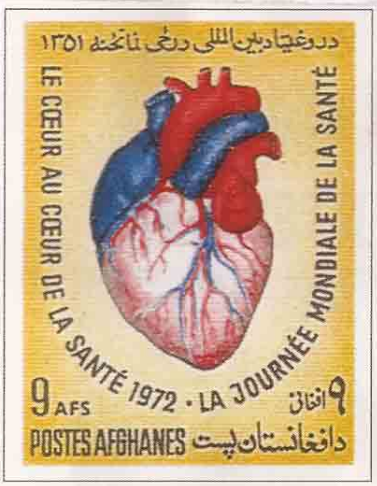
PROGETTO SALUTE IN CARCERE

D.R. 1096/2011

AZIENDA USL 2-LUCCA

IL CUORE IN PENA.

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI IN CARCERE.



Il cuore al cuore della sanità, 1972.

Le aumentate esigenze della popolazione detenuta in termini di salute, l'incremento delle patologie (HIV, HCV, HBV, TBC, cardiopatia ischemica, BPCO e disturbi psichiatrici) hanno sviluppato una situazione complessa da valutare con particolare attenzione attraverso specifiche occasioni di formazione del personale sanitario.

Studi clinici ed epidemiologici concordano che la prima causa di morte nella popolazione generale e nella popolazione detenuta è caratterizzata dalla patologia cardiovascolare.

L'infarto del miocardio rimane la principale causa di morte tra la popolazione detenuta.

Secondo stime elaborate dall'Agenzia Regionale Sanità (**ARS)**

l'11,4 % della popolazione detenuta in Toscana presenta patologie riferite alle malattie dell'apparato circolatorio, tra cui assumono particolare importanza la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa.

Nella Casa Circondariale di LUCCA 4 sono i detenuti che sono affetti da esiti di pregresso infarto del miocardio .

Nel 2010 sono stati rilevati negli istituti penitenziari toscani

35 casi di infarto del miocardio e in **6** casi sono stati seguiti da morte.

Da qui nasce l'esigenza di sviluppare modelli tesi a garantire

l'implementazione della Medicina basata sulle evidenze e la verifica di standard qualitativi.

La Medicina Penitenziaria ha nell'ambito cardiovascolare un ruolo professionale di primo piano sia per la prevenzione primaria che secondaria e può far riferimento ad un corpo di evidenze scientifiche e di linee guida significative.

Il Medico Penitenziario diventa il gestore operativo della patologia cardiovascolare e ciò implica un particolare impegno sia sotto il profilo quantitativo, per l'elevata percentuale dei pazienti già affetti o comunque esposti al rischio di insorgenza di forme cardiovascolari sia, sotto il profilo qualitativo inteso come domanda di prestazione elevata e comunque adeguata alla severità delle forme

cardiovascolari, siano esse forme acute o croniche.

Questo richiede oltre che un continuo e specifico processo di aggiornamento, anche l'adozione di una linea di comportamento in grado di assicurare non solo un'adeguata assistenza ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari, ma contestualmente, un livello realmente efficace di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'attuale situazione penitenziaria il soggetto che merita una maggiore stratificazione del rischio cardiovascolare è quello che presenta un'età maggiore di 50 anni.

Nella Casa Circondariale di LUCCA costituiscono il **15%,**

pari a **30** detenuti.

Partendo dalla premessa che il carcere provoca sospensione della vita in termini di affettività, di sessualità, risulta evidente come sia necessaria una valutazione immediata allo scopo di intervenire sul disagio psichico esistente con capacità tecniche, ma anche con dosi rilevanti di relazione umana.

Vengono definiti fattori di rischio cardiovascolare le caratteristiche dei soggetti che in studi di popolazione sono risultati correlati all'insorgenza di cardiopatia ischemica.

I fattori di rischio si distinguono in **non modificabili**, che devono essere conosciuti per la stratificazione del rischio e **modificabili**, legati sia allo stile di vita, sia a caratteristiche biochimiche metaboliche: su questi ultimi il medico deve intervenire per ridurre la probabilità di andare incontro ad una malattia cardiovascolare.

Fattori di rischio non modificabili

Età

La malattia è rara prima dei 35 anni, poi il rischio aumenta progressivamente.

Sesso

Negli uomini il rischio di malattia coronarica aumenta progressivamente con l'età, mentre nelle donne è raro prima della menopausa: successivamente il rischio aumenta fino ad essere sovrapponibile a quello dell'uomo dopo i 70 anni.

Storia familiare

Verificare una storia familiare di malattie cardiovascolari

maggiori (angina, infarto del miocardio, ictus).

Storia personale

Verificare una storia personale di cardiopatia coronarica o di altre malattie aterosclerotiche.

Fattori di rischio modificabili legati a stili di vita.

- **Fumo (attivo e passivo)** Esiste una relazione lineare tra le affezioni cardiache e l'abitudine al fumo.
- **Sedentarietà** Esistono dati derivanti da studi osservazionali che dimostrano come soggetti sedentari presentino un rischio relativo di cardiopatia coronarica incrementato del 30/50% rispetto a soggetti che pratichino attività fisica, anche moderata e che questo si riduce proporzionalmente con l'aumento dell'attività fisica.
- **Alimentazione ricca di grassi saturi**
- **Abuso di caffeina**

La correlazione con il rischio cardiovascolare è giustificata dal dato che associa a questo stile alimentare un incremento della colesterolemia e del peso corporeo con aumentato rischio di obesità.

Fattori di rischio modificabili legati a caratteristiche biochimico-metaboliche

- Elevati livelli di colesterolemia totale e LDL-colesterolemia.
- Bassi livelli di HDL- colesterolemia
- Elevati livelli di trigliceridemia
- Iperglicemia
- Ipertensione arteriosa
- Obesità
- Sindrome metabolica

A questi fattori di rischio da tempo conosciuti, bisogna aggiungere un altro elenco rappresentato da fattori di rischio aggiuntivi.

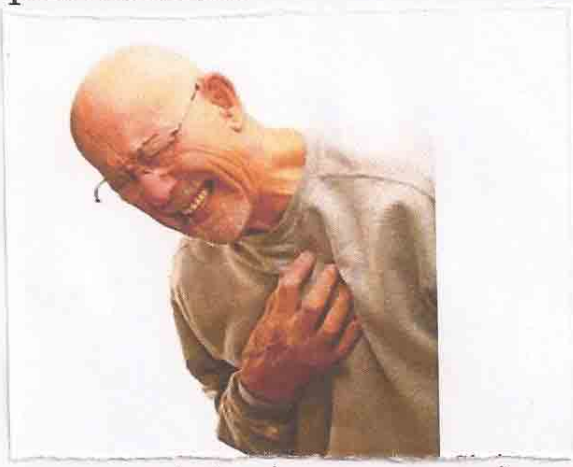
Essi vengono definiti indicatori di rischio

Sono:

- fibrinogeno
- omocisteina
- lipoproteina(a)
- microalbuminuria
- proteina c reattiva

Nel contesto carcerario acquisiscono particolare importanza nella genesi della malattia cardiovascolare:

- Fumo (talvolta anche 40-60 sigarette al giorno).
- Scarsissimo movimento
- Vitto ricco di insaccati, scatolame e merendine
- Condizioni di stress permanente



Il dolore toracico rappresentato in carcere è una *brutta gatta da pelare*. Il più delle volte viene sottovalutato ed è di difficile interpretazione anche perché il detenuto è portato talora alla simulazione. Pertanto la prima cosa da fare è comprendere se il dolore toracico è reale o ad arte.

Esiste una complessa e ben nota diagnostica differenziale sul dolore toracico; costituiscono punti fondamentali per la diagnosi di dolore stenocardico:

A) Localizzazione
B) Caratteristiche ed estensione del dolore
C) Sintomi associati

Un dolore oppressivo, spesso descritto come una morsa o un macigno sul precordio eventualmente irradiato al collo, alla mandibola, agli arti superiori, sul dorso (in regione interscapolare).

Ma può essere localizzato spesso a livello epigastrico, accompagnato talora da nausea e vomito.
Il dolore è comunemente sordo, a partenza interna, non interessa le strutture ossee superficiali, non si modifica con i movimenti del torace né con il respiro.
Può essere accompagnato da sudorazione profusa algida e difficoltà respiratoria.
Nelle forme più comuni i dolori compaiono in relazione ad un maggior lavoro cardiaco: uno sforzo fisico, un intenso stress emotivo.
Non è tuttavia raro che questi disturbi compaiono a riposo e in condizioni di apparente benessere.
Se il dolore al torace dura più di 10 minuti con le caratteristiche tipiche di quello cardiaco e si associa a malessere generale è consigliabile ospedalizzare il paziente.
Meglio un falso allarme che non intervenire in caso di infarto del miocardio.
La sopravvivenza e la qualità della vita post-infartuale dipende dal tempo trascorso dall'inizio del dolore alla apertura del vaso coronarico.

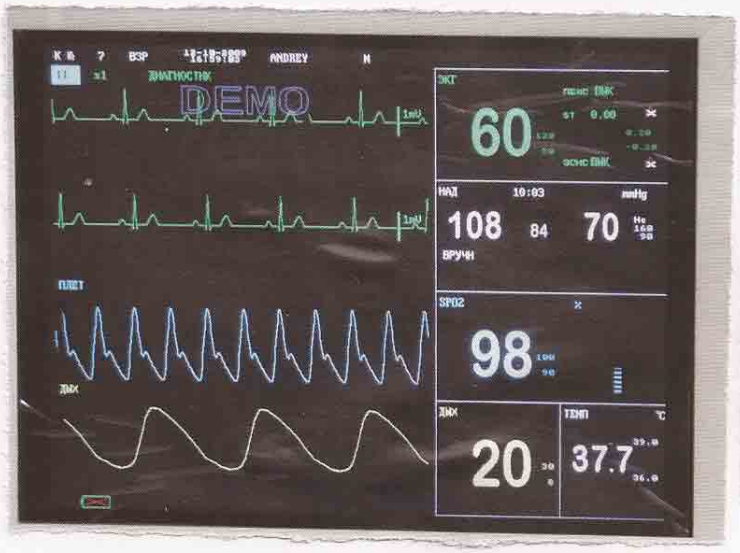
Forme topografiche dell'infarto:

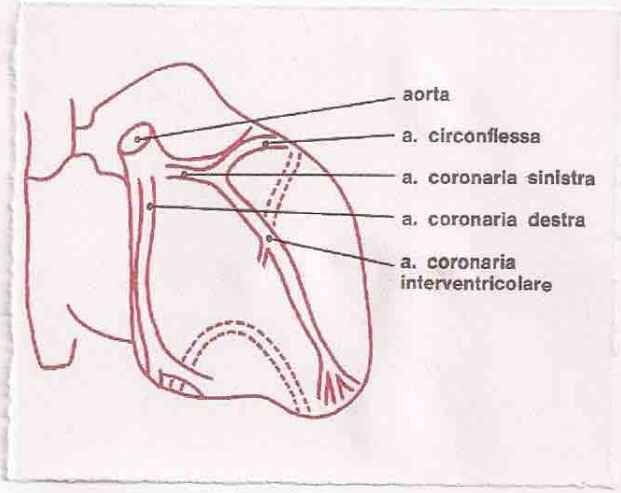
A seconda delle derivazioni elettriche nelle quali si rivelano le anomalie del complesso ventricolare ,si può dedurre la topografia anatomica dell'infarto.
E' così che, schematicamente si possono distinguere 3 principali tipi di infarto:

A-infarto anterosettale

B-infarto anterolaterale

C-infarto postero-diaframmatico o posteriore





Da quanto sopra si desume la necessità che ogni Presidio

Sanitario Penitenziario disponga di un servizio cardiologico adeguato.

Attraverso una minuziosa raccolta delle caratteristiche dei sintomi accusati dal paziente e dei fattori di rischio dello stesso, il Medico Penitenziario può acquisire informazioni significative per sospettare una cardiopatia ischemica e proseguire con gli accertamenti diagnostici del caso.

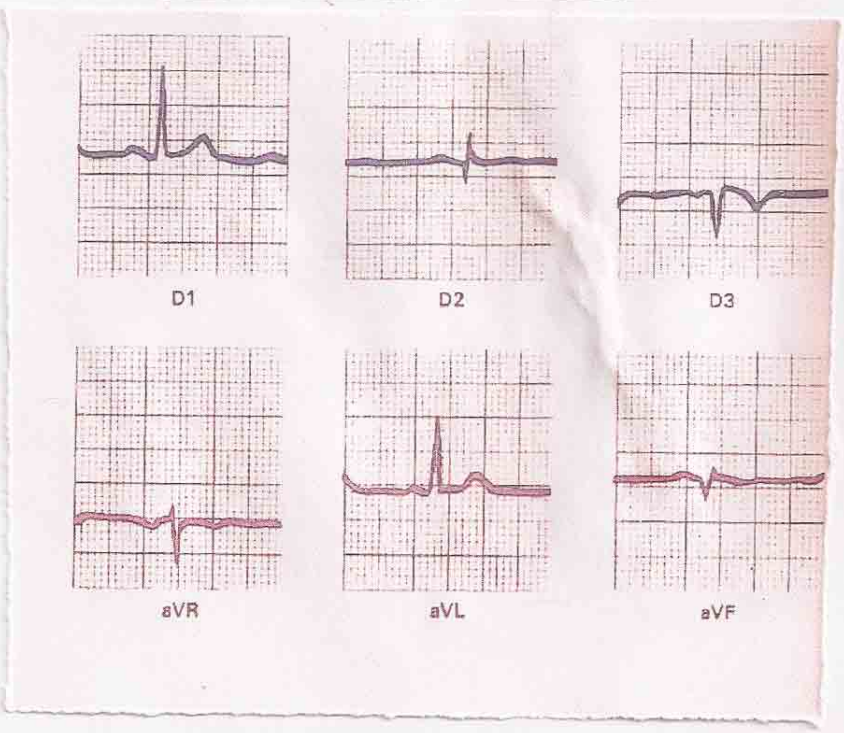
Un Elettrocardiografo, anche senza diagnosi prestampata, coadiuvato da un set per il rilievo e la valutazione degli enzimi di necrosi (**troponina e CK-MB**) deve necessariamente

essere a disposizione con la possibilità di essere trasmesso alla visione dello Specialista Cardiologo.

Il Presidio Sanitario Penitenziario di Gorgona deve valutare l'opportunità di allestire la Telemedicina.

Francesco Ceraudo

Documento validato dal Dr. Cesare Volterrani-Divisione di Cardiologia Ospedale Civile di LUCCA.

Specialista Cardiologo presso Presidio Sanitario Penitenziario di LUCCA.

infarto del miocardio posteriore