

# Il giornalino



Bimestrale - numero **4/2007** Luglio  
dell' **ASSOCIAZIONE MATERANA DEGLI AMICI DEL CUORE**  
**ASSOCIAZIONE ONLUS - ADERENTE AL CO.NA.CUORE**

**INFORMAZIONE PREVENZIONE ATTIVITA' SOCIALE CONVEGNISTICA**

Poste italiane - Spedizione in A.P. - Art.2 comma 20/C Legge 662/96 - Aut. DCO/DCMT/295/2002 del 03/06/02

Direttore Responsabile: **Stefano Mele**

Numero di c/c bancario 18460 Banca Popolare del Materano Numero di c/c postale 10348753 Amici del cuore Matera

Via Nazionale 42 tel. 0835259485 fax 0835314714 tel 0835312331 [www.amicidelcuore.info](http://www.amicidelcuore.info)

Siamo alle porte di un'altra estate che vi auguriamo possiate trascorrere serenamente ed in buona salute. Come abbiamo fatto anche negli anni scorsi all'interno troverete alcuni consigli su come comportarvi nelle giornate più calde ed alcune informazioni nel caso doveste far ricorso all'assistenza sanitaria in un periodo in cui di solito i medici e gli infermieri se ne vanno in vacanza e si riduce quindi l'attività dei reparti ospedalieri.

**Venerdì 8 Giugno** presso la Mediateca provinciale del Palazzo dell'Annunziata all'interno di un convegno sull'ipertensione arteriosa siamo stati invitati dalla dottoressa Elena Bia a tenere una lezione sul volontariato e, nello specifico, sul "Ruolo delle associazioni di volontariato nella diffusione dei messaggi di prevenzione".

**Venerdì 15 Giugno** alle ore 17,30 presso l'Aula Magna dell'Istituto Tecnico Commerciale "A. Loperfido" in Via Aldo Moro 28 abbiamo presentato il libro "**LA GEMMA dei SASSI**" di Maria Rosaria Barbetta e Tony Montemurro sulla **vita di San Giovanni da Matera**.

Il ricavato della vendita del libro sarà devoluto in parte alla nostra associazione per finanziare l'ambulatorio di Cardiologia pediatrica di Tirana in Albania.

Ci pare opportuno dedicare una pagina del Giornalino a questo Santo tutto materano, discretamente sconosciuto, ma la cui opera invece altrove viene notevolmente rivalutata, addirittura come ispiratrice del pensiero di San Francesco, che a lui seguirà qualche decennio dopo.

Quanti volessero possono acquistare presso la nostra sede questo bel libretto, scritto dalla nostra amica Maria Rosaria Barbetta e magistralmente illustrato dal maestro naif Tony Montemurro e rivolto agli adulti, ma soprattutto ai più piccoli.

Facciamo gli auguri più sentiti a Tina e Franco Acito: il 30 Giugno presso la Parrocchia di San Giovanni la loro figlia Marialuisa ha sposato il dottor Cristiano Vernaglione.

Rinnovate la tessera 2007  
Aiutarci costa solo • 25,00



Gruppo Italiano  
Lotta alla  
Sclerodermia



**Che cosa è la sclerodermia**



**LA SINDROME  
METABOLICA**

# Terrorismo in cardiologia

(tratto da "Cuore e Salute n.3-4/2007)

## Domanda del signor F. Ghepari, Napoli

*Qualche giorno fa ho letto sul Corriere della Sera un articolo-intervista, firmato da M. Fronte, il cui titolo era "Il palloncino si sgonfia" e il sottotitolo "Meglio il bypass nella maggior parte dei casi".*

*Sono rimasto disorientato dalla lettura che si aggiunge a molti altri articoli di contenuto diverso o opposto. Immagino che il mio disorientamento troverà un corrispettivo nell'allarme di chi si è sottoposto recentemente ad angioplastica coronarica o che si accinge a farlo.*

*Sarei contento di un approfondimento su quanto sta succedendo.*

## Risponde il professor PierLuigi Prati

Nella lunga storia della malattia coronarica, sia l'avvento della rivascolarizzazione chirurgica (bypass) che quello della rivascolarizzazione non invasiva (angioplastica) furono giustamente salutati come un grandissimo passo avanti nel trattamento di un'affezione nella cui cura il medico era piuttosto disarmato. Milioni di persone, in Europa e negli USA, si sottoposero con successo al ponte di vena safena o di arteria mammaria vedendo scomparire le sofferenze e le limitazioni di vita dell'angina pectoris. Poi apparve l'angioplastica coronarica che consentiva risultati analoghi al bypass senza richiedere una operazione chirurgica, dilatando semplicemente il ramo coronarico con il rigonfiamento di un palloncino. A questo punto sembrava che tutto fosse semplice e chiaro nella disponibilità delle due procedure, nel loro rischio e nei loro risultati benefici.

L'angioplastica comportava il consistente vantaggio di essere poco traumatica ma era gravata da un tasso di restenosi considerevole che si manifestava con la ricomparsa dell'angina. Essa veniva riservata prevalentemente ai soggetti con malattia di un solo ramo coronarico mentre si indirizzava alla chirurgia la correzione della malattia multivasale.

La situazione cominciò a rivoluzionarsi intorno al 2002, quando si affermò che l'associazione dell'angioplastica con lo stent medicato (reticella ricoperta da un farmaco che contribuiva a mantenere aperta la coronaria) aveva definitivamente risolto il problema e rappresentato

"l'addio al bypass". I coronaropatici furono contenti, preferendo evitare i fastidi dell'operazione. Il prof. Serruys, da Amsterdam, esclamò: "Se sto sognando, svegliatemi". Non mancarono però gli oppositori ad una simile, precipitosa conclusione e che richiamarono l'attenzione sugli eccellenti risultati a distanza del bypass persino presenti dopo trenta anni dall'intervento.

La risposta dei chirurghi non tardò ad arrivare, costituita da un tipo di letteratura che sosteneva possibili effetti negativi dello stent nel favorire persistenza dell'angina, comparsa dell'infarto miocardico ed ictus dopo l'angioplastica. La fonte era autorevole (British

Medical Journal), subito condivisa da un gruppo di cardiocirurghi dell'Imperial College di New York. I sostenitori dell'angioplastica non entrarono in sofferenza a causa di queste critiche richiamando l'attenzione sul fatto che, nella ricerca sopracitata, il confronto tra

bypass ed angioplastica era stato effettuato senza utilizzo degli stent medicati. Si dovette però convenire sul fatto che lo stent medicato, molto efficace nel prevenire la restenosi coronarica, poteva tuttavia favorire o causare la trombosi.

Che commento fare a questa battaglia tra medici addetti ai lavori sulle coronarie? Entrambi i metodi (bypass ed angioplastica) hanno grosse benemerite e la scelta non è neppure difficile da individuare.

L'importante è non cedere alle conclusioni fragili o inconsistenti come quella che non vi è differenza signifi-



cativa tra il curare l'angina pectoris con l'angioplastica e l'affidarsi alla vecchia terapia medica con attenzioni allo stile di vita. Le diversità di indicazione tra bypass

ed angioplastica esistono e vanno conosciute: età, condizioni generali, concomitanza di altre malattie, carattere mono o plurivasale della coronaropatia, nozione che lo stent medicato è molto efficace nel prevenire la restenosi coronarica, ma predispone alla trombosi.

Si dovranno evitare le esagerazioni e la precipitazione nel giudicare definitivo un risultato prima di averlo messo a doveroso e rigoroso controllo.

Da qualche tempo, siamo periodicamente investiti da una lenzuolata (come direbbe il ministro Bersani) di critiche e di relativi addii alle cure dell'insufficienza coronarica. Cerchiamo di stare calmi e di evitare diatribe e pamphlets stucchevoli. Posso capire che eserciti di cardiologi siano in apprensione per una presunta minaccia al loro lavoro, ma non vi è equilibrio e serenità nell'affrontare ed impostare i problemi.

Sarà lo studio Syntax a chiarire se nel paziente con malattia coronarica multivasale o del tronco comune l'angioplastica con stent medicato sia sovrapponibile per effetti benefici all'angioplastica con stent medicato o al bypass.

## Genitori e vaccino HPV: ecco a chi rivolgersi

Il vaccino contro il **papillomavirus (HPV)** è il primo vero vaccino anti-cancro.

**Dal gennaio 2008 i genitori di figlie femmine che abbiano compiuto il dodicesimo anno di età dovranno decidere se rispondere alla chiamata del Ministero della Salute il quale offrirà gratuitamente la vaccinazione, che sarà fortemente consigliata ma non obbligatoria.**

Questi virus sono a **trasmissione sessuale** e il vaccino è **efficace soprattutto nelle donne che non sono sessualmente attive**, per questo motivo nei diversi paesi dove esso è disponibile il gruppo di elezione riguarda le ragazze che, mediamente, non hanno ancora avuto la prima mestruazione: si tratta delle ragazze tra gli 11 e i 12 anni.

Per ragazze di questa età è difficile pensare ad una scelta autonoma, al contrario ciò che accadrà sarà che i genitori si faranno carico di questa scelta.

Il Ministero della Salute, con la sua politica di vaccinazione di massa per un gruppo identificato come quello ideale perché la strategia preventiva funzioni, ha già dato una forte indicazione di intenti e si è impegnato a soste-

nere delle campagne informative per i genitori. Ma nel frattempo, visto che gennaio 2008 non è lontanissimo, i genitori possono fare riferimento alle figure a loro più vicine e familiari per avere maggiori chiarimenti.

Tutta la classe medica ha accettato di buon grado l'introduzione di questo vaccino e le diverse figure di medici coinvolti, dai pediatri ai medici di famiglia ai ginecologi, hanno partecipato in maniera cooperativa alla definizione della strategia di vaccinazione.

I medici di famiglia e i pediatri si sono detti disponibili a farsi carico della responsabilità di interagire con le famiglie e di rispondere alle domande dei genitori, nella consapevolezza che proporre una vaccinazione per un tumore derivante da un virus sessualmente trasmissibile ad una ragazza di 12 anni potrebbe destare qualche perplessità nel genitore che non è stato informato con chiarezza.

Anche i ginecologi si faranno carico di informare le madri, che probabilmente saranno il veicolo primario attraverso cui le figlie arriveranno al vaccino o in generale alla cura dei propri organi sessuali, sul vaccino e sulla sua utilità

**A TUTTE LE ORE,  
A TUTTE LE ETA'  
RICORDA:  
MENO DI  
140 e 90 mmHg  
E' MEGLIO**

# IL MAL DI SCHIENA

## Da sapere

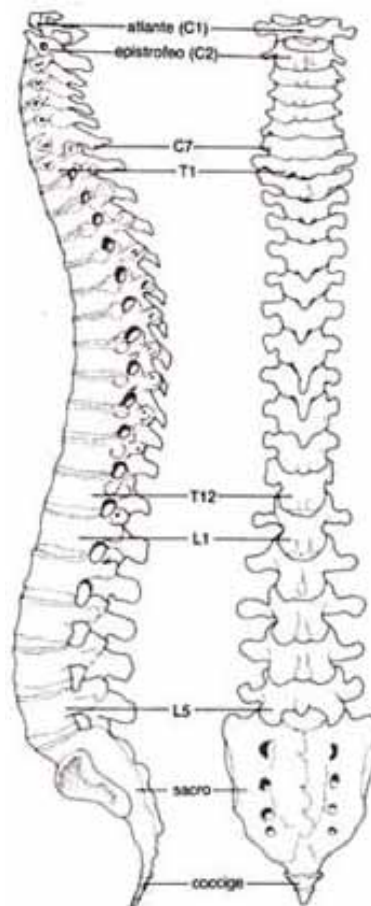
Per mal di schiena si intende comunemente un dolore più o meno intenso e continuo, localizzato nella regione lombare (lombalgia) o anche in corrispondenza dell'osso sacro (lombosacralgia); se è coinvolto il nervo sciatico, un nervo molto lungo che origina in corrispondenza delle prime vertebrali lombari e termina nel piede, il dolore interesserà anche i glutei e gli arti inferiori (lombosciatalgia).

Il mal di schiena è una patologia molto frequente, con un notevole impatto sociale in termini di perdita di giornate lavorative. Almeno una volta nella vita tutti ne hanno sofferto in forma più o meno grave e per un periodo più o meno lungo. Secondo alcuni è in parte conseguenza della capacità acquisita dall'uomo nel corso della sua evoluzione di camminare eretto, su due piedi; la malattia sembra, infatti, molto più rara nei mammiferi quadrupedi, probabilmente perché in essi la colonna vertebrale deve sopportare minori carichi di lavoro.

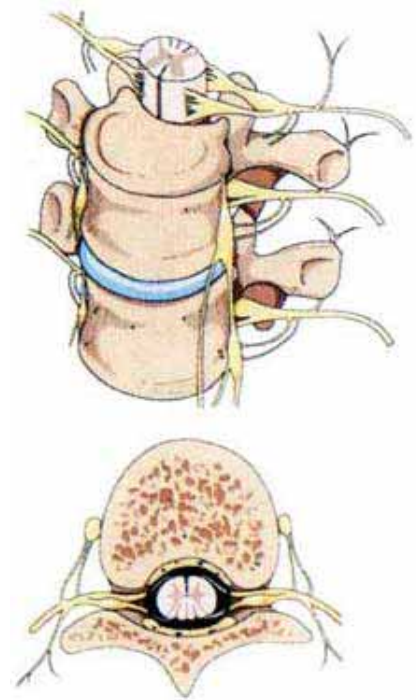
## Sintomi

La lombalgia può essere cronica o acuta. In quest'ultimo caso il dolore si manifesta improvvisamente, spesso in seguito ad uno sforzo anche di lieve entità (sollevare un peso o chinarsi per raccogliere qualcosa), e può essere talmente intenso da lasciare chi ne è colpito curvo in avanti, bloccato da quello che comunemente è chiamato il "colpo della strega"; un semplice starnuto, un colpo di tosse, ogni piccolo movimento aumenta la sintomatologia dolorosa, che è in gran parte dovuta ad una contrattura dei muscoli paravertebrali.

Se è coinvolto il nervo sciatico, il dolore interessa anche i glutei e l'arto inferiore e si associa a formicolii alla gamba e talora difficoltà a muoverla.



Colonna vertebrale: vista laterale e vista posteriore



dall'artrosi (per esempio [artriti](#), connettiviti);

- i [tumori](#) di altri organi (mammella, prostata, utero);
- lo stiramento o l'infiammazione dei muscoli paravertebrali, cioè di quei muscoli posti a stretto contatto della colonna vertebrale e che la sostengono e ne consentono i normali movimenti;
- altre anomalie congenite o acquisite della colonna vertebrale, per esempio la [scoliosi](#).

## Cause

Le possibili cause del mal di schiena sono numerosissime, alcune molto rare. Le più frequenti sono:

- l'artrosi della colonna vertebrale, tipica dell'età avanzata;
- la cosiddetta [ernia del disco](#), che è invece una malattia più frequente nei giovani adulti, ad esordio intorno ai 40 anni;
- l'[osteoporosi](#), prevalente nelle donne in menopausa e che può concorrere al manifestarsi della lombalgia e aggravarla;
- i traumi della colonna vertebrale (contusione, movimenti troppo rapidi o ripetuti di torsione e flessione della colonna vertebrale o, più raramente, una [frattura](#) delle vertebre lombari o dell'osso sacro);
- le malattie reumatiche diverse

## Prevenzione

Specifici esercizi fisici per rinforzare la muscolatura addominale e paravertebrale e una postura corretta sono fondamentali per prevenire dolori e danni della colonna vertebrale. Un'opera di informazione e educazione va iniziata precocemente, fin dalla scuola. Ideale è la disponibilità di banchi cosiddetti ergonomici, con altezza ed inclinazione del piano di lavoro modificabili in base alle caratteristiche fisiche di ogni singolo studente.

A cura di **Alessandro Maturo**  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche,  
Università La Sapienza, Roma

# “UNA TRANQUILLA ESTATE 2007”

Numeri di telefono utili per la Terza Età e non solo

## Emergenza sanitaria **118**

Nelle ore notturne e nei giorni festivi (nei prefestivi dalle ore 10.00) è attiva la Guardia Medica **0835/262260**

Polizia Municipale **0835/2671**

Ufficio Assistenza sanitaria (segr.) **0835/243630**

140/90

120/80



A TUTTE LE ORE,  
A TUTTE LE ETA'

RICORDA:

MENO DI  
140 e 90 mmHg  
E' MEGLIO

## Diagnosi della sindrome metabolica

La sindrome metabolica consiste di molteplici fattori di rischio di origine metabolica, tra loro correlati, che sembrano promuovere lo sviluppo della malattia cardiovascolare aterosclerotica.

I fattori di rischio metabolici comprendono: dislipidemia aterogena (elevate concentrazioni di trigliceridi ed apolipoproteina B, particelle LDL di piccole dimensioni e bassi livelli di colesterolo HDL), elevata pressione sanguigna, elevata glicemia, stato protrombotico, stato proinfiammatorio.

I fattori di rischio sottostanti che possono precipitare la sindrome metabolica sono l'obesità addominale e la resistenza all'insulina.

Altre condizioni associate sono: l'inattività fisica, l'età, lo sbilanciamento ormonale e la predisposizione genetica ed etnica.

### Diagnosi clinica

Nel 2001, il National Cholesterol Educational Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III) ha proposto una semplice serie di criteri diagnostici basati su comu-

ni misure cliniche comprendenti: circonferenza del giro vita, trigliceridi, colesterolo HDL, pressione sanguigna e glicemia a digiuno.

La presenza di alterazioni in 3 di queste 5

misure costituisce una diagnosi di sindrome metabolica.

I criteri diagnostici per la sindrome metabolica sono i seguenti:

- elevata circonferenza del giro vita: maggiore o uguale a 102cm negli uomini e 88cm nelle

- elevati livelli di trigliceridi: maggiore o uguale a 150mg/dl (1.7mmol/l);
- ridotti livelli di colesterolo HDL: minore di 40mg/dl (1.03mmol/l)

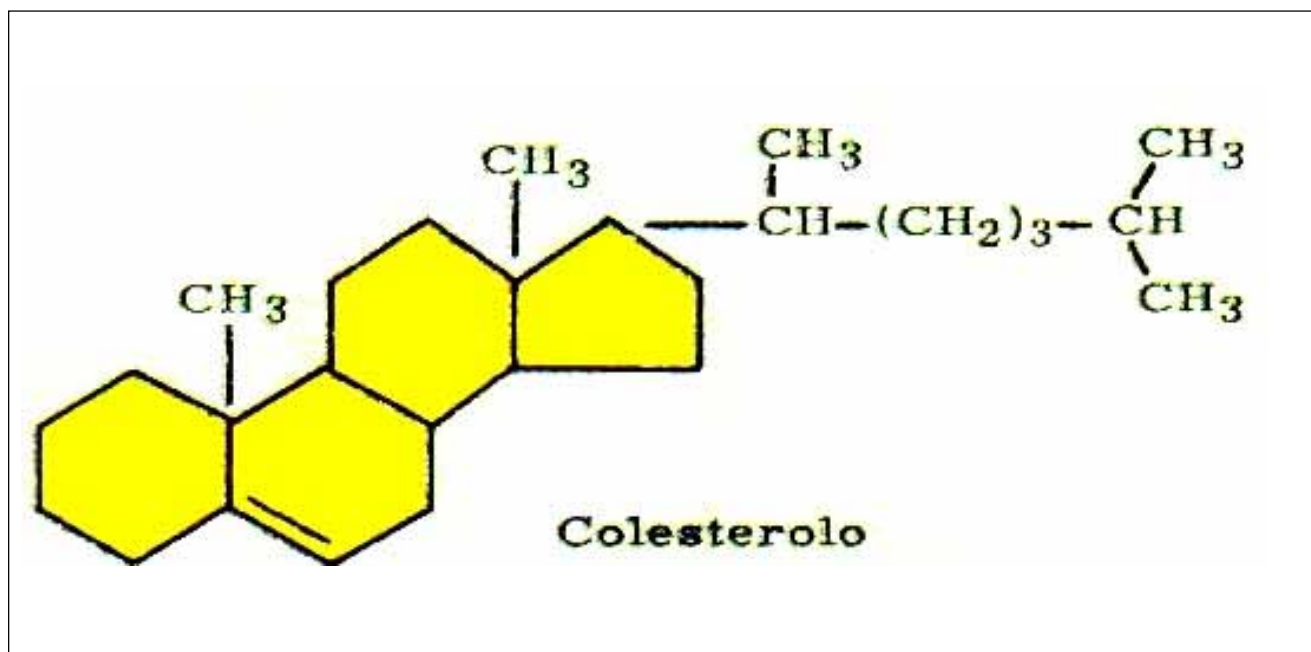
negli uomini e di 50mg/dl (1.3mmol/l) nelle donne;

- elevata pressione sanguigna: maggiore o uguale a 130mmHg per la pressione sistolica ed 85mmHg per



- la pressione diastolica;
- elevata glicemia a digiuno: maggiore o uguale a 100mg/dl.

**Fonte: Circulation, 2005**



## I benefici della riduzione del peso corporeo

Quasi un terzo della popolazione adulta statunitense è obesa, cioè ha un indice di massa corporea ( BMI ) uguale o superiore a 30, ed 1 su 20 è estremamente obeso con un BMI uguale o maggiore a 40. Inoltre, il 17%, circa, dei bambini e degli adolescenti è in sovrappeso.

L'obesità è associata ad un aumento rischio di diabete mellito di tipo 2, malattia coronarica, ipertensione, apnea ostruttiva durante il sonno, tumore, e ad una più alta mortalità e a ridotta longevità.

L'obesità estrema può ridurre l'aspettativa di vita nei giovani adulti di 5-20 anni.

La riduzione di peso, pertanto, fornisce un grande beneficio per la salute.

Una perdita di peso del 5-10% riduce molti rischi per la salute, compreso il rischio cardiovascolare. Tuttavia, i benefici saranno maggiori in caso di mantenimento per lungo periodo del peso ottimale.

Nelle persone in sovrappeso o obese, la perdita di peso raggiunta in 1 o 2 anni porta a miglioramenti della pressione sanguigna, delle misure glicemiche e dei trigliceridi.

Miglioramenti nei valori del colesterolo totale, del colesterolo HDL e del colesterolo LDL sono stati riportati in studi che hanno impiegato interventi dietetici associati ad esercizio fisico.

Quando la perdita di peso è stata raggiunta principal-

mente mediante interventi farmacologici, questi benefici non sono risultati così significativi.

La riduzione dell'assunzione calorica e l'aumento dell'attività fisica sono considerati elementi fondamentali per la riduzione del peso corporeo, tuttavia, questi interventi sullo stile di vita non sembrano fornire successo di lunga durata nei soggetti obesi che desiderano perdere peso corporeo. Quasi la metà del peso perduto con interventi sullo stile di vita è riguadagnato dopo 1 anno.

Dopo 3-5 anni, solo 1 su 5 soggetti riesce a mantenere la perdita di peso e più della metà degli individui obesi ritorna al peso di base.

La farmacoterapia associata ad interventi sullo stile di vita può aumentare l'entità della perdita di peso nell'arco di 6 mesi-1 anno.

Secondo le raccomandazioni dei National Institutes of Health ( NIH ), la farmacoterapia trova indicazione nei pazienti con BMI uguale o superiore a 30 ed anche nei soggetti con BMI uguale o maggiore di 27 in presenza di malattie associate all'obesità e a fattori di rischio.

Attualmente, solo 2 farmaci sono stati approvati per il trattamento dell'obesità nel lungo periodo: Orlistat ( Xenical ) e Sibutramina ( Meridia / Reductil ).

( Xagena2006 )

Gadde KM, Allison DB, *Circulation* 2006; 114: 974-984



I GIUSTI VALORI PRESSORI SONO COMPRESI TRA





## Viaggi lunghi nemici delle vene

Chi viaggia per circa quattro ore al giorno raddoppia, in sole otto settimane, il rischio di sviluppare trombosi venosa qualunque sia il mezzo di locomozione scelto. Lo afferma una ricerca pubblicata sulla rivista on-line *Plos Medicine* e condotto da un gruppo di ricercatori del Leiden University Medical Center in Olanda.

I ricercatori hanno studiato gli effetti sulla circolazione sanguigna dei viaggi di media e lunga durata su un campione di 1900 pazienti in uno studio partito a marzo del 1999 e conclusosi alla fine del 2005. I risultati hanno chiarito che il rischio di trombosi venosa, diversamente da quanto di pensa, è sostanzialmente simile sia che si viaggi in aereo che in auto, in treno o in bus.

Lo studio dimostrerebbe, infatti, che è l'immobilità durante i viaggi ad essere l'elemento scatenante di eventuali emboli.

Lo studio olandese, denominato MEGA, ha anche individuato quali sono i soggetti maggiormente a rischio: individui che hanno la mutazione Leiden del fattore V della coagulazione, soggetti con un indice di massa corporea maggiore di 30. A rischio sono anche i viaggiatori troppo alti o troppo bassi. Un tempo si diceva "sindrome da classe economica" per indicare la trombosi venosa causata da viaggi in aereo, oggi si parla



più in generale di sindrome che insorge dopo viaggi a lunga percorrenza tanto che la si indica come "trombosi venosa del viaggiatore".

Aumentano gli studi condotti su questo tipo di sindrome sebbene non ne siano ancora completamente chiare le cause **tutti i medici concordano**

**nel suggerire a chi si mette in viaggio di alzarsi regolarmente dal proprio posto e fare una piccola camminata per annullare gli effetti dell'immobilità.**

Fonte: Cannegieter SC et al. *Travel-related venous thrombosis: results from a large population-based case control study (MEGA-study)*. *Plos Medicine*







Gruppo Italiano  
Lotta alla  
Sclerodermia



Sede Nazionale    Tel. 02 89 01 32 76    Fax: 02 72094306  
Numero verde 800080266    e-mail: [gils@sclerodermia.net](mailto:gils@sclerodermia.net)

**Frequenza:** 30.000 persone colpite in Italia

## CHE COS'E' LA SCLERODERMIA?

La Sclerodermia è una malattia cronica ed evolutiva, chiamata anche Sclerosi Sistemica (SSc). Il termine sclerodermia, che letteralmente significa "pelle dura", dà un'idea abbastanza precisa di quella che è la caratteristica clinica più evidente: l'indurimento e l'ispessimento della cute in zone più o meno estese della superficie corporea. È una malattia caratterizzata dalla fibrosi della cute che può nel tempo estendersi anche agli organi interni (la fibrosi consiste dall'aumento del tessuto connettivo che circonda i tessuti, a scapito di questi ultimi). Gli organi coinvolti sono soprattutto l'apparato gastrointestinale, i polmoni, i reni e il cuore. La SSc è una malattia di tipo autoimmune; è dovuta cioè alla presenza di una reazione immunitaria diretta contro gli stessi tessuti dell'organismo. Alla fibrosi si associano caratteristiche alterazioni dei vasi sanguigni, soprattutto localizzate a livello delle piccole arterie periferiche e dei capillari. Un segno clinico costante è il fenomeno di Raynaud, che si manifesta con un tipico pallore delle dita delle mani e dei piedi. Il pallore è dovuto alla diminuzione dell'afflusso di sangue alle dita e si accompagna, generalmente, ad una diminuzione della temperatura cutanea, a dolore ed ad alterata sensibilità.

*Il G.I.L.S Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia.(ONLUS con sede centrale a Milano dal 1993) ha ora la sua sede regionale a Matera in piazza Matteotti 2, presso l'Associazione "Il Buon Pensiero".*

*La presidentessa Primarosa Ledda è a disposizione di quanti avessero bisogno presso la sede dell'Associazione (tel 0835 333292 – cell 3338481032) il Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 17 alle ore 18*

## IL GILS BASILICATA CERCA VOLONTARI

Il **GILS - Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia** - cerca volontari che collaborino alla realizzazione di un importante evento di sensibilizzazione che si svolgerà a Matera e nel resto d'Italia **nei giorni 29 settembre (ore pomeridiane) e 30 settembre 2007 (intera giornata).**

Per l'occasione saranno allestite diverse postazioni, in piazza Vittorio Veneto e presso alcune delle parrocchie cittadine, dove i volontari offriranno alla cittadinanza piantine di ciclamino a fronte di un contributo simbolico, destinato a sostenere la ricerca scientifica per la lotta a questa patologia. Si tratta di una malattia cronica evolutiva autoimmune, della quale restano ancora sconosciute le cause scatenanti, anche se recenti studi clinici hanno messo in luce il ruolo fondamentale giocato dalla predisposizione individuale e dal patrimonio genetico.

Chiunque intenda contribuire al buon esito della manifestazione attraverso un concreto gesto di solidarietà, può rivolgersi alla **sede GILS per la Basilicata, p.zza Matteotti n. 2 Matera, tel. 0835/333292, nei seguenti giorni: lunedì – mercoledì – venerdì dalle ore 17.30 alle ore 19.00.**

# VITA DI “SAN GIOVANNI DA MATERA”

*Abate fondatore della Congregazione Benedettina di Pulsano*

Nato nella Città dei Sassi, nell'anno 1080, dalla nobile famiglia “De Scalzonibus” (Scalcione), Giovanni da fanciullo si forma culturalmente e spiritualmente presso il monastero Benedettino di San Eustachio, in Cattedrale.

Attratto dalla vita religiosa in gran segreto, ancora giovinetto, fugge su un asinello verso Taranto ove si fa pastore di greggi e servo presso una Comunità di monaci; in estrema penitenza, con digiuni e preghiere, viaggia eremita per Calabria e Sicilia; cibandosi di erbe e fichi selvatici, dorme penitente in una vasca di acqua gelida per vincere il sonno e poter lungamente pregare.

Ritorna a Matera; si rifugia nei pressi di Ginosa; sfugge malinconicamente alla ricerca dei genitori; mantiene promessa di non parola per due anni; dopo affannosa ricerca del Padre Celeste riceve finalmente l'intimo colloquio con il Divino; instancabile missionario ed evangelizzatore viaggia in lungo ed in largo per le Terre di Lucania e di Puglia; soffre senza freno persecuzioni ed angustie in nome di Dio; subisce il supplizio delle carceri e delle catene per mano di dominatori corrotti e tiranni; sopporta instancabile il dolore; vive il conforto e la visione di San Pietro, dell'Angelo consolatore e della Madonna; Gesù gli appare, invece, alla presenza del suo amico benedettino San Guglielmo da Vercelli.

Inviato dalla Vergine al Santuario di San Michele e Pulsano (FG) svolge intensa azione apostolica ove ripara il monastero e fonda la nota congregazione Benedettina dei Pulsanesi biancovestiti.

Per dono di Dio manifesta, per dieci anni, virtù miracolose e potenza taumaturgica su malati e storpi; concede grazie a quanti lo hanno conosciuto e cercato; comanda sulla morte; vince su Satana; sana gli indemoniati; decide sulla pioggia liberando i contadini dalla siccità.

In Foggia, nel 1139, muore all'età di sessant'anni manifestando ancora miracoli alle genti del Gargano ed a quanti lo hanno invocato; le sue Ossa Sacre, nel 1830, furono successivamente

traslate in Matera per volontà popolare e poste, tutt'oggi, in urna d'argento presso l'altare minore della Cattedrale; il venti giugno si ricorda la Sua memoria e la plurisecolare devozione dei cittadini materani per le grazie ricevute.



## Una parola alla volta: T.I.A.

### **Attacchi ischemici transitori**

Con l'acronimo TIA ci si riferisce al Transient Ischemic Attack (attacco ischemico transitorio), ovvero alla momentanea perdita di alcune funzioni cerebrali dovuta ad una transitoria insufficienza di flusso ematico cerebrale (ischemia) causata da piccole occlusioni trombo-emboliche...

*Parole di una nostra piccola amica del cuore, volontaria, trapiantata, che dona con passione il suo tempo per i bambini albanesi*

### *Un arcobaleno di emozioni*

*Sono trascorsi mesi, qualche giorno, delle ore,  
e minuti e secondi,  
distanza nei tempi da quegli attimi intensi, infiniti.*

*Il tempo non ha cancellato il colore di quei momenti:  
al nero della disperazione e  
al marrone della lontananza forzata e improvvisa,  
si sono miscelati in un unico impasto  
il bianco della sapienza e della professionalità  
l'arancione dell'amicizia  
il celeste della complicità  
il rosa dell'accoglienza  
il giallo dell'allegria  
il rosso della forza  
il verde della speranza  
che aumentava giorno dopo giorno al Monaldi di Napoli.*

*Fino al momento in cui l'attesa terminava in un grido di gioia:  
**il cuore era arrivato!!***

*Un arcobaleno di emozioni, uniti ma distinti fra loro, ho sentito  
dentro me.  
Il tempo è passato, un cuore nuovo batte nel mio petto,  
e ad ogni battito mi ricorda questo pezzo di vita,  
nel male e nel bene,  
in cui mi avete preso come un uccellino dalle ali ferite  
e curato la tristezza di quei momenti, la nostalgia e la solitudine.  
Mi avete dato tutto quello di cui avevo bisogno: non solo questo cuore nuovo.*

*Adesso ho ripreso a volare nel cielo della vita:  
ovunque andrò saprò di non essere sola,  
ovunque andrò avrò la meravigliosa certezza  
che vi sono persone speciali... come voi!*

*Lucia Persia*

# “UNA TRANQUILLA ESTATE 2007”

Consigli utili per la Terza Età e non solo.

## Consigli per la prossima estate:

- non uscire nelle ore molto calde, fare la spesa nelle prime ore del mattino o in tardo pomeriggio;
  - per chi si reca in campagna: andare al mattino presto, non esporsi al sole nelle ore calde (10.00 -18.00), rientrare o per le 10.00 o dopo le 18.00;
  - bere acqua in abbondanza, evitare alcolici;
  - evitare pasti abbondanti, preferire cibi leggeri privilegiando pasta, verdure e frutta;
  - soggiornare in ambienti freschi;
  - ripararsi dal sole con un copricapo leggero;
  - per quanti assumono diuretici: integrare i liquidi persi con le urine ed il sudore in presenza di caldo eccessivo, febbre, diarrea, vomito;
  - controllo medico in presenza di stanchezza eccessiva, secchezza della bocca, diarrea, vomito;
  - favorire il controllo e l' integrazione nel quartiere dell'anziano, soprattutto se solo;
  - in presenza di anziano solo e ammalato, contattare subito il medico di fiducia ed i responsabili istituzionali per eventuali misure domiciliari di assistenza sociale, se necessari.
-