



PERIODICO DI "SWEET HEART - DOLCE CUORE" ODV - ANNO XLVII - N° 140 - DICEMBRE 2025

l'Informatore

SEGRETERIA: Lunedì e Giovedì 9.30-11.30 • Via M. d'Azeglio 21/c • 34129 Trieste • Tel. 040 7606490 • Cell. 353 4684315

Sito web: www.dolcecuoretrieste.it • E-mail: dolcecuoreonlus@libero.it info@dolcecuoretrieste.it • Pec: dolcecuore@pec.csvvg.it - Codice Fiscale: 80036120329 • Iban: IT62H0200802218000021592506

La pubblicazione si propone di far conoscere e diffondere informazioni e pratiche utili all'auspicabile e possibile superamento e successiva riabilitazione, fisica e psicologica, delle limitazioni indotte da problemi causati da una sindrome cardiovascolare

All'approssimarsi delle feste natalizie ed al compimento del corrente anno 2025 Domenico Bonifacio, Presidente della ODV Sweet Heart Dolce Cuore, ci affida il suo messaggio augurale, dal sapore dolce, con sfumature di naturalezza e immediatezza elementare, che vanno dalla sobrietà alla modestia ed alla struggente ingenuità quasi adolescenziale, ispirando sentimenti di armonia e concordia fra membri della stessa comunità.

Sentimenti che la Redazione non può che apprezzare affettivamente e diffondere con la giusta considerazione, partecipandoli ai cari lettori come l'"amarcord" augurale del nostro Presidente.

→ P.B.

Dicembre: il mese delle "Grandi Feste"

Per me, è sempre bello, nel mese di dicembre, riandare con il pensiero al mio "vecchio Natale" di una volta, quando i ragazzi usavano andare di porta in porta a cantare "I tre re" per guadagnarsi qualche soldino dalle piccole mance che ricevevano dalle persone. Una delle tante versioni allora esistenti, che ancor oggi ricordo, recitava così:

"Noi semo i tre Re vignudi dall'orient per adorar Gesù. Gesù Bambino nasce con tanta povertà né panisei né fasse né fogo per scaldarse, Maria lo mira e Satana sospira perché xe nato al mondo, xe nato el Redentor. Canta, canta rosa e fior che xe nato nostro Signor. El xe nato a Betleme fra un bue e un asinelo, San Giusepe vechierelo, cossa el porta in quel cestelo? Una fassa e un paniselo per infassare Gesù belo, Gesù belo, Giusepe e Maria, tuti in santa compagnia. A chi che la sa e a chi che la canta, Dio ghe daghi la gloria santa, e se ghe piaserà ai signori torneremo un altro ano. Viva, viva el novo del'ano."

Ricordo che il mio gruppo era composto da tre ragazzini, miei coetanei, tra i quali, Guido Dapretto,



A far seguito dal numero precedente, continua l'annunciata pubblicazione del testo del volume "**PIANETA CUORE 3.0**", Autori il prof. Gianfranco Sinagra e la dott.ssa Maddalena Rossi, testo che sarà suddiviso secondo le parti progressive in cui si articola (capitoli) in corrispondenza dei numeri del presente periodico.

Si ringraziano gli Autori per la gentile concessione, atta a fornire, ai Consoci ed ai Lettori tutti, validissimi elementi di conoscenza, utili a favorire la prevenzione delle malattie cardiovascolari, contribuendo altresì a promuovere, tra l'altro, attività di tipo assistenziale, ricreativo e culturale, in sintonia ai metodi indicati dagli Organi Sanitari.



soprannome della famiglia “Pagnegno”, proprietaria dell’osteria di San Bortolo, che sapeva anche suonare la fisarmonica. Con l’abbigliamento, che indossavamo, cercavamo di imitare, con qualche pezzo di stoffa damascata, Melchiorre, Baldassare e Gaspare, ricevendo una, seppur modesta, gratificazione dalle famiglie che avevamo visitato. Il mese di dicembre iniziava, per noi bambini, allestendo l’albero di Natale, abete o pino nero, che si poteva “recuperare” in una delle tante zone verdi circostanti. Lo cercavamo con le radici perché poi potesse essere reimpiantato. Lo si addobbava con pochi gingilli, con della frutta fresca, come arance e mandarini e con della frutta secca, come mandorle, noci, nocelle e carrube, alcune anche rivestite con la stagnola recuperata dopo il consumo di qualche caramella o cioccolatino. In cima all’albero, si usava utilizzare un puntale infilato oppure anche una stella cometa, mentre la base, solitamente un vaso, veniva rivestita con della “carta da montagna”.

Il “Presepio” veniva, invece, preparato con una capanna, spesso fatta in casa, con le “statuine” fondamentali Maria, Giuseppe, una culla vuota, alcuni pastori, le pecorelle, tanti sassolini bianchi e del muschio fresco raccolto nelle vicinanze della casa. Allo scoccare preciso della mezzanotte della Vigilia, veniva posto Gesù Bambino nella sua culla, mentre il 6 gennaio venivano collocati i tre Re Magi.

Tappa importante di dicembre era anche il Venerdì di Avvento, quando si mangiava rigorosamente di magro, solitamente pesce, baccalà in particolare, nelle sue diverse ricette:

mantecato, in “brodeto”, in bianco o con il sugo, con lo stoccafisso o sotto sale. Non da tutti, però, veniva rispettato rigorosamente il digiuno, che, nel periodo dell’Avvento, prevedeva un pasto unico nel corso della giornata, includendo anche un po’ di cibo al mattino e alla sera, escludendo gli alcolici, il vino e anche l’olio di oliva. Dopo aver cenato, la famiglia al completo, si recava alla Santa Messa di mezzanotte, spesso cantata, e al suo rientro a casa i bambini preparavano, per l’arrivo di Babbo Natale, un piatto con alcuni biscotti ed un bicchiere di latte, con l’intenzione di “rifocillarlo” dopo il suo giro di distribuzione dei regali.

Nella mia casa di San Bortolo il pranzo di Natale, assieme a quello Pasquale, era il più importante dell’anno, perché vedeva tutta la famiglia riunita e il rispetto di una regola non scritta, da noi tutti sempre rispettata: il primo “boccone”, forchettata o cucchiaiata, spettava sempre al nonno “Coleto” e, in sua assenza, al mio papà, con la presenza sulla tavola di un litro di vino, rigorosamente “nero”. A Natale, giorno di grande festa, si pote-

va finalmente consumare, anziché la solita polenta, un buon brodo, accompagnato dalle “patate in tecia” o da “purè”. Per la preparazione del brodo si usava la carne di manzo con il suo osso e un’ala di gallina e come pasta di bollitura potevano esserci gli “gnochetti de Gries”, i “fedelini” oppure il riso.

Ricordo anche le poche volte che nonno Nicolò, e anche il mio papà, versavano sul brodo bollente un po’ di vino, come a volerlo raffreddare. Questo, però, non avveniva certamente il giorno di Natale, ricordo anche quando, mio fratello ed io, facevamo a gara per accaparrarci il “rognone”, nelle rare occasioni in cui la mamma preparava il brodo con la gallina. Il pranzo si concludeva sempre con un dolce fatto in casa dalla mamma, con delle buone “fritole” di zucca, con dei “crostoli” speciali, fatti dal papà e con il brindisi “de vin dolse”, fatto in casa con l’uva moscato, che allora sostituiva molto bene lo spumante. Santo Stefano era, invece, la giornata dedicata all’invito, a casa nostra, fatto ai parenti, agli amici e ai vicini di casa e al gioco della tombola “cantada”, fatta sulla falsariga di quella napoletana, nella quale, dopo ogni numero estratto, veniva anche il “nome” che noi davamo al numero stesso, per esempio:

1 el piceto; 7 la pipa del Capitano; 11 i pali de Sessa; 22 le do anerete; 25 Nadal co i so beni; 44 le savatine de le siore; 55 i stinchi del diavolo; 69 un su, un zo, un toco a pindolon; 77 le gambe de le donete; 90 el noneto.

Questi numeri, una volta chiamati, venivano coperti con dei fagioli, dei “vetrini” o da “grani de formenton”. Mi sta a cuore presentare tanti bei ricordi della mia infanzia trascorsa in Istria, riguardanti specialmente il mese di dicembre, quello della Grandi Festività.

Contemporaneamente mi vengono alla mente le belle immagini, presenti nel corridoio d’ingresso di casa mia, con cinque foto, in bella cornice bianca, fatte tutte nel giorno della nascita dei miei cinque nipotini. Queste foto, dei miei “angeli custodi”, come dicono gli amici “cardiologi”, fanno certamente bene al mio cuore e mi allungano la vita, alla quale sono sempre grato per quello che mi ha finora dato. Il mio “testimone” l’ho oramai passato ai miei cinque “gioielli”, quelli che mi ha regalato l’attuale famiglia allargata, cioè: Matteo 17 anni, Nicol vicina ai 13, Gioele vicino ai 7, Elia vicino ai 5 e Caterina con un anno da poco compiuto.

Con questi pensieri e belle immagini, sempre presenti nel mio cuore, non posso che augurare a tutti voi, socie, soci, amici e simpatizzanti del Dolce Cuore, le Buone Feste!



CAPITOLO 12 Lo scompenso cardiaco e le cardiomiopatie

Circa 64 milioni di persone nel mondo soffrono di insufficienza cardiaca. In Europa ci sono almeno 10 milioni di malati ed in Italia 2,6 milioni. Tanto maggiore è l'età delle persone, tanto maggiori sono i pazienti affetti e i numeri sono in costante aumento proprio per l'allungamento dell'aspettativa di vita.

12.1 Lo scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una condizione in cui il cuore non è più in grado di pompare sangue a tutto il corpo in maniera adeguata alle richieste dell'organismo. Questo non significa che il cuore si sia fermato o sia a rischio di cessare di battere: significa che non pompa più sangue come dovrebbe, cioè non si riempie adeguatamente o non ha forza sufficiente per svuotarsi.

La progressiva disfunzione del cuore provoca due grandi problemi: da un lato, il cuore non riesce a portare abbastanza sangue all'organismo, e quindi ossigeno e nutrimento, e gli organi ne soffrono; dall'altro, il sangue si accumula a monte del cuore, e quindi nel distretto venoso, causando fuoriuscita di liquidi dai vasi, sia a livello periferico che polmonare. Inoltre, anche i reni giocano un ruolo fondamentale nell'accumulo dei fluidi: con una minore quantità di sangue in circolo, anche loro sono irrorati in modo minore, e non sono in grado di svolgere adeguatamente la loro funzione di eliminare l'eccesso di liquidi nel corpo. Così, fanno accumulare liquidi all'organismo, e contribuiscono alla formazione degli edemi, il gonfiore, in varie parti del corpo, come piedi e caviglie.

Questi meccanismi spiegano i principali sintomi dello scompenso cardiaco: stanchezza e affaticabilità, edemi declivi, mancanza di fiato.

Cosa causa lo scompenso?

Lo scompenso cardiaco è l'evoluzione finale di numerose patologie cardiache. Le cause più frequenti sono la cardiopatia ischemica, che spesso provoca un danno irreversibile alle cellule del cuore e al loro funzionamento, e l'ipertensione arteriosa. Altre malattie che spesso si associano a scompenso sono le cardiomiopatie, le patologie delle valvole cardiache, le aritmie, le infezioni del cuore e le cardiopatie congenite, per quanto riguarda il cuore; i trattamenti antitumorali (radio- e chemioterapia), l'abuso di alcool e droghe, le pa-

tologie della tiroide e le infezioni da HIV, per quanto riguarda le affezioni sistemiche. Tutte queste condizioni, molto diverse fra loro, sono accomunate dal fatto che, prima o dopo, conducono alla disfunzione del cuore, cioè all'incapacità del cuore di svolgere appieno la sua funzione. In alcuni casi, ciò si traduce in una riduzione della capacità di contrazione e quindi alla riduzione di volume di sangue che

il cuore è in grado di spingere verso l'organismo (disfunzione sistolica); in altri casi, invece, la disfunzione si definisce diastolica, ed è caratterizzata da una maggiore difficoltà del riempimento del cuore stesso, che quindi non riesce ad accogliere tutto il sangue proveniente dal distretto venoso. La distinzione tra scompenso sistolico e diastolico è difficilmente chiara e netta, e spesso coesistono le due condizioni; inoltre, è facile che, quando se ne istaura una delle due, l'altra compaia dopo l'iniziale evoluzione della patologia.

I sintomi dello scompenso

In alcuni casi, e in particolare nelle fasi iniziali, la disfunzione del cuore può rimanere silente e non manifestare i segni e i sintomi caratteristici dello scompenso cardiaco.

Negli altri casi, i sintomi tipici riflettono i meccanismi già citati che causano e sono causati dalla patologia. Il disturbo più caratteristico è la dispnea, "fame d'aria", che compare tipicamente durante sforzo, ma negli stadi più avanzati può presentarsi anche a riposo. In questo caso, essa si manifesta soprattutto la notte, con degli episodi ripetuti di mancanza di fiato (dispnea parossistica notturna) oppure con la necessità di dormire con il torace sollevato (ortopnea). È questo il motivo per cui, al momento della visita, ti verrà chiesto come respiri durante il giorno ma anche durante la notte, e con quanti cuscini dormi!

CLASSE	DEFINIZIONE
NYHA I	nessuna limitazione funzionale; le attività quotidiane e l'abituale attività fisica non provocano sintomi
NYHA II	limitazione lieve; le attività quotidiane generalmente non provocano sintomi, ma l'attività fisica non è sempre praticabile
NYHA III	limitazione moderata; a riposo non sono presenti sintomi, ma si sviluppano per attività anche più lievi delle abituali attività quotidiane
NYHA IV	limitazione severa; i sintomi sono presenti anche a riposo

Sulla base della mancanza di fiato è stata costruita anche una classificazione, la New York He-



art Association (NYHA), in cui i pazienti vengono suddivisi in quattro classi valutando quanto la dispnea incide sulle normali attività quotidiane. Se soffri di scompenso cardiaco, ti potrebbe capitare di trovare riportato sul referto della tua visita la classe NYHA che ti è stata attribuita dal tuo cardiologo.

Altri disturbi molto frequenti sono la tosse, soprattutto quando si è distesi, il gonfiore in varie parti del corpo, in particolare alle caviglie e alle gambe (edemi declivi), il senso di debolezza (astenia) e la facile affaticabilità, la perdita di appetito e la sete, spesso in concomitanza con l'assunzione dei diuretici. Potresti sviluppare anche crampi muscolari, in particolare alle gambe; ciò può dipendere dalla riduzione dei livelli di potassio nel sangue, tipica conseguenza dell'utilizzo dei diuretici. Fallo presente al medico, potrà consigliarti come correggere questa carenza con l'alimentazione e con i farmaci.

La diagnosi

Lo scompenso cardiaco in quanto sindrome, cioè insieme di sintomi, si diagnostica in primis con un'accurata anamnesi e uno scrupoloso esame obiettivo. Come abbiamo già detto, il medico indagherà i tuoi sintomi e ti farà alcune domande per capire se c'è stato un cambiamento nelle tue condizioni nell'ultimo periodo.

Accanto alla visita, gli accertamenti che possono aiutare il medico a porre diagnosi di scompenso cardiaco sono l'**elettrocardiogramma** (difficilmente si reperta un ECG normale nei malati di scompenso, ma non ci sono alterazioni specifiche da ricercare), l'**ecocardiogramma**, per determinare la presenza e il grado della disfunzione cardiaca, la lastra del torace (**Rx torace**) che serve per evidenziare un quadro di congestione polmonare, e cioè l'accumulo di liquidi che a livello toracico causa mancanza di fiato, e alcuni esami ematici, come i peptidi natriuretici (**BNP** e **NTproBNP**), molecole che aumentano nei casi di scompenso cardiaco. Una volta compreso che si tratta di scompenso,

bisogna però identificare la causa. Già l'**ecocardiogramma** può aiutare in questo, evidenziando i segni tipici della cardiopatia ischemia, della cardiopatia secondaria a ipertensione arteriosa, dei vizi valvolari o quadri compatibili con le cardiomiopatie (vedi in seguito). Se si sospetta una cardiopatia ischemica, il passo successivo sarà l'esecuzione della coronarografia e un'eventuale malattia coronarica andrà trattata con l'angioplastica (vedi capitolo 11) o con il by-pass aortocoronarico (vedi capitolo 15).

I successivi accertamenti dipenderanno poi dal sospetto clinico sulla causa che può aver determinato la disfunzione cardiaca (per esempio, ECG

Holter se si sospetta una causa aritmica, esami ematici ed ecografia se si sospetta una disfunzione tiroidea, ecc).

Una volta diagnosticato lo scompenso e la causa sottostante, è importante impostare un corretto follow-up che consiste in periodici controlli medici e strumentali con elettrocardiogramma ed ecocardiogramma (a cadenza variabile, definita dal medico), ed eventuali altri ritenuti necessari nei singoli casi.

Un accertamento molto utile per monitorare la capacità funzionale (l'esercizio che si riesce davvero a svolgere nonostante la cardiopatia) è il **test da sforzo con consumo di ossigeno** (test cardio-polmonare).

Strategie terapeutiche

A questo punto dobbiamo introdurre un concetto importante: lo scompenso cardiaco è una malattia che accompagnerà per sempre il paziente, nonostante ci sia la possibilità di controllarlo e migliorare lo stato di malattia attraverso la terapia. Infatti, a differenza di molti anni fa, abbiamo oggi a nostra disposizione molte più strategie terapeutiche da intraprendere. Le medicine che ti saranno prescritte sono molto importanti per rallentare la progressione naturale della malattia, per ridurre (se non eliminare) i sintomi e per diminuire il più possibile ospedalizzazioni e mortalità, motivo per cui non devono mai essere sospese. Anche questo aspetto è da sottolineare: la qualità di vita di chi soffre di scompenso cardiaco è molto limitata dai sintomi, da un lato, e dalla frequente necessità di ospedalizzazione, dall'altro. È per questo che la terapia dello scompenso è una terapia complessa, in cui si utilizzano diverse classi di medicine, che si aggiungono alla terapia già in corso se persistono i sintomi.

Quattro classi di farmaci costituiscono i pilastri della terapia dello scompenso.

Ti verranno prescritti i **betabloccanti**: sai già che riducono il carico di lavoro del cuore e controllano la frequenza, ma hanno anche la capacità di favorire il riempimento del cuore durante la diastole. Inoltre riducono la mortalità dei pazienti con scompenso, e andrebbero prescritti a tutti coloro che possono tollerarli. In associazione, dovrai assumere gli **ACE-inibitori** (o i sartani, se non li tolleri per comparsa di tosse o edema della glottide); anche di questa classe sai già tutto, come riducono la pressione arteriosa e quindi il lavoro del cuore, e prevengono il cambiamento della forma del cuore, favorendo anche il rimodellamento inverso (il ripristino della normale geometria cardiaca). Anche questi riducono sensibilmente la mortalità dei pazienti scompensati. Se rimani sintomatico dopo almeno tre mesi di terapia con ace-inibitore,

il tuo cardiologo lo sostituirà con **sacubitril/valsartan**, un'associazione fra un sartano ed un inibitore della neprilisina, che funziona aumentando i livelli dei peptidi natriuretici, favorendo così la diuresi ed il processo di rimodellamento inverso cardiaco, e che ha dimostrato di ridurre la mortalità cardiovascolare e le ospedalizzazioni per scompenso del 20%.

La terza carta da giocare sono gli **antialdosterone**: essi sono diuretici risparmiatori di potassio che, oltre a promuovere la diuresi e ad aumentare i livelli ematici di potassio (importante per contrastare l'effetto degli altri diuretici), hanno un'azione antifibrotica, cioè riducono la formazione delle cicatrici che a lungo andare possono portare alla disfunzione del cuore.

Negli ultimi quattro anni una nuova classe di farmaci, nati come antidiabetici, si è imposta sulla scena della terapia dello scompenso cardiaco, sia da disfunzione sistolica che diastolica: si tratta delle **gliflozine** (SGLT2-I). Esse agiscono da inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 a livello renale, favorendo così l'eliminazione del glucosio con le urine e la diuresi in generale. Inoltre hanno un effetto protettivo sul rene e sembrano migliorare la bioenergetica cardiaca.

Nei prossimi anni, entreranno probabilmente nella pratica clinica altri due farmaci, che hanno dimostrato di ridurre le ospedalizzazioni per scompenso:

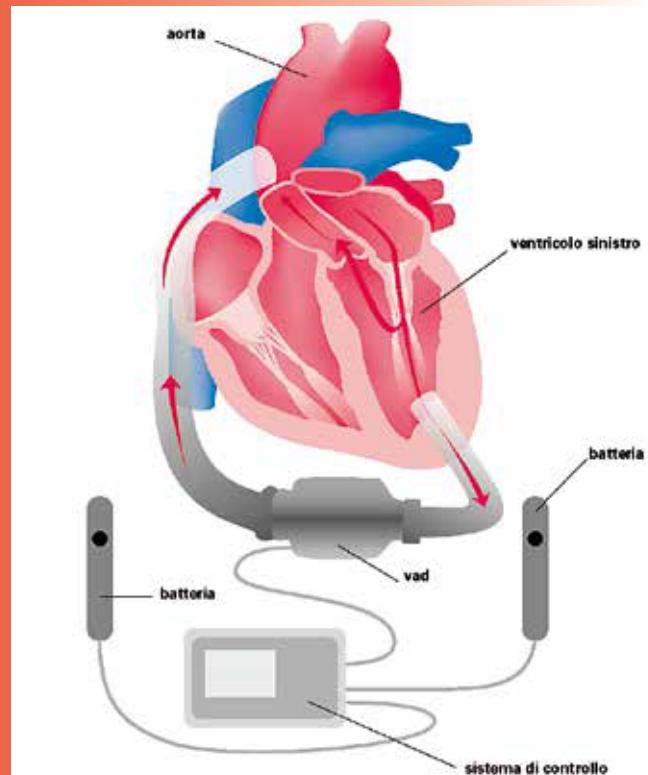
- il **vericiguat**, che favorisce la produzione di ossido nitrico e quindi la vasodilatazione;
- l'**omecamtiv-mecarbil**, uno stimolatore della miosina che favorisce la forza di contrazione del cuore senza far aumentare il consumo di ossigeno.

Le classi di farmaci fino ad ora elencate fanno parte di quegli agenti che “incidono sulla prognosi”, che hanno quindi importanza nel migliorare l'aspettativa di vita e nel ridurre le ospedalizzazioni dei pazienti con scompenso.

Accanto a questi, ci sono poi i farmaci “sintomatici”, quelli che sono importanti per ridurre i sintomi derivanti dallo scompenso. A farla da padrone, in questa categoria, ci sono i **diuretici**: essi si utilizzano con l'obiettivo di ridurre l'eccessivo accumulo di liquidi tipico dello scompenso, promuovendo la diuresi. Il loro dosaggio varia in base alla volemia del paziente, vale a dire che si aumentano quando il paziente è congesto, “ pieno ”, e si riducono quando ha un corretto bilancio idrico, è “ vuoto ”. Il peso corporeo è un modo indiretto per valutare l'accumulo di liquidi nel corpo. È molto importante seguire le indicazioni del medico, ma se sei un paziente con scompenso cardiaco è bene che impari a fare autonomamente le piccole modifiche del dosag-

gio di cui hai bisogno, e che ti verranno comunque consigliate dal medico. Non temere, tra poco ti daremo qualche utile consiglio!

Accanto alla terapia farmacologica, nei casi più avanzati con grave deficit della pompa cardiaca e/o elevato rischio aritmico, si può considerare l'impianto del pacemaker defibrillatore (ICD) o la terapia di re-sincronizzazione cardiaca (vedi capitolo 14). Quando la patologia progredisce, i sintomi peggiorano e il cuore perde ulteriormente funzione, si utilizzano i farmaci **inotropi**: essi aumentano la contrattilità del cuore, cioè danno più forza alle cellule del cuore nella loro contrazione, permettendo loro di pompare più sangue nell'organismo.



Esempio di dispositivo di assistenza ventricolare. Le batterie vanno sempre portate addosso come una giacca o una borsa.

La maggior parte di essi vanno somministrati per via endovenosa, e sono pertanto utilizzati soltanto in ospedale durante il ricovero.

Se anche questo non dovesse essere sufficiente, rimangono due opzioni, molto più invasive: i **device di assistenza ventricolare** (VAD) e il **trapianto cardiaco**.

Il VAD è un dispositivo che funziona come una pompa artificiale, e vicaria il cuore nella sua funzione. Esso si posiziona attraverso un intervento cardiochirurgico, in anestesia generale, e collega il ventricolo sinistro all'aorta (LVAD) o entrambi i ventricoli all'arteria polmonare e all'aorta rispettivamente (BiVAD), assicurando il trasporto di sangue con ossigeno e nutrimento all'organismo. Perché questa pompa funzioni ha bisogno di essere alimentata da una batteria, che va ricaricata con la



corrente, e che si collega al dispositivo tramite un filo che viene posizionato in addome o dietro all'orecchio. È chiaro che questa opzione terapeutica è molto invasiva e va discussa e accettata da paziente, familiari e medico, però può risultare l'unica opzione in alcuni casi in cui, per esempio, il trapianto non è eseguibile.

Infine, il **trapianto cardiaco** è tuttora il goldstandard nella terapia dello scompenso cardiaco avanzato, vale a dire l'unica terapia veramente risolutiva di questa condizione. Chiaramente, anch'essa è un'opzione molto invasiva che obbliga all'assunzione a vita dei farmaci antirigelto, e va riservata solo a pazienti accuratamente selezionati e tanto gravi da averne bisogno. Questa selezione è fondamentale per non disperdere le pochissime risorse (i donatori) disponibili. Un possibile passo avanti per fronteggiare ed aggirare questo problema potrebbe essere rappresentato dallo **xenotripianto**, ossia un trapianto di cuore da animale (generalmente maiale), ma la strada è ancora lunga.

Stile di vita

Come per tutte le patologie cardiache, anche in chi è affetto da scompenso cardiaco la correzione (e l'abolizione, se possibile) dei vari fattori di rischio cardiovascolari (di cui sai già tutto) è fondamentale.

Fai attività fisica regolare, a media intensità, riposandoti di tanto in tanto se ti manca il fiato, e cerca di condurre una vita più normale possibile. Se non dovessi riuscire a fare sforzi va bene anche una passeggiata di mezz'ora al giorno, per aiutare il corpo e il cuore a mantenere un certo tono e trofismo muscolare.

Assumi regolarmente tutte le medicine come ti sono state prescritte dal medico.

Mai sossegnarle autonomamente, anche se ci si sente meglio e si pensa di esser guariti. Come abbiamo già visto, i sintomi dello scompenso sono in parte determinati da un aumento della quantità di liquidi nell'organismo. Per questo, e tu già lo sai, i diuretici sono una parte importante del trattamento di questa patologia. È fondamentale, però, non limitarsi ad aumentare farmacologicamente la diuresi, ma associare una corretta idratazione: non bere eccessivamente, mantieni una restrizione idrica non superando 1.5–2 litri di acqua al giorno. Cerca di considerare, all'interno di questa quantità, anche le minestre o le bevande e la frutta e la verdura particolarmente ricca di acqua.

Cerca di ridurre anche il sale, che aumenta la ritenzione di acqua a livello intestinale e renale, e che contribuisce a peggiorare la sete che potresti provare. È molto importante che, nonostante tu sia assetato (ciò è molto frequente, e dipende sia dai

meccanismi stessi che portano allo scompenso che dall'utilizzo dei diuretici), non superi la quantità consigliata di liquidi. Un consiglio: se hai sete, in particolare nei mesi estivi, prova a mangiare un ghiacciolo (che magari hai preparato tu stesso con acqua e limone, e senza zucchero, che aumenta ulteriormente la sete).

Per monitorare l'eventuale ritenzione idrica, pesati una volta al giorno e annota il valore che hai trovato.

L'andamento del peso è un semplice ed utile indicatore di quanto sei " pieno" oppure "vuoto". Imparerai, con le indicazioni del tuo medico, ad assumere dosaggi diversi di diuretico in base al peso che hai: se aumenta rapidamente (più di 500–1000 grammi di differenza tra un giorno e l'altro), dovrai aumentare il dosaggio del diuretico. Sullo stesso diario in cui annoti il peso, potrebbe essere utile scrivere anche l'eventuale comparsa di sintomi, come dispnea o edemi. Aiuterai il tuo medico a capire come aggiustare il dosaggio del diuretico.

Qualche altro consiglio:

- **se dopo l'assunzione del diuretico**, rimani sdraiato per un'oretta ne aumenti l'effetto;
- **fai attenzione** quando la notte ti alzi per urinare. Se ti svegli troppe volte per notte potrebbe essere utile cambiare l'orario di assunzione del diuretico. In ogni caso, accendi la luce, non rischiare cadute!
- **chiama il medico** se peggiora la mancanza di fiato o si gonfiano le gambe, hai meno necessità di urinare, aumenti di 2–3 Kg o più in pochi giorni;
- **chiama il 112** e rivolgiti al pronto soccorso se hai una grave difficoltà nel respiro o senso di soffocamento, se hai dolore al petto prolungato, se hai un improvviso disturbo della vista o della parola, se svieni o se senti il cuore che batte troppo veloce o troppo piano con senso di mancamento.

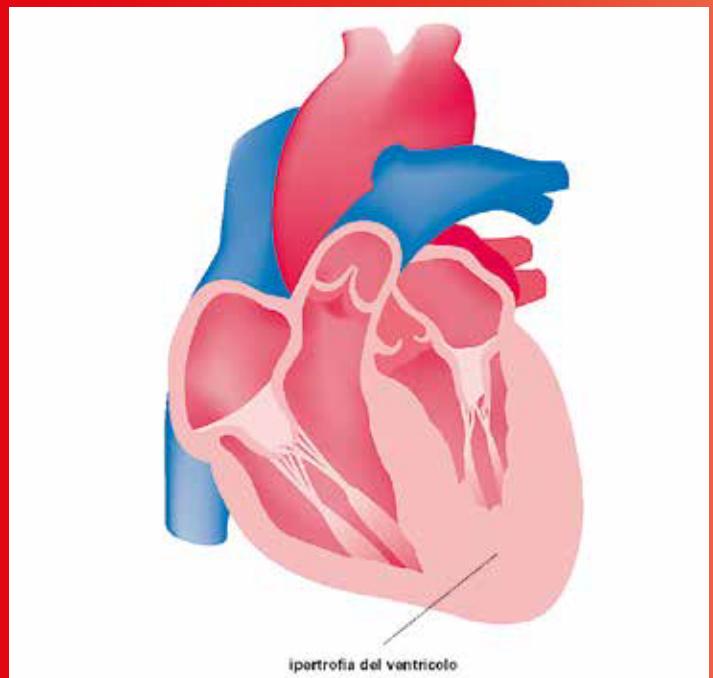
Riabilitazione nello scompenso cardiaco

Come nella cardiopatia ischemica, anche nello scompenso cardiaco esistono dei programmi di riabilitazione volti a migliorare la qualità di vita e la capacità di esercizio dei pazienti scompensati. L'attività fisica che viene proposta all'interno di questi programmi è di tipo aerobico e a bassa intensità. I programmi riabilitativi possono giovare al paziente sia dopo un episodio acuto di scompenso cardiaco sia nelle fasi più stabili della malattia.

Nel primo caso il programma può essere attuato in regime di ricovero ed essere svolto sotto più stretta sorveglianza di personale medico qualifica-



to. Nel secondo caso esistono programmi ambulatoriali nei quali il paziente svolge attività fisica regolare monitorato.



L'ipertrofia del ventricolo consiste nell'ispessimento della parete muscolare che lo circonda.

12.2 Le cardiomiopatie

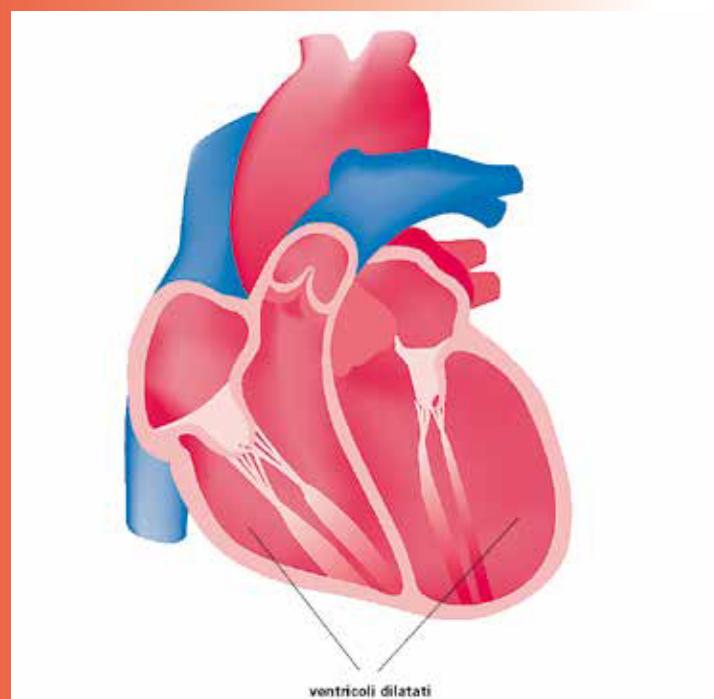
Le cardiomiopatie sono delle malattie del muscolo cardiaco caratterizzate da diversi fenotipi di presentazione. L'avanzamento delle tecnologie e della biologia molecolare ha permesso di individuare una componente causativa genetica che determina tali patologie in una significativa percentuale di casi. Se in alcuni soggetti una mutazione genetica è sufficiente a giustificare la patologia clinica, a volte essa è più che altro la risultante dell'interazione di fattori ambientali estrinseci che agiscono su un background genetico predisponente. Questo è vero anche quando una mutazione genetica non viene identificata dal test genetico, eventualità non infrequente dato che le nostre conoscenze in tale ambito sono ancora in fase di crescita. Infatti, per alcune mutazioni, è ancora difficile definirne il ruolo causativo ed esse rimangono classificate come "ad incerto significato"; d'altro canto a volte non è una singola mutazione a causare la patologia ma la combinazione di multipli polimorfismi genetici (cambiamenti di singoli nucleotidi) che di per sé non sono patogeni eppure lo diventano quando associati tra loro. Le principali forme di cardiomiopatie sono:

- la Cardiomiopatia Ipertrofica (CMPI),
- la Cardiomiopatia Aritmogena (CMPA),
- la Cardiomiopatia Dilatativa (CMPD),
- la Cardiomiopatia Restrittiva (CMR).

Una cardiomiopatia si definisce familiare quando almeno 2 membri della famiglia ne manifestano

le caratteristiche cliniche, mentre i casi in cui non vi sia una familiarità accertata sono definiti sporadici. La presenza o assenza di una familiarità viene definita al momento della visita, disegnando l'albero genealogico. Indipendentemente dal dato genetico e dall'individuazione di una chiara familiarità, i familiari di primo grado in senso orizzontale e verticale del paziente affetto dovranno sottoporsi a screening con ECG ed ecocardiogramma, da ripetere ogni 3–5 anni, al fine di poter identificare segni iniziali di cardiomiopatia (alcune cardiomiopatie possono manifestarsi intorno alla quarta e quinta decade).

Il ricercare la presenza di una familiarità ha notevoli implicazioni cliniche ed etiche. In caso di un'accertata familiarità i familiari affetti potrebbero chiedere quale sia la probabilità di trasmettere la malattia ai figli, se esistano test genetici per identificare la mutazione del gene causante la cardiomiopatia, se esista una correlazione tra la mutazione genetica identificata ed il fenotipo (per esempio mutazioni con prognosi peggiore). È importante ricordare però, come già accennato precedentemente, che il mancato riscontro di una variante genetica in un paziente affetto, non esclude una possibilità di trasmissione della malattia ai familiari.



La Cardiomiopatia Dilatativa si caratterizza per la dilatazione del ventricolo sinistro associata all'alterazione della sua funzione contrattile.

Lo stesso referto genetico non è sempre dirimente, anche perché l'analisi e l'interpretazione dei dati si basano su grandi banche di dati in continuo aggiornamento, il che rende necessarie periodiche rivalutazioni. Mentre, nel caso in cui la mutazione genetica venisse individuata, i familiari sani potrebbero chiedere se esistano test genetici in grado di identificare se siano portatori del gene

mutato e se vi siano delle terapie farmacogenetiche in grado di prevenire o trattare la malattia.

A quest'ultima domanda non siamo in grado di dare una risposta affermativa, mentre il test genetico di conferma per la presenza o meno della stessa mutazione patogena presente nel probando sarà prontamente resa disponibile al familiare a partire dai 10–12 anni di età, nel contesto di un follow-up clinico programmato per identificare precocemente i possibili futuri segni di malattia.

La Cardiomiopatia Iperetrofica

Nella Cardiomiopatia Iperetrofica (CMPI) la principale caratteristica è costituita da un eccessivo ispessimento del muscolo cardiaco (iperetrofia letteralmente significa ingrossamento)

Questo muscolo può diventare ipertrofico anche in seguito alla presenza di pressione arteriosa elevata (ipertensione arteriosa) o di un prolungato ed intenso allenamento sportivo. Tuttavia nella Cardiomiopatia Iperetrofica l'ingrossamento del muscolo avviene senza una causa apparente: esso può essere presente fin dalla nascita o dall'adolescenza. Le parti del cuore comunemente colpite in altre cardiopatie, per esempio le valvole cardiache, le principali arterie coronariche e i vasi sanguigni che riforniscono il cuore, sono di solito normali in pazienti con questa malattia. Il muscolo ipertrofico di solito si contrae bene, anzi spesso in modo eccessivo. Tuttavia in alcuni pazienti è meno elastico e la sua capacità di rilassarsi, dopo ogni contrazione, è ridotta e spesso le pressioni all'interno del cuore sono più alte del normale.

La CMPI ha una prevalenza di circa 1:500 nella popolazione generale, tuttavia solo una parte dei pazienti affetti presenta una forma clinicamente manifesta. Nella maggior parte dei casi la malattia viene trasmessa geneticamente con modalità autosomica dominante (probabilità del 50% di trasmettere la malattia ai figli), ma non sono infrequenti casi sporadici di nuove mutazioni (il paziente non ha nessun parente affetto). Nel 60% dei pazienti il test genetico riesce ad identificare la mutazione sottostante, che nella maggior parte dei casi interessa i geni che codificano per le proteine del sarcomero, struttura contrattile del miocita (beta miosina, proteina C legante la miosina, alfa actina, alfa tropomiosina, titina, troponina T, I e C).

Da poco si è aperta una prospettiva interessante per la terapia di questa cardiomiopatia: si tratta

del **mavacamten**, un farmaco che, modulando il legame fra actina e miosina, aiuta le fibre del muscolo cardiaco a rilassarsi di più tra un battito e l'altro, permettendo ai ventricoli di pompare fu-

ri più sangue ad ogni contrazione ed alleviando i sintomi nelle forme ostruttive.

Nel 2022 l'agenzia regolatoria statunitense ne ha approvato l'utilizzo.

Esistono poi dei casi in cui l'ispessimento delle pareti cardiache non è dovuto all'ipertrofia delle cellule cardiache ma all'accumulo, al loro interno, di lipidi o glucidi la cui eliminazione è compromessa nel contesto di disordini metabolici ereditari. Fra questi la malattia di Danon, la sindrome PR-KAG2 e la malattia di Fabry, per cui esiste un'opzione terapeutica specifica (terapia di sostituzione enzimatica).

La Cardiomiopatia Aritmogena

La Cardiomiopatia Aritmogena è una forma particolare di cardiomiopatia, in cui il miocardio progressivamente viene sostituito dal tessuto fibroadioso. Essa può interessare il ventricolo destro (in cui è stata inizialmente descritta), il ventricolo sinistro od entrambe le camere ventricolari.

I sintomi di solito sono correlati ad **aritmie ventricolari**, associate a palpazioni e sincope. Nelle forme terminali, tuttavia, può anche manifestarsi insufficienza cardiaca congestizia. Le aritmie sono provocate, in modo caratteristico, dallo sforzo. La malattia è stata descritta come una delle cause principali di morte improvvisa negli atleti. Sfortunatamente l'arresto cardiaco può essere il primo sintomo della malattia. La Cardiomiopatia Aritmogena può essere familiare nel 30–50% dei casi, nella maggior parte dei quali si riconosce una trasmissione autosomica dominante con penetranza variabile, esiste cioè una quota di familiari che sono portatori sani del gene mutato e non sviluppano la malattia. L'analisi genetica identifica una mutazione in circa 2/3 dei casi.

La Cardiomiopatia Dilatativa

La Cardiomiopatia Dilatativa Idiopatica (CMPD) è una patologia del muscolo cardiaco che determina dilatazione del ventricolo sinistro associata all'alterazione della sua funzione contrattile (forza di pompa del cuore), cui più tardivamente si accompagnano segni e sintomi di scompenso cardiaco congestizio. Interessa circa 1 persona su 2500 nella popolazione generale, e più frequentemente il sesso maschile. I sintomi possono essere totalmente assenti per lungo tempo e comparire in qualsiasi momento della vita. Quando compaiono possono essere:

- **senso di fame d'aria (dispnea)**: limitazione all'esercizio fisico, facile affaticabilità;
- **dolore toracico**: dovuto a riduzione della riserva vasodilatatrice dei vasi coronarici;



- **scompenso cardiaco:** si manifesta nelle fasi avanzata della malattia e può essere il sintomo d'esordio;
 - **palpitazioni:** una fastidiosa sensazione di battito cardiaco irregolare (aritmia) che tutti possono occasionalmente sentire. Tuttavia in alcuni casi la palpitazione può avere un inizio improvviso, essere molto veloce, associarsi a sudorazione, affanno, senso di perdita di equilibrio o svenimento;
 - **vertigini e svenimenti:** sintomi che possono accadere durante esercizio fisico oppure a riposo, senza una chiara causa scatenante. Possono essere dovuti ad una irregolarità del battito cardiaco o ad un abbassamento brusco della pressione arteriosa.

Alcune CMPD possono esordire con difetti di conduzione dello stimolo elettrico ed aritmie; in genere la mutazione sottostante è del gene che codifica per la lamina A/C.

La CMPD può avere diverse cause: mutazioni genetiche ereditate dai propri genitori o *de novo*, infezioni, malattie autoimmuni, tachicardie, etilismo, esposizione a sostanze tossiche o chemioterapici, gravidanza. Nel 30–50% dei casi è riconoscibile una familiarità, con o senza identificazione di una mutazione genetica, anche perché ad oggi non sono stati ancora individuati tutti i geni che possono causare la malattia. La modalità di trasmissione può essere differente. La forma autosomica dominante con isolato interessamento cardiaco è la più frequente: sono mutati i geni che codificano per le proteine del sarcomero (contrattilità), del citoscheletro (resistenza meccanica) e delle vie metaboliche; fra questi i più noti sono ti-

tina, troponina T, desmina, lamina e filamina. In particolare, le mutazioni in questi ultimi due geni sono causative di forme geneticamente determinate di CMPD a più elevato rischio aritmico e di scompenso cardiaco con necessità di gestione e terapie specifiche. Nel 15% dei casi, tuttavia, la trasmissione è autosomica recessiva (i genitori clinicamente normali sono portatori del gene mutato e dalla loro unione un quarto dei figli risulterà affetto da malattia). La CMPD può essere poi trasmessa con il cromosoma X (X linked) come nelle forme associate alla mutazione del gene per la distrofina (proteina del citoscheletro) in cui vi può essere un interessamento cardiaco isolato o cardiaco e muscolare scheletrico con incremento del CPK sierico. Infine esistono CMPD che si associano a mutazioni del DNA mitocondriale (mitochondriopatie) e che vengono trasmesse solo per via matrilineare. Lo screening familiare sistematico attraverso lo studio dell'albero genealogico e/o i test genetici rende quindi possibile diagnosticare alcuni casi di malattia in fase precoce e/o ancora asintomatica, permettendo di iniziare il prima possibile un trattamento specifico.

Le opportunità diagnostiche nel campo delle cardiomiopatie sono migliorate e notevoli progressi sono stati compiuti sotto il profilo eziopatogenetico. Le nuove tecniche applicate in campo clinico possono permettere diagnosi precoci, anche nei portatori asintomatici. Confidiamo, in un futuro non troppo lontano, di poter vedere applicate terapie geniche anche nelle cardiomiopatie. Sviluppi di terapia genica non sembrano imminenti, ma l'orizzonte che si è aperto appare vasto e di grande interesse.

Aggiornamenti sulla Riabilitazione Cardiologica



La riabilitazione cardiologica negli anni si è modificata da un percorso strutturato sulla base dell'esercizio fisico e di precoce mobilizzazione del paziente cardiopatico a una presa in carico globale del paziente. La riabilitazione cardiologica nella visione più recente vede il coinvolgimento di diverse figure professionali: il car-

diologo controlla il paziente, ottimizza la terapia e valuta il rischio di eventi, la fisioterapista imposta un programma di riabilitazione personalizzata sulla base della storia del paziente e di un test del cammino, l'infermiera educa il paziente all'autoqe-

sione della terapia e alla misurazione dei parametri vitali, la dietista imposta un programma dietetico e la psicologa gestisce lo stress e guida il paziente nel percorso di sospensione dal fumo. La riabilitazione cardiovascolare è indicata nei pazienti ricoverati per infarto miocardico, per scompenso cardiaco, dopo intervento cardiochirurgico di bypass aortocoronarico o valvolare o sull'aorta ascendente toracica, nel paziente con arteriopatia degli altri inferiori sintomatico per dolori durante la camminata. Nella cardiopatia ischemica dopo un infarto la riabilitazione cardiologica viene iniziata precocemente in ospedale per assicurare un miglior recupero funzionale del paziente. L'accesso al percorso di riabilitazione nel paziente post infarto riduce la mortalità totale del 13%, diminui-



sce i ricoveri per motivi cardiovascolari e migliora la qualità della vita. Questo beneficio si mantiene anche nei pazienti anziani quando trattati in riabilitazione. Nei pazienti con scompenso cardiaco la riabilitazione cardiologica determina una riduzione dei ricoveri del 25-30% e migliora la qualità della vita. Anche nei pazienti scompensati i benefici della riabilitazione cardiovascolare passano attraverso l'ottimizzazione della terapia, la stratificazione del paziente, l'aumento dell'attività fisica, il miglioramento della dieta e la gestione dello stress. Nel mondo reale, i dati di letteratura ci dicono che il paziente dopo un infarto miocardico e con scompenso cardiaco viene inviato poco alla riabilitazione cardiologica. Le cause sono molteplici: il paziente non viene inviato al centro di riabilitazione, ci sono liste d'attesa per accedere al centro, il paziente più anziano non è autonomo e deve essere accompagnato dai parenti, il paziente giovane ha esigenze di rientrare precocemente a lavorare, il centro di riabilitazione non è sempre vicino a casa.

Per migliorare l'aderenza ai programmi riabilitativi e la prevenzione di nuovi eventi cardiovascolari, ci sono molte aspettative dai sistemi di telemedicina che consentono di valutare il paziente a distanza, verificare la terapia, l'attività fisica svolta, l'alimentazione e la trasmissione via computer di parametri vitali a riposo e durante lo sforzo al centro di riabilitazione. In questo modo il paziente potrà aderire al percorso di riabilitazione cardiologia "a distanza", adattarlo alle proprie esigenze di

vita e lavorative e fare solo dei controlli cardiologicali periodici al centro di Riabilitazione Cardiologica. L'aderenza alla terapia e agli stili di vita sani sono simili nel paziente che partecipa alla riabilitazione cardiologica nel centro o a distanza, anche se per la teleriabilitazione il paziente o i parenti devono avere conoscenze sull'utilizzo del computer. L'autoriduzione e la sospensione della terapia aumentano la probabilità di un re-ricovero e si verificano soprattutto dopo un anno dall'evento cardiovascolare, quando le raccomandazioni e l'attenzione alle terapie e agli stili di vita sani diventano un debole ricordo, il paziente sta meglio e non pensa più alla necessità di rispettare le indicazioni ricevute. Pertanto, è fondamentale che il paziente cardiopatico continui a eseguire periodici esami di laboratorio, verifichi i valori pressori, controlli il peso e prosegua la dieta e l'attività fisica imposta in Riabilitazione.

Sono ancora poche le strutture dove il paziente dopo aver finito il percorso riabilitativo cardiologico possa continuare un'attività fisica in modo sicuro, per lo più basate sull'attività di associazioni dei cardiopatici. Di recente anche nella nostra regione, come in altre in Italia, sono state delineate le caratteristiche delle palestre della salute, luoghi nei quali è possibile eseguire attività fisica adattata ed esercizio fisico strutturato per i pazienti cronici, secondo le indicazioni ricevute dal medico di riferimento, sotto la guida di personale formato, in ambiente sicuro e certificato.

→ **dott.ssa Antonella Cherubini**

"quelli dello Sweet Heart..."

Il pensierino di Marina

Mi chiedevo sempre come mai la mia Amica Assunta fosse così entusiasta di andare a ginnastica! Io lavoravo e non potevo frequentare la palestra. Nel 2018 vado in pensione e decido di iscrivermi al primo corso (8.45-9.45) di quelli organizzati dall'Associazione Sweet Heart per vedere se diventavo anch'io un'entusiasta dello sport! Le persone che già praticavano il corso, compresa Assunta, erano fantastiche, gentilissime, mi hanno fatto sentire subito una di loro. Gli insegnanti Saul e Martina splendidi nell'insegnamento, cortesi e scherzosi, attenti ad ognuno dei partecipanti facevano sì che l'ora di ginnastica volasse. Poi le chiacchiere nello spogliatoio, il ritrovarsi alle varie iniziative proposte dall'Associazione nella persona del presidente Dino! Dopo sette anni che frequento la ginnastica, il gruppo delle donne del pri-

mo corso si è ingrandito, tutte le nuove si sono integrate perfettamente (forse prima di accoglierle il Direttivo fa un test di simpatia???) e il chiacchiericcio nello spogliatoio raggiunge vette notevoli... Dopo la ginnastica si va al bar per un caffè e per il piacere di continuare a parlare tra noi. Si è formato un gruppo WhatsApp che, inizialmente nato per dare notizie sulla ginnastica, si è trasformato in un raccoglitore di foto delle vacanze, scambi di consigli e di idee, auguri... C'è persino un sottogruppo "le pedocine" che frequentano lo stabilimento La Lanterna per ritrovarsi anche d'estate. Alla fine posso dire che la ginnastica non è stata solo un'attività fisica, ma anche un'opportunità per creare legami ed amicizie e ho capito l'entusiasmo di Assunta!

→ **Marina Strain**

Un'esperienza de “Le Pedocine”

Il sottogruppo “Le Pedocine”, nato all'interno del gruppo WhatsApp del primo corso di ginnastica, non si è accontentato di trovarsi spesso e volentieri al bagno alla Lanterna ma ha pensato bene di organizzare alcune escursioni. In parti-

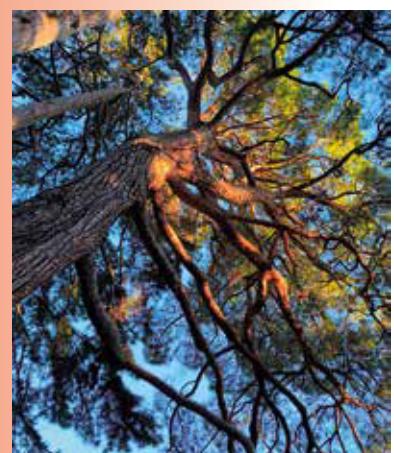
colare, il 12 settembre, approfittando delle corse serali del Delfino Verde, le “Pedocine” hanno fatto la traversata Trieste - Muggia - Trieste, con aperitivo in Piazza, scoprendo la città con occhi diversi... da turista!



In seguito, il 18 settembre hanno preso parte all'iniziativa organizzata dal Comune di Trieste nel Bosco Farneto, sul nuovo percorso “10 mila passi” ovvero una passeggiata da Strada di Guardiella a Villa Revoltella e ritorno, dove un esperto del Comune ha

raccontato la storia del Bosco e dei suoi alberi monumentali. Nel corso del tragitto sono state effettuate due soste per praticare alcuni esercizi di ginnastica guidate da laureandi in Scienze Motorie.

→ **Mariella Maricchiolo e Franca Petronio**



Crescere attraverso il movimento

L'attività fisica come occasione di salute, energia e condivisione

Dopo la ripresa delle attività in palestra e l'inizio di una serie di iniziative conviviali, sento il desiderio di esprimere alcuni pubblici ringraziamenti. Un apprezzamento sincero alla nostra Sweet Heart e al nostro presidente Dino Bonifacio per il suo costante impegno e la sua preziosa collaborazione. Grazie di cuore a tutti coloro che partecipano con entusiasmo alle nostre attività di palestra, svago e socialità e a chi si impegna con dedizione ai compiti amministrativi e organizzativi, offrendo tempo e competenze per il buon andamento di tutte le





iniziate. Un grazie sincero ai soci che prendono parte alle nostre attività con il desiderio di stare bene affidandosi con fiducia al lavoro e alla professionalità di noi insegnanti. Ben vengano i consigli e le critiche costruttive: sono sempre ben accette, soprattutto se accompagnate da una proposta, una soluzione utile per migliorare e crescere insieme. Siamo una realtà fatta di persone, di impegno e

collaborazione. Continuiamo a camminare insieme l'attività fisica è per noi un'occasione di crescita e salute. Un grazie ancora a tutti a chi c'è da anni e a chi è arrivato da poco. Ognuno è parte importante della nostra realtà!

→ **Martina Adriani, prof.di Educazione Fisica**



“Festa dell’Ottobrata” presso il Ristorante “Casa Rosandra”

Il 22 ottobre 2025 si è celebrata la tradizionale festa de “L’Ottobrata”, organizzata, come di consueto, in concomitanza all’avvio della stagione dedicata alle esercitazioni ginniche, che ha avuto inizio alla fine di settembre al Palasport di Chiarbola. Sala gremita di Soci, familiari, simpatizzanti e

graditi ospiti, benchè non si sia registrato il “tutto esaurito”, come altre volte. Roby Cerne ci ha allietato con la sua musica, gradevolmente sussurrata nell’ambiente con professionalità competente ed efficiente, lo chef ci ha somministrato il menu concordato (dai particolari, in qualche caso, non



certo invitanti) e servito con notevole impiego di tempo, un'ospite di origine mongola si è esibita in un caratteristico, tuttavia interessante, ballo, il nostro Presidente ha condotto con la usuale abilità la tombola... la festa si è conclusa in un'atmosfera algea e condiscendente.

→ P.B.



Visita guidata alla mostra su “Tolkien uomo, professore, autore” presso il “Salone degli Incanti” martedì 11 novembre 2025

Una ventina di Soci, inseguendo la dotta descrizione della guida, molto apprezzata, ha attraversato il percorso culturale tracciato attraverso le benemerenze particolarmente lodevoli dell'uomo, poi professore universitario infine autore di molte pubblicazioni importanti, in particolare di un capolavoro distinto, in quanto singolare, “Il Signore degli Anelli”, che è risultato fondatore di un genere, il “*il fantasy*” scarsamente capace di produrre gli effetti voluti, quanto ad importanza letteraria, sia come esaltazione dei “miti nordici” che come metafora di qualche attualità contemporanea bensì di successo editoriale enorme. La mostra di Trieste, epilogo del “tour” partito da Roma e ripetuto a Napoli e Torino, è stata sostenuta, anche economicamente (per totali € 500.000.=), in quanto operazione culturale governativa, dal Ministero della Cultura, che identifica in Tolkien il nume tutelare della maggioranza costituitasi dopo le ultime elezioni, come se egli fosse un sostenitore di un programma connesso ad una giusta causa. In verità le sue opere riflettono scarsamente le forme della Tradizione, così come in-

tese dal Ministero ed in più scarsamente affascinanti per gli appassionati di tali aspetti. Alla visita, discretamente interessante, è seguita una deliziosa pizza al “Di Napoli” di via Diaz, peraltro proprio “verace”...

→ P.B.



Alcuni Consoci sul palcoscenico del Teatro Rossetti

Stellio Capato, consocio, emerito Direttore Responsabile del nostro periodico, ha presentato, quale autore ed esecutore, assieme al Coro de "I Gioiosi" da egli stesso coordinato, la sua canzone "Tango inamorà", al 46° Festival della Canzone Triestina, conseguendo l'ammissione alle finali (con conseguente premiazione dedicata). Il caro amico Stellio, che da lungo tempo è l'ispiratore e il coordinatore del predetto Coro, ha più volte percorso il palcoscenico del Teatro Rossetti con le canzoni da lui composte ed interpretate ma forse non tutti sanno che la formazione de "I Gioiosi" comprende, oltre a Stellio, anche altri 4

Consoci dello Sweet Heart (dei quali segnaliamo, con piacere e fierezza, il nominativo ai lettori): con essi ci congratuliamo, ringraziandoli per le loro disinteressate prestazioni e per il loro contributo alle attività assistenziali che costantemente offrono alla popolazione dei cittadini disabili, temporaneamente ospiti di comunità cittadine. Essi sono, assieme a Stellio Capato: Paola Alessi, Neva Michelazzi, Gianni Cerqueni e Luigi Giampedrone, Consoci che abbiamo visto, lunedì 17 novembre 2025, operare degnamente sul palcoscenico del Teatro Rossetti.

P.B.



La Castagnata 2025 presso l'hostaria Ai Pini

Una giornata di sole, giovedì 20 novembre 2025, ha favorito la manifestazione, che, di buon mattino, ha visto parecchi Soci avviarsi a percorrere la passeggiata che, dal territorio carsico circostante l'Hostaria, tramite un sentiero, dopo un tratto non troppo lungo né faticoso, consente l'affaccio al mare, permettendo di godere di una vista spettacolare. Si fa ritorno al ristorante nel tratto di tempo di un'ora: una salutare passeggiata per favorire l'appetito, che proprio non si è fatto attendere. Gli osti ci hanno servito personalmente il delizioso primo piatto annunciato dal menu, per poi far girare un piacevole sorbetto, al quale è seguito il secondo piatto, costituito dal saporito brasato di manzo (tuttavia imperfetto a causa di una probabile macellazione inadeguata, in quanto alcuni tagli, sommari, avrebbero impedito a più elementi, nonostante la cottura, di acquistare la dovuta morbidezza). Tuttavia il gusto era perfetto ed il particolare giustificabile, dato che i vegetali serviti come contorno erano immuni da difetti. È seguito un dolce e sono infine arrivate le caldarroste (probabilmente cotte al

forno), forse di raccolta tardiva perché difficili da sbucciare. Il pranzo è stato allietato dalla musica del caro Roby Cerne, sempre molto piacevole e garbato. Un'inaspettata sorpresa, graditissima, è arrivata quando il dott. Di Lenarda, impossibilitato per impegni assunti ad accompagnarsi al desinare con noi, nel porgerci un saluto di commiato, ha annunciato che Sweet Heart Dolce Cuore si trova ora a guidare la classifica delle Associazioni di Volontariato del Comprensorio ASUGI destinatarie di contributi (se ne contano 44), contributi che l'Azienda Sanitaria concede (evidentemente riconoscendo le attività collaterali all'Asugi come parasanitarie, in particolare quelle svolte da Sweet Heart medesima).

Riconoscimento quest'ultimo che onora ed inorgoglisce l'Associazione ed i suoi Organi di Gestione tutti, assieme ai Soci ed ai simpatizzanti, protagonisti un'altra volta di una "regata vincente". La tombola, alla fine, viene giocata a buon diritto e con gioia.

→ P.B.





Corsi di ginnastica da ottobre a maggio nei giorni di lunedì-mercoledì-venerdì in 5 turni (ore 8.45 - 9.45 - 10.45 - 11.45 - 17.00)

Misurazione pressione arteriosa tutti i lunedì in sede dalle ore **9.30** alle **11.30**

Prove ematiche colesterolo, trigliceridi, glicemia da ottobre a maggio il 2° giovedì del mese dalle ore **8.00** alle ore **10.00**, previa prenotazione in sede negli orari di apertura

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

PUOI ESSERE UTILE ALLO



«SWEET HEART DOLCE CUORE ODV»

ELARGIZIONI/BONIFICO
a favore IBAN IT62H0200802218000021592506

5X1000
a favore CODICE FISCALE 80036120329

l'Informatore

ANNO XLVII N° 140 - DICEMBRE 2025

Pubblicazione periodica
SWEET HEART - DOLCE CUORE ODV

Direttore responsabile:
Pietro Broussard

Hanno collaborato:
D. Bonifacio, M. Adriani, F. Petronio,
M. Zorzer, L. Giampedrone, F. Bianchi,
M. Strain, M. Maricchiolo, S. Capato

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 Graf - via dell'Eremo, 46 - Trieste