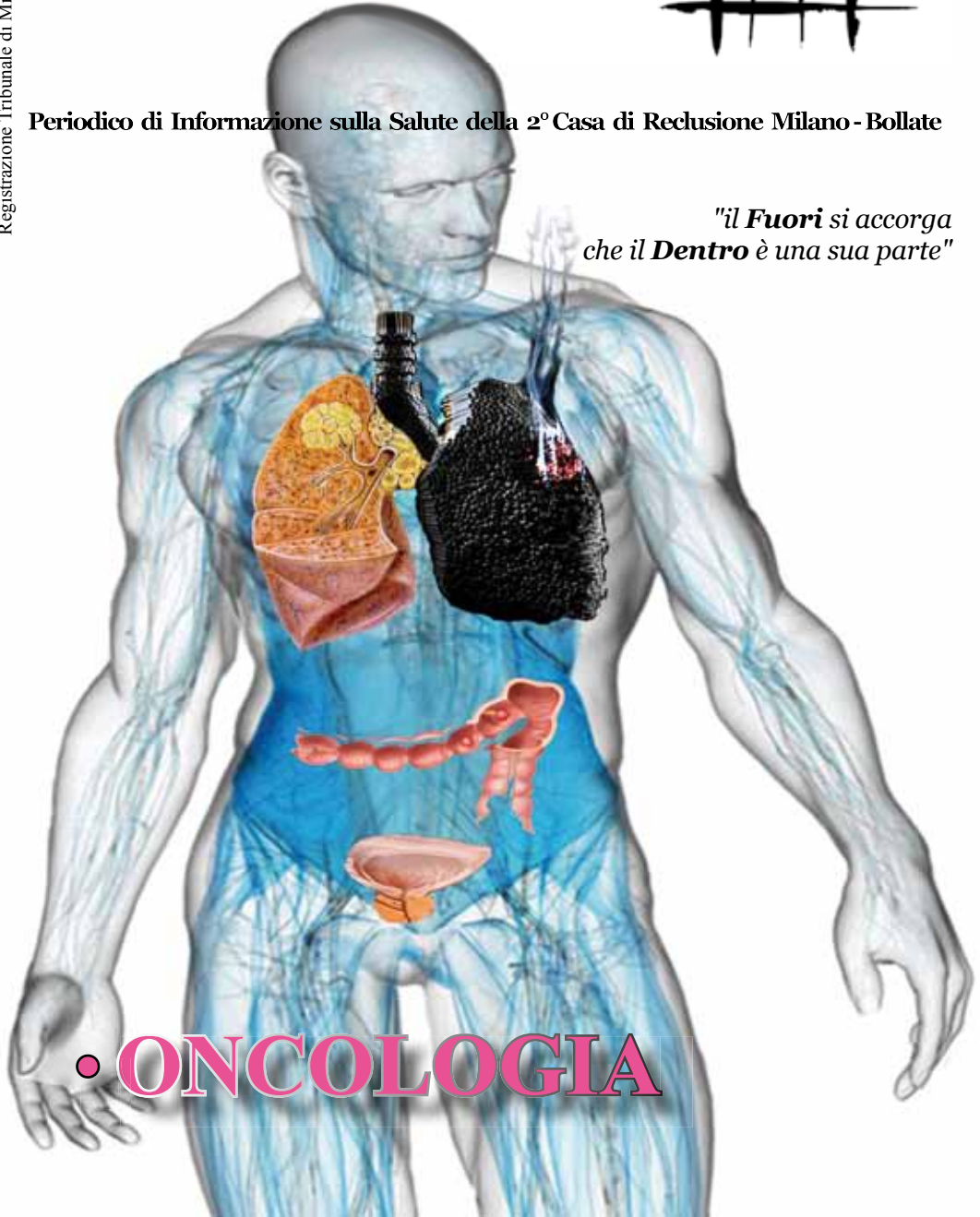


SALUTE in GRATA

Periodico di Informazione sulla Salute della 2° Casa di Reclusione Milano - Bollate

*"il **Fuori** si accorga
che il **Dentro** è una sua parte"*



• ONCOLOGIA

L'ABBRACCIO DI UN ALTRO



Antonino Bartolotta
co-vice Direttore

Si può amare la vita e farla amare agli altri in molti modi. Forse la si apprezza di più quando si presenta l'occasione di capire quanto sia vano dedicare tempo alle attività inutili, alle ipocrisie, quando ti accorgi che sei arrivato al capolinea, o, ben che vada, a poche fermate dal capolinea. Per alcuni sentimenti probabilmente è necessaria l'esperienza del dolore, quel viaggio romantico e infausto verso il buio. Alle volte basta una malattia per darti una grande lezione di vita. Sono le esperienze fatte con gli altri, l'osservazione delle cose apparentemente piccole che danno il senso e la profondità della vita. Sono le vere lotte, contro le quali tutti si mettono a combattere.

Si può perdere, come ha perso Pasquale, ma agli altri insieme al dolore resta un patrimonio di emozioni e sentimenti impareggiabili. Un'eredità ineguagliabile della quale si deve essere grati.

È trascorso più di un anno da quando Pasquale (Pasquale Forti, Capo Redattore di SALUTE inGRATA) ha scoperto di essere ammalato. Ammalato di tumore, una malattia che in pochi mesi l'ha portato alla morte. Pasquale aveva un atteggiamento un po' guascone,



Pasquale Forti

come se questo potesse servire ad esorcizzare il male. Aveva scelto l'ironia mista alla saggezza per mitigare il fatalismo del suo essere orgogliosamente mediterraneo. Eppure sapeva quanto è vigliacco il cancro, quanto è tenace, quanto rosicchia e consuma, quanto si eclissa per attaccare all'improvviso. Sapeva che non da tregua. Sapeva che è talmente ottuso e crudele che accetta di morire pur di uccidere il suo ospite. Non di meno combatteva quotidianamente tra la malattia e la speranza, come fanno migliaia di persone ogni giorno che si trovano a combattere per la vita e contro la morte, senza finzioni.

Parlare di questa malattia, per me, è come sfogliare il

diario di un incontro con un'umanità ricca di sentimenti, di esperienze, dei fogli sciolti e nel suo epilogo la sottrazione di un grandissimo amico.

È il ricordo di un abbraccio, l'ultimo, un abbraccio in prigione, l'indugio verso la libertà, la sosta in un corridoio e la lettiga. La libertà era altrove.

Mi resta un'espressione che diceva molte cose: «È successo anche a me. Allora è così che ci si sente?». Ci si sente soli se in quel momento abbiamo visto qualcosa d'altro. L'abbraccio in se non è stato per nulla superficiale: parlava profondamente del bisogno umano di fronte al suo destino ultimo. Aveva bisogno dell'abbraccio di un altro.



DIRETTORE RESPONSABILE

Angelo Maj

VICE DIRETTORI Antonino Bartolotta

Viviana Brinkmann / Matilde Napoleone

SEGRETARIO Vincenzo Micchia

VICE SEGRETARIO Daniele Gravagno

CAPO REDATTORE Renato Vallanzasca

VICE CAPO REDATTORI Roberto Allegri

Isidoro Bossio

REDATTORI

Dino De Benedictis / Michele Di Lernia

Domenighini Gianfranco / Ivano Liccardo

Marcello Mazzeo / Danilo Romano

Rosario Romeo / Francesco Siracusa

REDAZIONE AL FEMMINILE

Rebecca Conti / Gaia Martini

Ada Shadow

ART DIRECTOR Rocco Squillaciotti

VICE ART DIRECTOR Carmelo Impusino

Said Kurtesi

CORRETTORI TESTI

Gualtiero Leoni / Tommaso Pacifico

SCREENING IMMAGINI E FOTOGRAFIA

Antonio Sorice

AMMINISTRAZIONE Diego Pisano

DISEGNATORE Massimo Foti

INVIATA ESTERNA Giulia Cinali

INVIATO INTERNO Massimo D'Odorico

SUPERVISORE SCIENTIFICO

Roberto Danese

TRADUTTORE Enton Cara

DIFFUSIONE Said Kurtesi

LOGO Giuseppe Cassano

HANNO COLLABORATO

Antonino Bartolotta / Walter Bartolozzo

Isidoro Bossio / Rebecca Conti

Massimo D'Odorico / Dino De Benedictis

Michele Di Lernia / Mohamed El Modatter

Virginio Filippazzi / Loris Laera

Giacomo Mangiaracina / Gaia Martini

Marcello Mazzeo / Francesco Mosca

Mauro Paccoj / Domenico Petrolio

Luciano Petroni / Sergio Principe

Vittorio Quagliuolo / Angelina Quattrocchi

Daniilo Romano / Ada Shadow

Antonella Sparaco / Andrea Tarantola

Niki Tavecchio / Mario Visentin



EDITORE

Associazione di Volontariato

Gli amici di Zaccheo-Lombardia

Sede Legale Via T. Calzecchi, 2

20133 Milano

Tel. 02/33402990 Cell. 347 7402524

www.amicidizaccheo-lombardia.it

info@amicidizaccheo-lombardia.it

Aderente alla Conferenza

Regionale Volontariato

Giustizia della Lombardia

Aderente alla Federazione

Nazionale dell'informazione

dal carcere e sul carcere

STAMPA

MIOLAGRAFICHE S.r.l

Via N. Battaglia, 27

20127 Milano

Questo numero è stato chiuso in Redazione il

11/10/2010 alle ore 19:00

Tiratura copie 12.000

SOMMARIO

2 L'ABBRACCIO DI UN ALTRO
Antonino Bartolotta

4-5 IL MALE DEL SECOLO
Vittorio Quagliuolo

6 SALUTE O COMMERCIO?
Massimo D'Odorico

7 IL CUORE PULSANTE DI BOLLATE

La Redazione

8-9 L'OSTEOSARCOMA
Raul Vittori

10-11 TUMORE ALLA PROSTATA

Domenico Petrolio

11 IL ROBOT DA VINCI
Isidoro Bossio

12-13 1° CONCORSO LETTERARIO

Dino De Benedictis

14 SECONDO CLASSIFICATO
Rebecca Conti

15 PRIMO CLASSIFICATO
Luciano Petroni

16 L'ESPERIENZA DI UN RADIOLOGO

Sergio Principe

18-19 CANCRO AL SENO
Ada Shadow

22-23 UNA PROBLEMATICA TUTTA AL FEMMINILE

Virginio Filippazzi

24 IL CAVO ORALE
Antonella Sparaco

25 IL CANCRO DEL PANCREAS
Danilo Romano

26 I POLIPI PREDECESSORI DI NEOPLASIE

Virginio Filippazzi

27 CREARE DELLE OPPORTUNITÀ

Angelina Quattrocchi

30 SENSIBILIZZAZIONE IN ISTITUTO

Michele Di Lernia

31 TROPPO FUMO NIENTE ARROSTO

Giacomo Mangiaracina

RUBRICHE

5 FREDDURA

La Redazione

17 L'AREA SANITARIA

INTERVISTA AL DIRIGENTE

SANITARIO

La Redazione

18-19 I REPARTI

MORBO CELIACO

Walter Bortolozzo

Mohamed El Modatter

Mauro Paccoj

Niki Tavecchio

19 INFO DALL'AREA SANITARIA

PROCEDURA PER L'INGRESSO

DEL CIBO PER CELIACI

Andrea Tarantola

20 L'OCCHIO DELLA DONNA

Gaia Martini

21 CAMMEO STORICO

FUMO DI TABACCO

Loris Laera

23 LA SALUTE DELLO SPIRITO

LIBERATO DALLA PAROLA

INCARNATA

Francesco Mosca

28 GLI AMICI DEGLI ANIMALI

LA TRATTA

Marcello Mazzeo

29 MUSICA E SALUTE

SETTE NOTE

Mario Visentin

Cenni storici

IL MALE DEL SECOLO

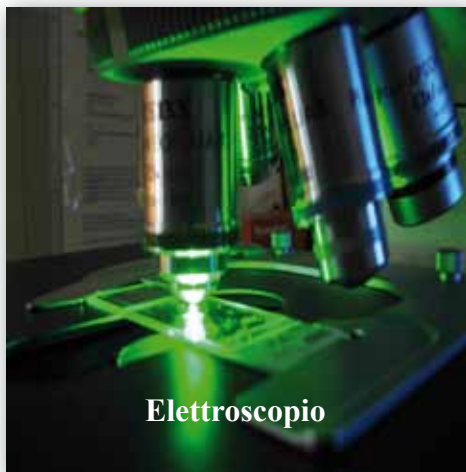
Tecniche chirurgiche e radioterapiche

Itumori maligni e le malattie cardiovascolari sono le patologie più frequenti e le maggiori cause di morte nell'età avanzata. Al giorno d'oggi si pensa che i tumori siano una malattia moderna e sono stati definiti come "la malattia del secolo". In realtà l'Oncologia, che è la branca della medicina che si prefigge di studiare e curare i tumori maligni, ha origini nell'antichità. Il primo scritto riguardante un caso di tumore risale alla medicina egizia, nell'antico papiro di Kahun (1850 a.C.) infatti è presentata la descrizione di un cancro dell'utero, mentre un altro documento, il papiro di Ebers (1550 a.C.) tratta la condizione di non curabilità di tale patologia.

Da allora molto è cambiato, ma la spinta nella cura dei tumori si è avuta principalmente negli ultimi 100-150 anni: infatti sono migliorate le tecniche chirurgiche e anestesologiche che hanno permesso e permettono di eseguire interventi ad alta specializzazione e in massima sicurezza; si è affinata la radioterapia, che in molti casi completa il trattamento chirurgico o addirittura lo sostituisce e

sono stati sintetizzati decine di farmaci che combattono la crescita indiscriminata delle cellule malate e, in alcuni casi di tumore, possono anche portare a guarigione. Inoltre grazie all'aiuto di radioterapia e chemioterapia, non va dimenticato che oggi la chirurgia oncologica tende ad essere sempre meno invasiva e sempre più conservativa sia nella preservazione degli organi

sempre più conservativi. Ovviamente tutto questo deve prima di tutto fare sì che i risultati oncologici, in termini di possibilità di guarigione, siano sovrapponibili a quelli che si raggiungevano con le tecniche convenzionali. Questo obiettivo è stato ottenuto grazie al continuo impegno di medici e ricercatori che negli anni, attraverso lunghi percorsi clinici, sono riusciti a dimostrare la validità dei nuovi trattamenti. Per proporre dei nuovi percorsi di cura meno invasivi, i presupposti fondamentali stanno nel cercare di individuare quali possono essere le cause d'insorgenza del tumore e/o di arrivare alla diagnosi nelle fasi più precoci della malattia; cioè di scoprirli quando sono ancora piccoli e non



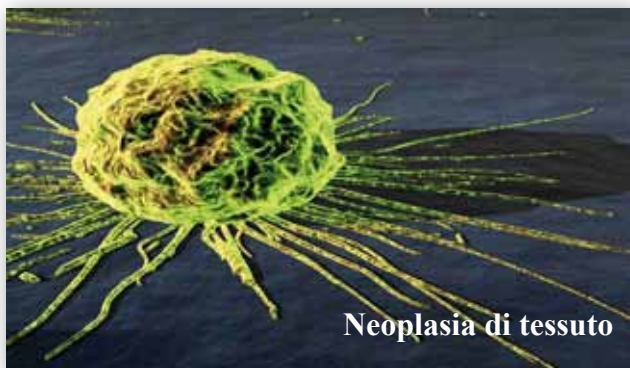
Elettroscopio

che delle loro funzioni: si è così arrivati a non asportare tutto il seno per un cancro, a conservare l'ultima parte dell'intestino e gli sfinteri per i tumori del retto, a conservare la laringe, o parte di un rene per neoplasie di dimensioni limitate o a non amputare gli arti di adolescenti con sarcomi dell'osso; l'utilizzo della chirurgia plastica ricostruttiva permette di eseguire interventi

possono avere causato troppi danni sia nell'organo dove sono nati, sia in altri organi attraverso quell'evento che viene chiamato metastasi. La metastasi è dovuta al fatto che alcune cellule si muovono dalla sede del tumore primitivo e vanno a depositarsi (generalmente attraverso i vasi sanguigni o i vasi linfatici) in altri organi e lì iniziano a crescere. Per ridurre il rischio che ▶▶

◀ un tumore nasca o individuarlo ancora in una fase precoce prima che combini dei veri disastri, cosa si fa? In tutto il mondo, anche in Italia, sono stati attivati dei programmi di prevenzione soprattutto contro i tumori che colpiscono più frequentemente: ad esempio i tumori del polmone, del seno, del colon-retto, dell'utero, della prostata, i melanomi e i carcinomi della pelle.

Per fare degli esempi pratici: il pap-test esame di basso costo, di facile esecuzione e ripetibile quante volte si vuole, ha ridotto drasticamente l'incidenza dei tumori del collo dell'utero fino a quasi farli sparire; la ricerca del sangue occulto nelle feci, anche questo esame di semplice esecuzione, spesso permette di scoprire i tumori dell'intestino quando sono ancora benigni o nelle loro fasi iniziali, le visite senologiche e la mammografia mettono in evidenza tumori del seno in fase ancora mol-



Neoplasia di tessuto

to precoce e trattabili con tecniche chirurgiche conservative. Lo stesso dicasi per le visite dermatologiche per l'individuazione di melanomi o la visita urologica e l'esecuzione del PSA (marcatore dei tumori prostatici) con un semplice prelievo di sangue.

È quindi consigliabile seguire questi programmi di prevenzione, in grado di salvare delle vite con semplici atti sanitari.

È chiaro che la prevenzione non è sempre in grado di evitare la nascita di un tumore: infatti diverso è ri-

muovere la causa (ad esempio il fumo di tabacco per i tumori polmonari) e diverso è diagnosticare una neoplasia quando è ancora molto piccola.

Questa è la differenza tra quella che viene chiamata prevenzione primaria (rimuovere la causa) e quella che invece viene

chiamata prevenzione secondaria (scoprire un tumore nelle sue fasi iniziali). È auspicabile che in un futuro non troppo lontano si scoprano le effettive cause che fanno nascere i tumori, in modo da poter combattere definitivamente questa malattia che ancora oggi spaventa sia coloro che vengono colpiti sia i loro familiari. Sarà una dura battaglia, in quanto i tumori rappresentano non una sola malattia ma diverse malattie a seconda dell'organo dove nascono e quindi le cause non sono le stesse per tutte le neoplasie. Molto ci aspettiamo dalla ricerca sia clinica che biologica, anche se i processi di ricerca sono sempre piuttosto lunghi.

Per concludere non dobbiamo pensare che i tumori maligni siano sempre causa di morte, oggi in circa il 70% dei casi è possibile ottenere delle guarigioni definitive. Molto importante è condurre una vita il più possibile regolata e sana, nei ritmi, nell'alimentazione e negli stili.

Dott. Vittorio Quagliuolo
Oncologo





Massimo D'Odorico

Inviato interno

Diagnosi precoce **SALUTE O COMMERCIO?** *Basso il progresso nelle terapie*

Molta sanità, soprattutto quella privata o che vende farmaci, campa sulla nostra paura. Spaventati da spauracchi agitati ad arte da molte campagne di sensibilizzazione, convinto che per ogni patologia esista una diagnosi precoce che salva la vita, il cittadino sano si sottopone a ogni tipo di check up preventivo. Condotte abilmente dai media, alcune campagne di sensibilizzazione pubblica riguardo ad alcuni aspetti della salute hanno dei rilevanti costi sui bilanci di tutti gli Stati. Nel caso specifico della prevenzione oncologica, la diagnostica precoce occupa quotidianamente largo spazio sugli organi d'informazione ma le guarigioni in relazione ad essa non cambiano. Il Sistema Sanitario Nazionale e i mass media privilegiano in modo ingiustificato la prevenzione legata alla diagnosi precoce e le terapie rispetto alla prevenzione legata alla modifica degli stili di vita, nonostante questi siano di gran lunga più importanti nella prevenzione delle malattie. Sono veramente pochi i progressi nelle terapie, mentre continuano a gonfiarsi gli introiti delle ditte farmaceutiche e di quelle di materiale diagnostico. Un altro aspetto fondamentale da considerare è l'impatto

Negli ultimi 50 anni la diagnostica ha fatto enormi progressi.

Ma individuare le malattie serve poco quando non le si può curare.

E può avere il solo effetto di produrre stress inutile nei pazienti



psicologico che la diagnosi procura ai pazienti. Una persona a cui è diagnosticato un tumore riceve un duro contraccolpo, che sicuramente ha ripercussioni sulla capacità di reazione del corpo alla malattia; è pur vero che alcune volte con una corretta diagnosi precoce, vi è la possibilità di risolvere in via definitiva l'insorgere di tumori ma nella maggior parte dei casi non vi è soluzione alcuna per debellare questo male.

In uno studio del 7 marzo 2007: l'Istituto nazionale dei tumori di Milano presenta i propri risultati, della Mayo clinic di Rochester e del Moffitt cancer center sul follow up dello screening con Tac spirale del tumore del polmone. Vediamo i risultati. Lo screening trova sì più tumori (144 contro 44),

ma ancora se ne sono trovati più con la Tac spirale di quanti se ne aspettasse. Tantissimi interventi di resezione rispetto a quelli attesi. Lo screening aumenta anche gli interventi chirurgici (109 contro 11). I vantaggi? La diagnosi precoce non riduce i decessi (38 contro 39), poiché l'intervento chirurgico è invasivo e richiede l'apertura della gabbia toracica. Le statistiche dicono che il 5% dei pazienti decede per l'intervento e il 20-40% ne deriva gravi complicazioni.

È quindi evidente che tali dati avvalorano l'ipotesi sopra descritta, il cosiddetto "business della paura". La vera prevenzione può essere effettuata principalmente con stili di vita corretti, un sano regime alimentare e nel caso del tumore al polmone smettere di fumare.



Giuseppe Cancelliere
Assistente Capo Polizia Penitenziaria

Area Trattamentale

IL CUORE PULSANTE DI BOLLATE

Attività formative e culturali

Quali funzioni svolge presso l'Area Trattamentale?

In tale contesto la mia missione non si limita, per fortuna, al solo controllo della popolazione detenuta, ma mi occupo, da diversi anni, d'interagire tra i detenuti ed i vari operatori che accedono all'interno dell'Unità Operativa.

Com'è organizzata l'attività?

L'Area Trattamentale è il settore dove si svolgono le attività formative, didattiche e culturali degli ospiti dell'Istituto. L'offerta formativa va dai corsi di alfabetizzazione per stranieri alla formazione permanente per adulti. È attivo un corso di scuola superiore per perito aziendale corrispondente in lingue estere, tenuto dall'Istituto Primo Levi di Bollate e una "local academy" della multinazionale informatica "Cisco System" che organizza, insieme alla "Società d'Incoraggiamento di Arti e Mestieri", corsi per il conseguimento del diploma di operatore di rete "Cisco". Vengono, inoltre, organizzati diversi convegni seguiti anche da associazioni esterne. L'organizzazione è programmata in un calendario che prevede orari e giorni prestabiliti d'incontro con gruppi predisposti



Ingresso Area Trattamentale

come la Commissione Cultura, il Gruppo Trasgressione, l'Associazione "Bambini Senza Sbarre", il Cineforum, il Gruppo Teatrale Carmen e i Testimoni di Geova, Alcolisti Anonimi, Laboratorio di poesia, Gruppo Migranti, corso di Cultura Biblica e quello teorico per Artieri. Inoltre sussiste la Biblioteca Centrale presso la quale, oltre all'approvvigionamento dei libri per i detenuti, si riunisce il gruppo SER.T., il Gruppo Lettura, il Gruppo Libero e il corso di design industriale. L'attività principale è quella scolastica, con presenti corsi d'istruzione elementare, media inferiore e superiore e, per finire, la Redazione di Salute inGrata con lo Sportello Salute e lo Sportello Giuridico. Il tutto determina all'interno dell'Area un'affluenza di circa 450 - 500 persone.

Quali sono le problematiche più frequenti?

La principale consiste nella difficoltosa reperibilità dei detenuti nei reparti detentivi, poiché si è rilevato, purtroppo, che bisogna sempre sensibilizzare qualcuno al fine di chiarire l'importanza di seguire la scuola, corsi e altre attività.

Cosa faciliterebbe il vostro lavoro?

Per migliorare il servizio è necessaria una totale sinergia e collaborazione tra il personale di Polizia Penitenziaria e i vari profili professionali dell'Istituto Penitenziario, civili e detenuti, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Ritengo, inoltre, sia necessario avere una particolare predisposizione al rapporto umano, poiché tutte le iniziative attuate presso quest'Area sono individuate ed espletate al fine di promuovere un corretto reinserimento del detenuto nell'ambito sociale.

La Redazione





Dott. Raul Vittori
Ortopedico

Un'affezione rara **L'OSTEOSARCOMA**

Ereditario o da radioterapia

Anche se a uno sguardo superficiale le ossa possono sembrare tessuti "morti", per via della loro durezza e del fatto che non cambiano forma una volta raggiunta l'età adulta, le ossa sono in realtà costituite da cellule vive e attive che contribuiscono a mantenerne forma e forza. Tra le cellule presenti nelle ossa s'incontrano gli osteoblasti che costruiscono la matrice ossea, indispensabile perché l'osso sia forte e gli osteoclasti che invece aiutano l'osso a mantenere la propria forma depositando o rimuovendo minerali. Tutte le cellule che compongono l'osso possono trasformarsi e dare origine a un tumore.

F R E D D U R A

Sapete come si fa
a capire se un
motociclista è
felice?
Dai moscerini sui
denti.

La Redazione

QUANTO È DIFFUSO

Il tumore primario dell'osso è abbastanza raro: in Italia si registrano in media poco più di 1 caso su 100 mila abitanti, sia per gli uomini sia per le donne, cioè circa 350 nuovi casi all'anno. A differenza del tumore primario, che ha origine proprio nell'osso, le metastasi ossee derivanti da altri tumori (polmone, mammella) sono molto diffuse. I più colpiti dal tumore delle ossa sono i giovani con un'età media vicina ai 20 anni e con il 50 % dei casi diagnosticati prima dei 59 anni.

Tutti i segmenti ossei possono essere colpiti da tumore: nei bambini e nei giovani adulti sono interessate soprattutto le ossa che hanno una crescita rapida come, per esempio, le parti terminali delle ossa lunghe (femore, ossa del braccio), ma non sono escluse altre sedi come ginocchio, bacino, spalla e mandibola (soprattutto negli anziani).

CHI È A RISCHIO

Le cause che portano allo sviluppo del tumore delle ossa restano ancora in gran parte sconosciute, ma le caratteristiche della malattia



hanno permesso di individuare alcuni fattori di rischio e di formulare ipotesi sulle cause molecolari.

L'osteosarcoma, per esempio, si manifesta soprattutto in bambini e adolescenti, cioè nel periodo di massima crescita dell'osso, e gli adolescenti affetti da osteosarcoma sono in genere piuttosto alti per la loro età: queste osservazioni fanno pensare che proprio la crescita rapida dell'osso ►►

◀ sia un fattore di rischio. Tra i fattori di rischio certi per l'osteosarcoma s'incontra anche l'esposizione a radiazioni che in genere si verifica a causa di trattamenti di radioterapia a cui ci si sottopone per curare altri tipi di tumore.

Il rischio di sviluppare condrosarcoma, un diverso tipo di tumore osseo, aumenta invece nelle persone affette da esostosi multipla ereditaria, una malattia che si manifesta con la crescita di protuberanze formate soprattutto da cartilagine a livello delle ossa ed è causata da mutazioni in uno dei 3 geni EXT1, EXT2, o EXT3.

SINTOMI

Il dolore e il gonfiore localizzati in un punto dello scheletro sono i segni più comuni del cancro dell'osso. Questi sintomi generali variano secondo la localizzazione e la dimensione del

tumore: per esempio, il dolore inizialmente può non essere costante e peggiorare di notte o durante l'attività fisica e il movimento ma, con il tempo e con la crescita della malattia, diventa una presenza costante durante la giornata. In alcuni casi il tumore può ostacolare i normali movimenti o indebolire la struttura dell'osso a tal punto da provocare fratture che sono definite patologiche per distinguerle da quelle che coinvolgono l'osso sano in caso di trauma.

A volte si presentano altri sintomi meno specifici come perdita di peso e affaticamento.

PREVENZIONE

Poiché le cause dei tumori delle ossa sono ancora in gran parte sconosciute, in questo momento non esiste alcun tipo di prevenzione efficace per ridurre il rischio



di sviluppare questo tipo di cancro.

DIAGNOSI

Alla presenza di sintomi sospetti è importante rivolgersi al medico che dopo una visita attenta e una serie di domande mirate per conoscere meglio il quadro di salute generale deciderà se è il caso di prescrivere ulteriori esami di approfondimento. Già nel corso della visita, infatti, il medico potrebbe notare la presenza di masse anomale, ma la diagnosi definitiva di tumore delle ossa potrà essere eseguita solo dopo esami più specifici.

NEW ENTRY

Diamo il nostro benvenuto ai nuovi redattori di SALUTE inGRATA: (da sinistra) Rosario Romeo; Gualtiero Leoni; Domenighini Gianfranco; Danilo Romano
BUON LAVORO A TUTTI!

La Redazione



A rischio dopo 45 anni

TUMORE ALLA PROSTATA

Molti uomini muoiono con il tumore, ma non a causa di esso

Il tumore della prostata è provocato dalla crescita incontrollata di alcune cellule all'interno della ghiandola stessa.

Il vero e proprio tumore della prostata è meno comune di quanto si pensi: si stima che i nuovi casi in Italia siano circa 9.000 l'anno. La sopravvivenza è comunque molto elevata e supera mediamente il 70% dei casi a cinque anni dalla diagnosi.

Si parla correttamente di cancro della prostata quando le cellule invadono i tessuti circostanti e riescono a diffondersi anche ad altri organi dando origine a metastasi.

Ogni uomo che abbia compiuto i 45 anni di età viene considerato a rischio, perché il tumore della prostata insorge tipicamente dopo quell'età, mentre è raro tra i giovani, come dimostrato da alcune statistiche: se a 40 anni la probabilità è di 1 caso su 10.000, tra i 60 e gli 80 anni diventa di 1 su 8.

Gli altri fattori di rischio noti, a parte l'età, sono una dieta ricca di grassi saturi e la presenza in famiglia di altri casi: per quest'ultima categoria il rischio è doppio rispetto alla popolazione generale.

La stragrande maggioranza dei tumori maligni (il 95 per cento dei casi) appartiene a un tipo noto come adenocarcinoma, ma esistono anche

tumori cosiddetti a piccole cellule.

La maggior parte dei tumori della prostata viene scoperto tramite un esame rettale (in cui il medico attraverso il retto valuta manualmente la grandezza della ghiandola) o grazie a un'alterazione dei valori di un antigene direttamente legato alla funzione del tessuto prostatico, il PSA (antigene prostatico specifico).

Tuttavia, quando ha già raggiunto una certa dimensione, la massa può causare alcuni sintomi tra i quali: difficoltà a iniziare a urinare, bisogno di urinare spesso, sensazione di non riuscire a urinare in modo completo, dolore mentre si urina o durante, sangue nelle urine o nel liquido seminale, impotenza, dolore alle ossa.

L'unica forma di prevenzione possibile contro il tumore della prostata è basata sull'adozione di una dieta povera di grassi saturi di derivazione animale.

Ritengo che sia opportuno sottoporre tutti gli uomini sopra i 50 anni alla misurazione del PSA indipendentemente dalla presenza di sintomi. Molti oncologi sono favorevoli, ma la letteratura scientifica in materia è contraria. Nel mese di maggio 2003 tutte le società scientifiche italiane coinvolte nel problema (cioè società di oncologi, urologi, medici di

medicina generale, andrologi) hanno stilato un documento di consenso in cui dichiarano non utile la misurazione del PSA se non ci sono sintomi.

La ragione è semplice: diversi studi hanno dimostrato che, data la particolare natura del tumore della prostata, che si espande molto lentamente, spesso il PSA identifica forme che non avrebbero dato segno di sé durante la vita del paziente.

Ciò significa sottoporre molti uomini all'asportazione della ghiandola, con le conseguenze relative d'incontinenza e impotenza che spesso seguono l'intervento, quando in realtà il tumore identificato non sarebbe stato in grado di fare danni nell'arco della vita del soggetto.

È importante però ricordare che altre società scientifiche, per esempio alcune società statunitensi, sono invece favorevoli allo screening di popolazione, così come alcuni centri oncologici altamente specializzati che ritengono di poter effettuare, grazie alle diagnosi precoci, interventi più precisi e quindi con un minor rischio di effetti collaterali.

Con riferimento alla cura, ci sono molti modi per trattare un tumore della prostata. Secondo il tipo di malattia e della sua estensione può essere preferibile uno dei ►►

◀ seguenti approcci chirurgici, uno dei trattamenti più consigliati consiste nella rimozione di tutta la ghiandola (prostatectomia radicale) con un'incisione tra lo scroto e l'ano (approccio perineale) oppure nella parte inferiore dell'addome (approccio retropubico).

Insieme alla ghiandola di solito sono asportati alcuni

linfonodi al fine di definire l'esatta espansione delle cellule maligne.

Nonostante l'intervento di per sé sia considerato sicuro, comporta spesso conseguenze gravi quali l'impotenza e l'incontinenza, soprattutto quando il paziente ha un'età avanzata.

Talvolta, dunque, soprattutto se il paziente è anziano, i

medici consigliano di non fare nulla se non sottoporsi a esami regolari (esplorazione rettale ogni 3-6 mesi e, quando è il caso, biopsie), per riservarsi di intervenire solo quando si determinino condizioni realmente sospette.

Dott. Domenico Petrolio
Urologo



Isidoro Bossio
Vice Capo Redattore

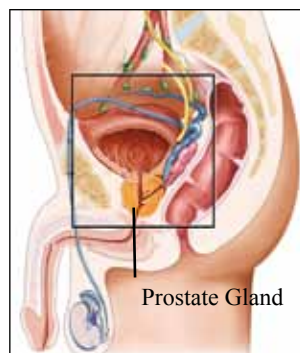
Tutta italiana la tecnica innovativa

IL ROBOT DA VINCI

Sessualità salvata nella prostatectomia

Nel corso di un meeting Europeo di medicina robotica denominato EURUS (European Robotic Urology Symposium). Un'equipe dell'ospedale Niguarda di Milano presenta una nuova tecnica di prostatectomia che fa uso del robot Da Vinci. La novità è che il rischio di disfunzione erettile e quello di incontinenza urinaria, in seguito all'intervento, sono ridotti; mentre, con approcci tradizionali, dopo un anno dall'intervento il 40% dei pazienti soffre di questi problemi. La motivazione è che difficilmente si riesce a salvaguardare i fasci nervosi se si vogliono eliminare completamente le cellule tumorali. Tale tecnica consiste nel seguire una via anatomica di accesso alla prostata diversa da quella tradizionale. Nelle tecniche di inter-

vento precedenti, il chirurgo cercava di risparmiare i nervi cavernosi puntando sulle potenzialità di ingrandimento ottico della tecnica laparoscopica e sull'ampiezza di movimento e di rotazione del braccio robotico; purtroppo però, il passaggio degli strumenti avveniva proprio attraverso la zona più a rischio. Ora, si entra dalla parte opposta e si incide il peritoneo parietale, lo strato che riveste le pareti della cavità addominale, nello spazio tra la vescica e il retto e isolando le vescicole seminali, si raggiunge l'apice della prostata senza incontrare i fasci nervosi. Questa tecnica ci permette di passare attraverso un'incisione molto più piccola, quindi meno traumatica e con meno sanguinamento di quella utilizzata normalmente nella prostatectomia



robotica. L'intervento è stato effettuato su quindici pazienti al Niguarda e ha dato risultati buoni: a sole due settimane dall'intervento i pazienti hanno mostrato piena potenza sessuale e assenza di incontinenza. Una conferma che i progressi in chirurgia sono resi possibili anche grazie all'uso del robot Da Vinci, ma come sempre poi entra in gioco l'abilità del singolo chirurgo. Che fa la differenza!





Dino De Benedictis
Redattore

"Scrivi che ti passa"

1° CONCORSO LETTERARIO

Un grande lavoro comune per la Salute

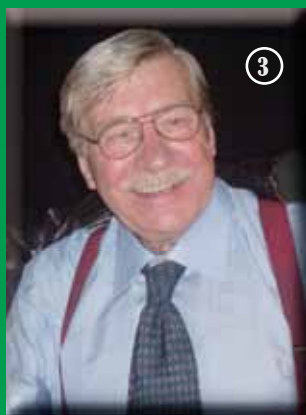
Sabato 25 settembre si è svolta, presso il teatro dell'Istituto, la premiazione del 1° Concorso Letterario promosso dalla redazione di SALUTE inGRATA. Appena entrati al teatro, subito risaltata l'allestimento per l'occasione con le splendide lampade fatte a mano da Santo Tucci della cooperativa "Il Passo", che con mille colori creano un'atmosfera particolare. A lato del palco un pianoforte a coda, con la pianista Francesca Falcicchio che accompagna tutte le fasi della manifestazione. Il Concorso comincia con Viviana Brinkmann che, breve ma come sempre toccante, presenta l'evento e porge i vari ringraziamenti; subito a seguire sono letti da Simona Pugliese, gli apprezzamenti per l'evento della Dott. ssa Lucia Castellano, Direttore dell'Istituto, poiché impossibilitata nel presenziare; la parola passa poi ai giurati che invitano i migliori venti partecipanti ad avvicinarsi per ricevere gli attestati e i premi, che per i primi tre consistono in utili oggetti d'uso quotidiano consegnati dalla volontaria Giulia Cinali. Una particolare attenzione



è stata dedicata all'analisi di questi tre "scritti", sono stati motivati esaurientemente i criteri di giudizio dalla giuria e i testi letti al pubblico da un oratore speciale, Walter Brinkmann, il quale ha il dono innato di una voce profonda e toccante a tal punto da far emozionare i presenti. Concluse tutte queste fasi dell'avvenimento si passa al gran finale, un ricco buffet. Questo concorso è stato un'idea magnifica e gratificante; tutti i partecipanti hanno potuto esprimere sensazioni ed emozioni che forse solo carta e penna ci permettono di esternare. Un ringraziamento indubbiamente va a tutti i partecipanti che sono risultati circa un decimo della popolazione detenuta

che hanno contribuito, scrivendo, a rendere possibile tutto ciò; da non dimenticare che dietro a questa manifestazione vi è stato un grandissimo lavoro organizzativo: raccogliere tutti gli scritti, trascriverli, catalogarli, stampare gli inviti, allestire il teatro e il banchetto per gli ospiti, insomma cosa dire di tutti i ragazzi della redazione? Semplicemente fantastici, Nino Bartolotta, vice-direttore per primo ma tutti

gli altri non da meno data la dedizione e l'impegno sempre impiegato. Per ultima, ma solo per citazione, Viviana Brinkmann, Presidente dell'Associazione "Gli amici di Zaccheo - Lombardia". Il più sentito ringraziamento è rivolto anche ai suoi volontari, per il loro lavoro svolto nell'Istituto di Bollate. Visto l'esito positivo della prima edizione del concorso letterario, credo sia auspicabile promuoverne altri in futuro, ovviamente contando sull'appoggio della Direzione dell'Istituto che è sempre favorevole a questo tipo di manifestazioni. Per terminare che dirvi, se non arri-vederci al più presto e "scrivi che ti passa"!



1) La Giuria (da sinistra): Roberto Bezzi; Letizia Rovida; Antonio Accardi; Enrico Seravalle.

2) La Pianista: Francesca Falcicchio.

3) Il Narratore: Walter Brinkmann.

4) Relatore: Simona Pugliese.

5) Primo classificato, Luciano Petroni; la Rappresentante di SALUTE inGRATA, Giulia Cinali.

SECONDO CLASSIFICATO

"Quel cielo che pareva sorridere"

Di lì ad una settimana avrei compiuto diciotto anni, l'eccitazione e l'entusiasmo mettevano ali alla mia vita, nulla si poteva frapporre alla realizzazione del mio futuro, nessuno poteva fermarmi sulla strada della gioventù.

Non avevo neppure 18 anni quando mi accorsi che all'altezza del mio petto una macchia ripetutamente toglieva candore al mio abito, era una presenza inquietante e misteriosa, era più di una macchia, era un subdolo segnale che non avrei a lungo potuto trascurare.

Nella radiosa giornata della mia gioventù si visualizzò un'oscura presenza, il presagio, ormai inevitabile, di una tempesta incontrollabile, foriera di dolore e paura.

Nel cuore e nella mente avevo la risposta, ma anche la speranza di sbagliarmi; così consultai un medico che, con dolcezza e comprensione per la mia età e per la mia emozione, mi avviò ad esami approfonditi.

La malattia era ufficialmente entrata nella mia vita, anzi vi aveva fatto irruzione ed io rischiavo di esserne travolta non solo nel corpo ma anche nello spirito.

Non avrei mai più visto con lo stesso sguardo quel cielo che pareva sorridere, non avrei mai più sentito quel profumo di vita, non avrei mai potuto andare verso l'amore, che



MOTIVAZIONI
DELLA
GIURIA

Intenso e commovente, questo racconto è la cronaca di una vittoria (una vittoria sulla malattia, ovviamente) ma è anche la testimonianza di una fortissima volontà di vivere e di farcela ad ogni costo, un grido di speranza, un incoraggiamento a non mollare, una dichiarazione di fede nel bene straordinario della vita.

La Giuria

certo da qualche parte mi attendeva, con la voglia di possederlo e di annullarmi in lui; ogni contorno, ogni tutto della vita sembrava non appartenermi.

L'angoscia dominava ogni mio pensiero e la solitudine del dolore mi attanagliava.

Il mio cuore batteva velocemente, il respiro sembrava lasciarmi, tutto il mio corpo si dibatteva nell'agitazione e sembrava aver dimenticato di darmi aiuto.

Venne il momento del ricovero in Ospedale, la notte non riuscii a dormire, il buio del cielo era anche nei miei pensieri e chiudeva la speranza fuori dal mio cuore. Arrivò il mattino e la luce del sole mi ridiede energia, era un giorno di gelido vento e di ghiaccio nel mio cuore.

Il terzo giorno il medico venne a farmi visita: era già arrivato l'esito dei miei esami.

Rivedo come in un film quel momento che avrebbe sconvolto la mia giovane vita; il medico, seduto sul letto in atteggiamento confidenziale, mi sussurra brevi, terribili parole, che sono risuonate come una condanna: "È come immaginavo, non mi ero sbagliato, abbiamo riscontrato un adenoma ipofisario, in termini più semplici, hai un tumore alla ghiandola dell'ipofisi".

"Tumore", l'orribile parola era stata detta, non potevo più fingere che non esistesse, la paura mi aveva vinta e non ri-▶▶

Concorso - La Poesia PRIMO CLASSIFICATO

"A diradare nebbie offuscanti"

SALUTE

*Quando idea di salute
resta ricordo
una nuvola t'avvolge
in spazi sconosciuti
quando "illuminari"
non cercano la fonte
del germe sconvolgente
ma somministrano panacea
con sbeffeggio d'ipocondria:
ti senti muto
non ascoltato perduto
Nulla sfugge, però
alle trombe d'Eustacchio
o d'Igea, dea della salute
nostra
e subito organizza
volontari consulenti
a diradare nebbie offuscanti.*

Luciano Petroni



MOTIVAZIONI DELLA GIURIA

*Una scelta coraggiosa
quella di cimentarsi
con i versi anziché
con la prosa: scrivere
poesie non è mai facile
e ancora più difficile
è comporre strofe
su temi ostici o poco
frequentati. L'autore
però ce la fa: ricorrendo
a versi liberi e rinunciando
a rime facili e consuete,
ricostruisce, idealmente,
una storia clinica fatta
di diagnosi e di cure,
di tentativi e di "panacee"
che risultano beffarde e inutili.
Ma, suggerisce l'autore,
grazie alla nostra forza,
di volontà di vivere
e sopravvivere che è
in noi tutto possibile.
Anche sconfiggere il male.*

La Giuria

«uscivo più a sentire quello che il medico mi stava dicendo. Dopo 4 giorni, lunghi, eterni, e insieme troppo veloci per la mia smania di fare qualche cosa per combattere la bestia che sentivo dentro il mio corpo, mi indirizzarono ad un altro Ospedale, dove ebbe inizio la terapia. Non so se a causa della terapia oppure per l'ansia accumulata, la paura della morte non mi dava pace, la voglia di vivere s'affievoliva; sì, avevo paura che i medici mi stessero nascondendo qualche terribile verità. Non avevo voluto dire niente alla mia famiglia ed ero sola con il mio corpo ormai assottigliato, le mie occhiaie sempre più gonfie e sempre più

scure, il mio cuore a pezzi perché probabilmente mi sarebbe stata preclusa la maternità. Andai avanti lottando per un anno e mezzo, con continui esami, terapie, un anno e mezzo di ansie, di dolore, di sacrifici mentre la mia giovane età gridava disperata ma non voleva arrendersi. Un giorno, anzi "il giorno" della mia rinascita, il medico mi guardò negli occhi e mi restituì la vita, dicendomi: "È il momento per diventare mamma, i valori sono nella norma!" La felicità è un bene raro e indicibile, io l'ho provata in quel momento. Tutto quello che avevo fatto era dunque servito a restituirmi il corpo e a dare alla mia anima nuova forza,

a insegnarmi che nella vita non bisogna mollare, perché la vita è un bene straordinario e va vissuta anche nel dolore e va rispettata senza tradirla mai.

Rebecca Conti



Comunicare una diagnosi funesta L'ESPERIENZA DI UN RADIOLOGO

Le paure e le speranze dei pazienti

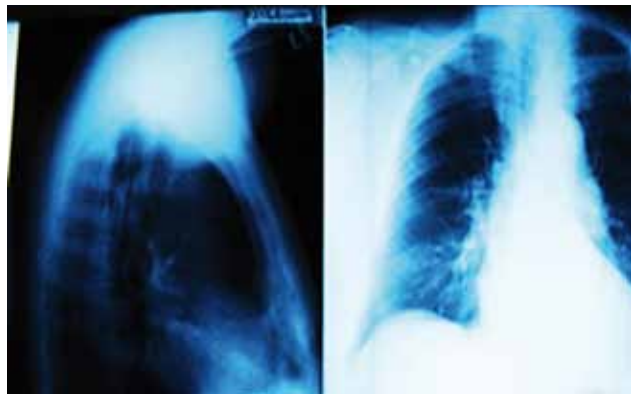
Sergio Principe
Referente Sportello Salute

Mi spiace, l'istologico ha confermato i miei dubbi: "è cancro!" Il vortice emozionale è grande, vedi la tua vita scorrere con immagini flash. La conferma di una diagnosi funesta, ti rende smarrito; purtroppo ancora oggi associamo la parola cancro alla morte. Questo binomio è inscindibile in alcuni casi, e il dramma provoca paura, lacerazione dell'anima, perdita di tutte le certezze preesistenti. Diciamo chiaramente che molte forme di questa malattia si possono combattere, tenere sotto controllo, sconfiggere, con adeguate terapie. La prima domanda che si pone il malato è: quanto resta da vivere? Come se l'essere umano non conoscesse già prima di questo evento che la vita è anche morte; questo per l'atavica paura della fine.



Il dolore fisico e morale diventa patrimonio non solo dell'ammalato, ma dell'intera famiglia; la percezione, i dubbi, le speranze accompagnano il cammino della malattia. Si cerca di ovattare e rendere meno difficoltoso questo studio della vita, grazie all'amore e ci si rivolge anche a quel Dio che forse per tanto tempo abbiamo ignorato. I rapporti personali con la società all'improvviso cambiano e le priorità

assolute divengono altre. Si costruisce un bozzolo protettivo intorno al malato che non deve essere mai lasciato solo; la sua battaglia è la nostra battaglia, la sua sopravvivenza è la nostra vittoria. Possiamo dirlo a gran voce: ebbene sì, di cancro si può vivere! Dico ciò non solo per motivi professionali, in quanto ho lavorato in strutture ospedaliere per oltre trent'anni, ma per esperienza personale che ha toccato la compagna della mia vita; come comprendevo il dolore e il disagio delle persone ammalate, ora conosco in prima persona le stesse emozioni. Questa è la battaglia che io e la mia compagna, tenacemente, vogliamo vincere. Cito una frase di Seneca: "Ci vuole una vita intera per imparare a vivere, ma cosa che ti stupirà ancor di più è che occorre una vita intera per imparare a morire".



INTERVISTA AL DIRIGENTE SANITARIO



Dott. Roberto Danese
Dirigente Sanitario

La Direzione Sanitaria del carcere, prevede un protocollo medico conforme alle misure di prevenzione attualmente in esercizio nella quotidianità esterna alle mura? O diversamente agisce solo in fede a cartelle cliniche già prescritte altrove? Esiste quindi una concreta possibilità di “diagnosi precoce” e “screening” mirati, perlomeno su individui di determinate fasce d’età? Con quali tempistiche?

Si sta organizzando l’applicazione dei protocolli di prevenzione ASL come all’esterno per tumori del colon retto e mammario, ma è necessaria la disponibilità definitiva dell’ASL città di Milano per attuare ogni tipo di formalità. Da parte nostra abbiamo dato l’idea di estendere i protocolli esistenti all’esterno anche all’interno dell’Istituto, affinché si possa intervenire in maniera opportuna con diagnosi precoci, soprattutto sui soggetti a rischio.

Ad esempio, sappiamo che fuori dalle strutture penitenziarie esistono protocolli sanitari medici nei riguardi delle donne per le quali si prevedono specifici “screening” come il Pap test e la mammografia a determinate fasce di età. È così anche qui? Come funziona?



Neoplasia di tessuto

Sono eseguite come fuori tutte le indicazioni di prevenzione e analisi necessarie. Per di più, alle donne detenute che ricevono comunicazione da strutture esterne di esami da eseguire nell’ambito di un programma regionale, è garantita ogni richiesta medica con possibilità di accesso per le visite o per le analisi necessarie anche presso le strutture ospedaliere esterne.

Nell’eventualità che fosse diagnosticato un tumore tra la popolazione detenuta, cosa prevede il protocollo? Come procede il trattamento del paziente?

In questi casi, ovviamente, è attuata immediatamente l’ospedalizzazione del paziente. Dopo tutte le cure necessarie e le precise diagnosi rilevanti in definitiva l’affezione da tumore in fase terminale, qual è la prassi? Esiste ancora la scarcerazione per incompatibilità al carcere, dovuta a tale problematica?

Dopo l’accertamento della patologia diagnosticata con supporti strumentali, da quel fondamentale momento si avvia la pratica d’incompatibilità con il regime carcerario che deve essere ovviamente valutata dalla magistratura competente secondo quanto indicato dalla normativa vigente.

La Redazione

MORBO CELIACO

Morbo celiaco o Celiachia. Malattia infiammatoria cronica dell'intestino tenue causata dall'intolleranza al glutine, proteina presente nei cereali.

Un tempo ritenuta patologia di interesse prevalentemente pediatrico, la celiachia viene attualmente diagnosticata in individui di tutte le età, con una incidenza variabile tra lo 0,3 e il 3,3% e maggiore frequenza nelle donne. Questo valore, in realtà, sembra essere sotto-stimato, poiché la malattia può essere asintomatica e non induce indagini mediche che ne rivelino la presenza, e per il fatto che la tecnica della biopsia digiunale si è affermata solo di recente; il numero, dunque, sembra destinato ad aumentare.

La malattia insorge come intolleranza verso una particolare componente del glutine, la gliadina, che ne rappresenta la frazione idrosolubile; l'organismo viene a contatto con tale molecola mediante l'ingestione di alimenti a base di farina di grano, orzo, segale e avena. Si innesca un processo degradativo della mucosa intestinale in cui si modifica l'epitelio superficiale, si approfondiscono le cripte di Lieberkühn, si infiltrano linfociti e plasmacellule. L'esfoliazione dell'e-



pitelio dei villi intestinali non viene adeguatamente compensata dai meccanismi di autoriparazione; per tale motivo, i villi si accorciano e si appiattiscono, fino a divenire atrofici e a perdere la propria funzionalità.

La più accreditata ipotesi di che modo la gliadina possa interferire con l'epitelio è fondata su basi immunitarie: la gliadina eserciterebbe una certa tossicità verso la mucosa intestinale causando infiammazione; a causa di ciò, alcune molecole antigeniche presenti sulla superficie delle cellule intestinali verrebbero riconosciute come non-self dal sistema immunitario, come se non appartenessero all'organismo, e scatenerrebbero la formazione di anticorpi e fenomeni autoimmuni.

Spesso i primi sintomi si manifestano nel periodo

dello svezzamento, quando il bambino tra i 6 mesi e l'anno di età viene a contatto con cibi contenenti glutine; in tal caso, l'intolleranza può mantenersi nei primi dieci anni, attenuarsi o scomparire del tutto e ripresentarsi dopo la terza decade. La celiachia può anche comparire nell'adulto tra i quaranta e i sessant'anni, a volte in modo insidioso e poco diagnosticabile e con sintomi più lievi rispetto alla forma infantile. Il sintomo più caratteristico è la steatorrea, emissione di feci chiare e grasse causate dal malassorbimento dei cibi, e vomito. In assenza di una cura adeguata, la malattia causa diminuzione di peso, rallentamento della crescita, rachitismo. La mancata assimilazione di sostanze nutritive essenziali causa squilibri e malnutrizione, ►►

◀ (spesso di tipo sideropenica a causa del mancato assorbimento di ferro), difetti della coagulazione (per l'insufficiente assorbimento di vitamina K), squilibri correlati al malassorbimento delle vitamine del gruppo B, e insufficienza della funzione dei surreni; anche la milza può risultare alterata (ipero iposplenismo).

La celiachia ha andamento cronico ma, se affrontata in modo adeguato, può regredire, permettendo la guarigione della mucosa intestinale e il recupero della sua funzione assorbente. La terapia comporta la completa abolizione degli alimenti contenenti glutine, in genere protratta per tutta la vita. Questa restrizione porta rapidi benefici: i sintomi più evidenti si riducono entro il primo mese mentre nell'arco di alcuni mesi avviene il recupero delle lesioni intestinali. Per un certo lasso di tempo viene anche eli-



minato il latte, a causa del deficit di lattasi. Possono essere somministrati anche corticosteroidi o farmaci immunosoppressori. In qualche caso il decorso può andare incontro a complicazioni, soprattutto se la diagnosi è molto tardiva. Tra le complicazioni possibili vi è la cosiddetta sprue collagenosica, che consiste nell'accumulo della proteina collagene sotto l'epitelio della mucosa, che rende il paziente meno sensibile alla dieta priva di glutine; in una bassa percentuale, la malattia può evolvere verso forme di tumore.

In Italia, nel 1982 e successivamente nel 2001, la

normativa prevede la prescrizione in regime gratuito di prodotti dietetici senza glutine; il decreto del 2001, in particolare, indica che la dieta deve basarsi per il 35% su tali prodotti dietetici e per il resto su cibi che sono naturalmente privi della proteina, quali riso, mais, patate e legumi. Nel settembre 2002 un gruppo di ricercatori della Stanford University (California) ha identificato la struttura della gliadina, corrispondente a una sequenza di 33 amminoacidi e capace di resistere all'azione degli enzimi digestivi. In vitro è stato osservato che l'impiego di uno specifico enzima elaborato da un batterio permette di frammentare questa sequenza in peptidi più piccoli, annullando la tossicità della gliadina.

*Walter Bortolozzo
Mohamed El Modather
Mauro Paccioj
Niki Tavecchio*



DALL'AREA SANITARIA

PROCEDURE PER L'INGRESSO DEL CIBO PER CELIACI

- Recarsi dal medico e esibire la documentazione (es. ticket, cartelle cliniche, ecc...);
- Rinunciare al vitto celiaco previsto dal carcere;
- Il detenuto deve richiedere alla Direzione che sia autorizzato l'ingresso nell'Istituto del proprio cibo oltre i 20 kg ministeriali come prevede il Disegno di Legge N°123 del 04.07.2005;
- Il cibo deve essere crudo e sigillato per evitare contaminazioni;
- Il detenuto richiede alla cucina che il cibo sul carrello sia consegnato al richiedente crudo.

a cura di **Andrea Tarantola**
Supervisore Sportello Salute

Nuovi traguardi CANCRO AL SENO

Il giorno del vaccino

Dagli anni settanta, con i cambiamenti dello stile di vita nel mondo occidentale, il numero di casi di carcinoma mammario è significativamente aumentato.

Oggi la malattia è considerata il risultato finale di fattori sia ereditari che ambientali e, se svariati sono i fattori di rischio identificati, sovente sconosciuta è la causa dell'insorgenza del carcinoma mammario, motivo per il quale le ricerche epidemiologiche forniscono informazioni sulla diffusione e sull'incidenza della malattia in una popolazione, ma non sono in grado di soddisfarle per un singolo individuo: il 5% circa di carcinoma mammario di nuova insorgenza viene attribuito a sindromi di tipo ereditario, ignota resta l'ori-



EDGAR DEGAS

Femme après le bain

gine del 95% restante. Non è ancora possibile evitare l'insorgenza del tumore mammario, ma è possibile scoprirlo quando è ancora piccolo e dominabile.

Ogni donna deve essere consapevole dell'importanza della prevenzione, che potrà imparare a praticare personalmente attraverso l'autoesame (palpazione) dopo i 30 anni e tenere sotto controllo con la mammografia dai 40/45 anni.

Ogni anomalia sospetta come eventuali variazioni nell'aspetto e nella forma del seno, in particolare del capezzolo, scoperta all'autoesame o alla mammografia, deve indurre alla consultazione tempestiva dal medico. Oltre alla mammografia, la diagnosi precoce del tumore mammario è applicata mediante ecografia, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare (RMN).

Dopo la prevenzione, per il domani, la ricerca ci prospetta altri traguardi. Il Cle-▶▶

L'OCCHIO DELLA DONNA

Essere donna, sentirsi sempre protagoniste, coraggiose e tenaci. È vero, le donne hanno sempre un ruolo fondamentale nella loro vita, abbiamo il coraggio e la capacità di riuscire a essere felici pur rimanendo sole.

Le situazioni estreme, come una detenzione, rendono sicuramente difficile il percorso, ma la tenacia e la forza prendono sempre il sopravvento. La forza di volontà è tanta e raggiungere un buon equilibrio è come scalare l'Everest con il rischio d'inciampare e cadere, ma quando si è giunti alla cima, il panorama, che i nostri occhi hanno il potere

di farci vedere, è splendido: l'aria pura che entra nei nostri polmoni ci restituisce la vita. L'idea della scalata può spaventare, quando le situazioni ti portano ad affrontare un periodo da sola, improvvisamente ti trovi

per conto tuo, ti senti abbandonata dal mondo, ma la tenacia è sufficiente a risvegliare il torpore, a notare in lontananza una grande luce di speranza che ti fa pensare a nuove prospettive per un futuro nuovo, la dignità, che ogni donna saprà in sé trovare, ti darà la forza ogni giorno di ricominciare.

Gaia Martini

◀veland Clinic Learner Research Institute (Ohio/Usa) ha sperimentato un siero contro il cancro al seno che funziona sui topi, nel giro di due anni verrà sperimentato sulle donne.

Si tratta di una notizia rivoluzionaria, un vaccino che potrà essere usato per prevenire il tumore nelle donne adulte e forse riuscire a eliminare il cancro al seno.

La ricerca, pubblicata su *Nature Medicine*, fa sperare che un giorno il vaccino possa essere usato per prevenire il tumore nelle donne adulte, così come i vaccini preven- gono molte malattie dell'infanzia.

È la prima volta che un vaccino agisce sulla formazione del tumore, quelli già in commercio sono, infatti, diretti al virus che li provoca (come avviene per il papilloma vi-



rus e il virus B dell'epatite, responsabili rispettivamente del tumore al collo dell'utero e di quello al fegato).

Blocca la malattia all'origine, quando le cellule iniziano a produrre lattealbumina e il sistema immunitario risponde perché non ancora indebolito dalla crescita del tumore.

La difficoltà di mettere a punto un vaccino anticancro preventivo deriva dal fatto che le cellule tumorali sono simili a quelle sane ed è pro-

blematico trovare un bersaglio contro cui scatenare il sistema immunitario perché lo distrugga; ora gli immunologi americani hanno scoperto che le cellule tumorali producono una proteina, alfa-lattoalbumina, e l'hanno utilizzata per costruire il vaccino.

La ricerca non cessa di sperimentare e la speranza di nuove soluzioni è viva in ogni donna, che ha il dovere intanto di confidare sulle diagnostiche di prevenzione in atto e partecipare attivamente agli esami di screening.

Riportando il "*Fuori al Dentro*", ogni donna detenuta potrà e dovrà chiedere di essere sottoposta alla mammografia a cura del Servizio Sanitario, proprio come avviene per i liberi cittadini.

Ada Shadow



Loris Laera

Ass. Polizia Penitenziaria

CAMMEO STORICO FUMO DI TABACCO

Nell'anno 1492 Cristoforo Colombo sbarcò sull'isola di San Salvador; la popolazione Arawak dell'isola offrì in dono al grande navigatore cibo, frutta e foglie di tabacco. Nella cultura dell'America Centro-Meridionale il consumo di tabacco per motivi religiosi e curativi avveniva già dal 1000 A.C.

Con la scoperta dell'America il tabacco fu conosciuto dagli europei, che osservarono i nativi americani che inalavano il fumo attraverso una canna cava chiamata tobago o tobaca. E uno degli uomini di Colombo, Rodrigo de Jerez, introdusse l'uso del tabacco in Europa, evento che lo portò ad essere imprigionato dall'Inquisizione spagnola, in quanto il fumo del tabacco veniva considerato alla stregua di un rito demoniaco (lo stesso Colombo aveva gettato le foglie di tabacco che gli

erano state offerte in dono).

Nel 1561 il dottore francese Jean Nicot consiglia alla sua regina, Caterina de' Medici, di sniffare tabacco per attenuare le forti emicranie di cui soffriva, e in suo onore la pianta del tabacco ebbe il nome botanico nicotiana.

Sul finire del secolo si diffondevano in Europa indicazioni mediche sulle sue proprietà curative, ma anche un suo voluttuario uso, che portava vari stati europei a bandirne la produzione ed il commercio. Nonostante questo il tabacco si diffuse e nel 1800 nascevano le prime manifatture industriali di sigari e sigarette e si radicava il consumo di massa. Soltanto dalla metà del Ventesimo Secolo cominciò a essere rilevata l'associazione tra il fumo di tabacco e varie patologie, come il cancro all'apparato respiratorio.

Il rischio di essere colpite aumenta con l'età

UNA PROBLEMATICATA TUTTA AL FEMMINILE

L'autoesame migliora la conoscenza del corpo

L'incidenza del tumore della mammella è in aumento rappresentando oggi, circa il 27% dei tumori femminili, ma da circa un ventennio si assiste ormai ad una lenta e continua diminuzione della mortalità grazie alla corretta informazione. A fronte di circa 40.000 nuovi casi/anno di cancro della mammella infatti, la disponibilità di nuove tecniche diagnostiche e di terapie innovative, ha permesso di registrare, per la prima volta, un abbattimento della mortalità al di sotto dei 10 mila casi l'anno con il contestuale miglioramento della qualità di vita. Motivo di tale successo sono le azioni preventive operanti su scala nazionale che si articolano su due livelli: quello primario basato sul riconoscere ed eliminare i fattori responsabili della malattia, e quello secondario che si basa su una diagnosi tempestiva del tumore che ne consenta un trattamento efficace.

I fattori di rischio, i più importanti riguardano l'età, la familiarità e la storia riproduttiva. Alcuni di essi sono imm modificabili: non si torna indietro con l'età, non si cambiano i genitori biologici e neanche il profilo genetico. Per la donna il rischio di essere colpita dal tumore mammario aumenta con l'età. L'incidenza di que-

sta malattia è infatti molto bassa al di sotto dei 35 anni mentre aumenta progressivamente dopo i 60 anni. Anche la storia familiare ha



molta importanza, ma solo il 10 % delle donne malate ha una parente di primo grado che è già stata colpita dalla stessa patologia. Una riduzione del rischio si osserva nelle donne con prole e tale protezione è tanto maggiore quanto più numerosi sono i figli e quanto più precoce è l'età al momento della prima gravidanza. Componente importante e invece modificabile è l'alimentazione. C'è un'associazione favorevole tra frutta e verdura e carcinoma mammario con un effetto di possibile protezione a causa degli agenti anti-ossidanti (vitamine A, C, E) presenti nei vegetali

che proteggono le cellule dai danni ossidativi. Anche l'attività fisica gioca un ruolo protettivo e sia prima che dopo la menopausa una regolare, anche se modesta, attività fisica quotidiana può ridurre il rischio del 30%. Obiettivo del secondo livello di prevenzione è trovare tumori iniziali infatti se un tumore della mammella viene identificato e trattato precocemente, le possibilità di guarigione della donna si moltiplicano. L'autoesame del seno, detto anche auto-palpazione, consente di migliorare la conoscenza del proprio corpo, facilita una diagnosi tempestiva di lesioni palpabili, avviando senza ritardi l'iter diagnostico ed il programma terapeutico. L'autoesame va ripetuto al termine di ogni flusso mestruale nelle giovani donne oppure, con cadenza mensile, nelle donne in menopausa.

La mammografia è il migliore strumento per diagnosticare precocemente un carcinoma mammario, spesso prima dell'apparire dei sintomi. Si raccomanda che sin dall'età di 50 anni ogni donna vi si sottoponga regolarmente ogni 2 anni. L'ecografia è da considerarsi molto utile a completamento della mammografia sia per diagnosticare molte lesioni benigne come le cisti, sia per reperire in modo ▶▶

◀ facile le lesioni evidenziate con la mammografia, ed indirizzare l'agoaspirazione e la biopsia chirurgica.

Per una strategia preventiva facilmente sostenibile è ragionevole raccomandare di evitare il sovrappeso, di praticare tutti i giorni un

po' di attività fisica (almeno una camminata veloce di mezz'ora), di preferire i cibi a basso contenuto di grassi orientandosi verso il pesce e l'olio di oliva, di aumentare il consumo di frutta e verdure fresche. Imparare l'autoesame del seno e par-

tecipare ai programmi di screening mammografici aiuta a riconoscere la malattia per tempo offrendo le migliori garanzie di trattamenti risolutori.

Dott. Virginio Filipazzi

Dipartimento Oncologico Ospedale

"Luigi Sacco" Milano

SALUTE DELLO SPIRITO

LIBERATO DALLA PAROLA INCARNATA

Visitando le persone negli istituti di pena ho avuto modo di conoscere una ragazza, C.E. Quando viveva nel suo paese, voleva farla finita con la vita e varie volte aveva tentato il suicidio. Spesso la trovavo col morale a pezzi e scoraggiata, ma grazie ad una amica iniziò a partecipare agli incontri di gruppo che svolgo spiegando la Bibbia. Facendosi forza incominciò a leggere la Bibbia e a partecipare ai nostri incontri che seguì regolarmente. Mi raccontò, con le lacrime agli occhi, che parlando al telefono con la mamma le dice-

va che nonostante si trovasse in una casa di pena si sentiva veramente libera. Tutto questo è stato possibile perché leggendo la Parola del Signore ha conosciuto Gesù, che l'ha liberata dal peso degli errori commessi e le ha dato quella pace che solo Lui può offrire. Dall'esperienza di C.E. mi rendo conto che un libro come la Bibbia può agire in modo così radicale da portare risultati evidenti nella vita di una persona. La Parola di Dio raccoglie quelle testimonianze ispirate, dalle quali io come figlio suo sono chiamato a riconoscere le scintille del Suo grande amore.



Così accolgo la Via che il Signore nella sua bontà mi ha offerto, per riportarmi nella sua famiglia dalla quale mi ero separato quando avevo deciso di fare a meno di Lui. Ho bisogno di fiducia, di sicurezza, di pace e serenità

che posso ricevere solo riannodando una relazione con Colui che mi ha creato e salvato da una distruzione sicura. Gesù, in quanto Parola fatta carne, è venuto proprio con lo scopo di ricondurre alla casa del Padre liberandomi dalla schiavitù del peccato. Come tutti, anch'io ho bisogno di essere liberato, di provare la gioia di sentirmi accolto e di vivere nella speranza che grazie a Cristo, il suo regno inizia nella mia vita oggi e continuerà per l'eternità. Così come lo è stato per C.E., la quale è uscita dal suo tunnel e con la grazia del Signore è riuscita a ritornare al suo paese, dove è andata a cercare una comunità evangelica che studiava la Bibbia ed ora vive serenamente come figlia di Dio. Grazie al Signore per la Parola potente e vivente che continua a trasformarmi ogni giorno, sono certo che questo miracolo accadrà anche per te che leggi, sempre che tu lo voglia...

Pastore Francesco Mosca

Chiesa Cristiana Avventista del 7° Giorno



Consigliabili visite periodiche

IL CAVO ORALE

Alcool e Tabacco i maggiori fattori di rischio

Dott.ssa Antonella Sparaco

Primario Equipe Odontoiatrica Ospedale L. Sacco-Milano

Le malattie tumorali della bocca costituiscono una condizione importante se si pensa che rappresentano circa il 5% di tutti i tumori.

Il cavo orale, oltre ai denti, comprende: le gengive, la superficie interna delle guance, il pavimento (la parte sottostante la lingua), il palato, le labbra e la zona retro molare, la lingua che è la sede più frequente di un processo tumorale.

I tumori maligni della lingua rappresentano, infatti, il 30% di tutti i carcinomi della bocca. I principali fattori predisponenti l'insorgenza della malattia sono l'alcool, il fumo e l'età superiore ai cinquant'anni.

Tutti sanno che le sigarette contengono sostanze cancerogene, ma forse non è ancora noto a tutti che il tabacco abbassa la capacità di difesa dell'organismo nei confronti del tumore, ponendosi come ostacolo ad una proteina che lavora annullando le cellule con DNA difettoso, quelle che più facilmente si trasformano in cellule cancerose.

L'alcool è un vasodilatatore, per cui là dove dilata i vasi sanguigni del cavo orale, fa sì che il fumo sia assorbito più agevolmente. Il cancro colpisce, più che altre strutture, la base della bocca e la lingua,



cioè proprio quelle zone che fanno da serbatoio al fumo.

Per le persone che possiedono entrambe le abitudini - alcool e fumo - il rischio aumenta di circa quindici volte. Anche i processi infiammatori del cavo orale che non vengono trattati tempestivamente, la scarsa igiene orale, la masticazione del tabacco, l'abitudine di assumere cibi molto caldi e piccanti e bevande particolarmente calde rappresentano fattori potenzialmente cancerogeni.

Il tumore del labbro, più comune negli uomini, si sviluppa soprattutto in persone dalla pelle chiara che trascorrono molto tempo al sole.

La presenza di una macchia bianca o bianco-rossastra o di tumefazioni (gonfiori) persistenti, che non tendono a regredire nel giro di

qualche settimana, devono essere sempre motivo di attenzione.

Lo stesso vale per eventuali ferite che stentano a guarire o a rimarginarsi, o lesioni recidivanti, anche riconducibili a margini rugosi o taglienti di protesi fisse o mobili. Queste lesioni devono costituire sempre un fattore di allarme, tale da spingere il paziente a richiedere una visita specialistica dall'odontoiatra al fine di pervenire ad una diagnosi accurata.

Sta proprio nella diagnosi precoce la chiave del successo della terapia che dovrà essere eseguita.

Come sempre, la scelta della terapia dipende dalla localizzazione e dal volume del tumore, da un eventuale interessamento dei linfonodi, nonché dall'età e dall'operabilità del paziente.



Quando la sofferenza è così vicina **IL CANCRO DEL PANCREAS**

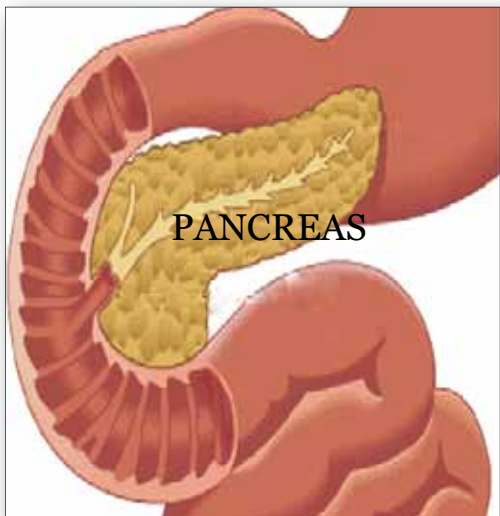
Un tumore difficile da contrastare

Danilo Romano
Redattore

La diagnosi precoce del cancro pancreatico è davvero difficile, poiché i sintomi sono molto aspecifici e vari. I sintomi comuni includono il dolore addominale, la perdita dell'appetito, l'ipersensibilità della pelle del torace, addome, parte lombare, schiena e una forte perdita di peso. Tutti questi sintomi possono infatti, essere imputati ad altre cause. Dunque, la diagnosi del cancro pancreatico è spesso un evento tardivo al suo sviluppo. Quest'ultima frase non posso far altro che attestarla, poiché mia nonna venne a mancare per questo male. Era gennaio del 2004, quando per via di una forte perdita di sangue fuoriuscita dalla bocca, le fu riscontrato un tumore al pancreas in stato ormai avanzato. Il

male aveva cominciato la sua ramificazione, secondo la diagnosi, da quasi sette anni, e quando gli fu riscontrato era troppo tardi per procedere con l'eliminazione totale. Venne comunque sottoposta all'esportazione quasi integra dello stomaco, anche se i medici ci comunicarono che il tumore

sarebbe ricomparso più forte di prima. In effetti, non passarono più di tre mesi che il suo corpo era di nuovo invaso da metastasi, che si estendevano ovunque e queste portarono alla fuoriuscita della bile dal pancreas, colorando così tutta la sua pelle di giallo scuro. Il tumore stava facendo il suo corso inarrestabilmente.



Ci sentivamo impotenti davanti a tutto ciò, e lei soffriva sempre di più. A febbraio 2005 fu ricoverata d'urgenza in ospedale, per effettuare una gastroscopia ma non riuscirono ad eseguirla, poiché il tumore era arrivato fino alla gola. Fu dimessa e poiché non sarebbe più riuscita a mangiare, le fu

assegnato un infermiere che per tre volte al giorno veniva ad applicarle delle flebo, con le quali si nutriva e idratava. Passò un altro mese tra sofferenze e peggioramenti, non si alzava più dal letto e le vene si cominciavano a ritirare. Il mattino del 20 Marzo 2005 l'infermiere non riuscì ad applicarle le flebo, le vene erano scomparse, era questione di ore e poi... La notte stessa eravamo tutti al suo fianco, stavamo male, lei gridava dal dolore fino a quando cadde in coma epatico; in un'ora si spense, era morta, la vidi diventare bianca ma col sorriso, si era finalmente liberata dal male che per un anno l'aveva fatta soffrire. La mia

prima frase fu "hai finito di soffrire" e poi silenzio. Dopo cinque anni ancora ho quelle scene di dolore in testa, create da un male che preso in tempo non avrebbe dato forse questi problemi. Questo ci insegna che tenere sotto controllo la propria salute è più importante che mai, facciamolo!

Tumori al Colon

I POLIPI PREDECESSORI DI NEOPLASIE

La valenza della dieta mediterranea

Il colon è la parte terminale dell'intestino, la sua principale funzione è l'assorbimento delle sostanze nutritive introdotte con l'alimentazione, il compattamento delle scorie e il recupero dell'acqua. Il tumore del colon fa registrare circa 38.000 nuovi casi anno in Italia e si colloca al 2° posto come causa di morte per tumore, nelle donne dopo quello della mammella e nell'uomo dopo quello polmonare. I fattori di rischio più importanti per questa malattia riguardano l'età, la familiarità, lo stile di vita, l'alimentazione e alcune sindromi infiammatorie croniche.

È possibile ereditare il rischio di ammalarsi di cancro del colon se nella famiglia di origine è presente la poliposi familiare.

La dieta rappresenta di certo il fattore più studiato. I modelli alimentari evidenziano come l'assunzione di una dieta ipercalorica, con zuccheri e carboidrati raffinati, con molta carne rossa, insaccati e cibi affumicati, patate fritte, latte intero ricco di grassi, dolci, snack salati, burro, maionese e cereali raffinati, insieme a fumo di tabacco, e alcool in eccesso siano pesantemente associate allo sviluppo di tumori

del colon. Alla protezione delle mucose intestinali sono invece deputate le fibre alimentari, in particolare quelle che non sono digerite, come la crusca.

Anche alcune malattie croniche intestinali, come la retocolite ulcerosa e il Morbo di Crohn, rendono necessari controlli attenti e periodici, poiché costituiscono un fattore di predisposizione al cancro del colon-retto. Nel 90% dei casi il cancro del colon è preceduto da una lesione benigna, il polipo, il cui riconoscimento e rimozione comporta il mancato sviluppo della neoplasia. Non tutti i polipi tendono a degenerare; si stima che solo il 25% si trasformi in un tumore maligno, in particolare quelli che presentano una componente villosa e dimensioni superiori a un centimetro. In questi casi l'asportazione del polipo, generalmente eseguita anche per via endoscopica, elimina il rischio di tumore in quella sede. S'impone quindi la necessità di un esame che evidenzi i polipi predecessori dei tumori. Il fatto poi che i polipi possano sanguinare in modo impercettibile, fornisce un sintomo di allarme che può rimanere inavvertito per lungo tempo. Questo sanguinamento, che è pertanto

definito "occulto", oggi può essere rilevato da un esame molto sensibile e specifico: la ricerca del sangue occulto fecale. Un sanguinamento occulto è attribuibile a lesioni tumorali solo nel 30-40% dei casi; nei rimanenti può essere causato da altre alterazioni delle mucose come le emorroidi, le ragadi, le fistole, i diverticoli, le gastriti e le varici esofagee. L'indagine successiva più appropriata è sicuramente la colonscopia che consente la visione diretta della superficie interna del colon e del retto. La colonscopia permette di osservare direttamente la mucosa intestinale identificando eventuali anomalie come infiammazioni, polipi o tumori. In caso di necessità è possibile prelevare, in maniera indolore, piccoli frammenti di tessuto, le biopsie, ma anche asportare completamente eventuali piccoli polipi. Anche in assenza di sanguinamenti occulti è comunque consigliabile eseguire almeno una colonscopia nella vita dopo i 50 anni di età. Con poche e semplici attenzioni è possibile migliorare la propria salute oggi e ridurre il rischio futuro di tumore.

Dott. Virginio Filipazzi

Dipartimento Oncologico Ospedale

"Luigi Sacco" Milano



Dott.ssa Angelina Quattrocchi
Educatore

L'Infermeria CREARE DELLE OPPORTUNITA'

Condividere e valutare insieme

Quando mi è stato affidato il compito di occuparmi dell'infermeria qualche mese fa, non nascondo che molte sono state le remore e le diffidenze che mi hanno accompagnata.

Come riuscire a conciliare l'aspetto detentivo-risocializzativo senza pregiudicare la salute dei ristretti di questo reparto nell'esercizio del mio ruolo, che è proprio quello di creare delle opportunità e delle modalità relazionali diverse rispetto a quelle originariamente acquisite dai detenuti?

Prima di entrare fisicamente in questo posto l'ho immaginato come un luogo nel quale usare molta cautela a causa delle patologie dei suoi utenti a cui sommare l'aggravante del reato. Un binomio piuttosto delicato ed aggiungo una bella sfida da portare avanti con tutti i rischi del caso.

Per diverso tempo è stata terra di nessuno, visto che fino ad ora non c'è stato un punto di riferimento stabile e continuativo rispetto alla presenza di educatori che potesse svolgere un ruolo di coordinamento. E' stata senza progettualità, senza obiettivi, senza spazi e senza risorse umane a cui appoggiarsi per pensare di ren-

derlo uno spazio altrettanto vivibile e usufruibile. Quindi l'obiettivo che mi sono imposta, sperando di riuscire nell'intento, è stato quello di ridarle impulso e dignità, attraverso una concertazione con la dirigenza dell'istituto, gli agenti e gli utenti del reparto.

Non ho mai pensato di imporre le mie scelte operative senza che potessero essere condivise e valutate insieme a tutti i soggetti interessati, tenendo sempre ben presente i limiti legati alle condizioni di salute e di ristretti, ai quali non può essere negato il diritto di non sentirsi esclusi e diversi da tutto il resto della popolazione detenuta nello svolgimento delle attività trattamentali proposte dall'istituto sotto il coordinamento e l'accompagnamento della sottoscritta.

L'infermeria è un punto nevralgico dell'istituto non solo perché luogo di riferimento per la cura delle diverse patologie attraverso il presidio medico e infermieristico di tutta la popolazione detenuta e quindi di transito temporaneo, ma perché è una sezione a tutti gli effetti che ospita un numero, seppur esiguo, di detenuti le cui

condizioni richiedono uno spazio di maggiore tutela.

In poco tempo grazie alla collaborazione di molti ma non di tutti i suoi utenti, questo spazio ha incominciato a plasmarsi secondo le sue esigenze, grazie al fermento e al clima di positività che si è creato. Abbiamo lavorato con le poche risorse a disposizione superando le reticenze e le diffidenze di alcuni suoi utenti, restii e superbi, votati all'isolazionismo e alla derisione del lavoro che si è deciso di portare avanti.

In questo percorso che si è intrapreso un grosso placet va fatto a tutti gli agenti di questa sezione, alla disponibilità a coadiuvarci, alla pazienza e al supporto psicologico che non hanno mai fatto mancare esulando dal semplice ruolo custodiale che può risultare prioritario, nonostante il loro numero esiguo e gli obblighi che il servizio impone, cercando sempre di optare per la mediazione e il dialogo.

Un altro riconoscimento va ai volontari che hanno deciso di collaborare con noi, mettendosi al servizio dei detenuti per lavorare con loro e per loro.

*"Una
sfida da
portare
avanti"*

LA TRATTA

L'epilogo di una realtà



Marcello Mazzeo
Redattore

In Italia è sempre più presente il desiderio di possedere un animale domestico. Uno studio pubblicato sul New York Time mostra come negli ultimi anni il giro d'affari che ruota intorno al PET shop sia secondo solo alla tecnologia, volendo dare un'idea si sta parlando di svariati miliardi di euro in tutto il pianeta. Quando si va ad acquistare un cane, si pensa sempre a un lavoro fatto d'amore e tenerezza alle spalle del cucciolo ma a volte non è così.

A raccontarci i drammi, i misfatti e i lauti guadagni è chi per anni ha vissuto in questo mondo.

Perché hai iniziato questo lavoro?

A chi racconta che chi fa questo lavoro è un animalista, io rispondo: baggianate! Chi svolge questo mestiere lo fa solo per soldi.

Da dove provengono la maggior parte dei cani?

La maggior parte dei cuccioli proviene dall'Europa dell'Est.

Per quale motivo arrivano dall'Est e non dai nostri allevatori in Italia?

Perché c'è un mercato più vasto, senza controlli e con prezzi inferiori all'80%.

Quali sono le condizioni di viaggio?

La maggior parte arrivano stivati e nascosti nei bagagliai delle autovetture e dei furgoncini; si parla di una cinquantina di cuccioli ammassati in uno spazio molto ridotto.

In che modo influisce questo sulla so-

pravvivenza dei cuccioli?

Il 20% non sopravvive alle condizioni del viaggio e un altro 10% muore nei giorni successivi a causa dello stress subito. Sia chiaro che il cucciolo parte sano ma affrontando un viaggio così duro il suo organismo è indebolito e le sue difese immunitarie sono annientate, in quel caso anche una semplice influenza può ucciderlo nel giro di poche ore e contagiare gli altri. In questa situazione assistiamo a una spietata selezione naturale, dove solo i più forti restano in vita!

Quali sono gli anelli di congiunzione tra la richiesta e l'offerta?

Il cucciolo è offerto a famiglie e privati che lo acquistano in negozi di animali o pseudo venditori, tramite riviste o internet che, a loro volta, si procurano i cuccioli da allevamenti, contrabbandieri e molti altri canali i quali si servono di corrieri e trasportatori. Molta è la corruzione in ogni fase del "percorso", insomma tutti hanno la loro fetta.

In conclusione qual è il rimedio per porre fine a tutto questo?

Il problema è all'inizio, nella nostra cultura e nella nostra educazione. Un cane va amato per quello che è, non per la razza a cui appartiene; finché ci sarà gente che acquisterà un cane per poterlo sfoggiare nelle migliori occasioni, avremo contribuito in modo forte e decisivo a tutto questo orrore, non denunciandolo!



SETTE NOTE

Un grande mistero ci attrae

È sera, che sera, con il vento e la musica...quello che si prova!! Alla mia finestra svolazzano improbabili tende, ritaglio di vecchie lenzuola, che un tempo forse erano bianche ma l'aria, il vento di oggi, le contorce e le fa volare in ogni direzione facendole sembrare come una vela alla deriva. Irresistibili: sono sempre attratto da queste grandi finestre che nonostante il peso di ferro che si portano dentro, restano aperte da sembrare "una ferita che mai si rimargina" verso la città. Si affacciano verso l'esterno ma separano concretamente il "mondo" libero dal nostro, dove stranamente le percezioni del tempo e dello spazio risultano completamente stravolte. La musica è il solo regalo, è l'unico privilegio che mi concedo da quando sono qui: un rito ogni sera come una preghiera. Per troppo tempo ho trattato male me stesso e in questo modo, a causa del disordine e dell'incertezza della mia vita, il peso di tutto questo rende impossibile qualsiasi unione.

Oggi, per prima cosa, credo che imparare a voler bene a se stessi sia necessario per poter condividere qualunque progetto con qualcuno. A volte restiamo impigliati nelle nostre convinzioni, al punto di non riuscire più a distinguere né a rispettare la scala naturale dei valori, esponendoci a pericolose



conseguenze; la nostra salute è la prima a dover essere rispettata e abusarne può diventare una maledizione. Per fortuna c'è la musica e non è un'esagerazione, se oso nel dirvi che si potrebbe restare sorpresi nel conoscere con esattezza i risultati scientifici degli effetti benefici che si riflettono sull'organismo degli esseri umani, sugli animali e naturalmente sulle piante, realizzati con tecniche di terapie musicali applicate. Di certo non resteremo delusi. La musica è anche discussione, rilassamento, abbassa le barriere che in noi abbiamo innalzato permettendoci maggiori disponibilità e aperture con noi stessi e il prossimo. Innalza anche le nostre capacità di emozionarci. La musica è poesia! Bastano sette note ed è certo che riusciranno a comprenderla tutti, ogni angolo della terra, ognuno in una lingua diversa, di qualunque religione. E' unica perché possiede questo privilegio, questo grande mistero che attrae: perché ci fa sentire meglio, perché ci fa stare bene?! Quindi la musica è amore! Che cos'altro può esserci di più intenso?

Mario Visentin





Michele Di Lernia
Redattore

Contro il fumo attivo e passivo

SENSIBILIZZAZIONE IN ISTITUTO

Regole sì, ma con intelligenza

Che la sigaretta possa far male è noto a tutti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha inserita fra le sostanze che determinano tossicodipendenza, al pari degli stupefacenti e dell'alcool, però probabilmente nessuno sa con estrema precisione cosa la sigaretta contenga, quali siano i fattori tossici e quali quelli cancerogeni che vengono emessi fumandola. Cosa succede quando accendiamo una sigaretta? Le sostanze che si liberano durante la combustione si condensano sullo strato successivo di tabacco non ancora acceso così che, ad ogni aspirazione, la loro concentrazione aumenta, e alla fine il loro contenuto relativo è circa 4 volte superiore che all'inizio. Il fumo emesso direttamente dalla combustione del tabacco contiene concentrazioni maggiori di sostanze tossiche rispetto alla frazione di fumo espirata. Ciò è dovuto al fatto che durante l'inalazione il tabacco è bruciato ad una temperatura più alta che consente una più completa combustione degli agenti tossici in esso contenuti. Il materiale che si ritrova nel filtro per effetto della combustione si definisce "catrame". Si è cercato di ridurre le concentra-



zioni di catrame e nicotina presenti nella sigaretta, ma il monossido di carbonio, invece, non è trattenuto da nessuno dei filtri oggi disponibili. **Nel Carcere di Bollate la redazione di Salute inGrata unita a quella di carteBollate ha effettuato una campagna di sensibilizzazione sul fumo; mediante un questionario sottoposto ad un campione della popolazione detenuta, personale di Polizia Penitenziaria ed operatori vari si sta, in pratica, confrontando il pensiero della popolazione di Bollate a scopo statistico.** Le disposizioni ordinamentali in materia di Pubblica Amministrazione

ne a cui si riferisce la Legge 16 gennaio 2003 n°3, di cui all'Art.51, impongono il divieto di fumare nei locali chiusi, fatta eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico, quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati. Tale regolamento prevede che in tutte le strutture in cui le persone non fumatrici sono costrette a soggiornare non volontariamente, devono essere previsti locali adibiti ai fumatori. Bar, uffici e ristoranti, dal 13 Gennaio 2005, si sono attrezzati per adeguare i propri locali alle norme che proteggono la salute di chi non utilizza tabacco e non fuma, in modo che non si verifichino situazioni nocive di fumo passivo. Nelle aree per non fumatori dovranno essere apposti cartelli con la scritta "VIETATO FUMARE" con le indicazioni delle prescrizioni di Legge, delle sanzioni e dell'Autorità competente a vigilare. Chi vi scrive non ha mai fumato una sigaretta in vita sua, tuttavia, sull'argomento in questione ci sarebbe da fare una considerazione: "L'uomo moderno sta rinunciando alla possibilità di essere felice in cambio di un po' di sicurezza, ma rischia di dimenticare che si muore perché si vive!"



Interventi legislativi

TROPPO FUMO NIENTE ARROSTO

Servizi di trattamento

Prof. Giacomo Mangiaracina

Docente in Igiene e Medicina Preventiva Università La Sapienza

Nel 1600 Giacomo I d'Inghilterra, nella sua "Invettiva contro il tabacco", scrisse che l'abitudine al fumo era disgustosa per gli occhi, odiosa per il naso, dannosa per il cervello, pericolosa per i polmoni. A distanza di 4 secoli nulla è cambiato. Vengono fumate nel mondo 15 miliardi di sigarette da 1 miliardo e 200 milioni di persone totalmente dipendenti dal tabacco. In Italia di sigarette se ne fumano 50 miliardi l'anno e i tabagisti sono oltre 12 milioni. Così il tabagismo è diventato oggi la prima causa di morte evitabile nel mondo. Tra tumori, asma, enfisema, bronchite cronica, malattie del cuore e delle arterie, uccide oltre 80.000 italiani ogni anno. Che si fa per limitare i danni? Tre sono in linea generale le azioni: 1) interventi legislativi; 2) servizi di trattamento; 3) prevenzione.

Interventi legislativi

L'Italia ha fatto buone leggi per contrastare il fumo fino al 1975 (legge 584), quando si vietava di fumare nei cinema, ma anche nelle scuole, negli ospedali e sui mezzi di trasporto. Purtroppo negli ospedali e nelle scuole si è continuato a fumare fino all'arrivo della Legge Sirchia, entrata in vigore

il 10.01.2005, che ha finalmente depurato gli ambienti di lavoro e di svago dal fumo passivo e ha inasprito le sanzioni. Se una persona dovesse fumare a scuola o in un qualsiasi luogo di lavoro, specie l'ospedale, commetterebbe una violazione e scatterebbe la denuncia e la sanzione. Ogni struttura deve a questo scopo designare un dipendente alla vigilanza del rispetto delle norme. Altrimenti risponde il direttore, il gestore o il responsabile della struttura. L'ambiente penitenziario non ha deroghe sulla legge, pertanto il divieto vige anche in questo ambito.

Servizi di trattamento

Il tabagismo è ad ogni effetto una patologia da dipendenza, non un "vizio". Per tanto dal 2000 ad oggi viene trattata con un approccio integrato che vede il sostegno psicologico e l'impiego di farmaci. Si inizia il percorso con un colloquio clinico, la misurazione del monossido di carbonio nell'aria espirata, e si conclude dopo alcune settimane attraverso counselling individuale e la terapia di gruppo. Le metodologie sono diverse ma la cosa più importante è che il trattamento venga effettuato in centri specializzati, codificati dal Ministero della

Salute, o in ogni caso da operatori specializzati in questa materia, per i quali vi sono corsi anche universitari.

Prevenzione

Questo è l'ambito di più difficile conseguimento di risultato perché di prevenzione del tabagismo se ne fa poca e male. Per le campagne nazionali occorrono fondi che lo Stato non ha e gli interventi nelle scuole sono disomogenei e scarsi. Occorre formare operatori efficaci che siano in grado di lavorare su obiettivi precisi. Anche l'ambito penitenziario potrebbe vedere operatori opportunamente formati come coadiutori e promotori della salute. La Società Italiana di Tabaccologia ha sollevato il problema del fumo negli ambienti penitenziari sin dal 2001 e continua a segnalare mancanza di iniziative specifiche in questo campo. L'errore di fondo è la concezione vecchia del fumo e del fumatore: non lo si vede come malato di tabagismo e capace di contagiare altri col suo fumo.

Prof. Giacomo Mangiaracina

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva 2° Facoltà di Medicina, Università La Sapienza di Roma; Presidente Agenzia Nazionale per la Prevenzione. Direttore rivista Tabaccologia.



Ass.ne Gli Amici di Zaccheo-Lombardia
www.amicidizaccheo-lombardia.it
info@amicidizaccheo-lombardia.it
vivibk@libero.it cell. 3477402524
www.carcerebollate.it
Centralino 2° C.R. Milano-Bollate Tel. 02 38201617

Siamo ON LINE!

www.amicidizaccheo-lombardia.it

Puoi leggere tutta

SALUTE inGRATA a colori

Clicca sul link **SALUTE inGRATA**

o sulla copertina

del numero che ti interessa

e **SFOGLIA!!!**

Puoi trovare Salute inGrata anche su FACEBOOK



AVVISO IMPORTANTE

A partire dal mese di ottobre i colloqui con gli operatori dello Sportello Salute si svolgeranno in infermeria il mercoledì, giovedì e venerdì dalle 13:00 alle 15.00, previa domandina (Mod. 393).

I referenti dello Sportello Salute sono: il Supervisore Andrea Tarantola e il Segretario Settimo Manfrinato.

I referenti di Reparto sono:

1° Rep. Luigi Mirabelli;

2° Rep. Maurizio Lucarelli;

3° Rep. Mohamed El Modather, Niki Tavecchio, Walter Bortolozzo;

4° Rep. Bogdan Burlacu, Giovanni Conte;

5° Rep. Julian Herrera;

7° Rep. Walter Costantini, Claudio Marchitelli, Luigi Polichetti, Sergio Principe, Cristian Samiolo.



COOPERATIVA SOCIALE

