

# Progetto Salute in carcere

D.R. 1096/2011

Azienda USL 2 - LUCCA

## Le malattie respiratorie in carcere.

Il carcere nella sua infelice architettura per la ristrettezza degli ambienti e per il soprannumero preoccupante dei detenuti dà subito l'idea della mancanza d'aria.

La Casa Circondariale di Lucca al momento attuale rispecchia integralmente questa situazione.

In Italia le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte e di queste le BPCO rappresentano il 55%.

Sensazione di fiato corto, difficoltà crescente a compiere sforzi anche minimi sono i campanelli d'allarme per la broncopneumopatia cronica ostruttiva che in Italia colpisce almeno 2,6 milioni di persone. Il sovraffollamento cronico, l'esiguità degli spazi a disposizione, la scarsità di movimenti, il microclima caratterizzano la cella e la rendono praticamente invivibile.

Le malattie respiratorie hanno una incidenza notevole nelle strutture carcerarie. Su 100 spirometrie eseguite al Centro Clinico Don Bosco di Pisa ben 92 fanno rilevare alterazioni della ventilazione per sindromi ostruttive e restrittive.

- **Bronchite acuta, bronchite cronica.**
- **Enfisema polmonare.**
- **BPCO.**
- **Asma bronchiale.**
- **Broncopolmonite.**
- **TBC polmonare.**
- **Neoplasie polmonari.**

Questi sono i quadri patologici che si riscontrano con maggior frequenza in carcere.

Indubbiamente nell'eziopatogenesi delle bronchiti acute esiste un



fattore microbico(sarà esso batterico ,più frequentemente oggi virale o da miceti) e poi vi è un fattore di irritazione soprattutto a livello della mucosa bronchiale collegabile all'abuso del fumo.

Alcuni detenuti arrivano a fumare anche 60/80 sigarette al giorno. Molti soggetti, già fumatori, entrando in carcere aumentano vertiginosamente il numero delle sigarette. Parecchi non fumatori entrando in carcere, iniziano a fumare.

Al momento attuale il 75% dei detenuti della Casa Circondariale di Lucca fuma.

Fra le malattie respiratorie rilevate in carcere la principale risulta essere la bronchite cronica seguita dal disturbo asmatico.

I numerosi fattori di rischio ai quali si sottopone la popolazione detenuta (**fumo di tabacco, ambienti insalubri**) lasciano presupporre un incremento in questa popolazione di malattie a carico dell'apparato respiratorio :disturbi che pur non presentandosi nel corso del periodo detentivo a causa della giovane età dei detenuti, necessitano di interventi di prevenzione al fine di evitare l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzate.

L'identificazione del fumo di sigaretta come principale responsabile della BPCO ha portato all'inserimento di programmi per la cessazione del fumo come elemento chiave nella prevenzione e intervento importante nei soggetti già affetti.

Comunque sebbene il fumo sia il fattore di rischio meglio studiato non è l'unico e vi sono evidenze da studi epidemiologici che anche soggetti non fumatori possono sviluppare la malattia.

Dalla bronchite cronica si passa per tappe quasi obbligate ad affezioni più gravi dell'apparato respiratorio verso quelle forme che gli Anglosassoni definiscono come broncopneumopatie ostruttive, comprendendo con questo termine sia la bronchite cronica, sia l'asma bronchiale, sia l'enfisema polmonare fino all'insufficienza respiratoria. L'insufficienza respiratoria cronica per l'impegno che determina a livello cardiocircolatorio ,porta ad una condizione di ipertensione polmonare ,quindi all'ipertrofia del ventricolo dx e in ultima analisi allo scompenso congestizio ,cioè ad un'insufficienza cardiorespiratoria completa ,che purtroppo molte volte conclude la vita di questi malati. La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia caratterizzata dalla progressiva ostruzione al flusso aereo, non completamente reversibile.

La BPCO può devastare la vita delle persone e le ricorrenti riacutizzazioni dei sintomi che si sviluppano in questi pazienti possono essere estremamente traumatizzanti, anche se si delinea una svolta importante nel trattamento della malattia.



Trattamento della BPCO.

**Un piano di trattamento efficace contempla:**

- Inquadramento e monitoraggio della malattia
- Riduzione dei fattori di rischio
- Trattamento della BPCO stabile
- Gestione delle riacutizzazioni

Mentre la prevenzione è l'obiettivo principale , una volta che la BPCO sia stata diagnosticata, un trattamento efficace dovrebbe essere finalizzato ai seguenti obiettivi:

1. Miglioramento della sintomatologia
2. Prevenzione della progressione della malattia
3. Miglioramento della tolleranza all'esercizio
4. Miglioramento dello stato di salute
5. Prevenzione e trattamento delle complicanze
6. Prevenzione e trattamento delle riacutizzazioni

La diagnosi clinica di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i pazienti che presentino dispnea, tosse cronica o espettorazione e/o una storia di esposizione ai fattori di rischio per la malattia.

La diagnosi dovrebbe essere confermata dalla spirometria che rappresenta il gold standard per la diagnosi e la valutazione della BPCO ed è il mezzo più standardizzato ,riproducibile ed obiettivo per misurare la limitazione al flusso aereo.

Al Congresso della Società Europea di Malattie Respiratorie che si è svolta a Vienna pochi mesi fa sono stati presentati con grande rilievo i risultati di 4 studi multicentrici che hanno coinvolto complessivamen-



te più di 4 mila pazienti.

Tali studi pubblicati su The Lancet in un'edizione speciale dedicata alla BPCO ,dimostrano l'efficacia e la sicurezza di un nuovo farmaco anti-infiammatorio orale da assumere una volta al giorno, **roflumilast**, che inibisce l'enzima fosfodiesterasi-4, migliora la funzionalità respiratoria e riduce le riacutizzazioni, apportando nuove prospettive di qualità della vita a numerosi pazienti affetti da questa patologia insidiosa. Inibendo un enzima che ha un ruolo centrale nel processo infiammatorio della BPCO , si è cercato con questa nuova molecola di colpire il meccanismo patogenetico dell'ostruzione cronica delle vie aeree.

**Roflumilast** ,oltre a confermare i miglioramenti importanti, prolungati e statisticamente significativi della funzionalità polmonare ha anche rilevato una tendenza alla riduzione delle complicanze ,se associato ai broncodilatatori a lunga durata d'azione pervia inalatoria. In primo luogo è fondamentale un'accurata anamnesi(eventuale abitudine al fumo, presenza di sintomi quali tosse notturna insistente e di lunga durata, affaticabilità muscolare e respiratoria) seguita dalla esecuzione di un altro approfondito esame obiettivo.

Indagini strumentali per la diagnosi e valutazione del paziente affetto da BPCO:

- Rx del Torace
- Prove spirometriche
- Emogasanalisi
- Saturazione dell'ossigeno
- Elettrocardiogramma
- Esame culturale dell'espettorato ed antibiotiogramma

Si avverte la necessità di sviluppare in carcere forme di promozione della salute e di corretta informazione sulle problematiche connesse al fumo di tabacco, di rendere meglio consapevoli i fumatori dei rischi che corrono continuando a fumare e dei possibili benefici derivanti dalla cessazione; di incoraggiare l'impegno alla necessaria autodeterminazione per conseguire una definitiva sospensione dell'abitudine tabagica.

Non è facile smettere di fumare in carcere.

Molti ritengono che fumare una sigaretta in carcere sia uno dei pochi gesti di libertà che ancora il detenuto può permettersi.

Piuttosto bisogna vigilare attentamente perché i soggetti non fumatori non vengano allocati in celle con i fumatori.

Sarebbe francamente troppo.




Lo stesso protocollo firmato nel Gennaio 2010 dalla Regione TOSCANA e dal Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria predetermina a proposito regole ferree che bisogna rispettare integralmente.

I correnti approcci per favorire la cessazione dell'abitudine tabagica si basano sul concetto che il fumo di sigaretta non è una semplice abitudine, ma piuttosto una dipendenza complessa fisica e psicologica. Il più importante principio attivo che induce la dipendenza fisica è la nicotina.

Lo strumento principale di questa battaglia è l'informazione avvalorata da conoscenze scientifiche.

Bisogna ricorrere a tutti gli strumenti a nostra disposizione per aumentare nelle strutture penitenziarie la cultura della prevenzione .

Francesco Ceraudo



**Tabella 2.19**

**Distribuzione percentuale della diffusione delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani**

Malattie dell'apparato respiratorio	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Asma	48	26,8	0	0,0	48	25,8	1,6
Bronchite cronica	54	30,2	5	71,4	59	31,7	2,0
Deviazione del setto nasale	15	8,4	0	0,0	15	8,1	0,5
Enfisema	3	1,7	0	0,0	3	1,6	0,1
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	18	10,1	0	0,0	18	9,7	0,6
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	19	10,6	0	0,0	19	10,2	0,6



# QUESTIONARIO PER LA DIAGNOSI PRECOCE DI BPCO

	SI	NO
LEI HA PIÙ DI 40 ANNI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEI È UN FUMATORE O UN EX-FUMATORE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEI TOSSISCE FREQUENTEMENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE CAPITA DI AVERE SPESSO CATARRO ESPULSO CON LA TOSSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCUSA MANCANZA DI FIATO ANCHE DOPO SEMPLICI ATTIVITÀ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEL CORSO DI ATTIVITÀ FISICA LEI HA PIÙ MANCANZA DI RESPIRO RISPETTO AI SUOI COETANEI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVVERTE RUMORI RESPIRATORI SE RESPIRA SOTTO SFORZO O DURANTE LA RESPIRAZIONE NOTTURNA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE FREQUENTEMENTE DI RAFFREDDORI CHE DURANO PIÙ DI QUELLI DI ALTRE PERSONE CHE CONOSCE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 1.7

Confronto tra distribuzione dell'abitudine al fumo per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

Abitudine al fumo	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*		
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale
	N	%	N	%	N	%	%	%	%
Fumatore	1.871	70,1	92	70,8	1.963	70,2	28,3	18,7	23,2
Mai fumatore	775	29,1	37	28,4	812	29,0	36,2	18,8	27,1
Ex fumatore	21	0,8	1	0,8	22	0,8	35,5	62,5	49,7
<b>Totale</b>	<b>2.667</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>2.797</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Consumo medio giornaliero di sigarette	21,7		21,8		21,7		15,1	11,2	13,6