

Angelo Montagnani non è più tra di noi.

Con profonda tristezza vi porto a conoscenza che ANGELO MONTAGNANI è deceduto all'Ospedale di VOLTERRA dopo lunga malattia, sofferta con grande coraggio.

E' andato via in silenzio.

Per alcuni giorni nessuno ha saputo nulla.

Non sono stati celebrati neanche i funerali per sua precisa disposizione.

Angelo ci mancherà molto.

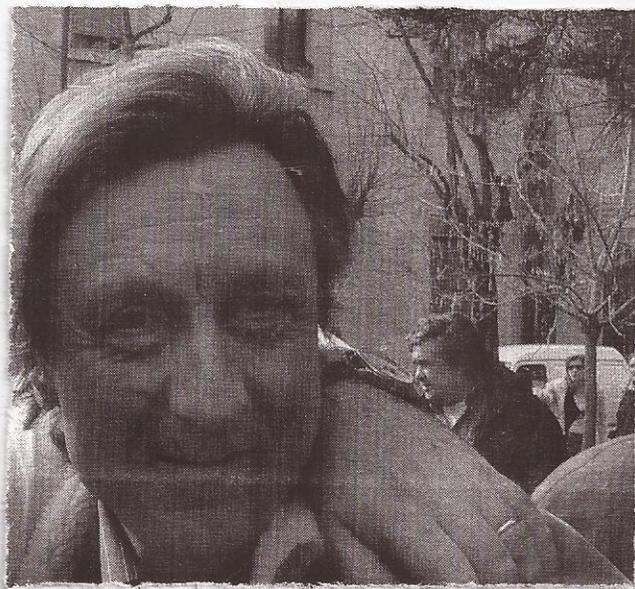
Ci mancherà il piacere della sua gioviale compagnia, della sua affettuosa amicizia. Ci mancheranno i suoi entusiastici racconti sui viaggi in Africa e America latina.

E' stato Consigliere Nazionale dell'AMAPI, assicurando sempre la sua presenza nelle manifestazioni congressuali e apportando un valido contributo di competenza ,a tutela della dignità professionale del Medico Penitenziario.

Di carattere forte , sentiva in modo particolare l'importanza e la grande dignità di essere il Medico degli ultimi e al suo lavoro ha dedicato tutto se stesso.

Rimane significativa la ricerca scientifica praticata per i detenuti

fumatori in carcere (che vi invito a leggere perché è il modo più bello per ricordare Angelo).



In occasione del Congresso Nazionale AMAPI di GUBBIO gli è stato conferito il PREMIO NAZIONALE ROBERTO GANDOLFI per i meriti acquisiti nell'espletamento del proprio lavoro presso la Casa Reclusione di Volterra.

Il tempo preserverà in tutti noi che lo abbiamo conosciuto e frequentato il ricordo struggente di un Amico caro e indimenticabile.

Pisa 11 Novembre 2013

Francesco Ceraudo

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke extending downwards.



Fumo in carcere: patologia o necessità

Dr. Angelo Montagnani*

Il fumo di sigaretta esplica azioni dannose tra cui, una diretta causata dalle costituenti proprie e una indiretta di tipo iperreattivo sull'epitelio delle alte e basse vie respiratorie, la quale determina il blocco delle ciglia vibratili dei bronchi con conseguente difficoltà all'allontanamento di particelle, microorganismi e altri agenti dannosi. Le azioni negative però non si ripercuotono solo sul distretto polmonare dove determinano bronchiti, neoplasie polmonari, del cavo orale e della faringe, ma anche su altri apparati come quello cardiovascolare. È infatti, il fumo, uno dei maggiori fattori di rischio dell'infarto del miocardio, della morte improvvisa, delle arteriopatie obliteranti degli arti inferiori, delle dislipidemie (aumento delle LDL).

Il fumo che si respira non è altro che un aerosol di particelle in sospensione, acqua, gas e sostanze volatili; esiste una fase gassosa ed una corpuscolata e, sia nell'una che nell'altra, sono presenti le goccioline di catrame. I prodotti chimici più importanti isolati sono i seguenti:

- 1) *Idrocarburi aromatici policiclici.*
- 2) *Nitrosamine.*
- 3) *Isotopi radiattivi.*
- 4) *Nicotina.*

Dopo aver fumato si osserva per 5-10 minuti un aumento della frequenza cardiaca, della pressione sistolica (di circa 5-10 mmHg) e della gittata cardiaca (3-8). Non solo fumare è danno-

so, ma anche respirare il fumo della sigaretta, nei non fumatori, lo è, anzi pare che sia ancora più pericoloso.

Il fumo ambientale è costituito da due tipi di fumo, quello che viene inalato dal fumatore detto «mainstream smoke» e quello che si libera nell'aria ambiente provenendo dal fumo di combustione della sigaretta accesa tra una «tirata» e l'altra e detto «sidestream smoke». Studi effettuati in USA indicano in questo secondo tipo di fumo una pericolosità molto maggiore rispetto al primo, in quanto la temperatura di combustione tra una tirata ed un'altra sarebbe più bassa favorendo l'emissione di una maggiore quantità di prodotti tossici e cancerogeni. Questi sono del tutto simili a quelli che si riscontrano nel fumo inalato, ma hanno la proprietà di diffondersi di più nell'ambiente essendo formato da particelle più piccole con un marcato effetto aerosol.

Pertanto il fumatore vive un doppio rischio: il fumo che inala e quello che respira dall'esalazione delle sigarette. È intuitivo che i maggiori rischi sono corsi da coloro che si trovano confinati in piccoli spazi in relazione alle sigarette fumate, al numero delle persone presenti, alla possibilità di avere un ricambio di aria. Tra l'altro sembra che anche la separazione degli ambienti non sia né un rimedio efficiente né sufficiente in quanto questo aerosol passa velocemente da un locale ad un altro per cui solo un impianto di depurazione efficace potrebbe allontanare, in parte, il pericolo dell'inalazione.

* Medico di Guardia della Casa di Reclusione di Volterra

Sappiamo quale sia il problema del sovraffollamento nelle carceri; attualmente vi sono circa 35.000 detenuti a fronte di 27.000 posti-detenuto. Spesso in una cella angusta, poco illuminata, mal areata, si ritrovano in cinque, sei e quì al fumo, all'uso di fornelli a gas, al liberarsi di esalazioni corporee o provenienti da cibi non più freschi o da muffe ambientali, si determina un microclima caratterizzato da elevata umidità.

Secondo alcuni studi il fumo di sigaretta per uso personale in microclima confinato può determinare concentrazioni massime di carbossiemoglobina (HbCO) intorno al 15%. Concentrazioni di HbCO del 6% determinano aumento della gittata cardiaca e della ventilazione, una diminuzione della pO₂ nel sangue venoso e una caduta della pO₂ arteriosa. Recentemente su soggetti non fumatori sono stati riscontrati valori di HbCO pari al 2,65% cioè ai limiti superiori della norma secondo l'O.M.S. che accetta per aree urbane una concentrazione massima pari al 2,5%.

Probabilmente la frequente presenza di cefalea nei detenuti, specie nei fumatori, può essere spiegata anche attraverso il meccanismo che determina il legame della CO con l'Hb.

Una volta trasformatasi in HbCO l'Hb è del tutto incapace di trasportare l'O₂. Purtroppo sono sufficienti piccolissime concentrazioni di CO nell'aria ambiente per provocare la formazione preferenziale di HbCO. L'aspetto fisiopatologico più rilevante dell'intossicazione da monossido di carbonio è la ipossia tissutale, pertanto è chiaro che i danni più rilevanti si verificano a carico di quei visceri che

hanno un più elevato consumo di ossigeno come il cervello ed il cuore. Nell'encefalo l'ipossia determina intensa vasodilatazione, congestione, edema, aumento della permeabilità capillare, ipertensione endocranica. Le intossicazioni lievi da CO si verificano quando si raggiungono % di HbCO comprese tra il 15 e il 25%. Si ha allora cefalea frontale, spesso pulsante, stordimento, irritabilità, senso di instabilità, nausea. Questa potrebbe essere anche la causa di molte cefalee dei detenuti.

Ci si è allora chiesto cosa succeda in un carcere dove il fumare la sigaretta è quasi di rigore. È difficile entrare in una cella e non trovare decine di sigarette spente in una piccola ciotola di acqua e pacchetti pronti per essere fumati. Partendo da questa constatazione ci si è chiesti quanto potesse essere dannoso il fumo di sigaretta, se vi erano particolari condizioni per le quali in carcere si fumasse di più, se vi poteva essere un legame tra gli anni di detenzione ed il numero delle sigarette fumate ovvero se all'aumentare degli anni di detenzione aumentavano anche le sigarette fumate, se vi era rapporto con l'età del soggetto, con il lavoro eventualmente svolto in carcere, con la patologia eventualmente riscontrata, se coloro che erano in isolamento fumavano di più rispetto agli altri in vita comunitaria. Infine il detenuto fuma più che da libero? Perché? Si può considerare il fumo come una sorta di autolesionismo?

Partendo da questi presupposti abbiamo intervistato, nella Casa di Reclusione di Volterra (Pisa), un totale di 121 detenuti di età compresa tra i 21 e i 61 anni, di questi 11 si sono dichiara-

ti non fumatori, 6 hanno iniziato a fumare in carcere, mentre 11 hanno smesso di fumare da quando sono detenuti.

Per coloro che fumano, 93 soggetti, l'età di inizio varia da un minimo di 8 anni ad un massimo di 45, con media intorno a 13,68 anni e moda di 15 anni. Gli anni di detenzione variavano da pochi mesi a un massimo di 20 anni (media 5,8 anni, moda 3 anni). Per quanto concerne le sigarette fumate si è distinto tra quante ne venivano fumate prima della carcerazione e dopo da detenuto. Prima della carcerazione il numero totale delle sigarette fumate dai soggetti intervistati ammontava a 2.750 circa al dì con media di 22,7 sigarette a persona, dopo la carcerazione il numero giornaliero, saliva a 2.810 con media di 23,2 sigarette a persona al dì.

Gli isolati sono risultati 28 di cui 3 non fumatori né da liberi, né da reclusi, 4 hanno smesso, 2 hanno iniziato in isolamento; pertanto i fumatori sono risultati 21 con un totale di 640 sigarette fumate, media 22,85 sigarette al dì a persona, mentre gli stessi soggetti dichiaravano che quando non erano

isolati le sigarette fumate ammontavano a 620 con media di 22,14. Si nota un incremento minimo di sigarette fumate sia rispetto alla libertà, sia verso coloro che non sono isolati.

Interessante è stato vedere anche che tipo di sigarette vengono fumate si nota come le MS siano le più usate, mentre vi è un netto crollo delle Marlboro e una sensibile ripresa delle Nazionali. Ciò è dovuto in parte al costo inferiore delle MS rispetto alle altre marche e per quanto riguarda le Nazionali al fatto che, oltre a costare meno, sono più forti e infatti sono fumate di preferenza da persone che in libertà facevano uso di sigarette con tabacchi piuttosto forti come le Goluse, i sigari Toscani, la pipa. In linea generale vediamo che non vi è differenza tra coloro che si trovano in isolamento e coloro che conducono vita comunitaria. Vi sono poi casi particolari di coloro che in effetti fumano di più, molto di più, per via dello stress a cui sono sottoposti in isolamento. Infatti in 9 soggetti si nota come vi sia la tendenza di aumentare di molto il fumo nel passare dallo stato di vita in detenzione.

