

Notiziario Cuore Amico

NUMERO 1 ANNO 2017



I primi 15 anni dell'Associazione Cuore Amico



Pubblicazione curata da
Associazione Cuore Amico
Mirano - Venezia

Direttore responsabile
G.L. 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
Fiesse d'Artico (Ve)
Tel. 049.502722

Foto
Archivio Cuore Amico



L'associazione ha 15 anni e non li dimostra

Si chiama "Cuore Amico" ma il cuore è quello di Piero Pascotto

Cuore Amico, un cuore che batte da 15 anni suonati. Batte ancora col ritmo regolare di un giovane, infondendo fiducia e consapevolezza alle tante persone che ancor oggi credono in questa importante Associazione. -Eppure mi pare appena ieri-, dice Elvira Pigozzo che con Anna Toppan e Antonio Pattarello si son trovati per rinverdire quei momenti relativamente vicini ma se misurati con il metro frenetico della vita attuale ci appaiono distanti anni luce. Tutto nasce nella testa del Dr. Piero Pascotto desideroso di creare un qualche cosa che avesse lo scopo di coinvolgere la persona colpita da un evento cardiologico, in un processo partecipativo e di conoscenza della sua malattia e sul contributo che egli poteva dare per superare le fasi della criticità. Pascotto si rifaceva a modelli già sperimentati nella cardiologia di Trieste con la quale manteneva stretti rapporti anche collaborativi (il Dr. Pascotto e la Caposala Toppan avevano fatto la specializzazione in quell'ospedale), e con la quale condivideva alcuni di quegli approcci terapeutici che, più avanti, si sarebbero dimostrati efficaci al punto da subentrare a quelli da tempo praticati.

-È appena il caso di ricordare la cosiddetta "Mobilizzazione precoce dell'infartuato" quando il paziente veniva mantenuto immobile non meno di quindici giorni prima di farlo scendere dal letto; noi abbiamo ridotto questo tempo ad appena tre giorni e con esiti positivi-; dice Anna Toppan allora Caposala nel Reparto di Cardiologia nell'ospedale di Mirano. -Ma questo è solo un esempio-, gli fa eco Antonio Pattarello, al tempo infermiere professionale nello stesso

reparto, -abbiamo avviato l'attività riabilitativa recuperando una stanzetta di fortuna (euforicamente chiamata Palestra) e delle attrezzature fuori uso come vecchie cyclette e cicloergometri del tutto inservibili. L'infermiera Antonella Bottacin è stata fondamentale in questo lavoro riabilitativo il quale rompeva completamente con i metodi in uso al tempo.

-Ma questo non è stato l'unico motivo che ci ha fatto intraprendere la strada che ci ha portato a costituire l'Associazione-, dice ancora Antonio Pattarello. Più volte il Dr. Pascotto aveva sottolineato ai suoi collaboratori che gran parte delle persone colpite da gravi forme di cardiopatie erano ancora in giovane età e che, forse, una delle cose che avrebbe potuto contrastare questa china sarebbe potuta essere la prevenzione. -Va detto- interviene Anna Toppan, -che per prevenzione, come la intendevamo noi, significava spiegare a queste persone che cos'era una corretta alimentazione, la necessità di fare del movimento, cercare di non fumare, insomma mantenere una condotta di vita più consona possibile alle reali condizioni del soggetto.

Ma se questa idea nasceva dalla testa di Piero Pascotto, perché potesse concretizzarsi e camminare speditamente doveva contare su gambe robuste e veloci e queste gambe sono state trovate, oltre che nelle persone già citate, anche in Pier Luigi Stefani, Rosario Perfetto, Vito Favaro, Angelo Stocco, Duino Chinellato, Amedeo Munarin (tutti con precedenti cardiologici) e sulla disponibilità di giovani medici come Patrizio Sarto, Emanuele Bertaglia e Albino Zanicco.

Dopo diverse riunioni, nelle quali si sono tracciate le linee principali e stabilite le priorità sulle tante cose da fare, è stato scelto il nome (Associazione Cuore Amico-Mirano), e nominato il primo Presidente (Pier Luigi Stefani).

Ma se è vero che una rondine non fa primavera è altrettanto vero che un buon gruppo di persone seppur sostenute da alcuni bravi medici, non fa un'Associazione. Si rendeva perciò necessaria una forte azione di proselitismo. E anche questa azione ha visto il grande impegno dell'onnipresente Piero Pascotto il quale, consigliando il paziente ad iscriversi alla neonata Associazione,

gli ricordava anche l'antico ma sempre valido motto "l'unione fa la forza".

-Mi sentivo un po' giù- dice Elvira Pigozzo ma Piero prontamente mi fa: "dai datti da fare con l'Associazione e così ti passeranno ansie e preoccupazioni"; aveva ragione.

Lavorare con tanti amici, discutere insieme sulle tante cose che potevamo



Antonio Pattarello, Anna Toppan e Elvira Pigozzo
tre pionieri dell'Associazione Cuore Amico



fare, ritrovarci ogni tanto a cena al “19 al Paradiso” con Piero che buttava giù idee a getto continuo, per me è stata una esperienza coinvolgente, una cosa che mi porto sempre dentro e che ancora adesso, quando ci penso, e lo faccio spesso, riesce a commuovermi. Dopo i primi quaranta iscritti abbiamo sentito la necessità di creare dei momenti collettivi ed ecco allora il pranzo sociale alla palestra di Zianigo, ed ecco le serate sulla prevenzione nei vari paesi dell'allora ASL 17. Erano serate partecipatissime, i nostri bravi medici intrattenevano i presenti con delle proiezioni e poi c'era il dibattito. Ma non è tutto. Abbiamo fatto un po' di cassa e così abbiamo potuto comprare delle poltrone, degli arredi e qualche apparecchio televisivo da mettere nelle sale d'attesa in modo che i pazienti si sentissero più a loro agio. E abbiamo sostenuto, anche economicamente, diversi convegni medici dove si discutevano e si dibattevano temi riguardanti le problematiche cardiologiche; insomma, siamo fieri per quello che abbiamo fatto-, conclude Elvira con enfasi.

Son passati quindici anni da allora. In tanti se ne sono andati: Amedeo Munarin, Rosario Perfetto tanto per dirne qualcuno. Se n'è andato anche Piero Pascotto e ha lasciato un vuoto incolmabile. Un vuoto nella sua famiglia, un vuoto fra gli innumerevoli amici nell'Associazione da lui creata, nei nostri cuori. Ma è la vita che ci dice che bisogna continuare. E ce lo dice anche il nostro caro amico Piero.

Noi sentiamo questo suo incitamento, lo sentiamo come se Lui fosse ancora con noi, ed è soprattutto per questo che il cuore dell'Associazione Cuore Amico batterà per tanto tempo ancora.

Vip





Dal Pacemaker alla Cardiocapsula: l'innovazione si fa miniaturizzando

Un paziente con problematiche legate al ritmo cardiaco che fanno sì che il suo battito sia più lento del dovuto (bradicardie) è oggi spesso avviato all'impianto di un Pacemaker, un dispositivo medico che permette di regolarizzare il ritmo sostituendosi in toto o parzialmente all'attività elettrica che stimola il battito cardiaco.

Da circa sessant'anni il Pacemaker ha visto numerose ed importanti evoluzioni: dal primo pacemaker esterno, collegato al cuore attraverso fili che passavano attraverso il petto e che veniva alimentato dalla corrente elettrica dell'ospedale, al primo pacemaker a batteria (del 1959), ai primi pacemaker totalmente impiantabili (1960/70), fino ad oggi. E' infatti iniziato anche in Italia l'utilizzo di un sistema Pacemaker innovativo perchè totalmente intracardiaco.

Poco più grande di una pillola, un decimo della grandezza di un pacemaker convenzionale, il sistema di stimolazione intracardiaco transcatere Micra™ TPS, prodotto

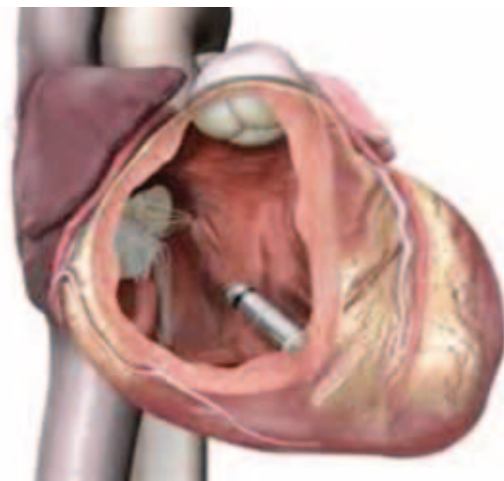
dalla statunitense Medtronic è una vera e propria cardiocapsula, pesa 2 grammi ed è lungo poco più di 2 cm. Sarà il pacemaker del futuro: viene impiantato direttamente nella cavità cardiaca attraverso la vena femorale e una volta posizionato, viene ancorato al cuore attraverso piccoli ganci appositamente progettati. All'interno del cuore, Micra emette impulsi elettrici in grado di regolarizzare il battito cardiaco attraverso un elettrodo posto sul dispositivo stesso.

Le tradizionali procedure di impianto prevedevano la creazione di una tasca pettorale sottopelle per accogliere il dispositivo Pacemaker che veniva poi collegato, mediante uno o più fili, al cuore del paziente. I fili, detti elettrocateri, venivano fatti passare attraverso il sistema venoso (vena succlavia o cefalica) per giungere fino all'interno del cuore dove si ancoravano attraverso sistemi a vite o attraverso piccole alette. La tecnologia del Micra™ TPS non necessita invece di alcun filo o elettrocateri e non richiede incisioni nel torace, né la creazione di una tasca sottocutanea, eliminando, così, il rischio di potenziali complicanze legate alla procedura tradizionale. Un sistema appositamente progettato, viene inserito attraverso la vena femorale e permette di portare la cardiocapsula Micra fino all'interno del cuore, dove viene agganciata. Il sistema di posizionamento viene poi estratto. Più di 2000 pazienti nel mondo hanno già avuto accesso a questa innovativa tecnologia anche grazie alla sicurezza ed affidabilità dimostrata in un importante studio multicentrico, a singolo braccio, pubblicato di recente

nel prestigioso New England Journal of Medicine, comprendente i primi 750 pazienti impiantati.

Nello studio non si sono verificati episodi di infezione o eventi che abbiano richiesto un nuovo intervento, si sono dimezzate le complicanze rispetto ad un impianto tradizionale ed il sistema si è dimostrato adatto ad un'ampia gamma di "profili", dal punto di vista dell'età (da 21 a 94 anni), del peso corporeo (da 41 a 148 Kg), delle co-morbilità (BPCO, ipertensione polmonare).

*Dott. Franco Zoppo
U.O.C. Cardiologia Mirano*



Il Dr. C. Walton Lillehei con un piccolo paziente ed uno dei primi pacemaker esterni di Medtronic. Siamo nel 1957



Cuore e Cervello, amici per la pelle

I benefici sulla riduzione della morbidità e mortalità e sul miglioramento della qualità di vita che si possono ottenere con la riabilitazione cardiologica nei pazienti che abbiano avuto un evento cardiologico acuto, sono raggiungibili anche dai pazienti colpiti da un evento ischemico cerebrale con esiti (Stroke) o di tipo transitorio (TIA: transient ischemic attack).

Molti dei pazienti affetti da ischemia cerebrale sono diabetici, ipertesi, fumatori, predisposti alla malattia cardiovascolare e talora già affetti da cardiopatia ischemica e/o arteriopatia periferica.

Nelle linee guida Internazionali viene sottolineata l'importanza della riabilitazione motoria dopo Stroke ischemico, ma anche la riabilitazione cardiovascolare ha un ruolo determinante nel recupero e nella profilassi nell'ischemia cerebrale e quindi si può definire riabilitazione cardioneurologica.

Presupposto per la sua attuazione è la collaborazione del paziente, che deve avere conservato un certo grado di integrità motoria (Stroke di grado minore e TIA) e che non deve avere altre patologie invalidanti.

Il Servizio di Riabilitazione Cardiologica di Noale, Responsabile il Dott. Franco Giada, in collaborazione col Reparto di Neurologia di Mirano ha organizzato un Protocollo per seguire

pazienti colpiti da Stroke ischemico non disabilitante o con recupero completo della motricità (TIA).

Il paziente neurologico viene gestito nella fase acuta dallo Specialista Neurologo e in quella post-ospedaliera dal Cardiologo del Servizio di Riabilitazione Cardiologica. I pazienti vengono inseriti nel Protocollo dopo almeno 3 settimane e non oltre 12 mesi dall'evento acuto.

Il percorso riabilitativo prevede:

- iniziale visita cardiologica e strumentale (ECG, test ergometrico)
- presa in carico del paziente di tipo multidisciplinare: valutazione dietologica, psicologica, e fisiatrica (secondo indicazioni cliniche)
- periodo di somministrazione controllata dell'esercizio fisico in palestra medica: 2-3 accessi la settimana di circa 90 minuti ciascuno, per 4-8 settimane con un training aerobico per motricità e forza
- esecuzione di ulteriori accertamenti

cardiologici eventualmente necessari: ecocardiogramma, test cardiopolmonare, Holter, monitoraggio pressorio, controllo degli stimolatori cardiaci (PM e ICD).

- accesso ad un percorso di disassuefazione presso il nostro ambulatorio anti-fumo di secondo livello per i pazienti fumatori.

- ottimizzazione della terapia farmacologica.

Viene predisposto un follow-up a 6 e 12 mesi per monitorare nel tempo lo stato clinico e funzionale ed infine il paziente è affidato alle cure del Medico di Medicina Generale con la possibilità di continuare un programma riabilitativo conservativo a discrezione del paziente stesso.

Questo approccio multidisciplinare rappresenta una nuova frontiera nell'ambito riabilitativo così evitando molte re-ospedalizzazioni e riducendo il consumo farmaceutico.

Si tratta di un intervento in grado di migliorare la qualità di vita e di

ridurre la disabilità del paziente eurocardiovascolare, favorendone il ritorno ad un ruolo attivo nella società.

I pazienti seguiti hanno ottenuto risultati favorevoli in ambito cerebro-cardiovascolare con buoni risultati riabilitativi consentendo di affermare l'efficacia del trattamento.

Dott.ssa Maela Masato Neurologa
Dott.ssa Erica Brugin Cardiologia Riabilitativa
I.P. Teresa Vescovo
I.P. Maria Grazia Turcato
Dott. Ruggero Marin L.S.M.
Dott. Franco Giada Direttore
Cardiologia Riabilitativa P.O. Noale
I.P. Tania Bettetto
Dott.ssa Aurora Panico Neurologa





La prostata: istruzioni per l'uso

Seconda Parte: la neoplasia prostatica. Dr. Fabio Sercia U.O.C. Urologia P.O. Milano

LIl tumore prostatico è la più frequente neoplasia maligna nel maschio.

Colpisce prevalentemente i maschi dopo il 50° anno di età con un picco di incidenza attorno ai 70 anni.

Il tumore della prostata origina dalle cellule ghiandolari prostatiche situate alla periferia della prostata.

La prognosi di questo tumore dipende dall'estensione della neoplasia al momento della diagnosi, e dall'età del paziente.

La crescita e lo sviluppo del tumore prostatico è in parte dovuto all'azione degli ormoni sessuali maschili (il testosterone).

È molto importante, come sempre in campo oncologico, una diagnosi precoce di questa neoplasia. Purtroppo non esistono dei sintomi specifici del tumore prostatico, se non quelli dovuti all'ostruzione determinata dall'ingrossamento della prostata (indebolimento del getto urinario, frequenza delle minzioni sia di giorno che di notte, a volte stimolo impellente di urinare) e peraltro non distinguibili dai sintomi dell'ipertrofia prostatica benigna. Per questo motivo viene consigliato a tutti i maschi sopra i 50 anni di eseguire almeno una volta all'anno un esame del sangue per il dosaggio del PSA ed eventualmente una visita urologica. Il PSA è una sostanza prodotta dalla ghiandola prostatica e che può essere dosata nel sangue con un semplice prelievo. I livelli di PSA aumentano nel caso di una malattia della prostata e in presenza di un tumore prostatico. Ma attenzione: valori alti di PSA non sono sinonimo di tumore della prostata. Il PSA può aumentare anche in presenza di ipertrofia prostatica benigna, o per un'infezione urinaria o in seguito a manovre strumentali sull'apparato

urinario (per esempio il posizionamento di un catetere vescicale o l'esecuzione di una cistoscopia). L'interpretazione dei valori di PSA deve essere pertanto esclusivamente affidata al Medico Curante e all'Urologo.

Negli ultimi anni la diagnostica della neoplasia prostatica si è arricchita di ulteriori strumenti come il PHI (prostate health index) o la Risonanza magnetica con spettrometria, esami da utilizzare in casi selezionati.

Se l'Urologo sospetta la presenza di un tumore della prostata consiglierà di eseguire l'ecografia prostatica transrettale con biopsia ecoguidata.

Con questo esame è possibile ottenere dei frammenti di tessuto prostatico che vengono inviati al Patologo che eseguirà su di essi l'esame istologico, rilevando così la presenza o meno del tumore.

Da circa un anno presso l'Ospedale di Dolo è attivo un Gruppo Multidisciplinare per la Neoplasia prostatica (Prostate Unit) composto da urologo, oncologo, radioterapista, radiologo e anatomo-patologo. Scopo di questo gruppo è quello di discutere collegialmente i casi di neoplasia prostatica per decidere i migliori percorsi diagnostici e terapeutici per ogni singolo paziente.

La terapia della neoplasia prostatica se l'età, le condizioni generali del paziente e l'estensione del tumore lo consentono la terapia del tumore prostatico è rappresentata dalla prostatectomia radicale. Si tratta di un intervento chirurgico con il quale si asporta interamente la ghiandola prostatica. Lo scopo di questo intervento è quello di eradicare completamente il tumore. Attualmente la prostatectomia radicale può essere eseguita con la tradizionale tecnica "open" (ovvero con

la classica incisione addominale) oppure con approcci meno invasivi quali la videolaparoscopia o la chirurgia robotica. Nei casi in cui non vi siano le condizioni necessarie per procedere a questo intervento potrà consigliare delle altre forme di terapia, in particolare la Radioterapia e/o la terapia farmacologica con delle sostanze che sopprimono la produzione degli ormoni maschili o che ne impediscono l'azione sulla prostata. Dopo l'intervento in un piccolo numero di casi si può presentare una certa difficoltà a trattenere l'urina. Vi può essere, cioè, una incontinenza urinaria che varia di entità da paziente a paziente e che si risolve, in genere, dopo un periodo di tempo variabile da caso a caso (da uno a più mesi).

Questa evenienza, quindi, non deve spaventare dato che il recupero è buono già spontaneamente e viene ulteriormente migliorato da esercizi di contrazione sfinteriale, che vengono in ogni caso insegnati.

L'altro problema che si può presentare dopo l'intervento è l'incapacità a riprendere la propria attività sessuale. Questo tipo di impotenza è di natura chirurgica, dato che, per asportare interamente il tumore prostatico, non sempre è possibile rispettare i sottilissimi nervi che sono preposti all'erezione e che si trovano in strettissima vicinanza della prostata.

Ciò malgrado, si riesce in molti casi a far riprendere al paziente una buona attività sessuale con l'aiuto di farmaci adeguati. Le patologie della prostata sono un'evenienza molto frequente. Fortunatamente l'urologia moderna possiede gli strumenti per una diagnosi tempestiva ed una cura efficace.



Il Sonographer, che cos'è?

Dr.ssa Susanna Trincanato Laboratorio di Ecocardiografia Certificato SIEC - U.O.C Cardiologia Dolo

L Il Sonographer nasce negli anni ottanta come figura di supporto al cardiologo nelle indagini strumentali ecocardiografiche; le prime linee guida di riferimento sono quelle ASE (American Society of Echocardiography) nel 1992. L'iter formativo si raggiunge mediante il conseguimento di un master Universitario in Ecocardiografia che prevede l'approfondimento di conoscenze in ambito cardiologico quali anatomia, fisiologia, embriologia, fisiopatologia, emodinamica e tecniche cardiocirurgiche. Segue poi un training pratico in un laboratorio ecografico certificato dalla SIEC (Società Italiana di Ecografia). Le competenze richieste si articolano in diversi livelli: dall'esecuzione di un esame ecocardiografico standard all'applicazione di protocolli specifici a seconda del quesito clinico; dalle misurazioni su immagini con metodica M-mode, in 2D e flussimetria doppler all'analisi dei meccanismi fisiopatologici più "semplici". Tra le responsabilità vi è anche la gestione e manutenzione delle apparecchiature, il monitoraggio ed approvvigionamento del materiale di consumo, nonché l'aggiornamento dell'agenda elettronica degli esami che si svolgono all'interno di un Laboratorio Certificato. L'ecocardiografia è una metodica operatore-dipendente pertanto adottare una standardizzazione dei processi, una accuratezza delle immagini ed una

completezza dell'esame permette di garantire una maggiore qualità. Fondamentale per il Sonographer è quindi la cultura e l'esperienza, l'impegno continuo che conduce ad una maggiore sicurezza nel riconoscere le immagini di buona qualità necessarie al medico per la refertazione.

Anche se in Italia la figura del Sonographer non è ancora istituzionalizzata e spesso la sua presenza è legata a scelte organizzative delle singole realtà sanitarie, si deve riconoscere che l'impiego di tale professionista permette una maggiore efficienza ed efficacia dell'utilizzo della metodica ecocardiografica; basti pensare ad un esame effettuato con sistema portatile a letto del paziente piuttosto che in un laboratorio di ecografia in termini di tempo e di disagio

per il paziente stesso! Non solo, il Sonographer garantisce un aumento della produttività in un Echo-Lab riducendo le liste di attesa e conseguente abbattimento dei costi. È ormai riconosciuto da tutti il ruolo del Sonographer nell'espletamento di una metodica irrinunciabile come quella ecocardiografica: è colui che interpreta le richieste dei medici e che attraverso immagini di qualità favorisce una lettura e refertazione condivisa fondamentale per l'attività clinica quotidiana.

Infine, colgo l'occasione per ringraziare l'Associazione Cuore Amico che mi dato l'opportunità di poter partecipare con successo al corso di formazione, dandomi la possibilità di poter realizzare un mio sogno nel cassetto.



Dr.ssa Susanna Trincanato U.O.C. Cardiologia-Dolo



Cardiologie aperte 2017

Anche quest'anno, nella settimana nazionale dedicata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari patrocinata dall'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dalla Fondazione 'Per il tuo cuore' il nostro Dipartimento Cardiovascolare e il Dipartimento della Prevenzione della nostra ASL 3, Distretto Mirano-Dolo hanno aderito nella giornata del 16 febbraio alla manifestazione delle 'Cardiologie Aperte'.

La manifestazione si è svolta anche quest'anno nei locali attigui agli ambulatori della Unità Operativa della Cardiologia di Mirano.

Con il supporto dei volontari dell'Associazione Cuore Amico onlus e di altri volontari è stata offerta ai cittadini del nostro territorio la possibilità di effettuare controlli gratuiti della glicemia, del colesterolo, oltre alla rilevazione dei valori pressori e alla consegna di materiale informativo su temi della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Sono stati valutati circa duecento cittadini, trenta dei quali a rischio cardiologico, subito sottoposti anche a visita cardiologica completata da elettrocardiogramma.

L'evento, proposto in questo territorio da ormai quindici anni rimane uno dei momenti più attesi dalla popolazione, che risponde ogni anno con una importante adesione. In questa occasione, infatti, viene messa in campo una vera e propria "task force" per la salute del cuore: volontari, medici, infermieri.

Tutti schierati al piano terra dell'Ospedale di Mirano, dove sono ubicati gli ambulatori cardiologici,

per fornire informazioni sui corretti stili di vita ed eseguire una serie di esami utili per lo screening dei fattori di rischio coronarico (come detto misurazione della glicemia, del colesterolo e della pressione arteriosa). Ad aprire la Giornata, il Direttore Generale Giuseppe Dal Ben, che è passato nei locali di screening con alcuni rappresentanti delle istituzioni (il sindaco di Mirano Maria Rosa Pavanello, il sindaco di Noale Patrizia Andreotti, il sindaco di Spinea Silvano Checchin, il sindaco di Santa Maria di Sala Nicola Fragomeni, il sindaco di Martellago Monica Barbiero) per salutare gli operatori in campo e i cittadini che hanno aderito alla iniziativa gratuita.

"Siamo anche noi responsabili della nostra salute – ha ricordato Dal Ben – e possiamo davvero fare la differenza se ci comportiamo bene mangiando sano, muovendoci quando è possibile senza mezzi automatici, evitando alcol e la sigaretta. Accanto a queste accortezze che dipendono da noi, poi aggiungiamo il grande e prezioso lavoro degli operatori sanitari e dei volontari di Cuore Amico col loro presidente Nicolò Cammarata, sempre in prima linea sulla prevenzione".

Per questa iniziativa erano operativi

dieci volontari di Cuore Amico, sei infermieri della Cardiologia coordinati dal caposala Francesco Ceccato e tre infermieri della medicina dello Sport, tutti a titolo volontaristico, fuori cioè dall'orario di lavoro. Presenti il direttore Salvatore Saccà, il responsabile degli ambulatori della Cardiologia Marco Michieletto, il responsabile della Riabilitazione cardiovascolare Albino Zanocco, il responsabile del Dipartimento cardiologico e primario della Cardiologia di Dolo Daniele D'Este, il responsabile della Medicina sportiva Franco Giada, un referente della prevenzione Damiano Dalla Costa.

Si tratta dunque di una iniziativa estremamente importante perché ci aiuta a veicolare messaggi di prevenzione delle malattie cardiovascolari nonché di salvaguardia della salute dei nostri pazienti e dei cittadini in generale. Grazie dunque a quanti, al di fuori dei quotidiani e gravosi impegni del personale sanitario, si sono adoperati alla buona riuscita della manifestazione nella consapevolezza che il premio più ambito si troverà nel sorriso e nel senso di gratitudine dei nostri pazienti e concittadini.

*Dr. Albino Zanocco
U.O.C Cardiologia - Mirano*





Progetto Menopausa InForma: riparliamone

Rieccoci di nuovo a parlare del Progetto MenopausaInForma ... Come già segnalato in un articolo precedente il Progetto di cui stiamo parlando ha ottenuto il prestigioso riconoscimento ministeriale dell'Osservatorio sulla salute della donna (ONDA) conferendo ben due bollini Rosa al nostro ospedale "per l'impegno dimostrato nelle malattie cardiometaboliche e menopausa". Questo dimostra che sono stati considerati favorevolmente dalla commissione giudicante sia l'attenzione alla prevenzione delle patologie cardiometaboliche sia l'approccio alla menopausa attraverso un percorso originale, quello della somministrazione e della pratica dell'esercizio fisico che il nostro progetto prevedeva nel suo articolato protocollo. E' quindi con piacere che prendiamo atto che questo programma "inventato" da noi senza modelli di ispirazione a cui fare riferimento, che ha richiesto energie, dedizione ed impegno da parte di tutti gli operatori interessati, non solo ci ha gratificato per il successo locale (si veda la quasi totale aderenza al programma da parte delle donne incluse nel progetto, l'alta partecipazione agli incontri di educazione alla salute proposti nel corso dell'anno -maggio 2015- giugno 2016, i ritorni positivi di esperienze personali e di gruppo delle stesse donne) ma anche per un successo "allargato" che comprende il riconoscimento ministeriale a cui è stato fatto già cenno ed anche l'istituzione ufficiale da parte dell'Azienda ULSS 3 Serenissima di un Ambulatorio dedicato che abbiamo chiamato "Ambulatorio Menopausa InForma".

I risultati positivi ottenuti alla fine del Progetto Menopausa InForma (elevato indice di gradimento delle partecipanti, disponibilità a trasferire ad altre donne -come testimonial- personali esperienze e cambiamenti degli stili di vita -molte donne continuano dopo quasi un anno dalla fine del Progetto a frequentare la palestra) correlano bene con i valori, quasi tutti statisticamente significativi, ottenuti dall'analisi statistica dei dati stessi. Sono migliorate in modo statisticamente significativo sia il valore della circonferenza vita, dei fianchi e del rapporto peso/altezza al quadrato; è aumentato il valore delle HDL; si è registrato un miglior controllo dei valori pressori e della glicemia; si è ridotta la massa grassa ed è aumentata la massa magra; sono migliorate la mineralizzazione del tessuto osseo e la quantità del tessuto muscolare; si è ottenuto un incremento dell'introduzione quotidiana di acqua; ci sono stati dei cambiamenti favorevoli delle abitudini alimentari; sono migliorati gli indici di performance fisica soprattutto per quanto riguarda la flessibilità, l'equilibrio e la forza degli arti inferiori. Grande miglioramento anche per quanto attiene alla sfera psicologica con risultati favorevoli sull'autostima, sulla qualità del sonno, sui rapporti familiari e sociali delle donne e sul loro stato d'animo.

L'attività di prevenzione dell'ambulatorio

attivo da gennaio 2017 prevede per le donne in menopausa che vi afferiscono (tramite appuntamento con impegnativa del medico curante) un percorso molto simile a quello delle donne del Progetto MenopausaInForma e comprende una visita cardiologica con elettrocardiogramma, la rilevazione delle misure antropometriche e della pressione arteriosa, la valutazione degli esami ematochimici, test psicologici sull'ansia, depressione e sulla percezione della qualità della vita, un questionario sulle abitudini alimentari, l'analisi bioimpedenziometrica della composizione corporea e test di performance fisica. Per le donne che risultano includibili nel programma sulla base della presenza dei fattori di rischio rilevati alla valutazione iniziale e successive considerazioni conclusive/globali ad opera dell'equipe multidisciplinare della Medicina dello Sport si apre il percorso di esercizio fisico (supervisionato da due laureati in scienze motorie con formazione professionale in ambito di somministrazione di esercizio fisico) in palestra dell'Ospedale di Noale della durata di 3 mesi. Finito il percorso sono previsti una nuova rivalutazione analoga a quella della visita iniziale e l'invio della donna presso una delle palestre certificate in rete con l'azienda con una personale prescrizione dell'esercizio fisico da praticare con regolarità secondo gli insegnamenti acquisiti strada facendo.



Gli incontri periodici di educazione alla salute sono previsti con cadenza circa mensile fino a dicembre 2017. Vedasi calendario riportato a pagina 10

Dott. ssa Mariapiera Vettori
Medico dello Sport e Cardiologa



Ambulatorio menopausa InForma

CALENDARIO DEGLI INCONTRI di EDUCAZIONE SANITARIA
c/o Sala Convegni Ospedale di Noale, ore 18.00 – 19.30

Gli incontri, organizzati dall'UOC Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico di Noale, sono rivolti a tutte le donne interessate. L'ingresso è gratuito e non necessita di iscrizione.

20 APRILE 2017

PRESENTAZIONE DELL'AMBULATORIO
L'IMPORTANZA DELL'ESERCIZIO
FISICO

Dr.ssa Mariapietra Vettori e Dr.ssa Lucia
Ferrari U.O.C. Medicina dello Sport e
dell'Esercizio Fisico P.O. Noale
Distretto Mirano Dolo

4 MAGGIO 2017

LA RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO
PELVICO

Dr.ssa Antonietta Furlan
U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa
Distretto Mirano Dolo

16 MAGGIO 2017

IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Dr.ssa Mariapietra Vettori e Dr.ssa Lucia
Ferrari
U.O.C. Medicina dello Sport e
dell'Esercizio Fisico P.O. Noale
Distretto Mirano Dolo

ASPETTI PSICOLOGICI

Dr.ssa Marzia Sarto
U.O.C. Medicina dello Sport e
dell'Esercizio Fisico P.O. Noale Distretto
Mirano Dolo

8 GIUGNO 2017

ALIMENTAZIONE E COMPOSIZIONE
CORPOREA

Dr.ssa Luisa Bedin e Dr.ssa Giovanna
Tegon
U.O.C. Medicina dello Sport e
dell'Esercizio Fisico P.O. Noale Distretto
Mirano Dolo

19 SETTEMBRE 2017

LE MALATTIE DELLA TIROIDE

Dr.ssa Francesca Sanguin
U.O.C. Medicina P.O. Dolo - Distretto
Mirano Dolo

LE MALATTIE REUMATICHE

Dott. Massimo Rizzi
U.O.C. Medicina P.O. Dolo - Distretto
Mirano Dolo

24 OTTOBRE 2017

ASPETTI GINECOLOGICI

Dott. Franco Garbin
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O.
Mirano - Distretto Mirano Dolo
Dr.ssa Daniela Licori
Ambulatorio Ginecologico
Consultorio Familiare Distretto Mirano
Dolo

23 NOVEMBRE 2017

ASPETTI DERMATOLOGICI

Dott.ssa Sandra Bacilieri
U.O.C. Dermatologia P.O. Mirano -
Distretto Mirano Dolo

OCCHIO E MENOPAUSA

Dott. Romeo Altafini
U.O.C. Oculistica P.O. Dolo - Distretto
Mirano Dolo

12 DICEMBRE 2017

OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSALE

Dott. Gianpaolo Voltan
U.O.C. Lungodegenza Riabilitativa P.O.
Noale- Distr. Mirano Dolo



CALENDARIO DEGLI AVVENUTI
INCONTRI IN AMBITO DI
EDUCAZIONE SANITARIA
PER PAZIENTI DIABETICI,
CARDIOPATICI E LORO
FAMIGLIARI.
SALA CONVEGNI O.C. DI NOALE
ORE 08,30 - 09,30

1 Febbraio 2017

Dr. Ruggero Marin
Benefici dell'esercizio fisico nel
paziente cardiopatico e/o diabetico
Dr.ssa Giovanna Tegon
La composizione corporea e il
dispendio energetico

15 Febbraio 2017

Dr. Marco Pietra
I fattori di rischio cardiovascolare
Dr.ssa Valentina Pescatore
Pace maker e defibrillatori impiantabili

1 Marzo 2017

Dr. Albino Zanicco
Io scompenso cardiaco
Dr.ssa Erica Brugin
Il cardiopatico in vacanza: viaggi in
aereo e montagna

15 Marzo 2017

Dr.ssa Maela Masato
La riabilitazione cardiovascolare
nell'ictus ischemico
Dr. Marco Ferraro

Aspetti fisiatrici

29 Marzo 2017

Dr.ssa Marzia Sarto
Come riconoscere stress, ansia e
depressione

Teresa Vescovo – Eliana Cescon
Trattamento del tabagismo

12 Aprile 2017

Dr.ssa Valentina Mariano
Terapia e follow up nel soggetto
diabetico

Dott. Albino Bottazzo
Il ruolo delle Associazioni dei pazienti:
ADIMI (Associazione Diabetici del
Miranese)

10 Maggio 2017

Dr. Fulvio Laganà
La sessualità nel soggetto cardiopatico
e/o diabetico

Dr.ssa Lucia Ferrari
Luci ed ombre della menopausa

17 Maggio 2017

Dr.ssa Vera Renier
Quali precauzioni nei primi giorni
dopo l'intervento cardiocirurgico?

Dr.ssa Giuseppina Cumbo
La fisioterapia respiratoria nel
paziente cardiocirurgico

24 Maggio 2017

Dr.ssa Maria Tumino
Cottura e associazioni ottimali degli
alimenti

Dr.ssa Luisa Bedin
La corretta alimentazione nel paziente
cardiopatico e/o diabetico

7 Giugno 2017

Dr. Andrea Pacchioni
La malattia delle arterie periferiche
Nicolò Cammarata
Il ruolo delle Associazioni dei pazienti:
Cuore Amico Mirano onlus



Il musicista come atleta:

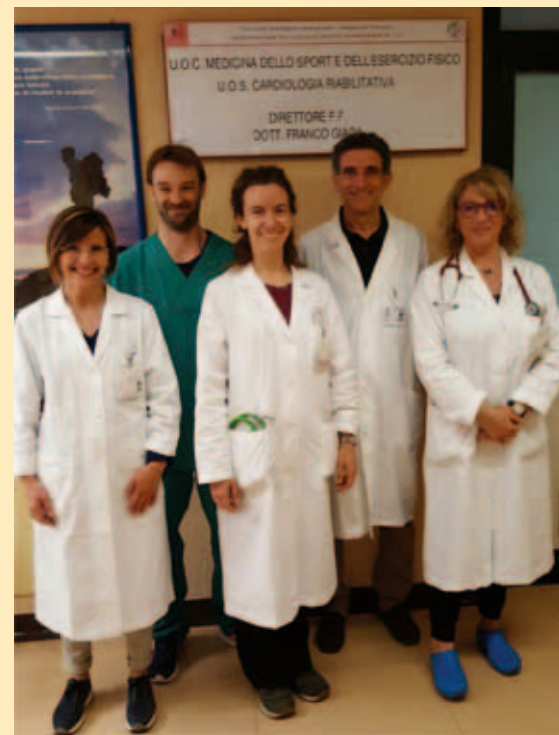
Le competenze di un'equipe multidisciplinare di medicina dello sport
a supporto di una performance pianistica
Dott.ssa Erica Brugin Medico dello Sport

Per i non addetti ai lavori può risultare strano immaginare che esista uno stretto legame fra il mondo della musica ed il mondo dello sport. In realtà i musicisti professionisti si possono considerare a tutti gli effetti degli atleti di élite, poiché la loro prestazione prevede molti aspetti psico-fisici sovrapponibili alla prestazione sportiva di alto livello. Durante le sessioni quotidiane di studio, infatti, il musicista deve mantenere a lungo posizioni forzate a lungo nel tempo, sostenere sforzi muscolari intensi ed eseguire movimenti ripetuti a carico delle articolazioni più utilizzate per suonare il suo specifico strumento. Anche il carico di stress a livello emotivo e psicologico, cui è sottoposto il musicista in occasione di concerti ed esibizioni, presenta molte analogie con quello che deve affrontare l'atleta quando partecipa ad una competizione sportiva importante.

Ciononostante i musicisti

conducono spesso una vita sedentaria e raramente seguono una preparazione psico-fisica specifica ed adeguata e questo li porta ad andare incontro al rischio di non riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati o di farlo a discapito del loro stato di salute. Molti sono, infatti, i musicisti che sviluppano patologie legate al mantenimento di posture alterate, ad un insufficiente tono muscolare generale e, viceversa, ad una ipersollecitazione di specifiche articolazioni e gruppi muscolari. Questi rischi diventano ancora maggiori in caso di significativi incrementi del carico di lavoro quotidiano come, ad esempio, nel caso di preparazione di performance musicali eccezionali.

Per questo motivo l'equipe della Medicina dello Sport di Noale è stata entusiasta di mettere a disposizione le proprie competenze multidisciplinari, sviluppate negli anni grazie all'esperienza maturata a



L'Equipe U.O.C. Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico P.O. Noale. Dr.ssa Marzia Sarto, Dr. Ruggero Marin, Dr.ssa Erica Brugin, Dr. Luigi Gerbino, Dr.ssa Giovanna Tegon.

contatto con sportivi ed atleti, per supportare un musicista nella realizzazione di un progetto di "maratona pianistica".

Il pianista e artista multimediale Adriano Castaldini è stato seguito durante la fase di preparazione di una performance musicale di resistenza che prevedeva di suonare per 8 ore al giorno, per 3 giorni consecutivi, un particolare brano musicale, Vexations, composto da Erik Satie alla fine del 1800: si tratta del brano pianistico più lungo della storia, costituito da 152 note che vanno ripetute per 840 volte e richiede, per l'esecuzione completa, dalle 12 alle 24 ore.





La degenerazione maculare legata all'età

Dott. Romeo Altafini Direttore UOC di Oculistica di Dolo-Mirano;

Dott.ssa Giorgia Sanguinetti Responsabile Ambulatorio Maculopatie Dolo-Mirano

La degenerazione maculare legata all'età (AMD, Age Macular Degeneration) è una patologia degenerativa della macula, la regione centrale della retina, quella deputata alla visione distinta interessa soggetti di età maggiore di 50 anni ed è caratterizzata dalla presenza di almeno una delle seguenti entità: drusen (depositi giallastri a livello della membrana basale delle cellule dell'EPR), anomalie dell'epitelio pigmentato retinico (EPR), atrofia geografica dell'EPR e della coriocalpillare, maculopatia essudativa per la presenza di neovascolarizzazione coroideale (choroidal neovascularization, CNV).

Seguendo la classificazione AREDs si distinguono pazienti con assenza di AMD con poche e piccole drusen di diametro < di 63 micron, pazienti

con AMD precoce con molte piccole drusen, poche drusen di dimensioni intermedie tra 63 e 124 micron e anomalie dell'EPR, pazienti con AMD intermedia con numerose drusen di dimensioni intermedie, almeno una drusen di grandi dimensioni di diametro maggiore di 125 micron o atrofia geografica non coinvolgente la fovea, pazienti con AMD avanzata caratterizzata dalla presenza di atrofia geografica dell'EPR e della coriocalpillare coinvolgente il centro della fovea o di maculopatia neovascolare.

La degenerazione maculare legata all'età (AMD) è la causa principale di perdita severa della visione centrale e di cecità legale nella popolazione anziana. L'incidenza e la progressione di tutte le forme della AMD aumentano in modo significativo con l'età e in rapporto all'invecchiamento e alla senescenza dell'epitelio pigmentato, della membrana di Bruch e della vascolarizzazione coroideale. Il 90% dei pazienti con perdita severa del visus ha la forma neovascolare essudativa dovuta allo sviluppo di una CNV in sede maculare centrale con distacco sieroso del neuro epitelio e/o dell'epitelio pigmentato (DEP) della retina associato ad emorragie e/o essudati lipidici intraretinici.

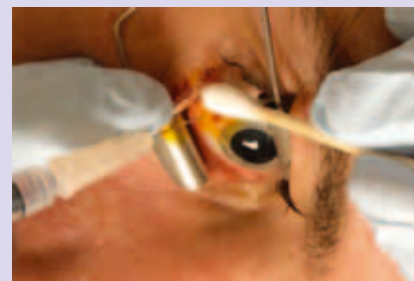
L'esame alla lampada a fessura e la biomicroscopia del fondo oculare è la fase iniziale di valutazione della AMD, durante la quale l'oftalmologo osserva l'aspetto delle lesioni e ne trae le informazioni basilari per poter procedere con l'iter diagnostico. L'imaging della degenerazione

maculare legata all'età, cioè la rappresentazione attraverso immagini di quanto avviene a carico delle strutture della regione maculare si basa attualmente su tre esami: la fluorangiografia retinica (FAG), l'angiografia con verde d'indocianina (ICGA) e la tomografia a coerenza ottica (OCT). La FAG e l'ICGA



Sopra: Esame alla lampada a fessura

Sotto: Iniezione intravitreale



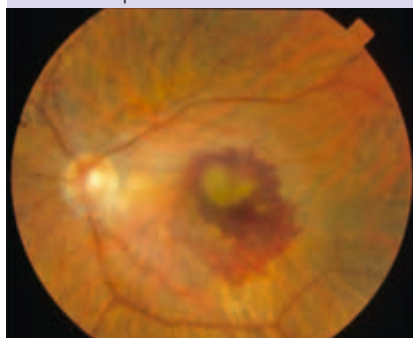
sono indagini angiografiche. I due coloranti che vengono utilizzati sono la fluoresceina sodica ed il verde d'indocianina che differiscono tra loro non solo per lo spettro di fluorescenza, ma presentano proprietà fisico chimiche molto diverse, la fluoresceina permette di esaminare la retina mentre l'indocianina permette lo studio della coroide.

L'esame fluorangiografico comprende anche l'esecuzione delle retinografie a colori, delle retinografie aneritiche e delle immagini ad auto fluorescenza. Le retinografie



Sopra: Regione maculare in un paziente sano

Sotto: Maculopatia assudativa





a colori e le retinografie aneritre sono la documentazione fotografica di quanto viene osservato in biomicroscopia.

L'OCT è una metodica mediante la quale è possibile ottenere immagini a sezione trasversale ad alta risoluzione delle strutture retiniche. L'OCT ci permette di ottenere delle scansioni tomografiche "in vivo" della retina.

Sulla base delle informazioni ottenute si distinguono CNV classiche che si sviluppano tra epitelio pigmentato retinico e neuroepitelio, CNV occulte che si sviluppano al di sotto dell'EPR, neovascolarizzazioni coroideali poipoidali (PCV) e proliferazioni angiomatose retiniche (RAP).

Nella forma essudativa di maculopatia, i neovasi coroideali si formano per gemmazione dai vasi coroideali, penetrano attraverso la membrana di Bruch e proliferano al di sotto dell'EPR e della neuro retina. L'angiogenesi è un processo fisiologico iniziato dalla risposta ad uno stimolo proangiogenico multifattoriale: ipossia, infiammazione, fenomeni degenerativi. La maggior parte degli studi ha individuato il VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) quale principale fattore proangiogenico. L'introduzione della terapia antiangiogenica intravitreale rappresenta un'importante passo in avanti compiuto negli ultimi anni nella terapia della neovascolarizzazione coroideale. La riduzione quindi dei livelli di VEGF è il principale obiettivo dell'odierna terapia della CNV. Rimane altresì importante un corretto inquadramento diagnostico delle lesioni neovascolari perché seppure tutte le lesioni hanno dimostrato di rispondere all'utilizzo di farmaci anti VEGF intravitreali, alcune lesioni necessitano di trattamenti combinati

con terapia fotodinamica.

Considerati i limiti delle terapie attuali disponibili nei confronti delle forme sintomatiche di AMD e l'irreversibilità del danno presente in tali forme, una diagnosi ed un intervento tempestivo risultano importanti nel tentativo di preservare la funzione visiva dei nostri pazienti.

Lo studio AREDS ha contribuito a differenziare i pazienti affetti da AMD a diverso rischio di perdita visiva. Il riscontro di minimi segni di AMD in soggetti di età superiore di 55 anni porta all'indicazione di controlli periodici del fundus. In pazienti invece con AMD intermedia sono indicate visite oculistiche periodiche, l'autovalutazione della funzione visiva mediante test di Amsler e la correzione degli eventuali fattori di rischio evidenziabili.

Il fumo rappresenta il terzo più importante fattore di rischio dopo l'età e la familiarità, l'obesità è stato riconosciuto come fattore di rischio e i fattori nutrizionali giocano un ruolo importante nella patogenesi di questa patologia.

Con il prolungamento della durata media della vita è verosimile che la percentuale di popolazione affetta da questa drammatica menomazione sensoriale sia destinata ad aumentare.

Chi purtroppo vive in una condizione di cecità legale sperimenta una riduzione della qualità di vita del 60%, una condizione di forte disabilità, e un aumento del rischio di morbidità da caduta accidentale. Una patologia frequentemente associata alla AMD è la depressione. L'oculista quindi rappresenta il primo responsabile della salute e del benessere dei pazienti con AMD e come tale si trova non solo a trattare il quadro oculare, ma anche ad affrontare il disagio che comporta questa malattia sulla qualità di vita.

L'artista è stato sottoposto ad una iniziale valutazione medico-sportiva, psicologica, nutrizionale, posturale, dello stato di forza muscolare polidistrettuale e della capacità aerobica. È stato poi concordato un programma personalizzato e specifico di nutrizione, di allenamento aerobico e di rinforzo muscolare indirizzato in particolare ai muscoli del cingolo scapolare e agli stabilizzatori del tronco.

È stato, inoltre, previsto un percorso di regolarizzazione del ritmo sonno-veglia e di ristrutturazione cognitiva associata a tecniche di rilassamento e mental training.

Sono state, infine, ideate soluzioni pratiche per le necessità posturali e fisiologiche richieste dalla prestazione prolungata.

L'artista è riuscito, anche grazie al contributo del gruppo della Medicina dello Sport, a portare a termine con successo la performance durante le tre giornate dell'edizione 2016 del Trieste Next, festival dedicato alla ricerca scientifica.

Durante l'esibizione il musicista ha arricchito ulteriormente di significato la prestazione musicale indossando un sistema di sensori in grado di monitorare alcuni suoi parametri psicofisici e di modificare in base a questi ed in tempo reale il suono stesso del pianoforte.

L'esperienza positiva di collaborazione continuerà con l'obiettivo, ancora più ambizioso, di aiutare il pianista ad arrivare a suonare lo stesso brano musicale per 24 ore ininterrotte, impresa finora portata a termine con successo da un ristrettissimo numero di artisti.





La ricetta del Cuore

a cura della **Dr.ssa Luisa Bedin**

Medico Chirurgo Specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica U.O.C Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico dell'Ospedale di Noale (Ve)

COLAZIONE CON SPRINT!!!

La primavera ormai è giunta e richiede una carica in più, perché l'inverno lasciato alle spalle si è prosciugato molte delle nostre forze.

Ma la pigrizia spesso ci fa compagnia e quindi facciamo fatica ad abbandonare le vecchie abitudini.

La nostra fantasia è ancora adombrata da quel grigiore che permea le mattine durante la stagione fredda.

Bene è proprio ora che bisogna mettere la sveglia al nostro cervello cercando di pervaderlo con tutti i sensi e con tutti i profumi e sapori che la primavera ci offre!!!

Allora come non proporvi una colazione un po' diversa che unisca sia le nostre tradizioni ma che cerchi di esplorare nuovi territori facendo esperienze sensoriali e gustative più forti e corroboranti !!!

Tenendo presente che il tempo è sempre tiranno e la fretta non aiuta, bisogna cercare un po' di organizzazione in più per non incorrere "nella solita minestra" Si possono intervallare diversi tipi di colazione anche in base agli impegni della giornata, ma comunque tenendo presente che è il pasto più importante e di conseguenza non va trascurato. Certo è che se abbiamo esagerato la sera prima di sicuro non ci alziamo con fame, per cui

dobbiamo tenere presente un vecchio detto che ad oggi è ancora vero: una Colazione da Re - un Pranzo da Principe - ed una Cena da Poveri !!!

Noi invece, facciamo tutt'altro oggiogiorno, invertiamo l'ordine e l'abbuffata si fa al pasto serale, anche perché in famiglia ci si ritrova spesso solo alla sera e per far festa rischiamo che il "giro vita" si allarghi.

Il suggerimento è che si possono sempre proporre le "vecchie cose" ma seguendo una cronologia in base alla stagionalità delle cose che riusciamo a reperire; per cui inizio primavera procediamo con il latte e le bevande calde per poi possiamo sperimentare anche proposte fredde, inserendo magari dei centrifugati di verdura e frutta freschi a colazione e magari assaggiando yogurt con frutta fresca che apportano molte vitamine utili per affrontare la giornata che ci attende.



PROPOSTA N° 1 PORZIONE MEDIA

Pane crostini integrali g 40-50

Latte intero o parzialmente scremato ml 150- 200

Marmellata g 30 o composta di frutta fatta in casa

Ricotta g 50

Granella di noci e nocciole g 10-15

Valori nutrizionali a persona

Calorie 431

Proteine g 16,5

Carboidrati g 51,6

Lipidi g 17,7

Colesterolo mg 41

Il Latte: quali benefici per la nostra salute

Il latte apporta notevoli benefici sia in senso plastico che energetico ma non solo.

Grazie alla presenza di **peptidi bioattivi** svolge anche una **attività biologica** sull'organismo legandosi a recettori delle cellule che regolano specifici processi metabolici, facilitando la rimozione del colesterolo, e contribuendo ad un abbassamento della pressione grazie all'attività ACE inibitrice contribuendo a ridurre i rischi cardiovascolari.

Il latte possiede tutti i **9 aminoacidi essenziali**; in particolare i **ramificati** che captati direttamente dal muscolo concorrono sia a fornire pronta energia che a riparare strutture in caso di danno e contrastano la produzione di acido lattico e l'affaticamento.

Il lattosio è considerato lo



zucchero più rappresentato nel latte ma ci sono tracce di altri **elementi glucidici** (**oligosaccaridi glicoproteine e glicolipidi**) detti minori che sembra giochino un ruolo bioattivo a cui sono state attribuite proprietà **antimicrobiche**, protezione **immunologica** e di supporto allo sviluppo del **sistema nervoso** specialmente nei primi anni di vita del bambino.



PROPOSTA N° 2 PORZIONE MEDIA

Olio extravergine d'oliva g 10
Grana g 30
Prosciutto crudo magro g 20
1 albume d'uovo strapazzato
Pane fresco meglio integrale g 50
Succo di pomodoro non zuccherato ml 200
Il Grana offre una alternativa a chi è invece **intollerante al lattosio** perché grazie al processo di caseificazione naturale, il siero si separa dalla cagliata e porta con sé la maggior parte del lattosio e nelle successive 48 ore di riposo si elimina il siero rimanente allontanando il rimanente. Dopo 9 mesi di stagionatura successiva non vi è quasi traccia di lattosio (circa meno di 1 mg/100) per cui chi soffre di questa carenza enzimatica può al mattino fare uso di questo prezioso alimento.

Valori nutrizionali a persona

Calorie 466
Proteine g 12,9
Carboidrati g 40
Lipidi g 16
Colesterolo mg 42

PROPOSTA N° 3 PORZIONE MEDIA

Yogurt naturale o parzialmente scremato g 200
Mix di Semi di girasole g 10
Frutta fresca mista a pezzi g 150-200
Frutta secca non salata g 10
Cereali integrali o fiocchi d'avena g 35

Valori nutrizionali a persona

Calorie 388
Proteine g 12
Carboidrati g 57
Lipidi g 12,5
Colesterolo mg 16



La Frutta secca: noci mandorle nocciole o altri semi oleosi offrono ogni bene. Ricchi di acidi grassi essenziali omega 3 (in particolare le noci) utili per le funzioni cognitive ma anche per la presenza di proteine vitamine e sali minerali. Da offrire anche come spuntino a metà mattinata purché non salata.



PROPOSTA N° 4 PORZIONE MEDIA

Centrifugato di: carota mela kiwi indivia e limone o zenzero ml 200
Pancake di farina integrale (circa 10 g) e farina di ceci (g 20)
olio evo 1 cucchiaino con miele o marmellata g 30

Valori nutrizionali a persona

Calorie 440
Proteine g 13
Carboidrati g 72
Lipidi g 11,5
Colesterolo mg 0

La Farina di ceci: offre una alternativa al solito pane. Mescolandola con poca farina integrale o anche da sola un po' di latte od acqua ed un cucchiaino di olio EVO si possono ottenere tipo pancake che danno più valore nutrizionale in quanto **ricca di proteine (circa 22 g su 100)** Necessita però di un po' di tempo per la preparazione ma offre sicuramente per chi ama la cucina vegetariana un buon apporto di **aminoacidi essenziali e di fibra**. Utile anche per chi soffre di diabete in quanto **presenta indice glicemico minore**.



**QUESTO NOTIZIARIO È
STATO REALIZZATO CON
IL CONTRIBUTO DEL
CENTRO VENETO SERVIZI**



Momenti del pranzo Sociale 2016

