

ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO GRUPPO CUORE NUOVO MILANO

Pubblicazione O.D.V. "GRUPPO CUORE NUOVO" di Milano - Via Agostino De Pretis, 13 - 20142 Milano
NOTIZIARIO INFORMATIVO PER I SOCI - NON IN VENDITA - Composizione, stampa e diffusione in proprio.

Aderente a: CONACUORE  Coordinamento Nazionale Associazioni del Cuore

ANNO XXXIII - N. 1
2025

Ipertensione Arteriosa quali novità in futuro



*Prof. Stefano Carugo
Direttore Centro Ipertensione
Policlinico di Milano*

L'ipertensione arteriosa è ancora oggi il principale fattore di rischio cardiovascolare: avere la pressione arteriosa a valori $> 140/90$ mm hg comporta un maggiore rischio di ictus, infarto e insufficienza renale.

Ad oggi in Italia si stimano esserci circa 16 milioni di pazienti ipertesi di cui circa l'8% definiti resistenti ovvero particolarmente difficili a trattare. Molti sono i motivi che portano ad avere elevati valori di pressione e i più comuni sono la familiarità, lo stile di vita, lo stress, il fumo, diabete e sovrappeso. Inoltre, purtroppo, dei pazienti già in terapia solo il 20% hanno un buon controllo della pressione e questo rappresenta un grave problema anche perché ricordo sempre che l'ipertensione già di per sé è un killer silenzioso!

Ma ci sono novità in futuro? Già adesso abbiamo a disposizione tante buone terapie per trattarla. Il problema è che spesso i nostri pazienti sottovalutano il problema dell'ipertensione ma anche i medici: avere $+ 10$ mm hg dei valori normali comporta un $+ 10\%$ di rischio cardiovascolare. Controllare la pressione arteriosa con regolarità è fondamentale.

Oltre alle classiche terapie si affacceranno a breve nuovi presidi terapeutici che ci consentiranno di combattere al meglio questo nemico silenzioso. Quindi oltre agli ACE inibitori, i sartani, i calcio antagonisti diuretici e beta bloccanti nel prossimo futuro vedremo due nuove classi assai interessanti quali sono gli inibitori sintesi aldosterone e i SIRNA (silenzianti dell'RNA) che i primi studi dicono particolarmente efficaci e nel caso del SIRNA facili da somministrare ovvero 1 iniezione sottocute ogni 6 mesi. Cari lettori controllatevi la pressione arteriosa, è semplice poco costosa ma di grande utilità, anche con apparecchi portatili (meglio quelli al braccio no al polso) ma mi raccomando: non cambiate in modo autonomo la terapia, consultatevi sempre con il vostro medico di fiducia!



Riscaldamento globale e salute: un problema emergente nei pazienti cardiopatici



*Dott. Stefano Lucreziotti
Direttore SC Cardiologia
Ospedale
San Carlo asst Santi Paolo
e Carlo Milano*

L'essere umano regola la temperatura interna con meccanismi riflessi (sudorazione, vasodilatazione) e comportamenti volontari che vengono attivati dalla percezione del caldo, come per esempio cercare refrigerio all'ombra o interrompere l'attività fisica.

Purtroppo questi rimedi possono essere non

efficaci quando la temperatura ambientale diventa estrema o rimane elevata per periodi prolungati oppure quando condizioni psichiche e/o sociali impediscono di mettere in atto soluzioni pratiche come attivare un ventilatore, un condizionatore o cercare refrigerio in ambienti meno caldi.

È noto che il mondo sta andando incontro ad un progressivo e diffuso incremento delle temperature medie (climate change). Il **global warming** è associato ad un aumento di eventi climatici "estremi", come inondazioni, uragani, o periodi di caldo eccessivo in zone temperate. Tutto questo determina a livello globale l'esposizione di fette sempre più grandi di popolazione a livelli di calore senza precedenti con conseguenti danni sulla salute.

Si stima che negli ultimi 20 anni ci sia stato un incremento superiore al 50% delle morti legate al calore negli over-65 e un incremento altrettanto significativo di ricoveri o accessi in PS per problematiche legate al caldo, il che rende il riscaldamento globale una sfida dal punto di

vista sanitario e sociale.

Il danno da calore

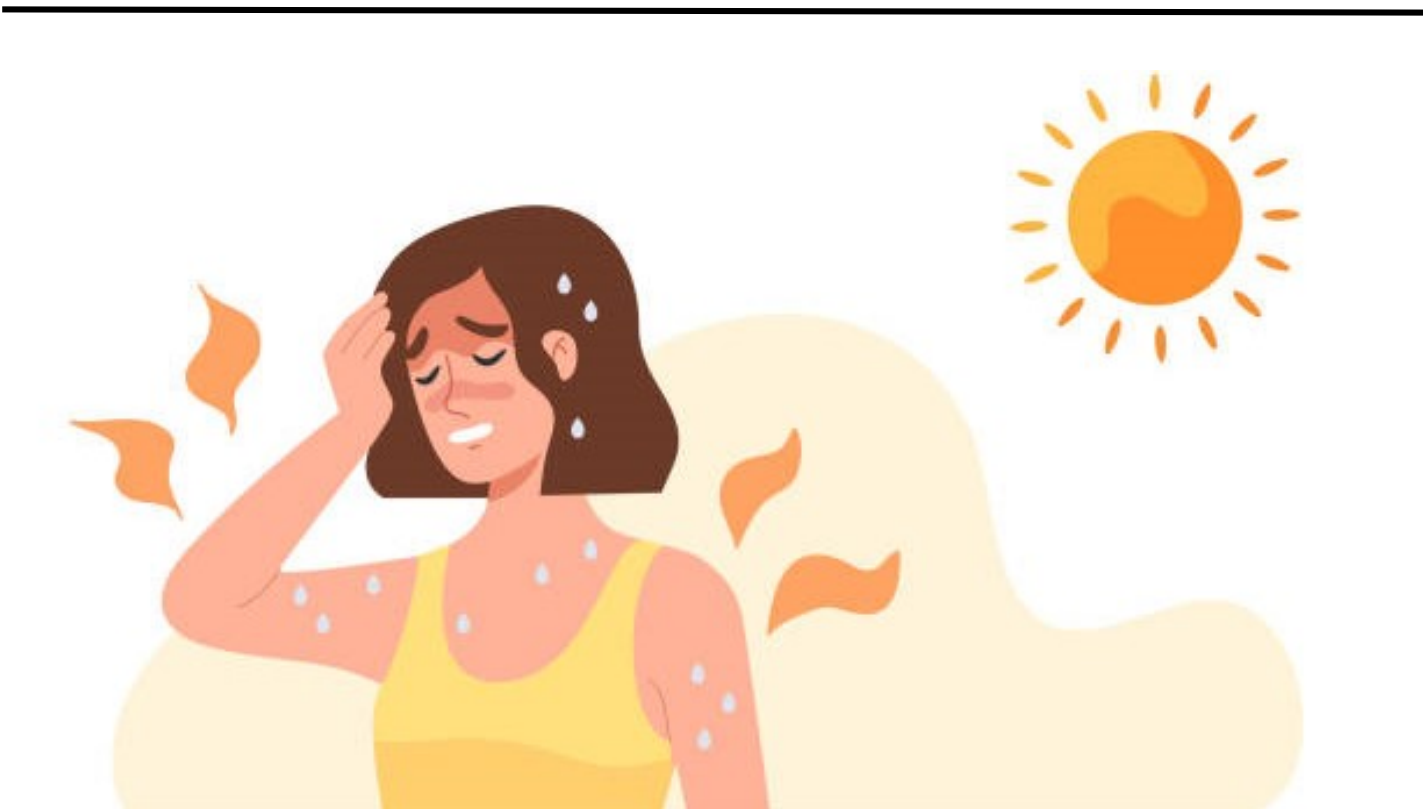
Il danno da calore è causato da una elevata temperatura ambientale che può essere amplificata da una eccessiva produzione di calore endogeno per una attività fisica strenua (es: atleti, muratori, operai) in ambienti caldi.

Può essere aggravato da altri fattori come l'umidità ambientale che riduce la capacità di dissipare calore mediante la sudorazione o l'inquinamento che esercita un effetto negativo sinergico con l'elevata temperatura sulle vie respiratorie.

Distinguiamo due tipi di danno da calore:

- 1) quello secondario a lunghi periodi di caldo e che si estrinseca progressivamente e in maniera più subdola;
- 2) quello legato a picchi inusuali di temperatura (es > 38-40° in climi abitualmente temperati) che ha una presentazione acuta e drammatica (colpo di calore).





Meccanismi fisiopatologici

L'incapacità di disperdere il calore accumulato porta ad una disidratazione e ad una riduzione del volume dello spazio extracellulare e del sangue circolante con conseguente danno cellulare e disfunzione multi-organo.

L'intestino perde progressivamente la sua funzione di barriera selettiva e le tossine intestinali iniziano a passare in circolo, attivando una cascata infiammatoria che coinvolge secondariamente tutti gli altri organi (sistema nervoso centrale, cuore ed apparato circolatorio, reni, fegato, sistema emocoagulativo) e che contribuisce ad innalzare ulteriormente la temperatura interna. Questo ovviamente innesca un circolo vizioso che porta a gravissime conseguenze se non viene interrotto.

Presentazione clinica

Durante le sempre più frequenti ondate di calore (Europa 2003 e 2022, USA 2021) abbiamo assistito a un incremento delle riacutizzazioni di varie condizioni patologiche: ischemia cardiaca, aritmie, ictus, crisi di asma, scompenso glicemico, insufficienza renale, disturbi neuropsichiatrici tra cui aumento dei tentativi di suicidio,

gravidanze pre-termine e problemi di salute dei neonati. Oltre ad aumentare il rischio di recidive di queste patologie "classiche", l'eccessiva temperatura può portare al temuto "colpo di calore (heat stroke) che è caratterizzato da un deterioramento del quadro neurologico (delirium, ictus), generalmente preceduto da un periodo di confusione mentale, in presenza di una temperatura interna di almeno 40°.

La pelle è calda e secca per deficit di sudorazione, così come le mucose (lingua e cavo orale). Le urine appaiono concentrate. Spesso sono presenti nausea e vomito. Già nelle fasi precoci il battito cardiaco è accelerato e la pressione arteriosa tende a ridursi, soprattutto quando ci si alza (ipotensione ortostatica).

Questa condizione può essere confusa con un quadro settico che complica un'infezione, una intossicazione alimentare o un ictus. Per questo una diagnosi differenziale accurata è fondamentale per evitare terapie inappropriate (es: antibiotici) e per avviare invece un percorso terapeutico mirato all'abbassamento della temperatura corporea. E' importante evidenziare che la mortalità per colpo di calore può arrivare all'80% e al 30% nei soggetti sani che hanno avuto un'esposizione legata ad attività sportiva

o lavorativa.

Popolazione a rischio

Oltre alle persone professionalmente esposte e agli atleti, i soggetti a maggiore rischio sono i pazienti affetti da patologie croniche (molto più frequenti nella popolazione generale), le donne in gravidanza, i soggetti che non hanno un adeguato supporto familiare e/o sociale che è indispensabile per un rapido riconoscimento dei sintomi premonitori. I pazienti affetti da paralisi tetra-plegia sono a rischio particolarmente elevato perché alla fragilità si aggiunge una compromissione dei meccanismi neuro-mediati della termoregolazione. I pazienti fragili inoltre possono assumere farmaci che possono aggravare il quadro clinico con meccanismi diversi: per esempio, le benzodiazepine possono alterare la percezione del caldo, i beta-bloccanti e i calcio antagonisti (frequentemente usati in cardiologia) possono interferire con la risposta adattativa del cuore allo stress da calore, i diuretici aggravano la deplezione del volume plasmatico, i farmaci o prodotti naturali usati per perdere peso possono accentuare il metabolismo basale con conseguente incremento della produzione di calore. Ovviamente vanno rigorosamente evitati alcol (alterata percezione del rischio per obnubilamento, disidratazione, cardiotoxicità) e droghe.

Prevenzione e trattamento

La terapia dei casi più gravi (colpo di calore con confusione mentale, marcata ipotensione, ecc.) deve essere riservata all'ambiente ospedaliero. Ci sono tuttavia notevoli margini per intervenire nelle fasi più precoci, quando si manifestano i primi segni della disidratazione da calore. Ovviamente si deve minimizzare l'esposizione al caldo nelle abitazioni aerando i locali quando la temperatura esterna è meno calda (prime ore del mattino) e all'esterno cercando di evitare le ore più calde e soleggiate. Uno dei momenti a maggiore rischio è quello del tramonto, nelle aree urbane, perché cemento e asfalto rilasciano il calore accumulato durante tutta la

giornata associandosi all'effetto tossico e irritante dei gas di scarico dovuto al rientro a casa dei lavoratori. In casa bisognerebbe munirsi di ventilatori (inefficaci se la temperatura è particolarmente elevata) e condizionatori. Bisogna limitare per quanto possibile l'attività fisica e assumere liquidi in dosi adeguate, cosa che può risultare difficile in pazienti che abitualmente devono invece ridurre l'apporto di liquidi (per esempio, i pazienti affetti da scompenso cardiaco o alcune categorie di nefropatici). Può essere consigliabile regolare l'apporto di liquidi mediante tabelle o App perché spesso le persone anziane (ma anche i lavoratori outdoor) si dimenticano di bere in maniera corretta, sottovalutando il richiamo della sete. Bisogna indossare abiti traspiranti, raffreddare la cute con bagni o docce e soprattutto non sottovalutare potenziali campanelli d'allarme come un insolito stato confusionale o una persistente debolezza. Ovviamente le persone sole (spesso anziane e fragili) non ricevono il supporto dei familiari e fanno più fatica a monitorare le proprie condizioni e a segnalare un potenziale danno da calore.

I pazienti cardiopatici rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile perché vi è un doppio rischio, legato in parte alla patologia o alle patologie di base (spesso sono anche dia-



betici, anemici, nefropatici), in parte alla necessità di modulare la terapia cardioattiva. Per esempio, come ci comportiamo in una paziente che assume 2 o 3 farmaci antipertensivi e che, a causa del calore ambientale ci comunica una pressione sistolica di 110 mm Hg? Al momento non ci sono linee guida al riguardo. Logica vorrebbe che si riducesse la terapia antipertensiva, ma questo viene spesso fatto senza un confronto con il Medico di Medicina Generale o con lo Specialista, portando a situazioni che possono sfuggire al controllo del paziente (eccesso di farmaci con ipotensione persistente o sospensione inappropriata di tutta la terapia con aumento pericoloso della PA). Bisogna accudire con grande cura i neonati e non trascurare segnali di allarme potenzialmente legati alla disidratazione, così come le gravide che magari attribuiscono una loro eventuale spossatezza alla gravidanza stessa, non pensando invece al possibile effetto della disidratazione.

I cardini della terapia del danno da calore sono l'idratazione per ripristinare il volume di liquidi extracellulari e plasmatici e il raffreddamento della temperatura interna.

I liquidi vanno somministrati gradualmente, tenendo conto delle condizioni generali del paziente, evitando di sovraccaricare la circolazione in tempi troppo brevi (attenzione ai pazienti predisposti allo scompenso cardiaco).

La temperatura interna andrebbe ridotta da 40° a 38°, idealmente in 30-40', con docce o bagni freddi. E' previsto anche il raffreddamento mediante l'infusione endovenosa di fluidi freddi, ma questo è riservato all'ambiente ospedaliero, anche perché i pazienti con colpo di calore devono essere monitorizzati in ambiente intensivo per alcune ore o giorni, a seconda della gravità del quadro.

Si devono evitare farmaci antipiretici per abbassare la temperatura corporea perché possono avere effetti collaterali gravi.

Per tutti questi motivi i Sistemi Sanitari Nazionali hanno avviato dei programmi di prevenzione e contrasto alle patologie da calore. In Italia



è attivo un numero di emergenza (1500) del Ministero della Salute oltre al Piano nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/ondate-di-calore/piano-nazionale-la-prevenzione-degli-effetti-del-caldo-sulla-salute>) che prevede sistemi di allarme, denominati **Heat Health Watch Warning Systems** (HHWWS) città-specifici che prevedono e comunicano con un anticipo di 72 ore possibili ondate di calore con livelli di allarme da 1 a 3 che vengono diffusi sul portale del Ministero della Salute e sul territorio delle città coinvolte (ASL, Comune, Protezione Civile). Sono disponibili Linee Guida relative alle evidenze disponibili sui fattori di rischio associati al caldo e alle ondate di calore e sugli interventi di prevenzione. Vengono inoltre monitorati gli accessi in PS e i servizi locali possono dotarsi di una "anagrafe" dei pazienti suscettibili che rappresenta uno degli strumenti utili per mirare gli interventi preventivi e di assistenza.

E' auspicabile che in un futuro prossimo, vengano ulteriormente potenziati sistemi di assistenza domiciliare che regolarmente controllino, magari mediante App o l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale, i parametri vitali (peso, PA, frequenza cardiaca, diuresi, Saturazione O2) per riconoscere precocemente situazioni a rischio, al fine di organizzare un intervento precoce a domicilio dei pazienti.

CONVENTION DELLE CARDIOLOGIE E PNEUMOLOGIE RIABILITATIVE LOMBARDE 2025

Carissimi Associati,

ho il piacere di comunicarvi che anche quest'anno CONACUORE, rappresentato dalla nostra Associazione "Gruppo Cuore Nuovo" nella persona del Vice-presidente Dott. Luciano Piermattei, ha partecipato alla "CONVENTION DELLE CARDIOLOGIE E PNEUMOLOGIE RIABILITATIVE LOMBARDE 2025 - I BISOGNI DI RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA - UN MIGLIOR SERVIZIO ALLA POPOLAZIONE E AL SISTEMA SANITARIO" tenutasi giovedì 13 febbraio u.s. presso l'Auditorium Testori di Palazzo Lombardia.

L'argomento trattato riguardava la possibilità di realizzare una riabilitazione congiunta a livello regionale di pazienti cardiologici e pneumologici in particolare nella regione Lombardia. Il nostro Vice-presidente nel suo intervento ha brevemente illustrato il contenuto del lavoro, lasciando poi il completo elaborato a disposizione. L'iniziativa è stata accolta con entusiasmo da tutti i partecipanti. L'elaborato è diviso in due parti.

La prima riguarda l'importanza della "riabilitazione congiunta a livello regionale dei pazienti cardiologici e pneumologici: come concretizzarla e realizzarla". La seconda riguarda in particolare la Regione Lombardia in quanto la sanità privata accreditata è parificata a quella pubblica.

Come è possibile realizzare questo tipo di riabilitazione se le strutture private lavorano per il guadagno mentre le pubbliche non hanno questo scopo. Come potrebbero integrarsi?

Pensando di fare cosa gradita ho ritenuto utile allegarvi i testi dei due argomenti trattati.

Ringrazio il nostro Vice-presidente per il lavoro svolto che ha portato lustro alla nostra Associazione unitamente a "Conacuore" che rappresentava.

Luisa Cattaneo



ALLEGATO 1 -

LA RIABILITAZIONE CONGIUNTA A LIVELLO REGIONALE DEI PAZIENTI CARDIOLOGICI E PNEUMOLOGICI: COME CONCRETIZZARLA E REALIZZARLA.

Introduzione

La riabilitazione cardiologica e pneumologica è un elemento chiave per il recupero funzionale dei pazienti con patologie croniche o post-acuto. Integrare queste due aree a livello regionale consente di ottimizzare risorse, migliorare l'accesso ai servizi e offrire percorsi personalizzati e multidisciplinari.

1. Obiettivi della riabilitazione congiunta

- Migliorare la capacità funzionale dei pazienti.
- Ridurre la mortalità e la morbidità.
- Favorire il reinserimento sociale e lavorativo.
- Ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie regionali.

2. Modello organizzativo

Per concretizzare un modello integrato è necessario:

- Creazione di centri regionali di riabilitazione integrata: strutture che offrono servizi per entrambe le tipologie di pazienti.
- Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA): sviluppare PDTA specifici per patologie cardiologiche e pneumologiche, con punti di intersezione per esigenze comuni.
- Integrazione ospedale-territorio: prevedere un coordinamento tra ospedali, medici di base, specialisti e strutture territoriali per garantire continuità assistenziale.
- Telemedicina e riabilitazione domiciliare: implementare tecnologie per monitorare e assistere i pazienti da remoto, soprattutto per chi ha difficoltà di spostamento.

3. Esempio di percorso congiunto

Valutazione iniziale:

- ◇ Cardio-pneumologo valuta la situazione clinica del paziente.
- ◇ Individuazione di obiettivi riabilitativi personalizzati.

Programma riabilitativo multidisciplinare:

- ◇ Allenamento fisico controllato (con adattamenti per pazienti con comorbidità).
- ◇ Supporto psicologico.
- ◇ Educazione sanitaria per autogestione della malattia (es. utilizzo di dispositivi come spirometri o monitor cardiaci).

Monitoraggio e follow-up:

- ◇ Visite periodiche e valutazioni funzionali.

- ◇ Utilizzo di strumenti digitali per monitorare i progressi.

4. Coinvolgimento delle risorse umane

Un'équipe multidisciplinare deve includere:

- Cardiologi e pneumologi.
- Fisioterapisti esperti in patologie cardio-respiratorie.
- Psicologi e nutrizionisti.
- Infermieri specializzati in riabilitazione.

5. Benefici del modello integrato

- Riduzione dei costi sanitari attraverso la condivisione di risorse.
- Miglioramento dell'esperienza del paziente grazie a un approccio olistico.
- Maggiore efficacia clinica con interventi mirati.

6. Fattori di successo

- Finanziamenti adeguati da parte della regione.
- Formazione continua per il personale sanitario.
- Coinvolgimento attivo dei pazienti e delle loro famiglie.

Conclusioni

La riabilitazione integrata a livello regionale è un obiettivo realizzabile, che richiede però una pianificazione accurata e il coordinamento tra vari livelli del sistema sanitario. Gli approcci innovativi, come la telemedicina e la personalizzazione dei percorsi, rappresentano il futuro per offrire un'assistenza efficace e sostenibile.

ALLEGATO 2 –

In Lombardia (soggetto dell'intervento) la sanità privata accreditata è parificata a quella pubblica. Come è possibile realizzarla se quella privata lavora per il guadagno e quella pubblica non ha questo scopo ma quello al servizio del pubblico. Come potrebbero integrarsi?

L'integrazione tra sanità pubblica e privata accreditata, in un contesto come quello della Lombardia dove le due realtà sono formalmente parificate, può rappresentare una sfida ma anche un'opportunità.

Di seguito, analizziamo come una collaborazione virtuosa potrebbe concretizzarsi, tenendo conto delle differenze intrinseche tra i due sistemi.

1. Obiettivi comuni come base di integrazione

Nonostante le differenze di scopo, ci sono obiettivi condivisi tra sanità pubblica e privata accreditata:



- Assicurare un accesso equo ai servizi sanitari.
 - Migliorare gli esiti clinici e il benessere dei pazienti.
 - Ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie disponibili.
- Questi obiettivi possono fungere da fondamenta per creare percorsi integrati di riabilitazione che soddisfino sia i principi di efficienza economica che quelli di servizio pubblico.

2. Modello di integrazione tra pubblico e privato accreditato

a. Creazione di reti integrate

La costruzione di reti regionali di assistenza sanitaria integrata potrebbe coordinare i servizi di entrambi i sistemi:

- Divisione dei ruoli: definire ambiti di competenza complementari per evitare sovrapposizioni e competizioni non necessarie. Ad esempio:
 - ◊ Sanità pubblica: gestione di pazienti complessi e a lungo termine (es. riabilitazione ospedaliera intensiva).
 - ◊ Privato accreditato: percorsi riabilitativi brevi o ambulatoriali con maggiore flessibilità organizzativa.
- Standard uniformi: stabilire standard clinici e organizzativi condivisi tra pubblico e privato per garantire qualità omogenea.

b. Contratti di servizio e incentivi

Per favorire l'integrazione, si possono stipulare contratti regionali di servizio con il privato accreditato:

- Incentivi basati sui risultati: il rimborso al privato potrebbe essere legato a parametri di outcome (es. miglioramento della capacità funzionale dei pazienti) e alla soddisfazione del paziente, favorendo un allineamento con gli obiettivi del pubblico.
- Tariffe adeguate: garantire che il sistema di remunerazione copra tutti i costi del servizio senza incentivare il profitto a scapito della qualità.

c. Coinvolgimento di enti territoriali

L'integrazione pubblico-privato può essere facilitata attraverso il coordinamento con i Comuni e i distretti sanitari:

- Presidi unificati: centri sanitari condivisi dove personale di entrambe le realtà collabora per offrire servizi riabilitativi.
- Integrazione digitale: piattaforme condivise per la gestione delle cartelle cliniche, consentendo continuità assistenziale tra pubblico e privato.

3. Meccanismi di controllo e trasparenza

Per evitare che l'aspetto economico comprometta la qualità del servizio:

- Audit e monitoraggio: implementare sistemi di controllo regionale per verificare il rispetto degli standard clinici e organizzativi.
- Trasparenza finanziaria: richiedere ai privati accreditati di rendicontare in modo chiaro l'utilizzo delle risorse e gli esiti clinici ottenuti.

4. Ruolo della telemedicina

Un'area in cui pubblico e privato possono collaborare è lo sviluppo di soluzioni digitali per la riabilitazione domiciliare.

- Piattaforme condivise: utilizzare strumenti digitali per erogare servizi a distanza, riducendo i costi e facilitando la gestione condivisa dei pazienti.
- Co-gestione del follow-up: pubblico e privato potrebbero suddividere il monitoraggio dei pazienti, garantendo una presenza costante.

5. Coinvolgimento dei pazienti

Una maggiore integrazione richiede anche il coinvolgimento attivo dei pazienti, affinché:

- Comprendano il valore di percorsi integrati.
- Accedano liberamente a entrambe le realtà, in base alle proprie esigenze.
- Le campagne di sensibilizzazione e l'educazione sanitaria possono supportare questa integrazione, riducendo eventuali diffidenze verso uno dei due sistemi.

6. Fattori di successo

- Collaborazione istituzionale: un tavolo di lavoro permanente tra le autorità sanitarie regionali e i rappresentanti del privato accreditato.
- Flessibilità normativa: modifiche regolatorie che favoriscano la condivisione di risorse senza compromettere i principi etici della sanità pubblica.
- Formazione congiunta del personale sanitario: promuovere una cultura integrativa attraverso programmi formativi condivisi.

Conclusioni

In Lombardia, l'integrazione tra sanità pubblica e privata accreditata può essere realizzata ponendo il paziente al centro e creando sinergie basate su obiettivi comuni. Con strumenti di controllo adeguati, incentivi orientati ai risultati e una visione condivisa delle priorità sanitarie, pubblico e privato possono collaborare efficacemente, superando le differenze strutturali e massimizzando l'efficacia dei percorsi di riabilitazione.



CADUTE NEGLI ANZIANI



Dott. Giuseppe Occhi

La caduta è definita come l'atto di cadere involontariamente o accidentalmente a terra o a un altro livello inferiore.

La frequenza delle cadute aumenta soprattutto con l'aumentare dell'età; circa il 30% delle persone con 65 anni e più, cade almeno una volta

nell'arco di 12 mesi; tale percentuale sale al 50% negli ultraottantenni.



Il 70% delle cadute si verifica in casa; gli ambienti a maggior rischio sono cucina (25%), camera da letto (22%), scale (20%), bagno (13%). Le fratture più comuni nell'età avanzata sono quelle di

femore, quasi sempre dovute a cadute

Le conseguenze immediate di una caduta vanno da lievi contusioni e piccole ferite a problemi più gravi ((nel 20% dei casi) come fratture ossee, traumi cranici o danni agli organi che possono risultare fatali.

Il problema delle cadute nell'anziano oltre che l'elevata incidenza e la facilità di esito in lesione è quello di una lenta guarigione con aumento del rischio di successive cadute.

Tra le conseguenze tardive, possibili patologie "a cascata" determinate dalla caduta: paura di cadere > ansia e depressione > ridotta mobilità > perdita della forza muscolare e problemi di equilibrio > isolamento sociale > declino psico-fisico > ulteriore aumento del rischio di caduta.

Nelle persone anziane le cadute hanno quasi sempre un'origine



multifattoriale derivante dall'interazione fra fattori intrinseci: (declino funzionale legato all'età, patologie), fattori estrinseci (pericoli ambientali); assunzione di farmaci; situazioni potenzialmente pericolose.

Un esempio: andare di fretta in bagno nel mezzo della notte (situazione potenzialmente pericolosa) dopo aver assunto un farmaco per dormire (che compromette l'equilibrio) ed inciampare in un tappeto (rischio ambientale). Altro esempio: una persona con m. di Parkinson e disturbi della vista (condizione che compromette equilibrio e motilità) può scivolare sul pavimento bagnato (rischio ambientale) mentre si affretta per andare a rispondere al telefono dimenticato sul letto. (situazione potenzialmente pericolosa)

Le cadute sono eventi in gran parte (78%) prevedibili e prevenibili. "Conoscere per prevenire" significa che per tutelare la salute è necessario conoscere i rischi ai quali quotidianamente siamo esposti al fine di intervenire prima che si manifestino eventi dannosi ad essi collegati.

La valutazione del rischio di caduta negli anziani è un processo cruciale per la prevenzione di incidenti e la salvaguardia della loro salute e benessere. Si tratta di un'analisi multifattoriale che prende in considerazione diversi aspetti dell'individuo, del suo ambiente di vita e delle sue condizioni di salute, al fine di identificare i soggetti più vulnerabili e adottare strategie di prevenzione personalizzate.

Se per quanto riguarda le cadute l'obiettivo è quello di evitare il loro ripetersi, il primo step consiste nell'identificare i fattori di rischio personali (intrinseci) ed ambientali (estrinseci) riconosciuti, per poter agire in modo efficace per prevenirle o minimizzarne gli effetti.

Fattori di rischio intrinseci, legati alla persona

Età avanzata

Anamnesi di cadute precedenti

Patologie del sistema nervoso:

- ◇ ictus, morbo di Parkinson,
- ◇ neuropatie periferiche, demenze

Patologie del sistema cardiovascolare:

- ◇ ipotensione ortostatica, aritmie

Patologie del sistema osteoarticolare:



◇ artriti/artrosi, problemi ai piedi

Altre problematiche

- ◇ riduzione della forza muscolare, problemi
- ◇ di equilibrio, deambulazione,
- ◇ disturbi della vista e dell'udito,
- ◇ incontinenza urinaria, diabete, anemia
- ◇ comportamenti a rischio come vita sedentaria,
- ◇ eccesso di alcool, confusione mentale, disorientamento.

Fattori di rischio estrinseci, legati all'ambiente

Farmaci. L'uso di alcuni farmaci aumenta il rischio di caduta negli anziani. I farmaci associati ad un maggior rischio di cadute sono soprattutto quelli che agiscono a livello del sistema nervoso centrale (antipsicotici, antidepressivi, ansiolitici) e a livello cardiovascolare (antipertensivi, diuretici, inotropi, antiaritmici di classe 1^a). È inoltre stimato che l'uso contemporaneo di quattro o più farmaci può aumentare il rischio di caduta.

Caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione.

Scarsa illuminazione degli ambienti, presenza di scale, pavimenti scivolosi, tappeti non fissati, prolunghe e cavi elettrici sul pavimento; assenza di appigli e/o corrimano, oggetti sul pavimento, sedie o poltrone non adatte, sedile WC troppo basso o alto, TV o telefono raggiungibili con difficoltà.



Molte persone cadono mentre svolgono le normali attività come lavarsi, cucinare, alzarsi di notte per andare in bagno, fare i lavori di casa.

Inadeguatezza del vestiario, delle calzature e degli ausili. Pantaloni e vestaglie troppo lunghe, vestiti troppo larghi o stretti che limitano i movimenti; calzature non idonee, bastoni inadatti o usati in maniera scorretta, deambulatori poco scorrevoli e carrozzine non idonee.

Dopo aver conosciuto quali sono i fattori di rischio, possiamo passare al secondo step, mettendo in atto quanto ritenuto necessario per prevenire il ripe-

tersi di incidenti.

La prevenzione delle cadute nell'anziano richiede un approccio olistico, combinando interventi a livello ambientale, comportamentale e medico. L'obiettivo è ridurre il rischio di cadute e comunque evitare che si verifichino lesioni gravi.



Interventi medico/sanitari

Nelle persone che riferiscono una caduta o che sono considerate a rischio vanno rilevate periodicamente frequenza cardiaca, pressione arteriosa, glicemia (nei diabetici) ed eseguite una valutazione dell'equilibrio, dell'andatura, della mobilità, della forza muscolare, del rischio di osteoporosi, dei disturbi visivi e auditivi, del deterioramento cognitivo.

Per la valutazione del cammino e dell'equilibrio, l'esame obiettivo può essere implementato mediante la somministrazione di test; tra quelli più utilizzati il test di Tinetti, lo standing balance, la scala di Conley e il test Timed Up and Go (TUG)

Di seguito un esempio per una prima rapida valutazione

Quattro domande per definire il rischio:

- ◇ è caduto due o più volte nell'ultimo anno?
- ◇ impiega più di 10 secondi ad eseguire il "timed up and go test"?
- ◇ È stato dimesso nell'ultimo mese dall'ospedale?
- ◇ ha avuto un recente accesso in PS per lipotimia/sincope/trauma/caduta con o senza frattura?

Interventi ambientali

Provvedere a una corretta illuminazione di tutti i locali della casa, evitare di usare tappeti che possono fare inciampare, installare maniglioni di appoggio nel bagno, utilizzare sedie da doccia/vasca e pedane antiscivolo, stare attenti quando si sale o scende sulle scale e possibilmente usare il corrimano, non bisogna camminare quando il pavimento è bagnato. Posizionare cavi e prolunghe in modo da



non ingombrare i passaggi ed eliminare oggetti che possono causare inciampi.

Abbigliamento, calzature, Raccomandato l'utilizzo di calzature e pantofole chiuse, della giusta misura, senza lacci e con suole antiscivolo; indossare indumenti comodi che non limitino nei movimenti. È preferibile che la persona rimanga seduta quando si veste e quando si toglie vestiti e calzature.

Interventi comportamentali

Attività fisica. È documentato che svolgere regolarmente attività fisica come camminare, nuotare o fare ginnastica, migliorando l'equilibrio, la forza e la coordinazione aiuta a prevenire le cadute. L'efficacia aumenta quando l'esercizio fisico è accompagnato da altri interventi atti alla riduzione del rischio, quali la valutazione multifattoriale.

Alimentazione. Una alimentazione adeguata, ricca di proteine, calcio, vitamine e acqua, può contribuire a ridurre il rischio di cadute e fratture, soprattutto negli anziani

Un uso eccessivo di alcol negli anziani aumenta il rischio di cadute e conseguenti fratture, oltre a peggiorare la salute generale. L'alcol compromette la coordinazione, i tempi di reazione e le capacità cognitive, aumentando la probabilità di cadere. Inoltre, l'alcol può interagire negativamente con i farmaci spesso assunti dagli anziani, causando ulteriori problemi. Importante ricordare il problema dell'abuso di alcolici nell'anziano. Si calcola che circa 2,7 milioni di anziani italiani consumano alcol in quantità eccessive e che tra gli over 65, il 29,2% eccede quotidianamente nel bere, di cui il 20,5% beve fuori pasto e il 4,1% si ubriaca regolarmente.

Ausili. Sarà il medico o il fisioterapista a valutare l'opportunità di utilizzare ausili adeguati a prevenire il rischio di caduta

Tra gli ausili i più utilizzati per la locomozione figura il deambulatore nel cui impiego sono coinvolti entrambi gli arti superiori e che svolge due principali funzioni: ridurre il peso del corpo sugli arti inferiori e stabilizzare la persona allargando la base di appoggio.

Gli ausili che invece impegnano un solo arto superiore sono il bastone, la stampella canadese, il tripode che hanno il vantaggio di essere meno ingombranti, più leggeri e possono essere utilizzati nella salita e discesa delle scale; se però non usati correttamente possono essere causa di caduta, soprattutto in presenza di decadimento cognitivo, vuoi per inciampo vuoi nel tentativo di recuperarti da terra.

Per i pazienti maggiormente compromessi, per gli spostamenti è utilizzata la sedia a rotelle

Farmaci. Essenziale un corretto uso dei farmaci per quanto riguarda le dosi e gli orari di assunzione, soprattutto se si tratta di farmaci psicotropi che aumentano il rischio di caduta (in particolare benzopiridine, ipnotici, antidepressivi).

In sintesi, la prevenzione delle cadute nell'anziano richiede un approccio multidisciplinare, coinvolgendo la persona, la famiglia, il medico e i professionisti sanitari.

La valutazione del rischio individuale, l'intervento mirato e la consapevolezza sono fondamentali per ridurre al minimo il rischio di cadute e preservare l'autonomia e la qualità di vita dell'anziano.

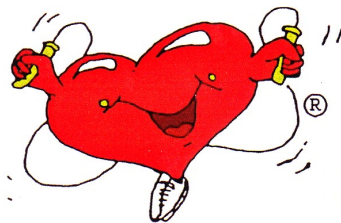
... Per concludere

a fianco di un "paracadute" per calarsi dal cielo e atterrare morbidamente al suolo.



Un "para cadute" per evitare di cadere e di farsi male, a volte anche in modo grave





ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI, RIABILITAZIONE POST-INFARTO E POST-INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

Associazione iscritta nel Registro Generale Regionale del Volontariato della Lombardia al foglio 278, n. 1105
Associazione iscritta nel Registro Anagrafico delle Associazioni del Comune di Milano, al foglio 11, n. 71

IL CARDIOLOGO RISPONDE

Cari lettori, nell'ambito del notiziario della nostra Organizzazione, abbiamo deciso di dedicare una rubrica alle vostre domande su temi cardiologici. Pertanto ci incaricheremo di rispondere, per quanto sarà possibile, o di "girare" i vostri quesiti ad altri cardiologi che lavorano nell'Ospedale San Paolo: aritmologi, emodinamisti, ecocardiografisti e altri colleghi ci aiuteranno a chiarire dubbi o a fornire spiegazioni alle vostre domande. Vi prego pertanto di inviarle ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

diegogiacinto.tarricone@fastwebnet.it oppure loredana.frattini@gmail.com oppure g.occhi@libero.it oppure di indirizzarle per posta a:

Gruppo Cuore Nuovo, rubrica "Il cardiologo risponde", Via A. Depretis, 13 - 20142 Milano.

Cordialmente, *Diego Tarricone*



Dott. Diego Tarricone Dott. Loredana Frattini Dott. Giuseppe Occhi Dott. Laura Massironi Prof. Stefano Carugo Prof. Marco Guazzi Dott. Irene Rusconi

Caro Socio,

ti segnalo la possibilità per aiutarci a far progredire la nostra Organizzazione, senza alcuna spesa da parte tua:

IL 5 PER MILLE. Da alcuni anni, infatti, si può scegliere di devolvere una quota pari al 5 per mille dell'Irpef a **GRUPPO CUORE NUOVO** (senza rinunciare all'8 per mille per le confessioni religiose).

Basta compiere due semplici operazioni al momento della compilazione del modello integrativo CUD, del modello Unico Redditi Persone Fisiche o del Modello 730; apporre la propria firma nel riquadro "sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale ..." e inserire nello spazio dedicato, il Codice Fiscale di Associazione

GRUPPO CUORE NUOVO che è il seguente: **92007430140.**

SEDE LEGALE E OPERATIVA VIA AGOSTINO DE PRETIS, A - 20142 MILANO - RECAPITO POSTALE C/O BONDIOLO-GALBIATI - VIA LEONE TOLSTOI, 45 - 20146 MILANO
internet: www.gruppocuorenuovo.it - e-mail: gruppocuorenuovo@pec.it - guido_galbiati@fastwebnet.it

I versamenti delle quote associative e delle erogazioni liberali (detraibili o deducibili, queste, dal reddito - D. Lgs. 460/97) possono effettuarsi sui conti correnti aperti presso

1) **Banca Unicredit Agenzia 08201 - Piazza Napoli, 15 - Milano**
Conto Corrente N° 102958998

Codice IBAN: IT7210200801673000102958998
oppure

2) **Posta:** Conto Corrente N° 10650232

Codice IBAN: IT57H0760111000000010650232

entrambi intestati a: GRUPPO CUORE NUOVO, Via A. Depretis, 13 - 20142 - Milano

Codice Fiscale: 92007430140

PER INFORMAZIONI:

Guido Pisati (CONSIGLIERE)

tel. 335.6044337 - e-mail: pisati@sovim.it

Luisa Cattaneo Pisati (PRESIDENTE)

tel. 348.8018488 - e-mail: cattaneo@sovim.it

Pinuccia Bondioli (SEGRETARIA)

tel. 349.5660350 - e-mail: guido_galbiati@fastwebnet.it

LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE È DI 30 EURO (SOCIO ORDINARIO)

L'Organizzazione "Gruppo Cuore Nuovo" si avvale della collaborazione di personale volontario.
Nessuna retribuzione viene devoluta per le attività svolte.

