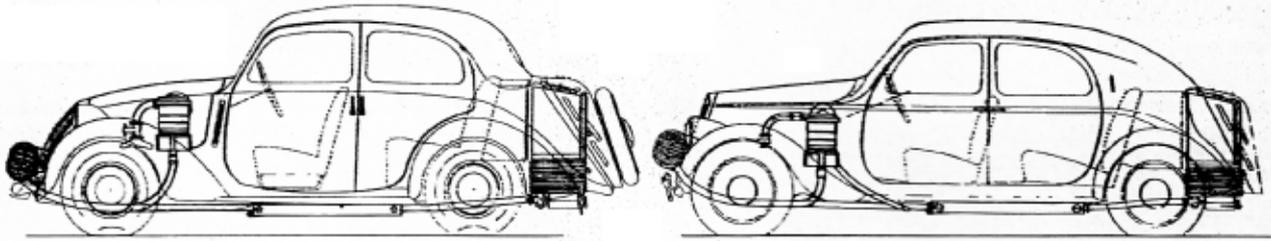


① ventilatore - ② generatore - ③ raffreddatore - ④ filtri - ⑤ entrata aria per la miscela col gas - ⑥ collettore d'aspirazione del motore

L'aria aspirata nel generatore, a contatto col carbone rovente, produceva idrogeno H e anidride carbonica CO₂ la quale, riducendosi, si trasformava in ossido di carbonio CO; quel 15% di umidità contenuta mediamente nella carbonella, e in percentuali più alte nella legna fresca, dissociandosi col calore, produceva ulteriore idrogeno che, arricchendosi di carbonio, dava metano CH₄. In alcuni tipi di gasogeno, vicino al centro di fiamma del bruciatore, dove si sprigionava una temperatura superiore ai 1000 gradi centigradi, veniva fatta scendere dell'acqua che, trasformandosi rapidamente in vapore acqueo a contatto con la massa di carbone incandescente, si decomponeva in idrogeno H e ossido di carbonio CO, con una reazione fortemente endotermica. In questo caso era necessario disporre anche di un serbatoio per l'acqua e questo andava ad aumentare il peso dell'apparato complessivo; il vantaggio però era notevole, perché il potere calorico del gas aumentava anche del 20% passando da 950/1000 a 1200/1300 Kcal/m³.

Questi gas (gas d'aria, gas d'acqua o una miscela dei due) venivano poi inviati al motore, per mezzo di apposite tubazioni, dopo aver subito ancora due operazioni: la depurazione e il raffreddamento. La prima avveniva attraverso una serie di filtri a trucioli metallici imbevuti d'olio, o a gorgogliamento in acqua, o ancora con altri sistemi. Era indispensabile che tutte le ceneri contenute nel gas venissero depositate prima che questo arrivasse al motore. Il dispositivo di depurazione era, alle volte, più pesante del bruciatore stesso.

Il gas andava poi raffreddato in camere di raffreddamento o per mezzo di un radiatore posizionato davanti al radiatore dell'acqua e avviato infine al carburatore. A monte di questo veniva posto un ventilatore elettrico che attingeva aria dall'esterno per immetterla nel condotto di aspirazione e miscelarla col gas combustibile. In molti casi il carburatore era quello dell'auto stessa, che poteva così funzionare sia a benzina (per l'avviamento) sia a gas.



Esempi di gasogeno installati su Fiat «508C» e su Lancia «Aprilia», con il raffreddatore posto anteriormente al radiatore dell'auto.

tori di gas di dimensioni sufficientemente compatte da poter essere installati persino su automobili e funzionanti con combustibili poveri come il legno e carbone di legna.

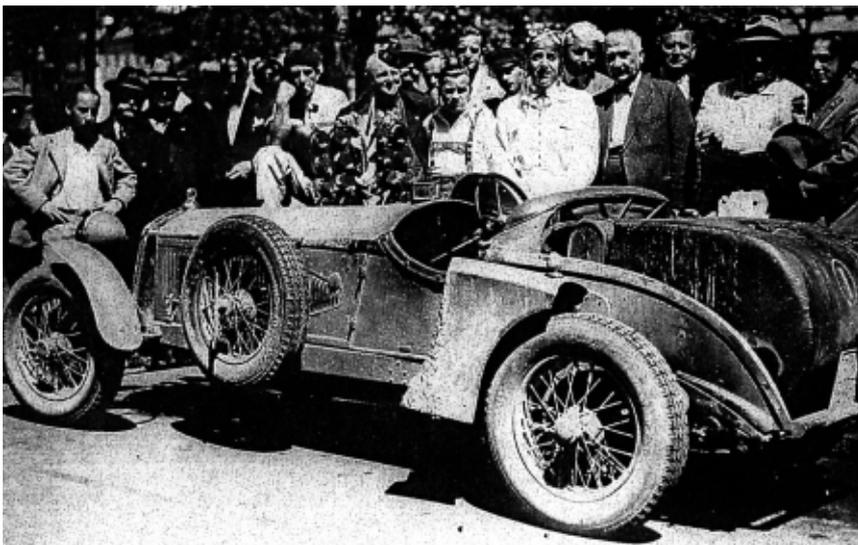
Il sistema sfruttava la proprietà del carbonio di combinarsi facilmente con l'ossigeno a temperatura elevata e la proprietà della miscela di aria e di ossido di carbonio di essere altamente esplosiva.

L'apparecchio aveva la funzione di bruciare in modo incompleto questi combustibili poveri per produrre una miscela di gas ancora combustibile che nel caso specifico era composta da ossido di carbonio, metano ed altri gas in proporzione minore, con un potere calorico variante da 950 a 1300 Kcal per

metro cubo, sufficiente a far funzionare un motore endotermico.

“L'impianto a gasogeno – scriveva Giorgio Marzolla – comprendeva un generatore di gas, alcuni filtri, un sistema di raffreddamento, un ventilatore con relativo condotto per l'aria ed un carburatore. Il generatore di gas o bruciatore, in lamierino di ferro rivestito di materiali refrattari all'altezza del fornello, era generalmente di forma cilindrica e posto in verticale (ma alcuni avevano forme che si adattavano ai bagagliai delle auto): esso conteneva la carica del combustibile (carbone o legna). Qui, avveniva la combustione: la parte in basso dello stesso fungeva pertanto da deposito della cenere.” “Il generatore era chiuso accura-

tamente in auto per poter contenere ed accumulare il gas prodotto e presentava obbligatoriamente un'apertura (munita di valvola automatica) per fare entrare l'aria necessaria alla combustione. La semplice depressione causata dalla fase di aspirazione del motore era sufficiente a richiamare dall'esterno la quantità d'aria necessaria alla combustione stessa e da ciò immediatamente derivava la necessità che tutto l'impianto fosse a tenuta stagna. In qualche modello, l'afflusso dell'aria era aiutato da un elettroventilatore.” Prima di partire era necessario fare la carica di carbonella o di legna nel bruciatore, riempire d'acqua il serbatoio dell'evaporatore in quegli impianti che lo prevedevano, chiudere il



L'Alfa Romeo "1750 GTC" con cui il professor Ferraguti compì il giro d'Europa nel 1963.



Una pubblicità-stampa del gasogeno "Dux" ripresa da *L'auto Italiana* del 20 marzo 1936.

tutto ed, infine, accendere il fornello come se fosse una normale stufa a legna per uso domestico. Facendo funzionare il motore soltanto a gas occorre dai 10 ai 20 minuti per l'avviamento.

Il consumo di combustibile era complessivamente modesto: per gli autocarri occorre un chilo di legna per ogni chilometro percorso, per le auto un chilo di legna bastava per tre-quattro chilometri di strada. La carbonella rendeva più della legna: con una carica di una trentina di chili un'auto poteva infatti percorrere quasi duecento chilometri. La soluzione del gasogeno applicato al motore dell'auto suscitò, nella seconda metà degli Anni '30, notevole interesse negli ambienti tecnici di molti paesi europei: in Gran Bretagna, in Francia ed in Germania fu tutto un fiorire di iniziative intese al perfezionamento degli impianti ed al miglioramento del loro rendimen-

to. In Italia la fabbrica di auto che mostrò subito interesse per questa novità tecnica fu l'Alfa Romeo: dopo qualche anno erano oltre venti le ditte nazionali costruttrici di gasogeni e ben quattromila i veicoli che ne erano dotati.

L'impiego del gasogeno fu esteso all'autocarro, ai trattori e persino ad un battello per passeggeri facente servizio sul Lago Maggiore. Anche una delle vetture ministeriali usate da Mussolini fu equipaggiata con un gasogeno: si trattava di un'Alfa Romeo "BC 2500 Turismo 6 - 7 posti", per quel che riguarda la velocità poi, si ricorda che sulla fettuccia di Terracina, un'Alfa Romeo "BC 2300 compressore" raggiunse la velocità di 155 Km/h ma all'epoca non era tanta la velocità che interessava ma la possibilità di poter circolare e trasportare quanto necessario anche in quegli anni in cui la rete ferroviaria era stata distrutta dai

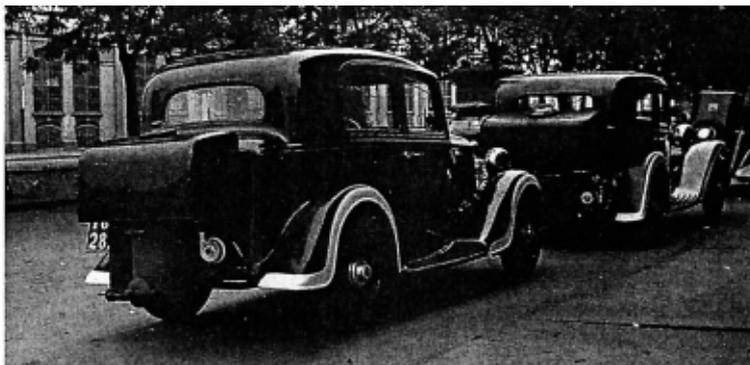
bombardamenti degli Alleati.

"Il sistema di alimentazione a gas interpretava alla lettera la grande campagna all'insegna dell'autarchia orchestrata in quegli anni dal regime fascista il quale trovò, nell'esperienze positive condotte sul gasogeno, grande alimento a dimostrazione che l'Italia poteva "tirare dritto" con i propri mezzi, anche senza petrolio. E per quell'epoca forse era anche vero.

Non si pensi, comunque, che il gasogeno costituisse una soluzione economica per gli automobilisti meno abbienti, - concludeva il Marzolla - l'automobile era ancora destinata alle famiglie più ricche che potevano affrontare l'acquisto della costosa attrezzatura del gasogeno e la sua gestione continua che veniva effettuata, nella grande maggioranza dei casi, dall'autista (allora detto "chauffeur" termine pratico che etimologicamente sta per "fuochista").



Gasogeno anche per questa moto Benelli 250 cc (1941).



Una "Balilla" 4 marce Fiat "522" al collaudo del gasogeno a Torino (1940).

ULTERIORI PRECISAZIONI

IL COLLOCAMENTO A RIPOSO PER LIMITI DI ETÀ DELLA DIRIGENZA MEDICA E DI QUELLA DEL RUOLO SANITARIO DEL S.S.N.

di Antonio Balzano*

La problematica sul collocamento a riposo della dirigenza medica e di quella del ruolo sanitario del S.S.N. non è stata tuttora chiarita, rimane ancora accesa la questione sulla definizione del concetto del “servizio effettivo”.

Il quadro normativo nel quale la questione si colloca rientra nelle disposizioni legislative previste dall’art. 15 nonies comma 1 del D. lgs n. 502/1992 che, nel testo modificato dall’art. 22 della Legge 183 del 2010, ha fissato al 65° anno di età il limite massimo per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del relativo ruolo sanitario del SSN introducendo anche ulteriori precisazioni in materia.

L’articolo sopra citato afferma attualmente che “*Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell’interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti. E’ abrogata la legge 19 febbraio 1991 n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio*”.

Il testo dell’art. 22 della Legge 183/10 è composto, altresì, da ulteriori 2 commi.

Il comma 2 fa riferimento al comma 1 dell’art. 16 del D.lgs n. 503 del 30.12.1992 al termine del quale viene aggiunto un nuovo periodo dal

seguito tenore: “*E’ in facoltà dei dipendenti civili dello Stato e degli enti pubblici non economici di permanere in servizio, con effetto dalla data di entrata in vigore della legge 13.10.1992 n. 421 per un periodo massimo di un biennio oltre i limiti di età per il collocamento a riposo per essi previsti. I dipendenti in aspettativa non retribuita che ricoprono cariche elettive presentano la domanda almeno 90 giorni prima del compimento del limite di età per il collocamento a riposo*”.

Il successivo comma 3 prevede, invece, che la disposizione contenuta nel comma 1 dell’art. 15 nonies del d.lgs n. 502/92 come modificato dall’art. 22 comma 1 trovi applicazione anche ai dirigenti medici e del ruolo del SSN in servizio alla data del 31.01.2010.

Il punto su cui verte la questione è sull’espressione “al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo”, che cosa il legislatore a voluto intendere per servizio effettivo?

La nuova disposizione aveva fin dall’inizio determinato forti dubbi e divergenze sulla corretta applicabilità dell’art. 15 nonies sopra citato, così come modificato dalla Legge 183/10, soprattutto per quel che concerneva l’avvenuta partecipazione del servizio militare del medico nel calcolo del 40° anno di servizio di quest’ultimo. Ad una prima interpretazione è venuta in soccorso la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Funzione Pubblica- dfp 0054991- del 09.12.2010, diretta all’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma ove è stato precisato che per “*servizio effettivo*” debba intendersi “*qualunque tipo di servizio, espletato dal pubblico dipendente presso qualunque datore di lavoro, sia*

pubblico che privato”, inoltre, che “*esula dal concetto e dalla nozione stessa di servizio effettivo l’istituto del riscatto a qualunque titolo, sia con riferimento a periodi di studio che per altre causali, quali ad esempio il servizio militare o civile eventualmente prestato*”.

Di conseguenza, la nota di cui sopra ha escluso che il servizio militare costituisca “servizio effettivo” ai fini di quel computo dell’anzianità prevista e richiesta dall’art. 15 nonies del D.lgs n. 502/1992 e ss.

Ciò, a prescindere dalla circostanza per cui quel servizio sia accreditato figurativamente o riscattato o comunque “coperto” in altro modo sotto il profilo previdenziale e concorra, perciò, ad incrementare l’anzianità contributiva pensionistica.

D’altronde emerge anche dalla lettura dei lavori parlamentari che hanno condotto all’approvazione della Legge n. 183/10 che il principio ispiratore la modifica dell’art. 15 nonies, sta nella tutela del lavoro inteso quest’ultimo come strumento di realizzazione della persona.

Laddove il legislatore ha fatto riferimento all’anzianità contributiva, l’ha fatto a chiare lettere.

Di verso contrario l’Inpdap che con la nota operativa n. 56 del 22 dicembre 2010, ha espresso che “*nella locuzione servizio effettivo fossero da ricomprendersi tutte quelle attività lavorative effettivamente rese, in particolare oltre al servizio prestato presso l’amministrazione o ente di appartenenza, 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 n.523/1954 o 1092/1973, i servizi correlati ad atti-*

vità lavorative e ricongiunti ai sensi della Legge n.29/79 o n.45/1990 ovvero totalizzati ai sensi del Reg. CE 1606/1998 o ai sensi del D.lgs n.42/06 ed i servizi riscattati restando per contro esclusi i periodi valorizzati attraverso il riscatto di periodi non connessi ad attività effettivamente rese ma correlate a titoli di studio (ad es. laurea, dottorato di ricerca etc.).” L’A.S.L. Napoli 1 Centro si è attenuta alla tesi dell’Inpdap, che oggi per effetto del decreto legge n. 201 del 6 dicembre 2011 (“decreto salva Italia”), poi convertito con modifiche nella legge n. 214 del 27 dicembre 2011, dal 1° gennaio 2012 confluita nell’Inps, la quale all’epoca aveva il limite dell’anzianità contributiva massima al compimento del 40° anno di servizio.

Limite ora abolito dall’Inps: Messaggio N. 008381 del 15/05/2012 INPS gestione ex INPDAP.

“Com’è noto prima della riforma pensionistica introdotta dalla legge n. 214/2011, il rendimento pensionistico dei trattamenti liquidati con il sistema retributivo in favore degli iscritti alle casse gestite dall’ex Inpdap era determinato dalla sommatoria della c.d. quota A) e B) di cui all’art. 13 del D.lgs. n. 503/1992, nei

limiti dell’aliquota massima raggiungibile in corrispondenza dei 40 anni di anzianità contributiva. Gli anni eventualmente eccedenti non potevano incidere nella percentuale di rendimento della quota di pensione di cui alla lettera b) dell’art. 13 del D.lgs. n. 503/1992. Per questo motivo, con nota operativa INPDAP n. 26 del 13 giugno 2008 furono dettate disposizioni volte a garantire la valutazione più favorevole in termini di calcolo della prestazione, pur nel limite dell’anzianità massima di 40 anni. Per effetto dell’introduzione del sistema contributivo pro rata, per le anzianità contributive a decorrere dal 1° gennaio 2012 è venuto meno il concetto di massima anzianità contributiva in quanto le anzianità maturate dalla stessa data troveranno comunque, con il sistema contributivo, una valorizzazione ai fini pensionistici, anche per coloro che al 31 dicembre 2011 erano in possesso di anzianità contributive pari o superiori a 40 anni.

Conseguentemente per le cessazioni successive al 31 dicembre 2011 il criterio di calcolo delineato con la richiamata nota operativa n. 26/2008 non potrà più trovare applicazione”.

Giova ricordare alcune recenti pro-

nunce giurisprudenziali che confermano l’interpretazione del Dipartimento della Funzione Pubblica sul servizio effettivo senza la valutazione del servizio militare: Tribunale di Brescia del 10.8.2011 e del 4.11.2011 e da ultimo anche una pronuncia del Tribunale di Bergamo del 18.05.2012.

Le prime due ordinanze sopra citate hanno evidenziato come la novella introdotta dall’art. 22 Legge 183/2010 abbia reso irrilevante “il conseguimento dell’anzianità contributiva massima, essendo l’unico limite quello meramente anagrafico (70 anni...) ed il solo rilievo del servizio effettivo per un numero di anni superiore a quaranta.

“Per tale ultimo aspetto” prosegue l’ordinanza, “va escluso che possa essere utile al computo il servizio militare prestato” atteso che tutte le ipotesi in cui tale servizio è considerato rilevante sono accomunate dall’esser finalizzate “all’ottenimento di benefici previdenziali” fine del tutto diverso da quello relativo al prolungamento dell’attività lavorativa (ammesso sino ai 70 anni).

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

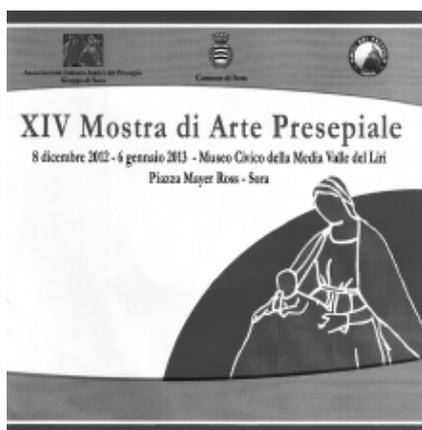
ANCHE IL CRAL ALLA MOSTRA PRESEPIALE DI SORA

Il Cral S.Maria delle Grazie presente alla XIV Mostra di Arte Presepiale che si è svolta a Sora (FR) dall’8 dicembre 2012 al 6 gennaio 2013 al Museo Civico della Media Valle del Liri. La manifestazione, che ha visto la par-

tecipazione di numerosi artisti, ma anche di gente comune, è stata organizzata dal Comune di Sora e dall’Associazione Italiana Amici del Presepio ed ha riscosso un notevole successo di critica e di pubblico.

Il nostro Presidente Nello Nardi, spesso ospite della cittadina laziale, è stato invitato a esporre una sua creazione di presepe artistico (vedi foto) riscuotendo un particolare apprezzamento.

Scoop



CIAO RAGAZZI & CRAL S. MARIA DELLE GRAZIE INSIEME AL MARE

Blu Hotel Portorosa**** Furnari (ME)

Dal 28/06/2013 al 05/07/2013

€ 600,00 a persona in pensione completa bevande incluse

COMPENSIVO DI ACCOMPAGNAMENTO **BUS** ED **ESCURSIONI** A
TAORMINA E SULL'ETNA

3° letto bambino 2/12 n. c. **€ 200**
4° letto bambino 2/12 n.c. **€ 390**
3 /4 letto Adulti dai 12anni **€ 495**

**Per Info e Prenotazioni: CRAL S. MARIA
DELLE GRAZIE – POZZUOLI**
Tel. 081 855 22 15

La quota include: trasferimento da Napoli con bus GT, 7 notti in pensione completa con acqua e vino ai pasti, traghetto villa San Giovanni-Messina A/R, escursioni Etna e Taormina.

La quota non include: tutto ciò che non è espressamente indicato alla voce "la quota include"

I Nostri Servizi
Our Service

CIA RAGAZZI
Prezzi Speciali
CRAL

Crociere
Cruiser

Viaggi di Nozze
Honeymoons

Soggiorni - Villaggi Turistici
Stays - Holiday Villages

Prenotazioni alberghi
Hotel Reservation

Viaggi di Gruppo
Travel Group

Colonie Estive
Holiday Colony

Per Info:
Tel.: 081 5938926
Tel.: 081 5938681
Fax: 081 19731974



Laboratorio ottico

PRENDITI CURA DEI TUOI OCCHI
SCEGLI MEGALABO

QUALITA' - VELOCITA' - RISPARMIO

REALIZZAZIONE IMMEDIATA DI OCCHIALI
DELLE MIGLIORI MARCHE CON LENTI DI QUALITA' GARANTITA

COSTRUZIONE IN SEDE DI LENTI OFTALMICHE

MISURAZIONE COMPUTERIZZATA GRATUITA

CONSEGNA A DOMICILIO



CONVENZIONATO CRAL S.MARIA DELLE GRAZIE

APERTI
DAL LUNEDI AL SABATO
DALLE ORE 8:30 ALLE ORE 20:00
ORARIO CONTINUATO

Via Montagna Spaccata 421/a
80126 Napoli
Tel. 0815886363
info@megalabo.net
info@commerciale.net