Notiziario Cuore Amico

NUMERO 2 / NOVEMBRE 2014

Le bellezze della Riviera del Brenta fra luci e ombre

Foto sopra: la veduta dal fiume di Villa Ferretti nella incisione di Gianfrancesco Costa (ca. 1750). Essendo realizzata con la camera ottica la ripresa è molto realistica. Il disegno è di grande effetto e l'incisione è magistrale. Foto sotto: il prospetto sud e la corte con la cancellata visti da via Brenta Bassa in una foto del 1987. L'assetto cromatico era molto più appropriato della uniforme giallina di oggi.

Pubblicazione curata da
Associazione Cuore Amico
Mirano - Venezia

Direttore responsabile
G.C. Dal Corso

Coordinatore di Redazione e della grafica
Vittorio Pampagnin

Autorizzazione del Tribunale di Venezia
Reg. Prov. 1456
01.07.2003

Redazione e Sede Sociale
Via Luigi Mariutto, 13
30035 Mirano - Venezia
Tel. e fax 041.5795707
Casella Postale 49
www.cuoreamico.com
presidente@cuoreamico.com

Questo numero
è stato stampato
in 1500 copie

Stampa
La Press
Fiesso d'Artico (Ve)
Tel. 049.502722

Foto
Archivio Cuore Amico

Trattamento percutaneo della stenosi aortica

Riccardo Turri, Carlo Penzo, Andrea Pacchioni, Salvatore Saccà e Bernhard Reimers Direttore della Cardiologia di Mirano (Ve)

Introduzione

La stenosi valvolare aortica (SA) è la più comune valvulopatia negli adulti ed è una patologia in continuo aumento. È più frequente negli anziani ed è responsabile di un'importante morbidità e mortalità.
Si parla di stenosi quando una valvola non si apre a dovere quando il cuore deve espellere il sangue nel circolo. Questa mancata riduzione dell'apertura è dovuta a calcificazioni che impediscono il movimento della valvola e riducono l'apertura. Si parla di stenosi aortica severa quando l'apertura è inferiore ad 1.0 cm^2 (contro i >2.5 cm^2 normali).

In presenza di una stenosi aortica il cuore deve sviluppare una pressione molto elevata per espellere il sangue con il rischio di 'stancarsi' nel tempo. I principali sintomi che possono affliggere i pazienti con SA sono il dolore toracico (angor), la mancanza di respiro anche da piccolissimi sforzi (dispnea), l'edema polmonare e gli svenimenti (sincope). In caso siano presenti questi sintomi e con un concomitante soffio al cuore la diagnosi di SA viene fatta mediante esecuzione di un ecocolor-Doppler del cuore (ecocardiogramma).
In pazienti con SA severa vi è indicazione sempre all'intervento in particolar modo quando concomitano uno o più dei suddetti sintomi.
La terapia di questi pazienti è stata storicamente la sostituzione valvolare per via chirurgica con apertura del torace per sternotomia. Esiste tuttavia un gran numero di pazienti che non può affrontare un intervento a cuore aperto a causa dell'età troppo elevata, delle possibili comorbidità (come malattie polmonari, neoplasie, ecc.) o per problemi tecnici legati all'intervento (ad es. aorta molto calcifica a 'porcellana', insufficienza respiratoria, ecc.).
Fino a qualche tempo fa questi pazienti andavano incontro alla morte in pochi mesi senza possibili soluzioni terapeutiche.
Il primo tentativo di trattare in modo non chirurgico i pazienti con SA severa è stato quello di eseguire una valvuloplastica aortica; questa consiste nel gonfiare un palloncino all'interno della valvola spaccando il calcio ed ingrandendo l'orifizio. Tale metodica viene tuttavia utilizzata raramente a causa della sua durata limitata nel tempo che risulta essere in media di 6 mesi. Per questo motivo è stata sviluppata una nuova tecnica meno invasiva che ha permesso di trattare i pazienti con SA severa ad elevato rischio chirurgico: l'impianto di valvola aortica per via transcatetere (TAVI).
Questo metodo, sviluppato nel 2002 da Cribier, si è via via evoluto comportando un miglioramento dei materiali utilizzati ed un allungamento della prognosi post-intervento.

Le bioprotesi aortiche transcatetere

Le valvole aortiche da posizionare con un catetere sono funzionalmente identiche alle bioprotesi chirurgiche. Esse hanno un telaio metallico che costituisce il supporto a foglietti (cuspidi) in pericardio animale che fungono da valvola; si aprono quando il sangue viene espulso dal cuore e si chiudono quando il cuore si riempie con il sangue ossigenato proveniente dai polmoni, per poi, nel prossimo battito, espellerlo. La maggior differenza tra la valvola chirurgica e quella transcatetere è che il chirurgo toglie le calcificazioni prima di cucire, punto per punto, la nuova valvola nel aorta.
La valvola transcatetere viene espansa con un pallone oppure si auto-espande (come una molla)

'schiacciando' la vecchia valvola di lato. Nonostante questo 'schiacciamento', i risultati clinici appaiono molto buoni.
In Italia attualmente sono disponibili diverse valvole aortiche transcatetere di cui alleghiamo qualche immagine.
La valvola SAPIEN XT è costituita da pericardio bovino e viene rilasciata mediante gonfiaggio di un pallone; le misure disponibili per questa valvola vanno dai 23 mm ai 29 mm di diametro, e permette di trattare annulus aortici da 18 a 27 mm.

La valvola COREVALVE è costituita da pericardio porcino ed è auto-espandibile; le misure disponibili per questa valvola vanno dai 23 ai 31 mm di diametro, e permette di trattare annulus aortici da 18 a 29 mm.

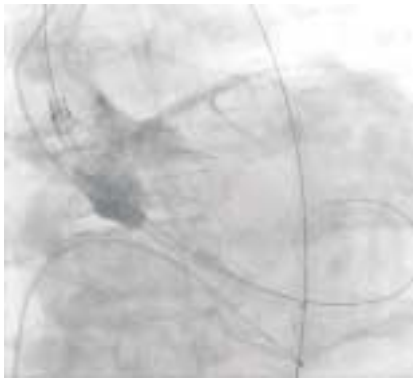
La valvola LOTUS è costituita da pericardio bovino e viene rilasciata mediante un sistema di espansione meccanica controllata che ne permette la ricattura in caso di un errato posizionamento; le misure disponibili vanno dai 23 ai 27 mm di diametro, e permette di trattare annulus aortici da 20 a 27 mm.

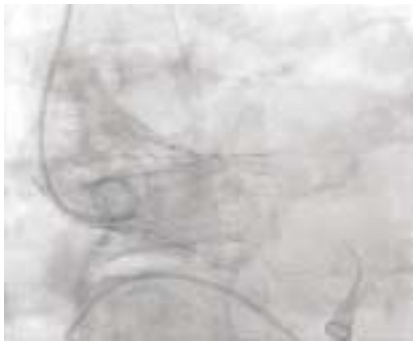
Tecniche di impianto

L'approccio transfemorale è quello più comunemente utilizzato e prevede la puntura dell'arteria femorale all'inguine dei pazienti; successivamente vengono introdotte delle cannule di dimensioni per noi elevate (diametro 6-8 mm), pensando che per una angioplastica coronarica bastano 2-3mm.
Una volta superata la valvola aortica con il catetere, viene posizionata la bioprotesi aortica.
La valvola viene rilasciata quando secondo la scopia e l'aortografia si è in posizione corretta, ovvero in allineamento con il piano valvolare aortico (vedi figure sottostanti). Subito dopo la procedura vengono eseguiti un'aortografia ed un ecocardio per verificare il corretto posizionamento e funzionamento della protesi (attraverso la misurazione del gradiente pressorio transvalvolare), e la pervietà delle coronarie.
La terapia farmacologica consiste nella somministrazione di aspirina, di eparina durante la procedura e talvolta anche di un secondo antiaggregante per un periodo temporaneo di tempo prima e dopo la procedura. Generalmente dopo la procedura il paziente rimane in monitoraggio per 24-48 ore all'interno dell'Unità Coronarica prima di essere trasferito nel Reparto di Cardiologia.

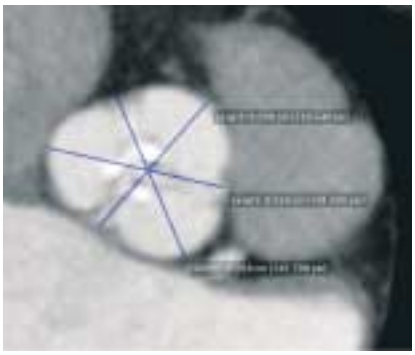
Valutazione pre-operatoria

La valutazione del paziente prima dell'impianto di una TAVI è un processo lungo e delicato.
Come primo passo è necessario confermare la severità della stenosi aortica mediante ecocardiogramma; successivamente andranno valutati i sintomi del paziente e andrà valutato il rischio operatorio e la spettanza di vita del paziente.



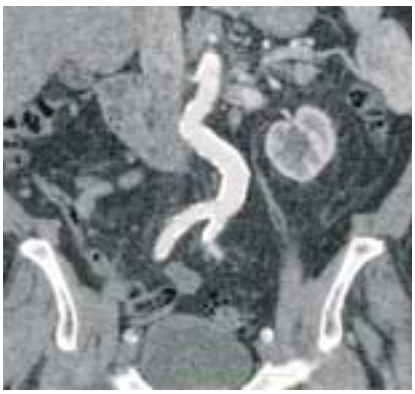


Una volta eseguiti questi passaggi, sarà necessario eseguire uno studio coronarografico per valutare l'eventuale coesistenza di una patologia coronarica, comprensivo di aortografia per valutare alcuni dati tecnici necessari per l'intervento.
Successivamente viene quasi sempre eseguita un'angio-TC aortica sia per valutare correttamente le dimensioni dell'annulus, necessarie per decidere la misura corretta della protesi, sia per valutare l'anatomia dell'asse iliaco-femorale (diametri minimi,



Un intervento del dr. Reimers in video conferenza

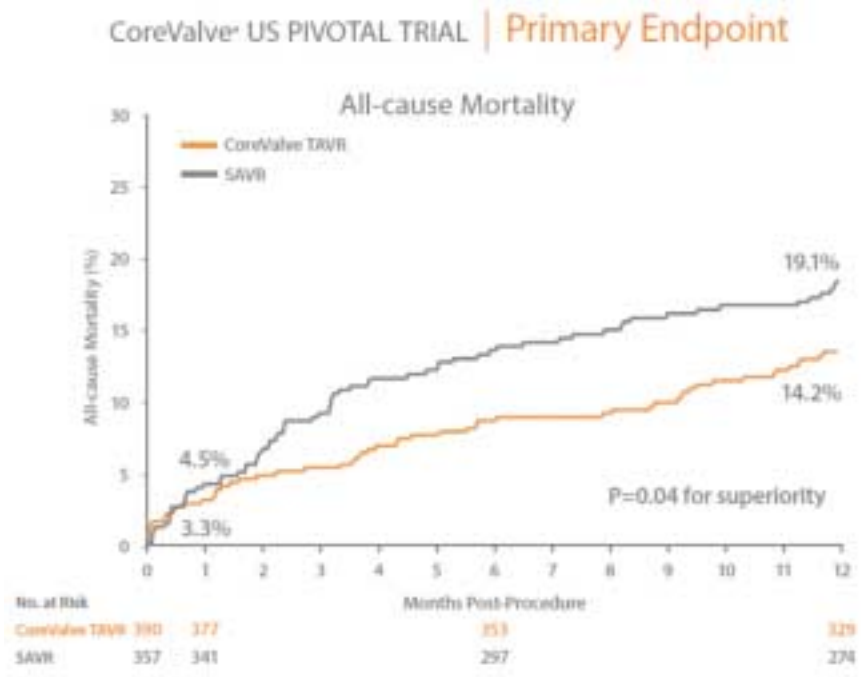
tortuosità e calcificazioni), dati necessari per il corretto svolgimento della procedura. Tutti questi fattori vengono successivamente valutati da un Team Multidisciplinare (Heart Team), che in ultima analisi decide se proporre al paziente l'intervento cardochirurgico, l'impianto di TAVI oppure, in



pazienti molto fragili e con bassa spettanza di vita, l'indicazione a continuare la terapia medica anche per evitare un **Rischio dell'intervento.**
L'intervento di sostituzione valvolare aortica non è a rischio zero. Generalmente indichiamo al paziente un rischio di morte o ictus del 5-10% a secondo dello stato generale. Per definizione questo rischio dovrebbe comunque essere più basso rispetto alla chirurgia. Nonostante la bassa invasività della procedura (inserimento di cannule di 6-8mm) si possono verificare complicanze a livello delle arterie dell'inguine che richiedono trattamento mediante posizionamento di stent o mediante riparazione chirurgica da parte del chirurgo vascolare. L'ictus cerebrale causato da embolizzazioni di frammenti di calcio nel cervello è fortunatamente molto basso (<2%). Non è infrequente (15-25%) che i pazienti trattati con TAVI necessitino dell'impianto di un Pacemaker in seconda o terza giornata.

Risultati

I risultati degli impianti di TAVI sono sempre più incoraggianti. Oggi il successo procedurale dell'intervento nei centri esperti è superiore al 90%. In studi internazionali è stato dimostrato che la TAVI è superiore alla terapia medica in pazienti che non possono essere operati a cuore aperto. Più recentemente sono stati confrontati i risultati di pazienti ad alto rischio operatorio trattati con chirurgia



e TAVI; dai primi dati appare che le due procedure diano risultati sovrapponibili nei primi anni dopo l'intervento. Bisogna chiaramente aspettare ancora qualche anno per trarre conclusioni più definitive ma il progresso della tecnica meno invasiva pare difficilmente arrestabile.

L'esperienza Miranese

Mirano ha iniziato la sua esperienza di TAVI nel 2008; dopo Padova è il secondo centro nel Veneto. Da allora sono stati trattati più di 150 pazienti con risultati molto soddisfacenti in termini di complicanze e sopravivenza nel tempo. Il limite maggiore di tale procedura è il costo molto elevato della valvola transcatetere (16.000 – 22.000 €). In questa sede è doveroso ringraziare la perfetta collaborazione e sintonia con i nostri cardiochirurghi per consigliare e trattare i pazienti il meglio possibile. Senza di loro non sarebbe possibile effettuare l'impianto delle valvole con il catetere.

Conclusioni

L'impianto di TAVI è una delle poche, vere rivoluzioni dell'interventistica cardiovascolare ed è da mettere allo stesso gradino dell'angioplastica e dello stent. Questa tecnica permette di trattare pazienti ad elevato rischio o con controindicazioni chirurgiche, che non potrebbero altrimenti essere curati.
I risultati a breve e medio termine sembrano incoraggianti, e i progressi tecnologici delle valvole percutanee fanno ben sperare ad un futuro utilizzo anche nei pazienti a rischio chirurgico intermedio.

Ricordo del dott. Rosario Perfetto

Il giorno 22 maggio 2014 è venuto a mancare, all'età di 81 anni, l'amico Rosario Perfetto, lasciando un vuoto incolmabile all'interno della nostra Associazione.
Alla fine degli anni '90, dopo aver terminato la propria attività lavorativa, assieme ad altri 17 soci fondatori Rosario ha contribuito a far nascere l'Associazione Cuore Amico Mirano, dedicandosi anima e corpo all'attività di volontariato. Oltre a collaborare con Cuore Amico, infatti, ha partecipato come dirigente anche alle attività della Croce Rossa Italiana e dell'AVAPO (Associazione Volontari Pazienti, Oncologici).
Rosario per molti anni ha svolto, sempre accompagnato ed affiancato dall'instancabile moglie Cristina, l'importante ruolo di Economo e Segretario dell'Associazione.
Si è contraddistinto per professionalità, disponibilità ed entusiasmo. Grazie a Lui la nostra Associazione è cresciuta nel tempo moltissimo, facendosi conoscere per l'importante ruolo sociale ed educativo in campo sanitario.
Rosario ha contribuito allo sviluppo della cultura della prevenzione cardiologica nel nostro territorio, facendosi promotore di numerosi progetti ed in particolare di quello denominato "trattamento multidisciplinare delle malattie cardiovascolari". Crediamo, pertanto, che il modo migliore per ricordarlo e ringraziarlo, sia proprio quello di continuare nell'attività di prevenzione cardiovascolare, con l'impegno e la passione che ha saputo trasmetterci.
Ciao Rosario e grazie di cuore da tutto il Direttivo !

Il Presidente
Nicolò Cammarata

Al via, a Noale, una serie di incontri di educazione sanitaria gratuiti e aperti alla cittadinanza

Una task force "preventiva" contro il diabete e le malattie cardiovascolari

L'Ulss 13 mette in campo una task force "preventiva" contro le malattie cardiovascolari ed il diabete.
Il Dipartimento Cardiovascolare (con la Cardiologia Riabilitativa, la Medicina dello Sport e le Cardiologie di Dolo e Mirano), assieme al Servizio di Diabetologia, al Dipartimento di Prevenzione ed alle Associazioni di volontariato (Cuore Amico, A.Di.Mi e A.DI.R.b.) hanno organizzato una serie di incontri di educazione sanitaria gratuiti e aperti alla cittadinanza, che si terranno presso la sala convegni dell'Ospedale di Noale: ogni incontro, della durata di un'ora (8.30 - 9.30), tratterà due temi sempre legati ai problemi cardiologici e diabetologici. "La proposta - spiega Franco Giada, responsabile del servizio di Cardiologia Riabilitativa - matura da un'esperienza, oramai vecchia di alcuni anni, rivolta ai pazienti cardiopatici durante il loro percorso di riabilitazione cardiologica eseguita a Noale.
Su suggerimento dei pazienti stessi, visto il loro apprezzamento per tale iniziativa, abbiamo pensato di estendere la partecipazione agli incontri anche ad altre fasce di popolazione". "Inoltre – continua Giada - dato che molti degli argomenti trattati sono di interesse comune, almeno per quanto riguarda i pazienti cardiopatici e quelli diabetici, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse aziendali disponibili e con spirito collaborativo e multidisciplinare, abbiamo costruito il calendario degli appuntamenti con il contributo di tutti i gruppi di lavoro aziendali potenzialmente interessati (Dipartimento Cardiovascolare, Servizio di Diabetologia, Dipartimento Prevenzione)".
Incontri, quindi, rivolti non solo ai pazienti cardiopatici o diabetici, ma anche ai loro famigliari e a tutti i cittadini che interessati ai temi proposti.
Per partecipare non serve alcuna iscrizione; è sufficiente presentarsi in Sala Convegni dell'Ospedale di Noale nel giorno e ora programmati.
Gli incontri, che si sospenderanno per le vacanze natalizie, riprenderanno poi con un nuovo calendario verso metà gennaio fino al mese di maggio.

Nel dettaglio il calendario di incontri di informazione ed educazione sanitaria in ambito cardiologico e diabetologico:
Sala Convegni O.C. di Noale
ore 08,30 - 09,30
L'ingresso è gratuito e non necessita di iscrizione

17 Settembre 2014
L'Associazione Cuore Amico: l'importanza della prevenzione
Nicolò Cammarata - Cuore Amico Mirano

L'ipertensione arteriosa
Raffaele Franzolin - UTAP Noale

1 Ottobre 2014
La gestione dello stress
Marzia Sarto - Dipartimento Fisiopatologia Cardiovascolare

Benefici dell'esercizio fisico Ruggero Marin - Dipartimento Fisiopatologia Cardiovascolare

16 Ottobre 2014
Alimentazione nel cardiopatico
Luisa Bedin - Dipartimento Fisiopatologia Cardiovascolare

Alimentazione nel diabetico
Alessandra Cosma - Servizio Diabetologia

29 Ottobre 2014
La bronco-pneumopatia cronica
Enzo Faccini - U.O.C. Pneumologia

L'aderenza alla terapia farmacologica
Moreno Scevola - U.O.C. Lungodegenza Riabilitativa

12 Novembre 2014

Idoneità alla guida nel paziente diabetico
Maria Luisa Contin - Servizio Diabetologia

Idoneità alla guida nel paziente cardiopatico
Albino Zanocco - Dip.to Fisiopatologia Cardiovascolare

Modalità per il rinnovo della patente
Federica Boin

26 Novembre 2014

Le patologie osteoarticolari
Sandro Buoso - U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa

Le Associazioni diabetici: il diabetico "guida"
Albino Bottazzo, Giovanni Urso - A.DI. MI. e A.Di.R.B.

10 Dicembre 2014

Idoneità al lavoro nel paziente diabetico e/o cardiopatico
Flavio Valentini - Dipartimento Prevenzione

La terapia anticoagulante orale
Monica Bertolin - Dipartimento Fisiopatologia Cardiovascolare

17 Dicembre 2014

L'attività sessuale nel cardiopatico e nel diabetico
Franco Giada - Dipartimento Fisiopatologia Cardiovascolare

La disfunzione erettile
Fulvio Laganà - U.O.C. Urologia

Ritorna il sito web di Cuore Amico

Carissimi Soci,
siamo felici di comunicare che stiamo completando la rivisitazione del sito web della nostra Associazione!
Il sito non è solo un biglietto da visita ma esprime la capacità comunicativa – relazionale e finalizza il lavoro che quotidianamente la nostra Associazione svolge.
Un nuovo sito web come espressione del percorso fatto, dello stato attuale e dei progetti futuri.
Ci auguriamo che tutto questo possa rafforzare il contatto con i nostri associati.
La nostra Associazione ha ritenuto essenziale il miglioramento della comunicazione online, rendendola di facile consultazione per essere sempre piu' vicino ai propri iscritti e a quanti guardano con interesse l'attività da noi svolta.
Vi aspettiamo su **www.cuoreamico.com** per conoscere i vostri pareri, le vostre impressioni, i vostri suggerimenti e le vostre critiche.

P.R.E.S.T.O. Un acronimo che può salvare la vita

Ha mosso i primi passi già da qualche mese il progetto denominato PRESTO (Pronta Rianimazione e Soccorso in Tempo Ovunque). Un progetto elaborato dall'Associazione Cuore Amico in collaborazione con l'Associazione Amici del Cuore della Cardiologia di Venezia la quale aveva già costatato la validità dell'iniziativa avendola sperimentata con successo in altre circostanze.
I destinatari di questa iniziativa sono principalmente (ma non necessariamente solo loro) i famigliari di persone colpite da eventi cardiologici. Infatti, è statisticamente dimostrato, che soccorrere prontamente e opportunamente un soggetto colpito da un simile evento, può aumentare, e non di poco, le probabilità di sopravvivenza del soggetto medesimo. È risaputo che con l'arresto cardiaco la circolazione sanguigna subisce un'improvvisa interruzione poiché il cuore non è più in grado di esercitare con efficacia la sua funzione. Se non si interviene prontamente (entro 4/5 minuti) la persona colpita ha scarsissime probabilità di sopravvivere o di evitare seri danni cerebrali causa il mancato apporto di ossigeno al cervello. Poiché la maggior parte di questi eventi accadono all'interno delle mura domestiche, ecco l'importanza che ci sia un famigliare in grado di riconoscere che si trova di fronte ad un'emergenza cardiologica; una persona che si dimostri capace di agire velocemente ed allertare i soccorsi.
Ad oggi si sono svolte tre sedute; due a Noale (24 febbraio e 16 maggio 2014) e una a Dolo (12 maggio 2014); in quest'ultima, tra l'altro, ha presenziato, e ha portato il suo saluto, il dottor. Daniele D'Este Direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ulss 13.
Sono oltre cinquanta le persone che hanno frequentato le sedute fin qui svolte e a tutte è stato rilasciato un attestato di partecipazione.
Entro la fine del 2014 si prevede di organizzare almeno altri due incontri per proseguire poi il prossimo anno.
Come è noto la partecipazione ai corsi è completamente gratuita e per iscriversi è sufficiente contattare la segreteria dell'Associazione Cuore Amico sede di Mirano tel. 041 5795707 il lunedì e il venerdì dalle ore 9.30 alle ore 11.30 e sede di Noale tel. 041 5896505 il martedì e il giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00.

Vip

Corso di formazione svoltosi a Dolo nel quale è intervenuto anche il dr. Daniele D'Este

Prendi la bicicletta e vai

Anche con il pacemaker

Abbiamo chiesto in prestito questo titolo al grande giornalista sportivo Giuseppe Ambrosini il quale, una cinquantina di anni fa, ha scritto un bellissimo libro dandogli quel titolo: "Prendi la bicicletta e vai" per l'appunto. Forse l'Autore di questo racconto non l'ha letto ma e come se l'avesse fatto tanto è l'entusiasmo che traspare da questa sua esperienza ciclistica e tanto è l'amore che dimostra verso la sua bici. Ecco cosa dice.

"Sono un giovanotto del 1950, donatore AVIS.
Mi sono avvicinato al mondo dello sport in età avanzata, infatti ho partecipato alla mia prima maratona all'età di 51 anni stabilendo un tempo di 3h 56' 26". Nel 2002 ho scoperto la passione per la bicicletta e da quel momento non l'ho più abbandonata. Dal 2005, ogni anno, insieme ad un gruppo di ciclisti donatori AVIS, prendiamo parte ad un'iniziativa solidale della durata di una settimana, che ci ha permesso di visitare splendide località.
La prima volta siamo stati in visita a Roma da Papa Wojtyla, successivamente siamo stati in Sardegna, Sicilia, Toscana e a San Giovanni Rotondo da Padre Pio.
Nel Dicembre 2011 ho avuto un problema cardiaco, mi hanno impiantato un pacemaker e pensavo di dover abbandonare definitivamente la mia passione per la bicicletta (è come se fosse la mia morosa, non mi tradisce mai!!).
Dopo 3 mesi di assoluto riposo ho pensato di rivolgermi alla Cardiologia Riabilitativa e alla Medicina dello Sport di Noale, con la speranza di poter riprendere l'attività sportiva come prima. Fortunatamente ho trovato un'équipe

medica molto disponibile che si è subito interessata al mio problema. Vi svelo un aneddoto. Ricordo ancora le testuali parole del Dott. Giada: "Signor Pettenò, lei è un caso clinico interessante". Grazie alla loro professionalità, quest'anno ho preso parte all'iniziativa "Pedalando con i Papi", nata da un gruppo di persone di Sappada, tra cui Silvio Fauner (5 medaglie olimpiche, 7 medaglie mondiali). L'idea di organizzare questo evento è nata in quanto a Sappada hanno soggiornato Papa Giovanni XXIII e Papa Giovanni Paolo II. Il tour prevedeva 5 tappe, da Sappada a Roma, con partenza il giorno 24 aprile Ecco il calendario:

24/04 Sappada-Venezia: km 204

25/04 Venezia-Ravenna: km 170

26/04 Ravenna-Pieve Santo Stefano: km 135

27/04 Pieve Santo Stefano-Orvieto: km 180

(con oltre 2000 m di dislivello)

28/04 Orvieto-Roma: km 175

È stato un pellegrinaggio ad altissimo coinvolgimento emotivo che ha avuto il suo apice il giorno 30/04 quando abbiamo avuto l'incontro con Papa Francesco. Abbiamo omaggiato sua santità consegnandogli la maglia del pellegrinaggio e una statua raffigurante la Madonna col Bambino, opera dell'artista umbro Fiorenzo Bacci.

Se ho potuto partecipare a questo bellissimo tour il merito è sicuramente da attribuire a tutta l'équipe della Cardiologia Riabilitativa e della Medicina dello Sport di Noale.

Un grazie di cuore per la vostra professionalità e disponibilità.

Renzo Pettenò

Il gruppo dei pedalatori: Renzo Pettenò è il quarto da sx.

Un pensiero per Luigi Maren

Mi piace pensare che quando Luigi Maren ha chiuso gli occhi per intraprendere il lungo viaggio verso l'aldilà un dolce sorriso gli si sia impresso sulla faccia finalmente rasserenata dai morsi dell'agonia. E, conoscendolo bene, mi piace pensare che il suo ultimo pensiero sia ricorso a quel detto tanto caro al grande poeta indiano Rabindranath Tagore; un richiamo non casuale poiché Luigi lo riteneva un modello da imitare e un insegnamento da applicare. "Dormivo e sognavo che la vita era gioia; mi svegliai e vidi che la vita era servizio. Volli servire e vidi che servire era gioia". Ed è proprio così perché Luigi Maren ha dedicato una gran parte della sua vita a coniugare, nel senso più nobile, il verbo servizio.

Luigi Maren è entrato ell'Associazione Cuore Amico di Mirano fin dal sorgere di questo sodalizio, e fin dal primo momento si è messo a disposizione ricoprendo incarichi di vario tipo, non tirandosi mai indietro e svolgendo con entusiasmo e passione i compiti che gli venivano assegnati. Non v'è stata riunione alla quale Luigi non vi abbia partecipato e non v'è stata manifestazione cui abbia fatto mancare il suo apporto. Anche per questo i suoi colleghi del Direttivo lo apprezzavano e gli volevano bene. Come lo apprezzavano e gli volevano bene tutte le persone che hanno avuto il piacere di conoscerlo, di rallegrarsi della sua amicizia, di sentire le sue storie legate a un tempo lontano quando la sua Venezia era diversa da quella stereotipata di adesso. A modo suo Luigi Maren era un filosofo. Una volta l'ho sentito dire che solo l'essere umano è in grado di meravigliarsi: si meraviglia persino della sua esistenza e del perché il mondo esiste. Ma se così non fosse diceva, non ci domanderemo neppure perché la vita ha un termine, perché esiste il dolore della disperazione, la gioia dell'attesa e così via; tutto sarebbe ovvio e scontato. Forse sarebbe meglio ma così non avremmo avuto i Grandi del passato e le millenarie Civiltà. E questa sua filosofia, questi dubbi, queste incertezze, queste esaltazioni, con maestria Luigi Maren ha saputo trasferirle nelle sue poesie dove gli ha mischiate ai momenti di sconforto dettati dalla solitudine o lo scoprirsi malato e indifeso.

Luigi Maren è stato un poeta della vita. Amava scrivere ciò che vedeva, ciò che sentiva e, molte volte, perché dettate da quegli "Orizzonti dell'Anima", come dice nel suo libro di poesie scritto alcuni anni fa.

Rileggendo quel libro ho rivisto Luigi, col suo bel faccione di guerrigliero sud-americano, ho risentito il suo parlar forbito venezian-popolare quasi del tutto scomparso. Più che come un collega mi piace ricordarlo come conoscitore delle tradizioni veneziane, come appassionato di ornitologia e per l'amore che nutriva per gli animali in generale. Mi piace ricordarlo per la sua capacità di cogliere le sfumature che ci circondano e che ci sfuggono. Mi piace ricordarlo per la delicatezza che usa nell'accarezzare i capelli di sua madre, per come le posa le labbra per baciarle la fronte; per come racconta i vecchi seduti nelle osterie veneziane che non ci sono più, per la sua insistente domanda: cos'è l'indifferenza?

Una domanda inascoltata la Tua caro Luigi alla quale però, forse inconsapevolmente, nel tuo libro dai una risposta; una risposta che noi tutti del Direttivo di Cuore Amico ci sentiamo di far nostra: l'Indifferenza deprime e, a volte, fa giungere a una tristezza senza fine.

Buon viaggio Caro Luigi.

Ti ricordano con affetto il Presidente Nicolò Cammarata e tutto il Direttivo.

Vip

Sale e sapienza

Dott.ssa Monica Bertolin coord. infermieristico U.O.C. Cardiologia Dolo

Mangiare è un piacere per tutti noi.
Il cibo è un momento di condivisione, di chiacchiere, un'opportunità di socializzazione e di festa ma è necessario porre attenzione alle nostre abitudini alimentari. Infatti, noi tutti, per dare sapore ai piatti che portiamo in tavola, spesso aggiungiamo troppo sale oppure utilizziamo con troppa frequenza alimenti ricchi di sodio senza soffermarci sugli eventuali danni alla salute che tali abitudini possono causare, ed Il sale contiene al suo interno un alto contenuto di sodio. È noto che un consumo eccessivo di sale può favorire sia la ritenzione di liquidi che l'insorgere di malattie quali l'ipertensione arteriosa. L'ipertensione purtroppo è una malattia silente e può colpire persone di qualsiasi età causando malattie quali l'infarto, lo scompenso cardiaco, l'ictus celebrale o l'insufficienza renale.
La quantità di sodio naturalmente contenuta nei cibi freschi e cucinati senza aggiunta di sale è sufficiente a soddisfare le esigenze dell'organismo, tranne in casi di sudorazione estrema.
Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, il consumo pro capite attuale di sale è di 10-15 gr al giorno; questa quantità è 2-3 volte maggiore rispetto a quanto suggerito dall'OMS. In condizione di salute, viene consigliato un apporto di sale pari a 5-6 gr al giorno.
Rispetto alle nostre abitudini alimentari e culinarie, limitare l'aggiunta del sale agli alimenti può sembrare difficile, ma il palato si può educare e se la riduzione del sale avviene gradualmente, sarà facile abituarsi al nuovo regime alimentare senza troppi problemi.
Tra gli alimenti che contengono sodio ottenuti da i processi di lavorazione abbiamo i salumi, gli insaccati, i formaggi; tra i prodotti trasformati invece, la principale fonte di sale è rappresentata dal pane e dai prodotti da forno come grissini, biscotti, merendine e cereali per la prima colazione; invece, tra gli alimenti che contengono alte percentuali di sodio non dipendenti dai processi di lavorazione ci sono ostriche, gamberi, cozze.
In commercio esistono diversi tipi di sale con quantità di sodio minori rispetto al normale sale da cucina come il sale iposodico, il sale marino integrale, il sale iodato.
Le erbe aromatiche invece rappresentano una risorsa molto utile per condire gli alimenti dando loro sapore e zero apporto di sale.

Dr.ssa Monica Bertolin

Tra le più utilizzate troviamo il basilico, la menta, l'aglio, il peperoncino, la maggiorana, lo zenzero ed altre ancora.
Anche l'acqua è importante e per una sana alimentazione è consigliabile berne almeno 1,5 l al giorno, meglio se a basso contenuto di sodio ed assumere frutta e verdura fresca e di stagione.
Per concludere direi che i benefici di una dieta iposodica riguardano soprattutto la prevenzione di alcune patologie specifiche mentre malattie di minore impatto possono essere gestite meglio se il soggetto persegue uno stile di vita sano.

Ricorda, *la sana alimentazione è una scelta di salute che allunga la vita.*

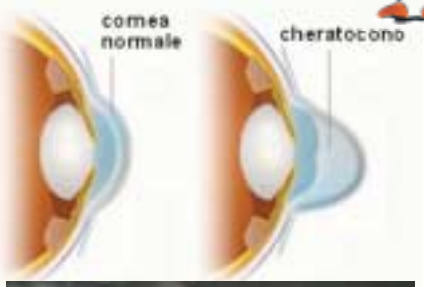
Ai nostri iscritti, ai medici, al personale infermieristico e amministrativo, a coloro che operano nella struttura ospedaliera dell'ASL 13, alle loro famiglie, in questa occasione che segna l'approssimarsi delle festività natalizie e del nuovo anno, il Presidente e il Consiglio Direttivo tutto di Cuore Amico formulano i più cordialissimi

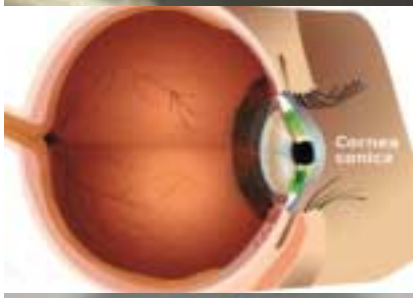
AUGURI

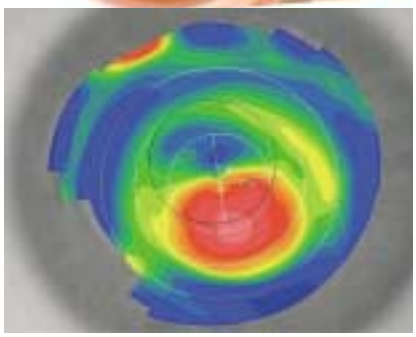
Il cheratocono

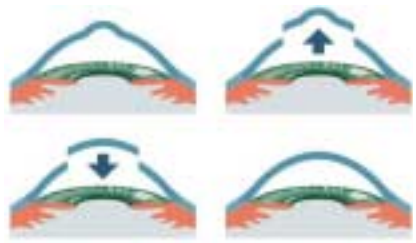
Rubrica del dr. Mario Montanari medico oculista

Il cheratocono è una malattia della cornea che può arrivare a compromettere la visione. Interessa circa una persona su duemila e va sempre sospettato quando una astigmatismo insorge all'improvviso, dall'adolescenza in poi. La malattia è caratterizzata da una deformazione e da un assottigliamento corneale, con il progressivo sviluppo di un astigmatismo irregolare. Può interessare uno o entrambi gli occhi, essere stabile o evolvere nel tempo. La causa non è chiara; esiste una predisposizione genetica. Se un genitore è affetto da cheratocono i figli hanno più possibilità di svilupparlo. Si pensa che la malattia sia il risultato di alterazioni di più geni, sui quali intervengono fattori ambientali. Fattori come microtraumi da sfregamento o da allergie sembrerebbero favorirne l'evoluzione. Una riduzione della qualità visiva è il sintomo tipico; il riscontro di un astigmatismo insorto ex novo a partire dall'adolescenza in poi va sempre guardato con sospetto: per fugare ogni dubbio occorre eseguire una topografia corneale, che consiste in una ricostruzione computerizzata della curvatura corneale. Questo esame permette sia di riconoscere la malattia, sia di studiarne l'andamento; la topografia di un soggetto con cheratocono evidenzia aree con colori più caldi (rosso) che indicano una maggiore curvatura della superficie corneale e corrispondono all'area patologica. A seconda dei casi, lo specialista può poi prescrivere ulteriori accertamenti come la tomografia corneale e la pachimetria, che permette di misurare lo spessore della cornea. Una volta diagnosticato, il cheratocono va tenuto sotto osservazione per capire quanto sia evolutivo. Questa informazione è indispensabile per scegliere il trattamento più opportuno; se la malattia si manifesta prima dei 15 anni è più probabile che sia progressiva, in questi casi è meglio strutturare controlli ravvicinati anche ogni 3-4 mesi, se invece insorge più in là con gli anni, i controlli possono essere a cadenza annuale, almeno che il paziente si accorga di variazioni in qualità della visione. Innanzi tutto, si può provare a cambiare la visione con occhiali o lenti a contatto. Se con questi ausili si ottengono buoni risultati e il cheratocono appare stabile, non occorre fare altro, se non controlli periodici. Se, invece, il cheratocono appare evolutivo, ma ancora in fase iniziale, e quindi correggibile con occhiali o lenti a contatto, si può ricorrere a un trattamento correttivo per bloccarne la progressione, il cosiddetto cross-linking; consiste nella irradiazione della cornea con raggi ultravioletti, dopo instillazione di un collirio a base di riboflavina: questo trattamento permette di irrobustire il tessuto corneale grazie alla creazione di ponti di legame fra le fibrille collagene dello stroma. Si tratta di un processo che avviene anche fisiologicamente con l'invecchiamento e questo spiega perché di solito il cheratocono tende spontaneamente a stabilizzarsi tra i 30 e 40 anni. Il trapianto della cornea è indicato quando la capacita visiva non è più adeguata alle esigenze del singolo paziente, questo detto anche cheratoplastica può essere fatto a tutto spessore (cheratoplastica perforante) o parziale, lasciando in sede una parte di tessuto posteriore (cheratoplastica lamellare) o la sola membrana posteriore di Descemet con l'endotelio (cheratoplastica lamellare profonda). L'evoluzione del trapianto di cornea verso tecniche più mirate come la lamellare profonda ha acconsentito di ridurre ulteriormente il rischio di rigetto e migliorare i risultati già buoni della cheratoplastica perforante. Tale trapianto può essere consigliato ad un individuo con un cheratocono non ancora evoluto, ma che non tollera la lente a contatto e non vede bene con gli occhiali; al contrario può non essere necessario in un paziente con un cheratocono evoluto che vede bene con le lenti a contatto e le tollera. Non è invece quasi mai indicato per prevenire la perforazione perché questa evenienza è molto rara. Infine, quando fosse necessario ricorrere al trapianto, è rassicurante sapere che l'intervento ha percentuale di successo superiori al 95%.









Le storie della cardiologia pediatrica di Dolo:

L'angelo combattente

Parlerò di te Francesco, questa sera non potrei parlare che di te. Si dirà che i medici non devono lasciarsi coinvolgere dai casi che trattano, ma con te non è stato possibile. È il primo compleanno della tua rinascita. È passato un anno da quelle interminabili ore in sala operatoria, durante le quali un'agguerrita equipe di cardiochirurghi si impegnava a correggere lo scherzo che la natura ti aveva giocato. Sei arrivato da me qualche anno fa, bel bimbetto dallo sguardo solenne di quasi 5 anni, perché avevi un "soffietto" al cuore. La situazione è apparsa complessa ma senza indicazioni chirurgiche immediate e hai dovuto sottoporti ad indagini approfondite, con il sostegno del centro cardiologico pediatrico di riferimento padovano. Si è deciso di tenerti in stretta osservazione per intervenire, qualora necessario, solo nel momento più opportuno, né prima né dopo.
È cominciata una serie di periodici controlli ai quali ti sei docilmente sottoposto e la situazione si è mantenuta stabile per alcuni anni. Poi tutto è imprevedibilmente precipitato: non stavi più bene, la tua pressione si alzava troppo, avevi mal di testa, l'ecocardiogramma mostrava una evoluzione non positiva del tuo problema, per cui è stato necessario prevedere l'intervento cardiochirurgico che si prospettava complesso e senza molte garanzie di risultato. I nostri referenti dell'università con estrema competenza e disponibilità, hanno analizzato la tua situazione clinica e si è deciso... È stato difficile comunicare la notizia ai tuoi genitori – ricordo le lacrime silenziose della tua mamma e quelle invisibili ma non meno amare del tuo papà che voleva capire, capire... In un primo momento sei stato tenuto all'oscuro di tutto, eri contento di venire a trovarmi per i controlli quasi settimanali che hanno preceduto l'operazione. Per me era diventata una consuetudine vederti e verificare la presenza di sintomi o segni di allarme. Poi abbiamo dovuto dirtelo. Finalmente l'intervento, che hai affrontato da coraggioso ragazzino: come un angioletto (cito le parole della tua mamma) sei andato con le tue gambette in sala operatoria. Un breve messaggio e, dopo qualche ora, ho raggiunto i tuoi genitori dietro quella porta. "L'intervento è concluso, pare sia andato tutto bene". Le ore successive, di ansia affaticante, sono trascorse lente nel pomeriggio e poi la telefonata: "Francesco è sveglio ha chiesto della nonna e del fratellino" . Eri sveglio, parlavi e riconoscevi. Poi la rapidissima ripresa, il trasferimento dalla T.I.P.O. (Terapia Intensiva Post Operatoria) in reparto di degenza ordinaria dopo procedure talora dolorose che hai sopportato con coraggio e voglia di vita per cui ti hanno chiamato l'Angelo Combattente.
Pochi giorni e poi ... a casa e ora stai bene. Stai crescendo e ti prepari a correre nel prato verde della vita. Vieni ancora a trovarmi per i controlli programmati, accetti con adolescenziale, ma sorridente ritrosia il mio abbraccio e un po' mi manchi."La storia di Francesco, raccontata con l'autorizzazione dei genitori, è l'esempio di come il cardiologo pediatra e, in particolare, la Cardiologia Pediatrica di Dolo, approccia il bambino con sospetta cardiopatia congenita. Le cardiopatie congenite sono difetti di sviluppo del cuore e dei grandi vasi che incidono per circa il 21% delle malformazioni presenti alla nascita. La prevalenza di queste cardiopatie va dal 5 all'8/1000 nati vivi. Sono anomalie diverse per complessità e gravità che evolvono in modo dinamico dalla vita fetale al periodo post-natale, dal decesso in epoca neonatale a varie manifestazioni nelle settimane, mesi o anni successivi.
L'impatto delle cure è assai importante perché circa l'85% dei malati, se correttamente diagnosticati e trattati possono raggiungere l'età adulta.
Fin dagli anni '90 la Cardiologia di Dolo ha mostrato un crescente interesse per l'Ecocardiografia Pediatrica, con l'attività non istituzionalizzata iniziata dal Dr Antoniani e continuata dalla sottoscritta, nell'eseguire, per proposta del Reparto di Pediatria dell'ULSS e dei Pediatri di base, ecocardiogrammi in piccoli pazienti con sospetta cardiopatia congenita, con la consulenza, sporadica e limitata all'iniziativa personale, del Centro Cardiologico Pediatrico dell'Università di Padova. Nel corso degli anni si è reso necessario, vista la crescente richiesta di valutazioni cardiologiche pediatriche, sia dal reparto di Pediatria, sia dal territorio, organizzare un'attività precedentemente disomogenea e discontinua. Questo è stato possibile grazie all'assunzione in organico di altre due specialiste (Dr Stefani e Dr Baratella) con specifico interesse e formazione in Cardiologia Pediatrica. Nel marzo 2009 è stata istituita l'Unità Operativa Semplice di Ecocardiografia Neonatale e Pediatrica, integrata nell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia dell'Ospedale di Dolo e nel Dipartimento di Patologia Cardiovascolare del Dr Daniele D'Este, che si è proposta come una struttura assistenziale ambulatoriale specialistica di screening di primo livello per la diagnosi delle cardiopatie congenite.
Il gruppo di lavoro ha operato e opera con obiettivi sostenibili, percorsi diagnostici e terapeutici condivisi

ed è orientato al risultato, fornendo prestazioni di elevata professionalità e appropriatezza in accordo con le disposizioni dell'Atto Aziendale e del Dipartimento di cui fa parte.
Nei primi 5 anni di attività l'U.O.S. di Ecocardiografia pediatrica ha assicurato la diagnosi precoce delle cardiopatie congenite in collaborazione con le Divisioni di Pediatria, di Ginecologia e Ostetricia e dell'ambulatorio di Genetica dell'Ospedale di Dolo rafforzando il rapporto di consulenza con la Cardiologia Pediatrica e la Cardiochirurgia Pediatrica dell'Università di Padova. Dal 2009 a tutt'oggi sono stati visitati 1561 bambini da 0 a 14 anni e l'ecocardiogramma ha consentito di escludere una patologia cardiaca in 768 dei 1561 soggetti esaminati (49%). I rimanenti 793 pazienti (51% - primi accessi e successivi controlli) presentavano cardiopatia congenita in 758 casi (96%) e acquisita (malattia di Kawasaki primi accessi e controlli successivi, pericardite) in 35 (4%).
Il piccolo paziente viene inviato, il più delle volte, per il riscontro di "soffio" cardiaco e meno frequentemente per arresto di crescita, aritmia cardiaca, ipertensione, colorito bluastro della cute (cianosi). La nostra equipe sottopone il bambino ad una visita completa (anamnesi, esame fisico) ad esami strumentali (elettrocardiogramma ed ecocardiogramma) che consentono di escludere o confermare la cardiopatia congenita. L'ecocardiogramma, un esame innocuo, indolore e ripetibile, è l'indagine fondamentale di secondo livello che permette di studiare l'anatomia e la fisiologia del cuore.
Se necessario, i piccoli pazienti possono essere sottoposti a all'ECG dinamico secondo Holter, al monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore della pressione arteriosa e, in casi selezionati, all'ecocardiogramma da sforzo. La cardiopatie congenite, una volta diagnosticate, possono essere seguite nel tempo (follow up) oppure avvalersi del trattamento terapeutico medico o chirurgico.
A tale scopo, la nostra equipe settimanalmente frequenta i meeting di cardiologia e cardiochirurgia pediatrica dell'Università di Padova, per esporre i casi "difficili" proponibili per terapia medica e/o chirurgica. Questi incontri settimanali costituiscono un'occasione di aggiornamento e di confronto con altre realtà (università e altri centri cardiologici pediatrici) e favoriscono la crescita e l'arricchimento culturale.
Viene, inoltre, incoraggiata la partecipazione agli irrinunciabili "appuntamenti" scientifici che si svolgono periodicamente nell'anno.
Al di là degli obiettivi aziendali, per altro importanti e ampiamente raggiunti, dalla storia testè raccontata è evidente come l'approccio al piccolo paziente e il contatto con la famiglia siano profondamente diversi rispetto al paziente adulto.
Il cuore è, nel comune immaginario, sede dell'anima e dell'emotività, è l'origine dell'energia vitale. Quando nel bambino si sospetta un difetto cardiaco congenito, la famiglia viene proiettata nell'ignoto, in un mondo in cui spesso le parole sono difficili da comprendere e non è facile dare una risposta alle tante domande che i genitori pongono. Il cardiologo pediatra diventa genitore, fratello, amico. Deve essere disponibile, dilatando se necessario i tempi del proprio lavoro, a valutare il piccolo in ogni momento anche oltre i controlli programmati, al colloquio con i genitori, ad accogliere in sé le loro comprensibili angosce cercando di scioglierne i nodi con informazioni semplici, complete e chiare sulla malattia, sulle cure e sul percorso che con il bambino dovranno affrontare.
Accuratezza diagnostica, ricerca continua della cultura e della qualità, accoglienza, disponibilità e umanità sono i nostri punti di forza dei quali siamo profondamente orgogliosi.

Dr.ssa Maria Domenica Sorbo
R.U.O.S. Cardiologia pediatrica di Dolo

L'attività di Prevenzione nell'anno 2014

Anche nel il corrente 2014 l'attività di prevenzione contro l'insorgere di malattie cardiovascolari, ha occupato un ruolo importante per la nostra Associazione e ciò grazie ai tanti volontari (medici, infermieri, attivisti) di Cuore Amico che si sono prodigati per far si che tutto funzionasse per il meglio. I luoghi in cui sono stati effettuati i prelievi (colesterolo, glicemia) e le misurazioni, (pressione arteriosa) sono i seguenti: **Martellago, Oriago di Mira, Ospedale di Noale in occasione della giornata "Cardiologie aperte", Salzano, Sant'Angelo di Santa Maria di Sala, Bojon di Campolongo Maggiore, Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Marano di Mira, Olmo di Martellago, Scorzè e Zianigo**. Complessivamente le persone che si sono volontariamente sottoposte agli esami, superano le duemila unità ed ad alcune di esse è stato consigliato, dai medici al seguito dell'attività, di approfondire la loro situazione con altri accertamenti. Poiché la prevenzione riveste un ruolo primario nel novero delle molteplici attività svolte dall'Associazione Cuore Amico, tali iniziative verranno riproposte anche per il 2015 nel bacino di utenza dell'ASL 13 Dolo-Mirano.

Volontari di Cuore Amico impegnati nei prelievi

La rubrica della dr.ssa Luisa Bedin

Medico-chirurgo specialista in scienza dell'alimentazione Ulss 13 - U.O.C. medicina dello sport e dell'esercizio fisico - Noale (Ve)

ACCIUGHE MARINATE

con purea di patate e bietole

Come proposta autunnale mi sembrava giusto offrire un piatto semplice ma allo stesso tempo rigenerante dopo un'estate in cui pur avendo goduto dei raggi del sole questi possono aver lasciato un segno sulla nostra pelle ma anche in profondità.
Gli omega 3 contenuti in questa ricetta danno una carica non solo al nostro cuore e alle nostre arterie ma anche all'epidermide e dunque un grosso aiuto per mantenerci in forma.
L'abbinamento con un tubero quale la patata ben si abbina a riequilibrare la freschezza del primo piatto con la cremosità del secondo.
Le bietole o anche gli spinaci riescono ad aggiungere la fibra ed il colore verde, che ben ricorda l'apporto di vitamina C, ci dà l'opportunità di affrontare il freddo e le intemperie dell'inverno.

Difficoltà :media.
Tempo di preparazione e cottura: 2 ore circa

Ricetta

Ingredienti per 4 persone

Per il purè
Patate 600 g
Bietole o spinaci 500 g
Latte parz. screm. 100 ml circa
Parmigiano g 40
Olio extravergine d'oliva g 20
Per le acciughe marinate
Acciughe freschissime g 500
1 spicchio d'aglio
4 limoni
1 mazzetto di prezzemolo
Olio extravergine d'oliva 30 g

Valori nutrizionali (a persona)
Calorie a porzione per acciughe con purea di bietole
Kcal 424

Proteine	g	30
Lipidi	g	20
Carboidrati	g	31
Colesterolo	mg	169

Modalità di preparazione delle acciughe:

Pulire bene le acciughe lavarle togliendo testa e lisca. Aprirle a libro e disporle su un piatto. Spremere il succo di 2 limoni e versarlo sopra avendo cura di farle riposare in un luogo fresco per circa un paio d'ore. Successivamente buttare il succo vecchio e premere i restanti limoni, ricoprire il tutto lasciando riposare nuovamente per almeno 1 giorno in frigo. Il giorno dopo togliere la marinata e disporle sul piatto da portata avendo cura di aggiungere all'olio extravergine d'oliva, il pepe a grossi grani, l'aglio tagliato a cubetti o listarelle finissime ed il prezzemolo fresco tagliato al momento questo per garantire un apporto vitaminico insostituibile.

Preparazione del purè

Precedentemente portare ad ebollizione le patate con buccia a freddo e cuocere a parte le bietole o spinaci al vapore.
A cottura avvenuta di entrambe le verdure sbucciare e schiacciare finemente le patate; setacciare e tritare gli spinaci/bietole poi assemblare il tutto valutandone la consistenza, se risulta troppo densa, aggiungere il latte.
Aggiungere l'olio e parmigiano avendo cura di amalgamare tutto in maniera omogenea poi il sale e pepe.

Servire in tavola e
Buon appetito!!!

I cibi che mangiamo

Benefici per la nostra salute

Acciughe

Dal punto di vista nutrizionale l'acciuga è un **pesce magro**, con un buon contenuto proteico. Anche il contenuto in **ferro** e **calcio** è apprezzabile, dunque l'attributo di "pesce povero" non è appropriato dal punto di vista nutrizionale.
Gli Omega-3 che sono in esse contenuti hanno un effetto benefico sulla salute cardiovascolare, sulle funzioni cerebrali e su quelle visive; alcune ricerche suggeriscono infatti che questi acidi grassi potrebbero avere un ruolo nella prevenzione della degenerazione maculare, una comune forma di cecità, e avere effetti benefici in alcune patologie depressive e sul sistema immunitario.

Bietole

appartengono **alla famiglia delle Chenepodiacee**, la stessa della barbabietola rossa, possiedono **proprietà anti-anemiche**,
Ne esistono **numerose varietà** dato che si coltivano in tutte le zone temperate del mondo. Si distinguono per le **grandi foglie di colore verde scuro** dai gambi molto succosi e commestibili.
La **bietola** è una verdura molto digeribile, ricca di sali minerali e vitamine utili per la crescita dell'organismo facilita l'eliminazione delle sostanze tossiche e dei grassi in eccesso presenti nell'organismo. Stimola inoltre la *produzione dei succhi gastrici e della bile*, aiutando la digestione.

Patata

arrivata in Europa nel 1570 ed è diventata fin da subito un alimento fondamentale nella dieta mediterranea. Nel mondo, esistono circa due mila tipologie di patate.
Ricca di *potassio, sodio, magnesio, ferro, zinco e rame*. Ha capacità di neutralizzare i succhi gastrici e, quindi di alleviare dolori allo stomaco e la gastrite.
Possiede inoltre una funzione depurativa per l'intestino e per l'organismo, aiuta ad eliminare le tossine

Prezzemolo

Ha, grazie alla presenza della **luteolina**, un flavonoide con proprietà antiossidanti , il vantaggio di ritardare l'invecchiamento cellulare.
Ricco di olii essenziali, il prezzemolo se consumato a freddo e tagliato a pezzettini non troppo sottili offre capacità antitumorali contrastando alcune sostanze cancerogene.

Dr.ssa Luisa Bedin

l'Orto sul balcone

Chi non dispone di un piccolo pezzo di terra deve abbandonare l'idea di possedere un orticello? Nemmeno per sogno se ha passione e sa scegliere cosa coltivare. Ecco alcuni esempi:

1- Erba cipollina

Pianta dalle foglie filiformi e cresce a cespuglio. In cucina è apprezzata perché dà ai piatti un aroma leggero di cipolla senza avere gli effetti collaterali di quest'ultima! Condisce bene zuppe, minestre e umidi.

2- Prezzemolo

Il suo uso in cucina è universale. cresce ovunque e senza problemi,

3- Menta

Le foglie di menta si utilizzano sia fresche che essiccate, per aromatizzare e per decorare. Indispensabili per i vostri mojito ma si sposano bene con gli arrosti, il pesce, le insalate, le salse, i dessert, la frutta. Ottime anche per infusi e tisane.

4- Origano

Perché mai dovrebbe mancare dal vostro orto sul balcone? E la vostra pizza? I vostri pomodori e mozzarella? I vostri spiedini di pollo? Aggiungetelo al vostro vaso di erbe aromatiche e gustatevi le sue foglie fresche e saporitissime!

5- Coriandolo

Un'erba poco conosciuta nelle nostre zone ma si può sempre tentare. Può essere utilizzato per insaporire la carne, per esaltare il gusto delle insalate o per condire al meglio le verdure sott'olio o i sottaceti. Ha un sapore molto particolare, facilmente riconoscibile ma che non a tutti piace. Prima di coltivarlo sul balcone accertatevi che sia di vostro gradimento.

Dalla Copertina

LA VILLA FERRETTI-ANGELI DI VINCENZO SCAMOZZI AL DOLO

Antonio Draghi Architetto

Nelle Dichiarazioni d'Estimo del 1582 Girolamo Ferretti, cittadino di Vicenza, denunciava una "casa dominicale" nell' "Isola di San Bruson" cioè proprio nella località dove ora sorge la villa. Si trattava evidentemente o di una casa già in possesso da tempo o comprata da poco con l'intenzione di erigervi una nuova più conveniente dimora. Ed è Vincenzo Scamozzi (1548-1616), il grande architetto vicentino, a esser chiamato proprio da Girolamo a progettarvi una nuova casa.
La costruzione si conclude nel 1600 come certifica l'iscrizione posta sull'architrave del timpano mediano: HIERONYMUS FERRETTUS M.D.C.
Nato quarant'anni dopo il già celebrato Andrea Palladio, Vincenzo Scamozzi fu certamente il più importante architetto veneto fra quelli che gli sono succeduti; ma non ne è stato allievo e ha perseguito una diversa idea dell'architettura illustrata nel suo trattato: Dell'idea universale della architettura (1615). Ha operato nello stesso territorio in cui ha operato il Palladio ma ha evitato imitazioni o semplici accostamenti, perseguendo un proprio linguaggio in un rapporto più pragmatico con le tecniche del costruire, sperimentando modelli nuovi, ispirandosi pur sempre a quelli della classicità romana. Egli ha lavorato per una committenza varia, progettando e costruendo numerose dimore di campagna, molti conventi con le relative chiese e alcuni importanti palazzi di città a Padova, a Vicenza e a Venezia.
Le facciate a nord e a sud della villa, verso il Brenta e verso la strada, sono identicamente caratterizzate da una sorta di tempietto centrale con quattro grandi paraste sormontate dal timpano. Questo tempietto compartisce due piccole ali simmetriche contrassegnate da quattro più piccole paraste. L' ordine scelto per i capitelli è quello jonico. Va ricordato che quella rivolta al fiume era la facciata pubblica più importante delle ville sorte in Riviera; era la Brenta la via principale e quasi esclusivamente per via d'acqua con gondole e burchielli i proprietari giungevano da Padova e da Venezia alle proprie dimore. Anche villa Ferretti aveva a nord il giardino, spazio esclusivamente padronale sulla riva del fiume con tanto di recinto, cancello e approdo. A sud si apriva invece la "corte" accessibile dalla strada e sempre a sud si aprivano o si sviluppavano gli annessi di servizio. Oggi la percezione si è invertita, si considera e si indica come facciata principale quella a sud accessibile dalla strada. Ed è deludente constatare che solo a quest'ultima si rivolga una qualche attenzione manutentiva, pur cromaticamente assai impropria, mentre quella verso il fiume, che comunque è la facciata vista dalle migliaia di turisti che percorrono il naviglio con i vari burchielli moderni, sia del tutto trascurata.
Si sa che fino al 1658 la villa appartenne e venne tenuta in uso dagli eredi di Girolamo Ferretti, ma che in quell'anno Chiara Monti, vedova di un Zambattista, affitta la casa a Francesco Pisani. La figlia di Francesco Pisani nel 1650 aveva sposato un Grimani e quindi l'uso in affitto passa poi a questo nome fino a che nel 1748 Elisabetta Grimani sposa Ludovico Manin, il futuro Doge, e l'affitto passa a questo nuovo titolare e quando, nel 1789 Ludovico ottiene il dogato, la villa è da tempo di sua proprietà. Deceduto quello che fu l'ultimo Doge nel 1802, la villa è ereditata dai nipoti che continuano a darla in affitto finchè nel Catasto Napoleonico (1812) se ne dichiara proprietario un certo Antonio Rigoni e, a distanza di qualche decina d'anni, nel catasto successivo, quello austriaco ne risulta proprietario un tal Gian Battista Angeli, da cui il nome con cui viene comunemente citata.
Durante la seconda guerra mondiale la villa fu requisita e abitata da sfollati e subito dopo la guerra adattata ad ospitare alloggi popolari. Fu poi comprata dalla Sicedison (poi Montedison) che vi fece apportare pesanti lavori di consolidamento statico. Passata alla Provincia di Venezia, ospitò a lungo il Liceo Scientifico di Dolo; ora vi ha sede l'Enaip Veneto, centro per la formazione professionale.
Allo stato attuale la villa vede un utilizzo certamente importante sotto il profilo civile e sociale. Ma la proprietà pubblica, nella fattispecie la Provincia di Venezia, dovrebbe considerare finalmente la necessità di valorizzare culturalmente e anche turisticamente questo edificio che rappresenta uno dei più significativi esempi di villa della Riviera. Oggi è quasi totalmente misconosciuta ai più, siano essi i cittadini della zona o siano essi i clienti dei tours organizzati sui battelli. Sicuramente la conoscono e la cercano quei viaggiatori italiani e stranieri curiosi e colti che si avventurano sulle nostre strade in bicicletta e che la fanno rientrare fra le tappe più significative delle loro escursioni. Valorizzare non comporta necessariamente la predisposizione immediata di un progetto di restauro, che è una operazione complessa e onerosa, intervento che comunque va messo in programma. Si può partire però con una campagna accurata di studi e rilievi, come fase comprensiva e propedeutica, utile a discernere gli interventi più appropriati di restauro; si valorizzi la visibilità e l'accessibilità dal Naviglio predisponendovi un approdo, si inserisca la villa fra quelle (poche) visitabili della Riviera, rendendola effettivamente accessibile anche all'interno, e si divulghi la notizia. Sarebbe già un contributo concreto, e non troppo impegnativo, alla tanto declamata necessità di potenziare il turismo di qualità nella Riviera del Brenta. Ricordando, da ultimo, che il percorso da valorizzare in quanto matrice della Riviera è quello d'acqua del Naviglio, fino al 1858 principale e storico corso del fiume chiamato la Brenta Vechia. La strada, o meglio le strade, di riviera , quella nord e quella a sud, ne erano struttura complementare. Oggi il rapporto è sicuramente variato ma un progetto complessivo di valorizzazione deve ricondurre là gli abitanti e i visitatori a percepire e considerare l'acqua del grande fiume Brenta come elemento matrice di quello splendido borgo lineare che è la Riviera del Brenta, anticipo o continuazione della più bella strada d'acqua del mondo, il Canal Grande.
Semmai si decida di attrezzare meglio la strada bassa come percorso ciclabile e si eviti - ciò che è avvenuto scandalosamente alla Mira - di riempire di ripetitivi e ingombranti cartelli proprio davanti alle facciate delle ville i marciapiedi sulla Regionale 11. Anche perché i pedoni, siano essi nostrani o foresti, non sono talmente malaccorti da aver bisogno di quattro cartelli alti tre metri per ogni passo carraio!

(Liberamente tratto dall'autore da Luoghi e itinerari della Riviera del Brenta e del Miranese, vol. 1° Padova 2011)