

# PROGETTO SALUTE IN CARCERE

D.R. 1096/2011

## L'artrosi, una malattia che predilige i detenuti

L'artrosi è una artropatia degenerativa la cui incidenza è molto rilevante nella popolazione detenuta.

Segni radiologici di artrosi sono stati riscontrati nell'85% dei detenuti tra i 40 e i 50 anni e si può delineare una netta proporzionalità con gli anni trascorsi nello stato di detenzione.

Le localizzazioni più frequenti sono: rachide lombare e cervicale, ginocchia.

Indipendentemente dalla localizzazione, la malattia artrosica si presenta con manifestazioni relativamente costanti. Da un punto di vista clinico i sintomi dell'artrosi sono essenzialmente rappresentati da dolore e rigidità articolare.

Obiettivamente l'artrosi si manifesta con limitazione dei movimenti articolari e deformazioni articolari.

Il dolore costituisce in genere il segno più precoce e più importante di interessamento artrosico di una articolazione.

Nelle fasi iniziali della malattia artrosica è generalmente di lieve entità ed incostante. Si comporta come dolore di tipo meccanico, cioè chiaramente in rapporto con l'utilizzo dell'articolazione interessata.

Nelle forme più rilevanti può essere subcontinuo o continuo, persistendo anche nelle ore del riposo e nella notte.

Poiché la cartilagine è sprovvista di terminazioni nervose, il dolore articolare nell'artrosi origina in prevalenza dalla membrana capsulo-sinoviale e dall'osso subcondrale. Dopo il riposo notturno o dopo immobilizzazione per un determinato periodo di tempo, l'articolazione interessata dimostra una certa incapacità a riprendere la sua consueta mobilità.

Questa rigidità si risolve in genere dopo poco tempo di esercizio, quando l'articolazione si sia «scaldata».

Nell'articolazione interessata dal processo artrosico si osserva una tendenza alla riduzione di escursione dei movimenti che le sono propri.

Tale limitazione è soprattutto in relazione ad un meccanismo antalgico a fenomeni di contrattura muscolare.

Negli stati iniziali il quadro Rx può essere del tutto muto. Nella

maggior parte dei casi di artrosi clinicamente sintomatica è presente almeno uno dei due segni Rx precoci di interessamento articolare.

1) riduzione della rima articolare dovuta all'assottigliamento della cartilagine degenerata

2) sclerosi dell'osso subcondrale consistente nell'aumento di radioopacità dell'osso per la mancata azione ammortizzatrice della cartilagine.

Nell'eziopatogenesi acquisiscono un ruolo preponderante il continuo uso attuato in condizioni non idonee, il sovrapporsi di alterazioni metaboliche ed endocrine, mentre i fattori climatici (soprattutto in carcere il freddo, l'umidità) favoriscono l'espressione clinica dei sintomi dell'artrosi.

Nelle strutture carcerarie rilevante è l'incidenza delle forme secondarie dell'artrosi, dove è evidente il rapporto di dipendenza con condizioni o stati morbosi che hanno favorito l'insorgenza del processo degenerativo in particolari sedi.

Forme secondarie soprattutto a traumi acuti (fratture da lesioni da fuoco, da incidenti o infortuni vari) e a lunghi periodi di detenzione trascorsi nelle isole.

La vita carceraria è terribilmente sedentaria, con riduzione rilevante dell'attività motoria e deambulatoria.

Molti detenuti preferiscono stare a letto e fanno poco movimento anche nelle cosiddette «ore di aria». Invece per tentare di prevenire la malattia artrosica sono importanti gli esercizi ginnici e rendere operativa una discreta attività muscolare attraverso la pratica di una metodica ginnastica quotidiana e di attività sportive.

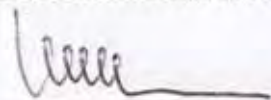
Si consiglia dormire su un letto rigido con una tavola di legno («asse rigido») tra la rete ed il materasso. Vanno evitate altresì le prolungate posizioni erette o sedute o viziate soprattutto durante le ore lavorative.

Molto utili risultano i cicli di elioterapia che sono alla facile portata dei detenuti in concomitanza delle ore di aria nei cortili del carcere.

Per ovviare, anche se in parte, alle influenze negative degli ambienti, (la maggior parte ricavati in vecchi castelli o conventi o caserme riadattate e quindi privi di spazi vitali) ogni struttura carceraria dovrebbe essere fornita di un servizio di fisiokinesiterapia a cui il detenuto dovrebbe accedere secondo precisi schemi periodici e di un servizio specialistico ortopedico che può predisporre nelle forme

acute un adeguato trattamento anche farmacologico.

La kinesiterapia si prefigge di facilitare e di conservare la motilità, di combattere gli atteggiamenti viziosi e le retrazioni, di limitare gli effetti dell'ipotrofia muscolare e di insegnare atteggiamenti compensatori corretti. Tutto ciò risulta facilitato dalla massoterapia che ha un'azione sedativa, decontratturante, attivante la circolazione. La terapia medica da impiegare nelle acuzie si avvale di antinfiammatori non steroidei, di analgesici e di decontratturanti.



*Francesco Ceraudo*



# Artrosi e Ambiente Carcerario

“...vincolati ad un moto fisico ridotto, effettuato esclusivamente in celle e corridoi, si realizza un equilibrio fisico appena sufficiente a mantenere le normali posizioni...”

“...vivere in cella è come vivere in un corridoio. Se uno cammina, l'altro sta disteso sulla branda. Si mangia gomito a gomito...”



Da "Ferrari battuti" di A. Sofri e F. Ceraudo

# Osteoartrrosi

Patologia degenerativa a partenza dalla cartilagine articolare, con perdita del fisiologico equilibrio fra fenomeni catabolici e fenomeni riparativi; il processo coinvolge anche l'osso subcondrale, la membrana sinoviale, e altre strutture articolari: segue scompenso globale dell'articolazione.  
Clinicamente: dolore, deformità e disabilità.

E' la malattia articolare più comune al mondo e la principale causa di invalidità nei paesi sviluppati

- OA "anatomica / stato" 30% degli adulti

- OA "clinica / malattia" 10-15% età 25-60 vs. 30% età 60-80

Artrosi primaria

Artrosi secondaria

Forme peculiari



# Artrosi e Ambiente Carcerario

## Fattori di rischio per l'artrosi

- attività motoria, e attività fisica più in generale, fortemente limitate
- atteggiamenti posturali viziosi diurni e notturni
- attività lavorative di tipo ripetitivo e spesso associate a sedentarietà
- fattori climatici (umidità, freddo)
- fratture e dismorfismi scheletrici secondarie a ferite da fuoco, infortuni ed incidenti spesso gravi



# Principali fattori che Modulano l'Espressione Clinica dell'Artrosi

- ➔ • attività lavorativa (gestualità, postura, ecc...)
- peso corporeo
- ➔ • igiene di vita (movimento, ecc...)
- ➔ • correzione di eventuali dismorfismi (ortesi per il piede)
- ➔ • tempestivo ricorso ad idonei sussidi per la biomeccanica (bastone di adatta lunghezza nella coxartrosi e nella gonartrosi)
  - farmacoprofilassi (condroprotettori)
  - correzione di anomalie metaboliche eventualmente concomitanti (controllo di un eventuale diabete, trattamento dietetico-farmacologico per un'eventuale iperlipemia)
  - trattamento corretto di un'endocrinopatia concomitante (ipotiroidismo, acromegalia)

# Osteoartrosi – quadro clinico

- **Dolore** ( $\uparrow$  con il carico,  $\downarrow$  con il riposo, notturno nelle forme severe, con tendenza a cronicizzarsi, sensibile a variazioni atmosferiche)
- **Contrattura muscolare associata**
- **Breve rigidità mattutina o dopo inattività (5-10 min.)**
- **Limitazione funzionale fino alla grave disabilità**
- **Deterioramento della qualità di vita**
- **Implicazioni sociosanitarie rilevanti**





# Obiettivi della Terapia

- Rallentare l'evoluzione della malattia
- Prevenire le deformazioni e le invalidità
- Diminuire il dolore
- Limitare il deficit funzionale
- Ridurre l'infiammazione
- Eliminare i fattori di rischio e di aggravamento
- Salvaguardare e migliorare la qualità di vita



# Osteoartrrosi: STRATEGIA TERAPEUTICA

## Trattamento non farmacologico

Programmi educazionali, esercizio fisico, riduzione del peso

+

## Trattamento farmacologico

Dolore lieve

Paracetamolo  $\leq 3$ g/die

Glucosamina solfato,  
Diacereina,  
Acido ialuronico  
(SYSADOA)

Dolore severo

- FANS tradizionali\*
- COX2 inibitori

Tumefazione

Infiltrazione  
locale di steroidi

Chirurgia

Linee Guida Europee (EULAR) 2003

Consensus Italiana (SIR, LIMAR) 2004

In pz con rischio di eventi avversi GI associare gastroprotettori