

L'Informatore

Edizione Speciale

SEGRETERIA: Via M. d'Azeglio 21/C - orario di apertura lunedì e giovedì dalle 9.30 alle 11.30 - Tel. 040 7606490 - www.dolcecuoretrieste.it - E-mail info@dolcecuoretrieste.it

RIFLESSIONI SULLA PANDEMIA: L'IO CHE SI FA NOI ED IL VALORE DELLA SCIENZA

Gianfranco Sinagra

Direttore SC Cardiologia, Dipartimento Cardioracovascolare, Ospedale di Cattinara, Università di Trieste

Presentazione degli articoli

Care socie, cari soci, collaboratori ed amici, pubblichiamo questo numero speciale del nostro periodico L'Informatore, per comunicarvi i precisi e preziosi consigli che il prof. Gianfranco Sinagra, Direttore del Dipartimento Cardioracovascolare dell'Ospedale di Cattinara e i suoi collaboratori Maddalena Rossi e Vincenzo Nuzzi, ci hanno inviato, da un osservatorio per noi particolarmente importante, circa l'ultimo anno di pandemia, indicandoci nel vaccino l'unico mezzo sicuro per la ripresa di una vita normale.

Il Presidente
Domenico Bonifacio

Sapete quante persone sono state accolte nei mesi gennaio-aprile 2020? Circa 760, il 20% in meno del corrispondente periodo del 2019! Nel 2020 ci sono state 300 emergenze accolte direttamente dalla strada. 150 operatori presso la Cardiologia. Solo 5 operatori infetti negli ultimi 11 mesi. Pz Covid fra i degenti? Certo che ci sono stati, meno di 20! Negli 11 mesi trascorsi, 2500 procedure invasive. Negli stessi mesi gennaio-aprile 2020 circa 10.000 prestazioni ambulatoriali. Prevedere, proteggersi, usare e smaltire bene le mascherine, lavarsi le mani, cambiare gli indumenti, distanziarsi senza rinunciare all'incontro, agli sguardi di comprensione e condivisione, non assembrarsi, operare in ambienti aerati: un lavoro impegnativo che serve ed è dimostrato in efficacia dalla scienza e dalla pratica. L'io dei timori individuali (il personale sanitario) ha incontrato e corrisposto il noi dei pazienti con i loro bisogni, delle loro famiglie e della comunità. Ma l'io ha prevalso ed i sistemi sanitari ospedalieri hanno retto e le persone hanno potuto essere curate. Aggiungere alla ricognizione e gestione clinica concreta dei problemi, lo screening infettivo, la prevenzione e la protezione dei luoghi e persone costituisce attività ad altissima tensione, logoramento e stress, soprattutto per i reparti che lavorano e devono curare in urgenza.

Devi diagnosticare e curare subito, proteggendoti, introducendo quella persona malata dentro un'organizzazione che ha anche altri malati critici da proteggere e

non contagiare. Devi proteggere gli operatori. Esempi analoghi potrebbero esser fatti nell'area del 118 e medicina d'urgenza, radiologia, traumatologia e chirurgia, etc.

Ci siamo accorti di essere abituati a pensare, governare ed operare in sistemi rigidi, autoreferenziali, chiusi, per i quali l'autonomia deriva dalla propria piena autosufficienza. La negazione dell'integrazione, della mediazione e della compensazione reciproca.

Ci sono vari modi di aprirsi al noi e di credere di aver collaborato, ma nel nostro lavoro la misura di ciò che si fa sono i numeri, i fatti, gli esiti: 7 medici della Cardiologia hanno operato in area Covid geriatrica, infettivi, RSA. 8 medici hanno operato e contribuito ad assistere il noi sofferente della subintensiva Pneumo COVID passata da meno di 10 Pz a più di 25 Pz nel giro di pochi gg, durante l'aggressiva ondata autunnale. Ovviamente non siamo i soli ad aver contribuito. Nessun eroismo, non siamo angeli. Dovere.

Abbiamo fragilità ed insufficienze ma il noi che siamo capaci di esprimere neutralizza le debolezze del nostro io e ci aiuta ad incontrare, ascoltare e curare il noi società.

Non abbracciamo da mesi i ns familiari con l'intensità e la frequenza che vorremmo ... continuiamo ad accarezzare ed a visitare malati ma non lo facciamo tutte le volte che vorremmo e lo facciamo talvolta con guanti che negano l'immediatezza del contatto e della relazione. La

vaccinazione aiuterà.

La tecnologia può aiutare? Sì a tutti i livelli, in tutti i contesti per molti obiettivi, dalla presenza di voci ed immagini, al coinvolgimento ed alla cura. Dobbiamo però correre perché il virus e la devastazione corrono.

Abbiamo attivato ogni risorsa possibile di telemonitoraggio usando i dispositivi di pacemaker e defibrillazione impiantati in epoche nelle quali mai avremmo pensato che un pacemaker potesse avvicinare un malato all'ospedale in epoca di pandemia e poi le televisite, parziali ma meglio di nulla, l'uso provvidenziale degli smart watch per i pazienti aritmici etc. Stiamo certamente pagando il prezzo di una relazionalità sospesa nell'assistenza, nella didattica e nella vita in generale. Il mondo degli anziani, specie i non autosufficienti, tradizionalmente esposto al rischio di solitudine, silenzi, abbandono è sicuramente e drammaticamente penalizzato. Sono penalizzati anche i familiari esclusi dalla relazione ed immersi nello sconforto del timore, dell'ignoto, del mancato contatto, della mancata presenza. I familiari, figli e compagni di una vita esclusi dalla presenza in momenti di difficoltà, angosciati dal pensiero della morte, vissuta dal congiunto freddamente, in solitudine. I familiari destinati a rimanere soli. Servirebbe uno sforzo solidale, maturità, profondità di confronto e relazione, servirebbe solidarietà, garbo relazionale, incontro anche nel distacco del distanziamento, servirebbe umiltà,



Il prof. Gianfranco Sinagra mentre parla al nostro 40° dalla fondazione di Sweet Heart - Dolce Cuore

ponderazione, spirito di sistema, servirebbe guardare ai rischi diffusi e necessità di prevenirli, servirebbe pazienza e comprensione. **Serve vaccinarsi.**

Incommensurabile il dramma ed il dolore che sarebbero derivati da un sistema regionale ed aziendale che fosse stato impreparato e che non avesse predisposto logistiche di nuovi reparti, letti, ventilatori, sistemi di monitoraggio e che, sia pure con difficoltà programmatiche, non avesse trovato risorse umane ed economiche per assistere centinaia di malati.

Bisogna esser grati per queste realizzazioni.

Servirebbe che gli uomini di scienza ponderassimo di più le parole e le ostentate certezze, che avessimo più umiltà e consapevolezza dell'ignoto ed imprevedibile. Servirebbe per tutti nella società, rispettare le regole e non eluderle per una malintesa libertà che in nome dell'io danneggia il noi, spesso ritorcendosi su noi stessi. Il valore delle scelte collettive ... e di un senso diffuso di responsabilità civica.

Io, mio, noi, nostro. Solo una mentalità, una comunità capace di declinare al noi non dimenticherà la capacità devastante capillare di questo fenomeno e saprà aiutare, tutte le comunità, l'ospedale il territorio, la scuola, l'economia, le comunità dei tossicodipendenti, degli emarginati, delle comunità religiose, dei tribunali, degli sportivi, degli artisti e divulgatori, dell'agricoltura e dei raccolti... Infezione delle relazioni e della società. Tutta la società, senza distinzioni. Con un richiamo fortissimo alla semplicità, alla salubrità dell'ambiente, persino alla valorizzazione dei rifiuti da cui vengono tratte le mascherine, ricordando che una volta usata la mia mascherina non dovrà inquinare il nostro ambiente ed il nostro mare, peraltro insidiando la mia salute!

Covid deve obbligarci a riposizionare priorità e aspettative.

La Sars CoV2 è un dramma per ciò che

di tangibile (infetti, ricoverati, intubati, morti) ha determinato ma ancor più, vorrei dire, per tutti i morti in epoca Covid ma non di Covid per le conseguenze di diagnosi tardive, complicanze devastanti, maggior mortalità nel breve-medio termine per malattie delle quali si morirebbe eccezionalmente se tempestivamente diagnosticate e curate e che invece sono giunte tardi in ospedale, per paura del contagio. Poi ci sono le conseguenze psicologiche del lockdown, sottostimate e da non sottovalutare, poi ci sono i mutamenti profondi nell'organizzazione della vita degli individui e delle famiglie, poi c'è il dramma delle conseguenze economiche.

Questa epidemia è un richiamo alla saldezza con cui dovremmo costruire le nostre radici, i nostri valori, i nostri orizzonti, la nostra dimensione spirituale, la nostra capacità di far parlare il silenzio. Avrei tantissime dinamiche di reciprocità e condivisione che esemplificano quanto più forte dell'io/mio debba essere il noi/nostro.

Lasciamo che un io maturo e responsabile sappia dare forza al noi, il noi bambini in crescita e privati dei nonni, il noi giovani coartati nell'espressione della loro energia e voglia di sport, il noi universitari inariditi da una relazione con gli schermi, privati, in buona parte e malgrado gli sforzi, del contatto con la mimica, il sorriso, gli sguardi, i gesti, il noi ospedali da proteggere e far funzionare per curare tutte le malattie che continuano a generarsi e necessitano di essere curate, il noi comunità religiose, il noi comunità disoccupate e preoccupate o disperate per un futuro incerto. Ho letto da qualche parte che fede e speranza non bastano, anche se aiutano. Serve carità, solidarietà, aiuto concreto, consapevolezza reciproca. Serve un io che sappia farsi noi e sappia comprendere i sacrifici di chi opera nelle organizzazioni sanitarie, Ospedali, RSA, Ambulatori dei Medici di Famiglia e Specialistici territoriali, Case di riposo. Serve vaccinarsi

perché i vaccini sono efficaci e ragionevolmente sicuri a fronte della protezione che inducono sul singolo e sulla comunità. Sono l'unica concreta via per uscire dalla devastazione e riprendere a vivere e ad essere creativi e produttivi. Bisogna però vaccinarsi rapidamente e massivamente per dare al virus minori probabilità di proliferare, diffondere, mutare e resistere attraverso mutanti maggiori.

Serve coltivare dubbi, curiosità ed idee. Serve fare ed aiutare la ricerca. Serve restituire la scuola e la formazione ad una relazionalità concreta. Serve non perdere di vista chi è stato malato e potrebbe avere per vari motivi necessità di supporto, assistenza e cura delle complicanze.

Serve informare e premiare i giovani come state facendo Voi di **Sweet Heart Dolce Cuore 2021!**

Distanziarsi non è isolarsi. Serve capire che solo proteggendo il noi, anche attraverso i vaccini, l'io sopravviverà ed avrà forza.



prof. Gianfranco Sinagra

COVID E CUORE: UNA RELAZIONE COMPLESSA

DI MADDALENA ROSSI E VINCENZO NUZZI

Dipartimento Cardioracovascolare ASUGI, SC Cardiologia Ospedale di Cattinara, Università di Trieste

Il 2020 e l'inizio del 2021 sono stati fortemente segnati dalla pandemia Coronavirus della SARS-2 (SARS-CoV-2). Il COVID-19 è la conseguente possibile malattia clinicamente manifesta.

Apparato Cardiovascolare e COVID-19: un legame non trascurabile

Sebbene il principale bersaglio dell'infezione di SARS-CoV-2 sia costituito dalle cellule del parenchima e dell'interstizio polmonare, a distanza di oltre un anno dall'inizio della pandemia le evidenze scientifiche hanno dimostrato la possibilità di un significativo interessamento cardiaco prima e dopo la sindrome COVID-19. Da un lato le persone affette da malattie cardiache pregresse hanno un rischio maggiore di andare incontro ad un'infezione più grave e, quindi, hanno un rischio maggiore sia di necessitare di

terapie intensive sia di rischio per la vita. Seppur in misura minore anche l'ipertensione incide sul rischio di eventi particolarmente in presenza di cardiopatia ipertensiva. Da questo punto di vista nei mesi iniziali della pandemia sono emerse preoccupazioni riguardo l'utilizzo di farmaci contro l'ipertensione in quanto sembrava potessero essere connessi con il rischio di infezione severa da SARS-CoV-2. E' stato tuttavia dimostrato chiaramente che questi farmaci sono sicuri e interromperli esporrebbe il paziente solo ad un controllo pressorio inadeguato, senza alcuna protezione nei confronti del virus. Dall'altro lato è stato visto che durante l'infezione grave in una buona quota di casi è presente un interessamento cardiologico in termini biochimici. In particolare, l'evidenza più forte del legame COVID-cuore è il rilascio di troponina nel circolo ematico nel 20-45% dei soggetti

ospedalizzati per COVID-19. La troponina è una molecola facente parte delle cellule muscolari del cuore che viene rilasciata in caso di danno miocardico, come ad esempio in caso di ischemia, infarto o miocardite. Le cause del danno miocardico sono tutt'ora oggetto di dibattito. Le possibili spiegazioni chiamano in causa il danno diretto del virus sulle cellule cardiache, il deficit di ossigeno a cui va incontro il cuore a causa della difficoltà respiratoria, un possibile meccanismo mediato dal sistema immunitario e gli effetti legati alle terapie attuate comunemente (ventilazione meccanica). Ciò che è chiaro è che la presenza di danno miocardico espone i pazienti ricoverati ad un maggior rischio di esito infausto intraricovero, inteso sia come esito fatale sia come complicanze quali le trombosi venose e le embolie polmonari e periferiche. Un aspetto di particolare interesse clinico

e scientifico del coinvolgimento cardiaco durante l'infezione è la possibile presenza di infiammazione dei miocardiociti, ossia presenza di una miocardite. La miocardite è una malattia infiammatoria che può coinvolgere ogni parte del tessuto cardiaco ed è in genere mediata da meccanismi infettivi virali e immunitari. Nel caso del SARS-CoV-2 in alcune casistiche è stata evidenziata la presenza del virus nel tessuto cardiaco, giustificando il danno diretto del virus sul cuore, ma più frequentemente è presente un'infiammazione cardiaca mediata dal sistema immunitario pur in assenza di virus nel cuore. L'altro aspetto su cui si sono concentrati i cardiologi è rappresentato dai possibili residui sul cuore di una sindrome COVID-19. In questo senso, due importanti studi hanno mostrato che in atleti che hanno avuto una forma grave dell'infezione sono presenti dei reperti anomali alla risonanza magnetica cardiaca. Tuttavia è chiaro che questi reperti devono ancora essere ben interpretati per valutarne la rilevanza clinica.

SARS-CoV-2 e l'impatto sull'organizzazione sanitaria

La più grande e più grave pandemia dell'ultimo secolo, come è stata recentemente definita COVID-19 dall'OCSE, ha messo in luce le fragilità dei nostri sistemi sanitari causando un vero e proprio shock. In ambito cardiovascolare colpisce che nella prima fase della pandemia sia stata riportata una significativa riduzione nei ricoveri ospedalieri per infarto del miocardio acuto, di circa il 50% rispetto al corrispondente intervallo temporale dell'anno precedente, con un incremento del tempo medio dal primo contatto medico alla rivascolarizzazione del 32%. Ciò si è accompagnato ad un aumento del tasso di mortalità e ad una maggiore incidenza di infarti subacuti con complicanze maggiori, come shock cardiogeno, aritmie minacciose, rottura di cuore o insufficienza mitralica acuta severa. Varie sono le cause ipotizzate: da un lato la paura del contagio, che avrebbe scoraggiato l'accesso agli ospedali pur in presenza di sintomi, dall'altro il fatto che l'intero sistema sanitario, durante l'emergenza, fosse monopolizzato da COVID-19, con terapie intensive oberate e personale sanitario esausto. Non possiamo inoltre escludere che la quarantena, con la riduzione dello stress fisico e l'aumento del tempo medio del sonno, possa aver in parte contribuito a ridurre il numero di infarti.

Nello stesso intervallo temporale è stata anche registrata una riduzione nelle ospedalizzazioni per altre urgenze cardiologiche come lo scompenso cardiaco e la fibrillazione atriale rapida, rispettivamente del 50% e del 53%.

In linea con i dati nazionali nel nostro Centro si è osservata, a marzo-aprile 2020, una riduzione dei ricoveri totali di circa il 30% rispetto ai mesi corrispondenti del 2019, soprattutto fra i pazienti provenienti da altre regioni. Preoccupa, inoltre, la riduzione delle attività ambulatoriali, di circa il 50% nei primi mesi della pandemia, e la successiva riorganizzazione delle stesse, con necessità di dilazionare le visite al fine di garantire il distanziamento sociale e la minore permanenza possibile in ospedale. Quale sarà l'impatto prognostico di questa inevitabile scelta resta ancora da valutare, con il rischio che un follow-up meno ravvicinato, in pazienti fragili come quelli con scompenso e cardiomiopatie, abbia un impatto non trascurabile sull'evoluzione di malattia.

Nuove prospettive: il vaccino

Il 31/12/2020, a meno di dodici mesi da quando è stata pubblicata la sequenza genetica del virus SARS-CoV-2, è ufficialmente iniziata in Italia la campagna vaccinale. Mai prima d'ora un vaccino era stato sviluppato in tempi tanto brevi, eppure in questa condizione di estrema emergenza gli investimenti straordinari, la collaborazione internazionale, il lavoro infaticabile della comunità scientifica hanno permesso di ridurre al minimo i tempi della sperimentazione, in particolare della fase di sviluppo preclinico e di quella finale di registrazione/autorizzazione, senza intaccare la parte puramente clinica e, quindi, l'efficacia e la sicurezza del "prodotto" finale.

Attualmente, secondo la panoramica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono 173 i vaccini in fase di studio preclinico e 64 quelli in fase di studio clinico, di cui sedici già in fase di valutazione di efficacia in fase 3. Fra questi solo tre sono stati autorizzati all'immissione in commercio dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) e sono quindi disponibili in Italia.

L'apripista della campagna vaccinale è stato BNT162b2, prodotto da Pfizer-BioNTech, che, in uno studio clinico randomizzato con più di 40.000 partecipanti, si è dimostrato capace di prevenire il numero di casi sintomatici di COVID-19 con un'efficacia del 95%, confermata anche nei sottogruppi di pazienti a più alto rischio, affetti da ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattia polmonare cronica, obesità. BNT162b2 si basa sulla tecnologia a RNA messaggero (mRNA) ed è costituito da una nanoparticella lipidica che contiene l'mRNA codificante la proteina spike presente sulla superficie esterna di SARS-CoV2, che il virus utilizza per entrare nelle cellule e replicarsi. Una volta somministrato il vaccino l'mRNA viene "tradotto" dalle cellule umane che avviano la sintesi della proteina spike, la quale viene identificata dal nostro sistema immunitario come estranea, stimolando a produrre anticorpi specifici che saranno pronti a difenderci in caso di successiva esposizione al virus.

La medesima tecnologia è stata utilizzata dalla ditta Moderna per la produzione del vaccino m-RNA-1273 che ha dimostrato un'efficacia del 94% nel prevenire l'infezione sintomatica da SARS-CoV2. I due vaccini hanno dimostrato anche un simile profilo di sicurezza: l'effetto indesiderato più comune riportato è stato il dolore nel sito di iniezione, seguito da mal di testa e stanchezza, mentre la febbre alta è stata

osservata nel 15% dei partecipanti, soprattutto nei più giovani. Entrambi i vaccini richiedono basse temperature per la conservazione ed il trasporto (-70 °C per Pfizer, -20 °C per Moderna), vengono somministrati per via intramuscolare e richiedono due iniezioni per essere efficaci, a distanza di 21 giorni per il vaccino Pfizer e di 28 giorni per il vaccino Moderna.

In ultimo, il 29 gennaio, l'EMA ha autorizzato la distribuzione del vaccino ChAdOx1 nCoV-19 messo a punto da AstraZeneca e dall'Università di Oxford, che utilizza una versione modificata dell'adenovirus di scimpanzé come vettore della proteina spike. Questa tecnologia presenta dei vantaggi significativi rispetto a quella ad mRNA: un costo di produzione inferiore ed una maggiore stabilità, per cui non richiede temperature eccessivamente basse per la conservazione. ChAdOx1 nCoV-19 ha dimostrato un'efficacia complessiva del 70% nel prevenire la malattia COVID-19 sintomatica in più di 23.000 persone di età compresa tra 18 e 55 anni, arruolate in quattro studi clinici randomizzati.

Ma quali sono le categorie di popolazione a cui dare la priorità in questa prima fase di disponibilità limitata di dosi? Oltre agli operatori sanitari ed agli ospiti della RSA anche il paziente cardiopatico appartiene alle categorie a rischio di sviluppare più facilmente sintomi gravi, con necessità di ricovero nei reparti di terapia intensiva e con rischio più elevato per la vita. Fin dai primi studi su COVID-19 è infatti emerso che l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'obesità, comuni nel paziente cardiopatico, sono associate ad un decorso di malattia più severo. Inoltre, come è stato riportato sullo European Journal of Heart Failure, i pazienti con scompenso cardiaco contagiati dal SARS-CoV-2 hanno rischio di mortalità cinque volte maggiore rispetto alla popolazione generale ed i pazienti stato post-trapianto cardiaco affetti da COVID-19 presentano una mortalità del 50%. Sulla base di questi dati la Società italiana di Cardiologia, in occasione del recente Congresso nazionale, ha chiesto un piano prioritario di vaccinazione per il milione e mezzo circa di pazienti italiani con scompenso cardiaco, infarto od ictus, soprattutto se di età maggiore di 70 anni, con il doppio beneficio atteso di migliorare la prognosi del singolo e non sovraccaricare un sistema sanitario in forte difficoltà.

Maddalena Rossi
Vincenzo Nuzzi

Tabella 1. Panoramica sui tre vaccini autorizzati dall'Agenzia Europea del Farmaco

	BNT162b2 Pfizer-BioNTech	m-RNA-1273 Moderna	ChAdOx1 nCoV-19 AstraZeneca
Tecnologia	mRNA codificante proteina Spike	mRNA codificante proteina Spike	Adenovirus di scimpanzé vettore di proteina Spike
Efficacia	95%	94%	70%
Data approvazione EMA	21/12/2020	6/1/2021	29/1/2021
Temperatura di conservazione e trasporto	-70 °C	-20 °C	2 – 8 °C
Via di somministrazione	intramuscolo	Intramuscolo	intramuscolo
Numero di somministrazioni	2, a distanza di 21 giorni	2, a distanza di 28 giorni	2, a distanza di 28 giorni
Effetti avversi descritti	Arrossamento, dolore e gonfiore nel sito di iniezione Stanchezza Mal di testa Febbre Linfoadenopatia	Arrossamento, dolore e gonfiore nel sito di iniezione Stanchezza Mal di testa Febbre Mialgie, atriaglie Brividi Nausea, vomito	Arrossamento, dolore e gonfiore nel sito di iniezione Stanchezza Mal di testa Febbre
Numero dei partecipanti arruolati nei trials	43.448	30.420	23.843
Età dei partecipanti arruolati nei trials	≥ 16 anni	≥ 18 anni	18 – 55 anni

DOPO AVER APPREZZATO LE CAPACITÀ DELLA DR.SSA MADDALENA ROSSI E DEL DR. VINCENZO NUZZI DA RELATORI CI PIACE PRESENTARVI IL LORO CURRICULUM BREVE

Entrambi i medici frequentano attualmente Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare di Trieste



La Dottorssa Maddalena Rossi ha conseguito nel 2012 la Maturità Classica con il massimo dei voti.

Nel 2018 si è laureata in Medicina e Chirurgia con votazione di 110/110 e lode presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, dove dal 2016 ha frequentato come studentessa interna l'Istituto di Cardiologia diretto dal Professor Filippo Crea, con cui ha approfondito lo studio della stratificazione del

rischio aritmico nella cardiopatia ischemica. Dal 2019 frequenta la Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare di Trieste, diretta dal Professor Gianfranco Sinagra, dove partecipa attivamente all'attività di ricerca scientifica ed è autrice di numerose pubblicazioni. Attualmente è impegnata sia nella gestione di registri clinici che nella conduzione di trials internazionali. I suoi principali campi di interesse sono lo scompenso cardiaco e la cardiologia molecolare, con particolare focus sulle cardiomiopatie dilatative e infiltrative.

Il dottor Vincenzo Nuzzi ha conseguito nel 2010 il Diploma di Maturità Scientifica presso l'Istituto Alessandro Manzoni di Caserta. Nel 2016 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Roma la Sapienza con il massimo dei voti e lode, dopo aver frequentato per tre anni l'Istituto di Cardiologia "Cuore e Grossi Vasi" Attilio Reale. Dopo la laurea frequenta per tre mesi l'Istituto di Cardiologia del Castle Hill Hospital di Hull (Regno Unito), diretto dal Professor Andrew Clark dove approfondisce le tematiche dello scompenso cardiaco sia dal punto di vista clinico che di ricerca. Dal 2017 frequenta la Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare di Trieste, diretta dal Professor Gianfranco Sinagra, dove partecipa attivamente all'attività di ricerca scientifica ed è autore di numerose pubblicazioni scientifiche. I suoi principali campi d'interesse sono lo scompenso cardiaco e le cardiomiopatie non ischemiche a fenotipo dilatativo-ipocinetico.



Un saluto dal Presidente

È trascorso già un anno dall'inizio della pandemia, quando anche la nostra Associazione stata costretta a sospendere tutte le nostre attività:

i corsi di ginnastica di riabilitazione e mantenimento, le passeggiate del martedì, la misurazione della pressione arteriosa del lunedì, le prove ematiche del giovedì, gli incontri conviviali, culturali e di svago (serate di musica, di video-diapositive, concerti corali, visite museali, gite in giornata, soggiorni estivi in montagna, ecc.) nonché tutte le nostre feste istituzionali (Festa di fine corsi, Ottobrata, Castagnata e Festa sotto l'albero).

Non ci è stato possibile partecipare alle tante iniziative alle quali ogni anno ben volentieri abbiamo dato la nostra adesione:

il Corso mascherato del Carnevale in città, la Passeggiata del cuore a Barcola, la Miramar Family, la Mualonga, la Regata Notturba e Nati per muoversi in Barcolana).

Siamo riusciti a riprendere l'attività di palestra e i corsi di ginnastica per il solo mese di ottobre, anche per merito della stretta collaborazione avuta con la Croce Rossa Italiana - Comitato di Trieste - che ci ha fornito le preziose crocerossine, presenti e attive durante tutti i cinque corsi programmati, effettuando la prescritta misurazione della temperatura corporea.

Carissimi soci, confidando in un prossimo, seppur parziale, ripristino della normalità rivolgo a tutti voi, alle persone a voi care, agli istruttori Saul e Martina e alle crocerossine Laura, Majda, Susanna e Miriana, il mio più affettuoso saluto e un arrivederci a presto.

Domenico Bonifacio

APPUNTAMENTI FISSI (in regime di emergenza pandemica, sospeso fino a diverse disposizioni)

Corsi di ginnastica da ottobre a maggio nei giorni di lunedì-mercoledì-venerdì in 5 turni (ore 8⁴⁰ - 9⁴⁰ - 10⁴⁰ - 11⁴⁰ - 17⁰⁰)

Misurazione pressione arteriosa tutti i lunedì in sede dalle ore 9³⁰ alle 11³⁰ ed in palestra per tutti i 5 turni (servizio sospeso)

Prove ematiche colesterolo, trigliceridi, glicemia da ottobre a maggio il 1° e il 3° giovedì del mese dalle ore 8⁰⁰ alle ore 10⁰⁰, previa prenotazione telefonica in sede negli orari di apertura (servizio sospeso)

Martedìinsieme ogni martedì passeggiata a Barcola o scarpinata per il Carso (definizione e comunicazioni ogni venerdì in palestra e in sede)

Books crossing sono disponibili presso la nostra sede libri (offerta dai nostri soci) che potrete comodamente portare a casa

Comunicazioni

- Abbiamo raccolto e donato ai terremotati di Petrinja materiale sanitario e generi alimentari.
- Abbiamo consegnato ai Frati Cappuccini di Montuza una fornitura di alimenti per la Mensa dei poveri.

- Stiamo programmando una stipula di accordo con un Centro di Assistenza Fiscale per la consegna delle dichiarazioni dei redditi da parte dei nostri soci.
- Abbiamo prorogato a tutto maggio i termini di pagamento del canone sociale.

PROSSIME INIZIATIVE

PER INFORMAZIONI DETTAGLIATE RIVOLGERSI PRESSO LA SEGRETERIA
PER QUELLE IN TEMPO REALE CONSULTARE LA PAGINA WEB www.dolcecuoretrieste.it

Teatro dialettale

Abbonamenti stagione L'ARMONIA e LA BARCACCIA

Tornei di carte

Burraco e Tresette e Briscola

Serate di video-proiezioni

Documentari e report fotografici di vari operatori amatoriali e non

Serate corali con

il Coro MELARA e con il Coro Femminile SOTTOVOCE



Come aiutare

"Sweet Heart - Dolce Cuore ODV"



con bonifico intestato a
**Sweet Heart
Dolce Cuore
Trieste**

Unicredit IBAN:
IT62H0200802218

000021592506

Tutte le donazioni effettuate sono fiscalmente deducibili o detraibili. Conserva le ricevute del bonifico.

Dona il tuo



Codice fiscale

80036120329

ELARGIZIONI

presso tutte le agenzie

**UNICREDIT
BANCA**

SI RINGRAZIANO TUTTI COLORO CHE HANNO AIUTATO L'ORGANIZZAZIONE
... e si ringraziano in anticipo anche tutti coloro che ci daranno il loro supporto in futuro

l'Informatore

ANNO XLIII - Ed. speciale MARZO 2021

Pubblicazione periodica di

SWEET HEART – DOLCE CUORE ODV

Direttore responsabile:

Stellio Capato

Hanno collaborato:

G. Alessi, D. Bonifacio

G. Pignatelli, F. Rutigliano

Amministrazione e Redazione:

SWEET HEART – DOLCE CUORE

Via M. D'Azeglio 21/c

34129 TRIESTE

Tel. 040 7606490

Web: www.dolcecuoretrieste.it

E-mail: info@dolcecuoretrieste.it

Aut. N° 593 (11-6-1981) Trib. di Trieste

Stampa: **RICCI**

via dell'Eremo, 46 - Trieste