

ematos

PERIODICO DI INFORMAZIONE E DIVULGAZIONE MEDICA DELL'ASSOCIAZIONE MALATTIE DEL SANGUE

SETTEMBRE 2013 • numero 022 • anno IX

Periodico di AMS Onlus • Struttura Complessa di Ematologia
Ospedale Niguarda Ca'Granda • Milano

www.malattiedelsangue.org

quaranta anni in trincea

022

la genetica forense

cos'è e a cosa serve uno studio clinico

dossier congressi



Sostieni L'AMS

Ogni euro raccolto è speso per offrire ai pazienti ematologici le migliori possibilità di cura, guarigione e qualità di vita

anche tu

mettiti al fianco dei nostri medici, infermieri e ricercatori

DONAZIONE IN POSTA

Utilizza il **bollettino** già intestato allegato alla rivista
c/c postale n. 42497206
intestato a Associazione Malattie del Sangue, Piazza Ospedale Maggiore 3 – 20162 – Milano

DONAZIONE TRAMITE RID

Aderisci al programma
"Un caffè al giorno...
Aiuta il medico di turno!"
Scarica il modulo online o contatta AMS per attivare la tua donazione periodica tramite domiciliazione bancaria

DONAZIONE ON LINE

Visita il sito:
www.malattiedelsangue.org
Clicca sul bottone **Dona Ora** per donare in qualsiasi momento tramite la tua **carta di credito** o il conto **PayPal**

VAI AL SITO



DONAZIONE IN BANCA

Utilizza uno dei seguenti IBAN per il bonifico a favore dell'associazione:

Banca Popolare di Milano
IT 63 D 05584 01615 000000043254
intestato a Associazione Malattie del Sangue

Banca Prossima
IT 38 H 03359 01600 10000 0070990
intestato a Associazione Malattie del Sangue

e... non dimenticare l'appuntamento annuale con il

Cinque per mille

firma e indica il Codice Fiscale

97225150156

alla sezione "Sostegno volontariato e organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni" della dichiarazione dei redditi

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA **Mario Rossi**

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97225150156

BENEFICI FISCALI

AMS è una **ONLUS** (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale), di conseguenza le erogazioni a suo favore, se effettuate tramite sistema bancario o postale - anche utilizzando il pagamento on line con carta di credito - **sono deducibili**:

dai Privati

Nella misura massima del 10% del reddito imponibile o fino ad € 70.000 (vale il minore dei due limiti) Decreto Legge 14.3.2005 n° 35 art. 14 e Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 15 aprile 2011

dalle Persone Giuridiche

Senza limite d'importo Legge 23.12.2005 n° 266 art.1 comma 353 e Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 15 aprile 2011

Per ottenere la deducibilità ricorda sempre di allegare alla tua dichiarazione dei redditi il documento idoneo attestante il versamento effettuato.

Direttore Responsabile:
Michele Nichelatti

Direttore Scientifico:
Enrica Morra

Redazione:
Maria Erminia Acquistapace
Marco Brusati
Silvia Cantoni
Antonino Greco
Milena Lodola
Flavia Mammoliti
Anna Maria Nosari
Marialuisa Pioltelli
Eleonora Piraino
Alessandra Trojani
Mauro Turrini
Vittorio Zilioli
Elena Zini

Grafica e impaginazione
Andrea Albanese

Editore
Associazione Malattie del Sangue Onlus
per la promozione della ricerca
e per il progresso nel trattamento delle
leucemie e delle altre malattie del sangue
D.L. 04/12/97 n. 460/97 art. 10 comma 8
iscritta al Registro Regionale del Volontariato
Sezione provinciale di Milano MI-567 – Decreto
15/04/11 n. 754

c/o Ematologia
Ospedale Niguarda Ca' Granda
Piazza Ospedale Maggiore 3
20162 – Milano
C. F. 97225150156

telefono e fax 02 64 25 891
www.malattiedelsangue.org
associazione@malattiedelsangue.org



Creative Commons

alcuni diritti sono riservati
I contenuti di Ematos possono essere modifi-
cati, ottimizzati e utilizzati, con citazione della
fonte, come base per altre opere non com-
merciali da distribuirsi esclusivamente con
licenza identica o equivalente a questa.

Foto
istockphoto.com
Nicola Vaglia

Stampa
ALMACA srl
Via Piana 3
38042 – Baselga di Piné (TN)
www.almaca.it

Registro periodici del Tribunale di
Milano n. 646 del 17/11/03

Spedizione in Abbonamento
Postale
D.L. 353/2003 (conv. in l. 27/02/04
n. 46) Art. 1 comma 2 DBC Milano

Ematos è la rivista di AMS Onlus, l'associazione che contribuisce in modo determinante a rendere l'Ematologia di Niguarda un centro d'eccellenza per la cura di leucemie, linfomi, mielomi, e delle altre malattie del sangue.

2 editoriale
il percorso di Ematos
di Enrica Morra

4 storia di copertina
a tu per tu con
Anna Maria Nosari
di Paola D'Amico

10 lo sport nel sangue
Sir Francis Chichester:
"Preferisco occuparmi
della mia barca a vela
che del mio cancro"
di Walker

18 focus
cos'è e a cosa serve uno
studio clinico
di Eleonora Piraino

13 Congresso Leukemia 2013
di Maria Luisa Pioltelli

Congresso EHA 15
di Vittorio Ruggero Zilioli

bella storia
intervista a Monica Andreoli
di Paola D'Amico

abc genetica
la genetica forense
di Alessandra Trojani

progetti
la Rete Ematologica
Lombarda:
ieri, oggi e domani
di Paola D'Amico

dossier

Congresso ICML 16
a Lugano
di Antonino Greco

in punta di forchetta	7
da rivedere da riascoltare	9
a scuola di scienza	12
le pubblicazioni dei ricercatori AMS	20
tesori nascosti	21
letti per voi	23
fumetti	27
giochi per la mente	28
fundraising	24-26

leggi **Ematos sul tuo smartphone**
o tablet, e consulta l'archivio di tutti
i numeri precedenti



PER IL LETTORE

Hai ricevuto Ematos tramite posta in quanto sei tra gli amici e sostenitori di AMS Onlus. È un modo per dirti **GRAZIE** per il tuo aiuto e il tuo affetto, e per tenerti aggiornato sui risultati dell'associazione. Qualora non fossi più interessato a riceverlo scrivi a associazione@malattiedelsangue.org o telefona allo **02 64 25 891**



il percorso di Ematos

Caro lettore,

alla fine del percorso di *restyling* di Ematos, che negli ultimi mesi ci ha impegnati in un lavoro di modifica di rubriche, carta utilizzata e modalità di diffusione, fermiamoci un momento a riflettere su questo strumento e il senso che ha per AMS.

Lo statuto di AMS individua finalità istituzionali fondamentali quali la promozione dell'assistenza ematologica – anche tramite il finanziamento di percorsi di formazione – e il sostegno alla ricerca clinica e biologica di mielomi, linfomi, leucemie. C'è però un terzo obiettivo molto importante, anch'esso sancito a livello statutario, che riguarda la divulgazione delle conoscenze sulle malattie del sangue. Ecco perché otto anni fa nasce Ematos: fornire al pubblico uno strumento di informazione capace di far parlare gli esperti "come mangiano", in grado di aggiornare anche i pazienti sulle più avanzate possibilità di terapia via via disponibili.

Dal presente numero la carta sulla quale è stampata la rivista è certificata FSC, il che significa che il legno da cui è ottenuta proviene esclusivamente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile. A partire dall'uscita precedente i fogli sono più sottili e leggeri. Il risultato è un formato meno ricercato, ma anche un inferiore impatto ambientale e un piccolo aumento del numero delle pagine che ci ha permesso di dar vita a diverse ru-

briche culturali tra cui arte, libri e mangiar bene. Un'ultima novità è la scelta riguardo alla tutela dei diritti d'autore, regolata dalla licenza Creative Commons, secondo il modello "alcuni diritti riservati". Si tratta di un'innovazione volta a condividere nel senso più ampio i contenuti di Ematos e renderlo un vero e proprio patrimonio comune di conoscenze sulle malattie ematologiche e i progressi della ricerca. La licenza permette a chiunque lo desideri di utilizzare e modificare i testi della rivista di AMS, citando in modo chiaro e preciso la fonte e esplicitando le eventuali modifiche

apportate, a patto che l'utilizzo non sia indirizzato a scopi commerciali. Al fine di creare un circolo virtuoso di condivisione e diffusione dei temi che ci stanno più a cuore, AMS ha deciso di invitare gli autori delle opere derivate da articoli apparsi su Ematos ad applicare lo stesso tipo di licenza anche ai nuovi elaborati.

La copia di Ematos che hai tra le mani è preziosa. In primo luogo è un costo che, per quanto limitato, rappresenta per AMS lo sforzo di esserci, di essere riconoscibile e di dare un servizio a tutti coloro che le sono vicino. È anche una possibilità di incontro con chi lavora ogni giorno per rendere quello di Niguarda un centro ematologico di eccellenza nel panorama nazionale e internazionale. Infine, e non per importanza, queste pagine rappresentano una rara opportunità di informazione sulle più avanzate e complesse dinamiche del mondo scientifico di riferimento. Ti chiediamo di valorizzarla, di leggerla e di farla leggere, contribuendo anche tu, in prima persona, all'opera di divulgazione promossa da AMS. ☺

Enrica Morra





di Paola D'Amico
Consigliere AMS



intervista a Monica Andreoli

La malattia si combatte non si deve dimenticare. Monica Andreoli ha 51 anni e a ricordarle le ore, i giorni, i mesi di trincea è la **piccola Cleo**, una gattina trovatella dal mantello avorio con le sfumature ambrate. «È arrivata quando cominciavo a stare poco bene» racconta Monica, che oggi è **una delle volontarie più attive di AMS.**

«**V**ivo con il papà e due mici: il vecchio Zac che ha compiuto 17 anni e Cleo, che abbiamo trovata quattro anni fa. Fino a quel giorno non avevo mai avuto problemi di salute. Conoscevo gli ospedali ma non sulla mia pelle. Mi ero occupata della mamma malata e prima della nonna. Ed è stato scioccante, un "bel" giorno, andare in ospedale per un controllo e sentirsi dire "Lei non torna a casa, non in queste condizioni". Mi sono spaventata tanto».

Monica è una donna con un sorriso aperto, energica, allegra. Lavora in una fotolitografia. «Stavo attraversando un periodo strano. Ero sempre stanca, appena mi sedevo mi addormentavo, ero tremendamente dimagrita ma confesso che mi piacevo, ero sempre stata in lotta con la bilancia e per la prima volta mi trovavo asciutta senza aver fatto una dieta. Oggi, riguardando le mie foto di allora, mi dico che non riesco a vedere la realtà... Credo di non essere mai stata totalmente consapevole di non stare bene, forse all'inizio nes-

suno riesce ad essere consapevole della gravità della sua malattia. Ho sempre avuto paura di ogni malattia, ma quando mi hanno detto cos'avevo non ho fatto alcun tentativo di capire veramente di cosa si trattasse».

La vita di Monica è intensa in quegli anni, come da sempre.

«Mi occupavo del papà, lavoravo tanto. Mi rendevo conto di essere molto stanca ma a differenza di un dolore che ti crea un minimo di apprensione e cerchi di risolvere, quel malessere generale diventa un compagno. A primavera dei miei 48 anni ho cominciato a deperire tanto che a Natale, il primo di tre trascorsi in ospedale, quando m'hanno ricoverata la bilancia segnava 51 chili».

La diagnosi di Monica è Linfoma Non Hodgkin.

«Tutto è cominciato con un esame del sangue, cadevo di continuo, ero anemica. Mi dissero che era un linfoma. Rimasi in ospedale tre giorni e mi sembrò di entrare nella serie TV "Dr House".

Rientrata a casa, con l'aiuto di amici e pubbli-



di Paola D'Amico
Consigliere AMS

cazioni individuali una struttura di ematologia all'avanguardia nella ricerca medica. La mia attenzione si pose su un reparto dell'ospedale Niguarda al quale mandai immediatamente un fax all'attenzione della dottoressa Morra. Mi chiamò subito il dottor Zilioli per il ricovero. Era il 17 dicembre. Cominciarono chemio, esami, altra chemio, poi il consolidamento, ricordo un'estate di ricoveri in terapia intensiva. Poi un altro Natale in ospedale, per preparare l'autotrapianto di midollo.

Poi finalmente la buona notizia, il trapianto ha esito positivo e la malattia entra in fase di remissione. Oggi Monica dice di essere serena. «Prima di ammalarmi c'era stata una sequenza di eventi tristi nella mia vita, la morte della mamma, nel 2004, aveva 67 anni, e nello stesso momento la fine del mio matrimonio.

La malattia ha creato una cesura: oggi cerco di gioire di ogni istante della giornata, in questi anni in ospedale sono stata accolta in una nuova realtà, ho trovato chi s'è preso cura di me con professionalità e affetto, incontrato persone straordinarie, stretto nuove amicizie. Chi non è stato lì con noi non può capire come siano forti questi legami. Sono le "amicizie di corridoio", preziose perché rubate alle lunghe ore di isolamento in stanza, profonde perché fatte di condivisione, di pianti, risate, paure e speranza. Non tutti purtroppo ce la fanno. E' pesante pensare a questa cosa, ma fa parte della nuova vita, dove i valori sono cambiati».

Monica ha scelto di lavorare un po' meno, fa il part time, cerca di coltivare i suoi sogni: ama cucinare: «la sera è la cosa che trovo in assoluto più rilassante» e «mi piacerebbe realizzare un catering domestico», ama anche giocare a burraco (lo ha imparato "in corridoio") e stare all'aria aperta in mezzo alla gente. Ogni giorno quando torna a casa il primo pensiero è per i suoi due mici. «E' stato terribile doverli lasciare per un anno. E sono stata fortunata che ad occuparsene è stata la mia vicina di casa, il mio angelo custode, che se ne è presa cura con amore. Sono dei can-gatti, sembrava avessero capito che in quei momenti non potevo avvicinarmi loro». ☺



Sono trascorsi 42 anni e Anna Maria è ancora lì, al suo posto. È cambiato il reparto, che ha subito due importanti restyling, sono cambiati i farmaci, la ricerca ha fatto passi avanti impressionanti. La dottoressa Nosari in oltre quarant'anni di carriera ha vissuto in prima linea questa rivoluzione, ha visto cambiare il destino di molte malattie del sangue, ha visto pazienti guarire, giovani donne e giovani uomini superare la malattia e diventare mamme e papà. Era assistente, è diventata dirigente, è andata in pensione ma è la potete trovare

ancora lì, accanto ai malati, grazie a un contratto di consulenza per le Terapie di supporto e le Leucemie acute finanziato da AMS e con un contratto di volontariato per l'Ospedale.

Dottoressa Nosari, quando è nata la sua vocazione per la medicina?

Mi sono iscritta a Medicina per caso, perché aveva deciso di fare il medico la mia migliore amica, Mariolina Bonalumi, che poi ha fatto l'anestesista. La vedo tuttora alle cene di classe del liceo classico Zucchi di Monza, che



a tu per tu con **Anna Maria Nosari**

Era il giugno del 1971 quando Anna Maria Nosari arrivò a Niguarda, ancora studentessa. Si sarebbe laureata in Medicina e Chirurgia l'anno seguente e ***quella tappa era fondamentale per preparare la sua tesi***. Nella divisione di Medicina generale "Talamona" – 90 letti di cui 30 dedicati all'ematologia - cercavano ***uno studente da inserire*** in un programma di ***ricerca sulla coagulazione***.

È poi la città dove sono nata. Tutto sommato mi pareva una bella sfida impegnarsi in una disciplina da uomini. Non m'era passato per la mente questa possibilità finché non ho parlato con Mariolina. Il giorno in cui andai a iscrivermi dissi ai miei genitori che mi iscrivevo a Chimica industriale...poi, invece, l'ha fatta mio fratello. Invece, una volta arrivata alla segreteria dell'Università Statale, mi sono iscritta a Medicina. I miei mi avevano sempre lasciata libera e dissero: "Sei sicura?". Io risposi: "Se proprio non sarò capace, passerò a Biologia".

Alla fine degli anni Sessanta, quante erano le donne iscritte a Medicina?

Pochissime, se non ricordo male circa l'8 per cento. Mi laureai in sei anni, con 110 e lode nel 1972 e nel 1975 ero specializzata in ematologia. Arrivai a Niguarda per la tesi ed era scritto che io non dovessi più lasciare questo grande ospedale. All'epoca erano già all'avanguardia, con trenta letti di una divisione di medicina generale dedicati ai problemi ematologici. Cominciai a frequentare la divisione nel giugno del 1971, a vedere malati ematologici. Il Talamona era un servizio di ri-

ferimento regionale, in più c'era un ambulatorio ematologico convenzionato con le Mutue, l'unico di Milano. Certo la situazione logisticamente era profondamente diversa, c'erano stanzoni enormi, da otto letti ciascuno, e c'erano sei stanzette da tre letti dove si ricoveravano le leucemie acute. Di isolamen-

to si comincerà a parlare negli anni '90, dopo trasloco del reparto e l'arrivo come primario della dottoressa Morra.

Anna Maria Nosari fa una piccola pausa di riflessione, sembra stupirsi di se stessa come lo siamo noi che l'ascoltiamo, lei sempre così riservata, poco incline a parlare di sé.

Arrivare qui fu casuale, appassionarsi al lavoro no, perché c'erano medici già allora molto competenti, internisti e grandi maestri che mi hanno insegnato il rapporto corretto con il paziente, una grande scuola di ascolto, attenzione, e venni da subito a contatto con ematologi a cominciare dal dottor Baudo che mi ha insegnato i rudimenti dell'ematologia. Fatta la tesi, sperimentale, sulla coagulazione, continuai a seguire il dottor Baudo sia nella ricerca sia nella clinica. Lui era il medico responsabile di quelle stanzette a tre letti. Divenni il primo assistente ematologo assunto dall'ospedale Niguarda, perché nel





frattempo la Regione aveva cominciato a riconoscere l'importanza di un reparto specializzato in ematologia. Non ero la prima donna ematologa, perché lì lavorava da dieci anni la dottoressa Cattaneo che era stata sei mesi negli USA dedicandosi allo studio delle piastrine. A Niguarda già si faceva ricerca, nonostante non fosse un ospedale sede di Università. Anzi, quando l'Università cercò di entrare ci fu una rivolta generale di tutti i medici che lo impedì. Negli anni subito seguenti, nel '76-'77 facevamo parte dell'Organizzazione Europea per lo studio del cancro per i protocolli delle leucemie acute. Era la vera emergenza curarle, i farmaci chemioterapici a disposizione allora erano pochi. Li ho visti arrivare proprio negli anni '70.

Nel frattempo Anna Maria si è sposata con un compagno di università, egli stesso medico, e ha già due bimbi. L'unico svago, allora come oggi, è la lettura. Non si separa mai da un libro, ne mette a chili in valigia anche per una breve vacanza, non spegne la luce del comodino la sera se non ha letto qualche pagina prima di dormire.

Qual è stato il momento di svolta?

Il trapianto. Ma ogni malattia ha una storia. Il trapianto di midollo ha rappresentato la svolta per le leucemie acute mentre, per esempio, per il mieloma nuovi farmaci (quali *bortezomib* e *lenalidomide*) negli ultimi dieci anni hanno dato grande impulso alla terapia, come peraltro è avvenuto per gli anticorpi monoclonali nei linfomi. Per la leucemia acuta, oltre al trapianto c'è stato anche l'avvento delle terapie di supporto, più efficaci terapie

antibiotiche e antifungine, poi le trasfusioni di piastrine, perché prima i malati morivano di emorragia.

Nel 1980 nasce la divisione autonoma di Ematologia, 30 letti, un day hospital e ambulatori associati che si occupano solo di problemi ematologici.

I tempi erano maturi, vedevamo sempre più malati, l'ematologia si stava allargando, dopo Genova fummo noi a Niguarda i primi a fare il trapianto di midollo, seguendo l'esperienza degli USA. Il Niguarda che ho conosciuto io era già un ospedale che aveva molte specialità, negli anni Settanta c'erano già l'endocrinologia, la cardiocirurgia, la pneumologia. Ho visto personalità come i cardiocirurghi De Gasperis e Donatelli e, ad aprire la strada ai trapianti di fegato, Lino Belli. Era un ospedale che lavorava tutto insieme per il paziente, c'erano una grandissima chirurgia d'urgenza e una rianimazione con la professoressa Bozza. E c'era la capacità di lavorare in gruppo come deve succedere in un ospedale generale. Io mi occupavo di coagulazione ed eravamo molto esperti di pazienti emorragici, di coagulopatie da consumo. Allora era una patologia di grande richiamo e la mia prima pubblicazione scientifica su *Lancet* trattò proprio questo tema. Era il 1983. Pubblicavamo molto e bene. Cominciammo tra i primi a diagnosticare la porpora trombocitopenica, una diagnosi rara, con il 90% di mortalità. Ho imparato queste cose che allora non sapevano in tanti. E tanta competenza del reparto nasceva dal fatto che De Cataldo, l'aiuto ematologo, aveva fat-

to la sua scuola di specialità negli USA, a Chicago, e aveva importato un vero metodo di lavoro. I turni di lavoro erano pesanti, si faceva una notte ogni otto. E allora, nell'85, ripresi a studiare di notte per prendere l'idoneità da primario".

Negli anni Novanta la dottoressa Nosari è ormai responsabile del reparto di degenza ematologica. Si è occupata anche di Aids, come consulente del reparto infettivi, perché quei malati hanno spesso come complicanze piastrinopenie o linfomi. In reparto il nuovo grande interesse è la terapia di supporto nelle leucemie acute. Nel frattempo si è costituito in Italia il gruppo GIMEMA (Gruppo italiano malattie ematologiche dell'adulto) con una sezione dedicata alle leucemie acute e una alle infezioni e terapie di supporto. "Abbiamo imparato tutti insieme come trattare questi pazienti. Prima la mortalità nel 30% dei casi era legata alle infezioni, oppure alle emorragie, prima che arrivassero le trasfusioni di piastrine. Sono seguiti anni di lavoro sullo staff infermieristico, poi con gli psicologi per il supporto del team, a grande rischio di burn out. Poi, con i parenti degli ammalati. Lavoro che oggi prosegue con i malati stessi, sempre grazie ad un finanziamento AMS.

La Leucemia acuta ha un percorso non lunghissimo ma tumultuoso, in pochi mesi si decide della vita delle persone.

Siamo così arrivati al 1994, quando a dirigere il reparto arriva Enrica Morra.

Avevamo improvvisamente un primario giovane e donna, non era così frequente e lei ha portato un grande impulso alla divisione, è riuscita a dare a ciascuno un ruolo, in cui potesse crescere professionalmente e scientificamente, e anche una grande visibilità. Questo ha portato a una crescita rapida e importante. Sono stati anni in cui abbiamo avuto la trasformazione del reparto, la ristrutturazione, ci siamo trasferiti nella nuova divisione, tanti letti ma molte stanze singole, è iniziato l'isolamento delle leucemie acute, che avevano 15 stanze singole dedicate, e sette a due letti. Un altro mondo dal punto di vista logistico. Siamo riusciti ad affinare le nostre procedure di *nursing* e le terapie di supporto e intanto sono comparsi farmaci nuovi, un'esplosione, che ha dato maggiori possibilità alle diverse patologie. Abbiamo avviato i trapianti autologhi e potenziato il trapianto allogenico.

Ma questa è attualità e forse merita una prossima intervista.

Grazie dottoressa Nosari.



By Michael Hermann (Own work) [CC-BY-SA-3.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>)], via Wikimedia Commons

By blumimedia (Own work) [CC-BY-SA-3.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>) or GFDL]



coltivata da oltre **5000 anni** sugli altipiani delle **Ande**

quinoa, niente glutine, tante proteine

È una pianta erbacea della famiglia delle Chenopodiaceae, come gli spinaci e la barbabietola. Non è un cereale ma si può usare in modo molto simile. Viene coltivata da oltre 5000 anni sugli altipiani delle Ande, s'adatta a terreni aridi e inospitali. È molto ricca di ferro, fosforo, magnesio.

Il 2013 è stato dichiarato l'anno internazionale della quinoa.

È un valido alimento, privo di glutine, amido, ed altamente proteico. È sconsigliata solo alle donne in stato di gravidanza e ai bimbi con meno di due anni. Si può abbinare con verdure stufate, salsa di prezzemolo, pesto, spezzatini di carni bianche o rosse. **e**

PANE DI QUINOA E CASTAGNE

Ingredienti

150 gr di farina di castagne
350 gr di farina di quinoa
500 ml di acqua
3 albumi montati a neve
mezza bustina di lievito per dolci
un pizzico di sale
5-6 gherigli di noce

Preparazione

(teglia da plum-cake cm 26 alta cm 7.5)
Miscelare le farine in una terrina con il sale, versare l'acqua lentamente, mescolare fino ad ottenere un composto omogeneo. Aggiungere il lievito passato al colino (per evitare la formazione di grumi), aggiungere all'impasto gli albumi montati a neve ben ferma. Mescolando con una spatola dal basso verso l'alto amalgamate bene il tutto.

Versate l'impasto nella teglia rivestita di carta da forno, cospargete con i gherigli di noce sminuzzati, infornate a 190°/200° per 40 minuti.

CHAPATI DI QUINOA

Ingredienti

200 gr di farina di quinoa
160 ml di acqua tiepida
50 ml di olio di vinacciolo
Sale q.b.

Preparazione

Mettete farina con sale e olio in una terrina, versare lentamente l'acqua impastando il tutto con le mani fino ad ottenere un impasto liscio. Stendere l'impasto in sfoglie molto sottili. Porre nel forno già caldo a 180° per pochi minuti.



(Bob's Red Mill, organic product.) [Public domain], via Wikimedia Commons



www.macrolibrarsi.it

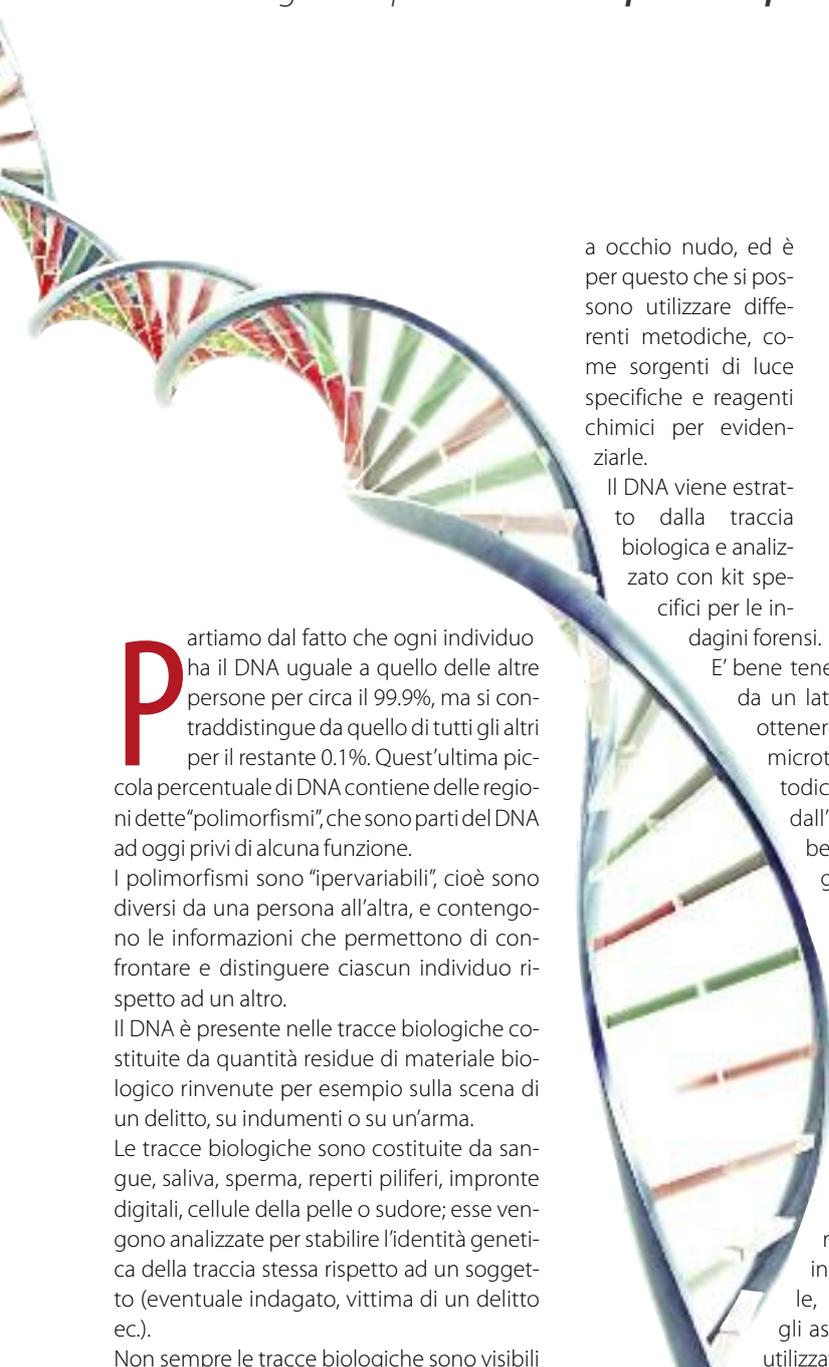
Queste ricette le potrete trovare nel libro **"Le ricette del Dottor Mozzi 2 Il pane senza glutine"**

di **Alessandra Trojani**
 Biologa, Specialista in Genetica Medica - SC di Ematologia
 Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano



la genetica forense

La genetica forense è volta **a identificare un individuo a partire da una traccia biologica** utilizzando tecnologie biomolecolari. Questa branca della genetica ha varie applicazioni: **identificare un presunto colpevole** nelle indagini della polizia scientifica, **trovare una persona scomparsa** o **stabilire legami di parentela come per esempio la paternità**.



a occhio nudo, ed è per questo che si possono utilizzare differenti metodiche, come sorgenti di luce specifiche e reagenti chimici per evidenziarle.

Il DNA viene estratto dalla traccia biologica e analizzato con kit specifici per le indagini forensi.

Partiamo dal fatto che ogni individuo ha il DNA uguale a quello delle altre persone per circa il 99.9%, ma si contraddistingue da quello di tutti gli altri per il restante 0.1%. Quest'ultima piccola percentuale di DNA contiene delle regioni dette "polimorfismi", che sono parti del DNA ad oggi privi di alcuna funzione.

I polimorfismi sono "ipervariabili", cioè sono diversi da una persona all'altra, e contengono le informazioni che permettono di confrontare e distinguere ciascun individuo rispetto ad un altro.

Il DNA è presente nelle tracce biologiche costituite da quantità residue di materiale biologico rinvenute per esempio sulla scena di un delitto, su indumenti o su un'arma.

Le tracce biologiche sono costituite da sangue, saliva, sperma, reperti piliferi, impronte digitali, cellule della pelle o sudore; esse vengono analizzate per stabilire l'identità genetica della traccia stessa rispetto ad un soggetto (eventuale indagato, vittima di un delitto ec.).

Non sempre le tracce biologiche sono visibili

Se da un lato oggi è possibile ottenere informazioni da microtracce grazie a metodiche molto sensibili, dall'altro possono subentrare difficoltà legate all'interpretazione dei risultati delle analisi, dovute al rischio di contaminazione o al rilevamento nelle tracce della presenza di più individui

e sistemi di analisi biostatistici. I rischi di errore o insuccesso sono legati all'esiguità e degradazione del materiale genetico, o alla contaminazione ambientale dei reperti.

Le impronte digitali sono utilizzate da

molto tempo per identificare un individuo, o per poterne rilevare la presenza su oggetti collegati a eventi criminosi. Teniamo presente che le impronte digitali sono immutabili nel tempo e uniche per ciascun individuo. Esse si formano già nel feto, e sono costituite da linee e figure dei polpastrelli delle dita delle mani. Le tecniche messe a punto per rilevarle sono numerose: esistono metodi diretti che prevedono il contatto del polpastrello di una persona direttamente su una superficie improntabile, l'illuminazione con luce radente e la fotografia.

I metodi indiretti invece utilizzano particolari procedure (utilizzo di polveri, reagenti chimici), che permettono di rendere visibili le impronte presenti, ad esempio, nel luogo in cui è stato commesso un delitto. **e**

E' bene tener presente che, se da un lato oggi è possibile ottenere informazioni da microtracce grazie a metodiche molto sensibili, dall'altro possono subentrare difficoltà legate all'interpretazione dei risultati delle analisi, dovute al rischio di contaminazione o al rilevamento nelle tracce della presenza di più individui. Per far fronte a queste problematiche, e per la stesura dei risultati finali in sede civile o penale, sono valutati tutti gli aspetti interpretativi, utilizzati software dedicati

La montagna sacra – Alejandro Jodorowsky - (ABKCO FILMS, 1973)



Quel “macchina indietro” che chiude il film è uno dei più potenti cazzottoni nello stomaco che il cinema abbia mai dato ai suoi spettatori. La trama, ispirata da un poema spagnolo del '500, è surreale e fiabesca, centrata sulla figura di un ladro (in qualche modo somigliante fisicamente a Gesù), che si rifugia nell'abitazione di un alchimista (interpretato dallo stesso regista cileno), capace di trasformare gli escrementi in oro. Il ladro, assieme ad altri sette personaggi, all'alchimista e ad un suo assistente (per un totale di dieci persone, ciascuna associata ad un pianeta), parte per un

viaggio iniziatico alla scoperta della realtà (o forse dell'illusione), diretto verso una “isola del loto”, dove vivono nove maestri immortali. Il finale è davvero scioccante, e in qualche modo violento, anche se una violenza sottile e mai davvero sottotraccia pervade tutta la trama, per cui non è certamente un film adatto a dei bambini. La trama talvolta frammentata e le sequenze di immagini fanno pensare che Jodorowsky abbia tratto qualche ispirazione anche dal *chien andalou* di Bunuel, perché questo, se si vuole, è un *chien andalou* all'ennesima potenza. Un capolavoro, per la prima volta disponibile in Italia come DVD, e che va assolutamente visto o rivisto.



VEDI IL TRAILER

Completely well BB King

(ABC, 1969)

Completely Well è uno dei tanti maglifici album di BB King, il chitarrista più influente del XX secolo (secondo la rivista *Rolling Stone*), e quello che è stato riconosciuto come il migliore di sempre e il Maestro da chitarristi come Keith Richards, Frank Zappa, Eric Clapton, Jimi Hendrix, Alvin Lee, Billy Gibbons, Mark Knopfler, Rory Gallagher, Trini Lopez e tantissimi altri. L'album si segnala per una splendida fusione di Blues e Rock, come nei nove minuti e mezzo di *You're Mean*, una specie di jam session in cui King con la sua celeberrima chitarra *Gibson Lucille* duetta con Hugh McCracken, con sovrapposizioni di tantissime splendide linee melodiche. Ma il top dell'album è offerto dal brano di chiusura, il classicissimo *The Thrill Is Gone*, uno dei pezzi forti di BB King, quello con il quale chiude tutte le sue esibizioni dal vivo (oggi, a 88 anni suonati – suonati davvero – le esibizioni del Maestro si sono rarefatte). *The Thrill Is Gone* è un vecchio blues scritto da Darnell e Hawkins nel 1951, e ricavato da un brano della commedia musicale *George White's Scandals*, ma dagli anni 70 è diventato la firma artistica di King. Grazie a questo album, BB King ha ricevuto il *Grammy Award* per la migliore performance vocale nel 1970.



VEDI: Live at Montreux 1993

Da ascoltare perché:
BB King è il Maestro



Tres Hombres ZZ Top

(LONDON RECORDS, 1973)

Gli ZZ Top (nome scelto per rendere omaggio al padre del blues, BB King) si sono sempre differenziati dagli altri gruppi, non solo per le fluenti e irte barbe del chitarrista Billy Gibbons (considerato il 24mo miglior chitarrista di sempre della storia del Rock) e del bassista Dusty Hill (il batterista Frank Beard, ironicamente, non la porta), né solo per la loro longevità artistica (hanno iniziato nel 1969), ma anche e soprattutto per la solidità del loro sodalizio: infatti, si tratta di una delle pochissime band ad avere mantenuto la formazione originale, senza alcuna variazione. D'altra parte, i tre sono animali da palcoscenico e padroneggiano il rock e il blues come pochi, e anche oggi, quando suonano dal vivo, mostrano di divertirsi quasi più del pubblico che assiste. *Tres Hombres* è un album di valore storico ed artistico, sia perché (secondo la classifica di *Rolling Stone*) è considerato uno dei migliori della storia del rock, sia perché contiene il celeberrimo *La Grange*, che i tre ragazzoni di Houston hanno dedicato al più noto bordello del Texas. Tra l'altro, Eric Clapton (uno che se ne intende) ha dichiarato che *La Grange* è molto più di un pezzo per chitarra elettrica: è uno standard con cui ogni chitarrista dovrebbe misurarsi per dimostrare di avere le palle. Altri brani da segnalare sono *Jesus just left Chicago* e *Master of sparks*, ma tutti gli altri pezzi, nessuno escluso, sono di eccellente fattura.



VEDI: La Grange Live



Da ascoltare perché:
Gibbons, Hill e Beard sono inossidabili

di Walker

Nom de plume per onorare il neozelandese John Walker (nomen omen), oro nei 1500 alle Olimpiadi di Montreal



FOTO di Jeremy Gilbert
CC BY-ND 4.0 International License

Sir Francis Chichester: “Preferisco occuparmi della mia barca che del mio cancro”

Come avere una **diagnosi di carcinoma polmonare** e solo pochissimi mesi di vita, **diventare vegetariani**, rifiutare tutte le terapie (tranne la birra e il gin), e **vivere in ottima forma per altri 14 anni. tanto da compiere un'impresa sportiva incredibile**

Sir Francis Chichester nasce il 17 settembre 1901 a Barnstaple nel Devonshire, da Charles, un pastore anglicano cupo e bigotto, e da Emily Annie Page. Il padre Charles Chichester è Barone, ottavo discendente del primo Barone John, nominato nel 1641, proprietario del castello di Raleigh e rappresentante alla Camera dei Lord. Nonostante la provenienza da una famiglia certamente non disagiata, Francis, come i suoi tre fratelli, conduce una vita estremamente spartana, con un padre che tarpa sistematicamente le ali ai figli. Francis è destinato a seguire la carriera ecclesiastica del padre, e viene quindi mandato a studiare nel severissimo Marlborough College, dove lo punizioni corporali da parte dei docenti, e il nonnismo degli allievi più anziani sono all'ordine del giorno (oggi il Marlborough College ha decisamente cambiato politica, ed è diventato un centro di eccellenza a livello mondiale per gli studi matematici). A 17 anni, scappa dalla scuola e chiede aiuto al padre perché lo lasci andare a lavorare in India, e invece il padre gli trova un posto da bracciante in una fattoria. In questa situazione, Francis resiste meno di un anno, ed alla fine anche il padre si arrende, e aiuta il figlio a trovare un imbarco su una nave mercantile diretta in Nuova Zelanda, dove Francis arriva nel 1919 con in tasca un capitale di 10 sterline.

TANTI MESTIERI, IL BIPLANO E LA GUERRA

Inizia a fare qualche lavoretto, dimostrando di

avere un certo pallino per gli affari e di non avere certo paura della vita avventurosa: fa il minatore in una miniera di carbone, poi il boscaiolo, poi si mette a cercare l'oro in proprio, poi avvia un'attività commerciale come venditore di pubblicità per i quotidiani locali e di beni immobili, specializzandosi in terreni boschivi e da seminazione. Il successo economico non manca, tanto che nel 1923 si sposa, ma la moglie muore subito dopo avergli dato il figlio George. Nel 28, Francis avvia un'impresa di trasporti aerei (persone e merci), ed affascinato dalla potenzialità del nuovo mezzo, decide di prendere il brevetto di pilota aeronautico, ma per farlo deve tornare in patria, dove nel frattempo ha già acquistato un biplano De Havilland DH60 *Gipsy Moth*.

Il corso di volo ovviamente va benissimo, e Francis, fresco di brevetto, decide di ripartire dall'Inghilterra e tornare in Nuova Zelanda con il suo biplano, dichiarando di volere battere il record di trasvolata da Londra a Sidney. Appena arrivato in Libia, però, è costretto a fermarsi per un grave problema meccanico: l'elica ha ceduto, e quindi Francis deve telegrafare alla De Havilland per ordinarne un'altra, che dovrà rimontare lui stesso. Ci vuole molto tempo perché la nuova elica arrivi a Tripoli, per cui il biplano arriverà a Sidney ben 40 giorni dopo la partenza da Londra, ma tenendo in conto il tempo effettivo di volo, il viaggio sarebbe durato solo 8 giorni, frantumando qualsiasi record precedente. Arrivato in Nuova Zelanda, Chichester apporta delle modifiche al suo aeroplano, dotandolo di serbatoi supplementari, che gli consentono di organizzare dei voli

commerciali, da e per la Tasmania e le isole vicine; aggiunge anche dei galleggianti che trasformano l'aereo in idrovolante, e che gli consentono di viaggiare dalla Nuova Zelanda al Giappone. In uno di questi viaggi, ha un incidente, per cui l'amato biplano viene distrutto, e lui si ritrova con 13 ossa fratturate. Una volta rimesso in sesto, acquista un nuovo aereo, stavolta un monoplano a tre posti De Havilland DH80 *Puss Moth*, giusto per diventare, nel 36, il primo uomo a volare da Sidney a Londra con rotta sopra il continente asiatico. L'anno dopo, sposa in seconde nozze Sheila Craven, una donna dotata della infinita pazienza indispensabile per sopportare la smania di avventura del marito.

Allo scoppio della II guerra mondiale torna in Inghilterra per arruolarsi nella Royal Air Force, ma gli viene incredibilmente rifiutato un posto da pilota per miopia ed astigmatismo, ma viene comunque nominato capo istruttore di volo alla Empire Central Flying School. Si mette a scrivere dei manuali di volo e di si occupa della programmazione delle rotte verso la Germania dei caccia e dei bombardieri; prepara anche una serie di tabelle che consentono di ottimizzare i tempi di volo in base al carburante disponibile. Al termine della guerra, apre una nuova attività da imprenditore, che lo porta a produrre carte topografiche e guide turistiche.

LA DIAGNOSI DI CANCRO, LE TISANE E IL GIN

Nel 1958 a Chichester viene diagnosticato un carcinoma ai polmoni ormai allo stadio terminale, che gli lascia pochissimi mesi di vita: in quegli anni le terapie sono davvero poco efficaci, e una diagnosi del genere equivale ad una condanna a morte, ma per Francis Chichester una diagnosi così è principalmente una seccatura, dato che nel 53 ha acquistato la sua prima barca a vela, la *Gipsy Moth III* (per inciso, tutte le sue barche si chiameranno così, esattamente come il suo primo beneamato

a vela



aeroplano) ed ha iniziato a partecipare a regate oceaniche. Semplicemente, non ha tempo da perdere con il suo cancro, al punto da rifiutare qualsiasi tipo di farmaco o terapia per potersi dedicare al suo amato yacht. Gli viene incontro Sheila, che lo mette a stecchetto e lo fa diventare vegetariano: basta con le uova al bacon e basta con la cottage pie, l'unica botta di vita sono le tisane di erbe. Lui abbozza, ma mette in chiaro che non intende rinunciare per nessun motivo al gin e alla birra, le sue due passioni. Saranno state le tisane, sarà stato il gin, sta di fatto che il cancro si riduce in modo sensibile in breve tempo (anche se non scomparirà del tutto, come vedremo poi), al punto di consentire a Chichester di partecipare già nel 1960 alla prima regata in solitario da Plymouth a New York, vincendola in appena 40 giorni, arrivando ben 7 giorni prima del secondo classificato, e polverizzando il precedente record, che era pari a 56 giorni. Non è tutto: sempre in solitaria, nel '62, ripercorre la rotta Plymouth - New York in 33 giorni e 15 ore, ed infine, nel '64, polverizza ogni record precedente compiendo lo stesso tragitto in 25 giorni e 9 ore.

LA CIRCUMNAVIGAZIONE IN SOLITARIA

Infine l'idea che gli frulla in testa da un po': circumnavigare la terra in solitaria, con un unico scalo a Sidney. Non l'ha mai fatto nessuno, e l'impresa sembra una pazzia, ma Chichester

non si scompone: trova una fabbrica di birra (la England's Whitbread Brewery) che lo sponsorizza con 70 mila sterline e gli consente di mettere in cantiere il due alberi *Gipsy Moth IV*. Il contratto di sponsorizzazione include anche una fornitura di birra sufficiente per tutto il viaggio ("*enough ale for all the journey*"). La barca è equipaggiata con tutte le attrezzature all'avanguardia dell'epoca, tra cui un timone automatico che consente al Nostro di dormire alcune ore per notte mentre sta regatando (certo, i vari GPS e localizzatori satellitari di oggi non c'erano). E' il 27 agosto 1966 quando Chichester salpa da Plymouth; il 20 ottobre doppia il Capo di Buona Speranza, affrontando onde alte fino a 10 metri ed un vento trasversale di oltre 30 nodi. Il timone automatico si rompe, ma lui persevera ed arriva a Sidney dopo 153 giorni di navigazione. I suoi amici e la moglie cercano di convincerlo a mollare e di non proseguire verso l'Inghilterra, adducendo le più svariate motivazioni, tra cui il cancro, la barca danneggiata, il timone automatico non riparabile, e persino l'età, dato che ormai ha superato i 65 anni, ma nessuno riesce a convincerlo a desistere. Anzi, nonostante i problemi, Chichester conserva il suo spiccato senso dello *humor*; a Sidney, intervistato da un giornalista mentre sta caricando le casse di gin a bordo della barca per prepararsi a ripartire, dichiara "*sono capaci tutti di fare il giro del mondo in solitaria: è a farlo da ubriachi che ci vogliono gli attributi!*"

Quando riparte ha davanti la traversata di Capo Horn, il tratto di mare più pericoloso del mondo: la barca non è al 100%, e a causa del ritardo di alcune settimane sulla tabella di marcia (dovuto ai problemi nel doppiare il Capo di Buona Speranza) il passaggio è previsto non prima della metà di marzo, proprio nel periodo in cui le tempeste in quel tratto di mare sono più violente. La prudenza suggerirebbe di passare per il canale di Beagle, evitando il mare aperto, ma lui non tentenna, e doppia Capo Horn alla faccia di quel mare in condizioni infami, e malgrado durante la traversata il cockpit della barca si allaghi per ben 5 volte. Una fregata della *Royal Navy* lo segue ad alcune miglia di distanza, pronta a captare l'eventuale SOS e ad accorrere in caso di naufragio; per fortuna non ce n'è bisogno, ma Chichester manifesta lo stesso un chiaro fastidio per quella presenza da lui non richiesta.

COME SIR FRANCIS DRAKE

Il *Gipsy Moth IV* arriva a Plymouth il 28 marzo 1967, dopo 274 giorni dalla partenza, accolto da una folla di più di 200 mila persone e dalle salve di cannone sparate dalla *HMS Victorious*. Lo stupore di Chichester per cotanta accoglienza è forte, ma la sua impresa lo è ancora di più. E' stato il primo uomo a circumnavigare la terra in solitaria, usando solo la navigazione a vela, e doppiando Capo Horn: un'impresa incredibile. Prima di lui c'era riuscito Sir Francis Drake, nel 1581, ma a bordo di un galeone, e con 50 uomini di equipaggio. Proprio per questo motivo, la Regina Elisabetta II conferisce a Chichester la *Knighthood of the British Empire*, la stessa onorificenza conferita a Sir Francis Drake da Elisabetta I nel 1588, dopo che l'Ammiraglio (ed ex pirata) aveva fatto a pezzi la *Armada Invencible* spagnola, avanguardia di una forza d'invasione che voleva entrare in territorio britannico. Per la nomina, Elisabetta II utilizzerà lo stesso spadone usato quattro secoli prima dalla sua celebre omonima. A Chichester e alla sua barca verrà dedicato anche un francobollo da 1 scellino e soprattutto l'emissione di monete d'argento con il suo ritratto *in recto*, cosa inverosimile fino a quel giorno, per una persona non appartenente alla famiglia reale. Sir Francis Chichester continua a regatare con sua grandissima soddisfazione, conquistando nuovi record e trofei, ma la malattia, sopita e sempre in agguato, ritorna a 14 anni dalla diagnosi, e stavolta non ci sono tisane e bottiglie di gin che possano fermarla. Muore a Plymouth il 26 agosto 1972, dopo una vita piena di emozioni forti, di conquiste e di traguardi superati, lasciando il suo *Gipsy Moth IV*, orgoglio della *seamanship* britannica, all'ancora nel porto di Plymouth, dove può essere visitato come un piccolo museo. 

Congresso Leukemia 2013

di Maria Luisa Pioltelli

Il 10 e 11 giugno 2013, la città di Genova ha ospitato l'evento Leukemia 2013, la seconda edizione del **congresso dedicato alle novità diagnostiche e terapeutiche** riguardanti le leucemie ed altri disordini ematologici. Il congresso, **organizzato con il patrocinio dell'AMS**, vantava ospiti internazionali e il comitato organizzatore era costituito da **alcuni tra i più importanti ematologi italiani** (tra cui anche il nostro primario, la dr.ssa Morra). Durante la due giorni, sono stati trattati veri argomenti, **in particolare le leucemie acute e croniche** (sia mieloidi che linfoidi), le sindromi mieloproliferative e le mielodisplasie.

La diagnosi delle emopatie è il frutto di una stretta collaborazione tra l'ematologo e gli specialisti di molte altre discipline (anatomia patologica, citogenetica e biologia molecolare). La continua ricerca e i progressi nelle tecniche di laboratorio ci hanno permesso di raggiungere una profonda conoscenza di queste patologie, che in ambito clinico si traduce in una serie di possibilità terapeutiche, da scegliere in base alle caratteristiche della malattia e del paziente.

SINDROMI MIELODISPLASTICHE E LEUCEMIA ACUTA MIELOIDE (LAM)

Dietro alla denominazione di LAM esiste in realtà un ventaglio di malattie, la cui aggressività dipende da diversi elementi. Grazie alle tecniche di biologia molecolare, possiamo studiare i meccanismi patogenetici più fini, focalizzando l'attenzione non solo sulle alterazioni cromosomiche ma addirittura sulle mutazioni a livello dei singoli geni. Sulla base di queste nuove conoscenze, i tradizionali modelli prognostici vengono continuamente aggiornati e i medici sono in grado di proporre trattamenti calibrati sull'aggressività della malattia e sulla probabilità di ottenere e mantenere una remissione completa.

In secondo luogo è fondamentale valutare il bilancio tra i rischi e i benefici della terapia, considerando l'età, le condizioni generali del paziente e la presenza di malattie concomitanti (le cosiddette comorbidità). Frequentemente le LAM colpiscono soggetti anziani o che già soffrono di altre patologie (problemi cardiaci, polmonari, diabete) e che non possono essere sottoposti a regimi



chemioterapici intensivi. Pertanto, molti sforzi sono tesi all'identificazione di terapie a minore intensità che garantiscano il controllo della malattia senza esporre il paziente ad un eccessivo rischio di complicanze, soprattutto infettive.

SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE

Quella della leucemia mieloide cronica (LMC) è la capostipite delle terapie molecolari. Da anni il trattamento si basa sugli inibitori della tirosin-kinasi (imatinib, nilotinib, dasatinib). La loro efficacia ha rivoluzionato la prognosi della LMC e oggi possiamo, seppur timidamente, parlare non solo di controllo ma di guarigione, intravedendo la possibilità di sospensione di una terapia sinora considerata cronica. Esistono tuttavia casi in cui la



permettono il controllo della malattia per molti anni.

Pertanto l'attenzione si sposta oggi sulle opzioni da proporre in caso di recidiva o refrattarietà alle terapie di primo livello e attualmente sono in corso numerosi studi clinici che stanno testando nuovi farmaci.

Tuttavia, anche in questo caso il medico non può scegliere solo in base alle caratteristiche della patologia. La LLC è una malattia tipica dell'età avanzata e, grazie all'efficacia delle terapie disponibili, il trattamento di seconda linea viene spesso proposto ad individui anziani di cui è bene considerare non solo l'età anagrafica, ma anche quella "biologica", la cui valutazione comprende le condizioni generali, il grado di autonomia nelle attività quotidiane e, ovviamente, la presenza di comorbidità che possono complicare il percorso terapeutico. 

malattia risulta refrattaria ai farmaci convenzionali, pertanto la ricerca è volta alla scoperta di nuove molecole in grado di soverchiare i meccanismi di resistenza.

Riguardo le altre sindromi mieloproliferative, la terapia molecolare è un traguardo ancora da raggiungere. L'identificazione di mutazioni geniche patogenetiche (jak-2, mpl) è relativamente recente e i farmaci specifici sono ancora sperimentali, tuttavia i risultati ottenuti negli studi clinici sono incoraggianti.

LEUCEMIA LINFATICA CRONICA (LLC)

Anche in quest'ambito la conoscenza dei meccanismi della malattia è stata rivoluzionata dalla scoperta di geni e molecole che partecipano alla patogenesi e alla progressione del quadro clinico.

Le terapie usate in prima linea sono efficaci e



Congresso EHA

di Vittorio Ruggero Zilioli

FLASH 1: LINFOMI AGGRESSIVI

Anche quest'anno una intera sessione è stata dedicata ai linfomi a grandi cellule B (DLBCL), che rappresentano il sottotipo di linfoma non Hodgkin aggressivo più frequente nell'adulto. Menù molto vario, dalle ultime novità sulla patogenesi molecolare dei linfomi a un attento update sullo stato dell'arte dei fattori di rischio/stratificazione nel DLBCL, fino a una lezione sulla terapia "oltre l'era di RCHOP". Giusto un assaggio: l'identificazione di forme di linfoma particolarmente a alto rischio (definite double-hit o triple-hit) per la contemporanea presenza di riarrangiamenti che coinvolgono il gene di MYC in concomitanza con altri geni (più fre-

*Nella splendida cornice di **Stoccolma** si è tenuto dal 13 al 16 giugno il XVIII Congresso della Società Europea di Ematologia (EHA), anche quest'anno **appuntamento fondamentale** per gli ematologi europei (e non solo, date le moltissime presenze extraeuropee!). A dimostrarlo non solo **il numero sempre crescente di ematologi partecipanti**, ma soprattutto la sempre maggiore rilevanza degli argomenti trattati. **Eccovi alcuni "Flash dall'EHA"***

bitore del proteosoma di II generazione) e di pomalidomide (l'ultimo arrivo nella famiglia degli immunomodulanti, per intenderci talidomide e lenalidomide). Ovvero, l'attenzione non si ferma alla prima linea di terapia, ma sempre più tenaci sono le retrovie

tari, fino a chemioterapie di induzione simili a quelle impiegate per le leucemie acute mieloidi e al trapianto allogenico di cellule staminali. Ovvero, quando solo una stretta osservazione permette di scegliere il miglior trattamento...



quentemente bcl2 e bcl6). Ovvero, potremmo dire, quando si scende "fin nei particolari"; ancor più interessante se si tiene conto che stanno emergendo alcune molecole già oggetto di studio clinico mirate contro alcuni di questi geni alterati o iperespressi...

FLASH 2: IL MIELOMA IN RECIDIVA

Molto frequentate anche le sessioni educative sul mieloma. Il focus di quest'anno è stato sulla malattia recidivata o refrattaria alla prima linea di terapia e... le novità annunciate nelle scorse edizioni dell'EHA stanno mantenendo le loro promesse, particolarmente interessanti sono i dati di carfilzomib (un ini-

FLASH 3: LE MIELODISPLASIE

Anche in questo caso la parola d'ordine è "trattamento adattato al paziente". Sempre più consistenti e incidenti nella pratica clinica quotidiana i criteri di stratificazione del rischio clinico per i pazienti affetti da sindrome mielodisplastica, criteri basati non solo sul tipo di mielodisplasia, ma anche sulla percentuale di blasti all'esame morfologico del midollo, sulle alterazioni citogenetiche, sulla necessità di supporto trasfusionale... Così il trattamento adeguato può variare molto da paziente a paziente e si può passare dalla non necessità di alcuna terapia all'impiego di fattori di crescita eritrociti-

UNO SGUARDO A 360 GRADI: LE INFEZIONI OSPEDALIERE DA GERMI MULTI RESISTENTI

Frequentatissima la sessione sulle infezioni ospedaliere in Ematologia con 2 topic discussi: le nuove metodiche per una accurata e precoce diagnosi di infezione fungina e un'attualizzazione dell'epidemiologia delle infezioni ospedaliere in Ematologia..

La notizia negativa è che in alcuni paesi – tra cui il nostro – stanno emergendo progressivamente germi resistenti a moltissimi antibiotici (presentandosi così assai rischiosi!).

La notizia positiva è che, tornati dal Congresso, siamo stati coinvolti da subito in importante lavoro che il Comitato Infezioni Ospedaliere di questo Ospedale sta portando avanti per il controllo delle infezioni da germi "problematici"... i contenuti delle due presentazioni (a Stoccolma e qui in Blocco Sud) erano gli stessi... Ovvero, come è confortante quando c'è un Ospedale che si muove di pari passo con i più alti target europei!

Un ringraziamento a tutti, ma uno speciale ai pazienti che affrontano il loro percorso di cura qui a Niguarda e uno specialissimo a coloro che, nel rapporto con chi li cura, hanno colto come anche i protocolli di studio che sono proposti in questo Centro rappresentano spesso un'opportunità da percorrere e non un ignoto da rifuggire.

E il prossimo anno l'Europa ematologica si è data appuntamento a Milano. ☺

Congresso ICML a Lugano

di Antonino Greco

L'enzima chiamato tirosin chinasi di Burton (BTK) è un mediatore chiave di almeno tre meccanismi fondamentali per la sopravvivenza delle cellule linfoidi B: regola la morte cellulare programmata (apoptosi), l'adesione e la migrazione cellulare. Attraverso questi segnali multipli, BTK aiuta l'accesso della cellula B maligne al microambiente necessario per la sua sopravvivenza.

L'efficacia di Ibrutinib da solo o in combinazione con altri trattamenti è in fase di studio in diversi tumori maligni delle cellule B, inclusi linfoma mantellare, il linfoma follicolare, linfoma diffuso a grandi cellule B, la macroglobulinemia di Waldenstrom, la leucemia linfatica cronica e mieloma multiplo.

Il Prof. Steven Treon, direttore del Bing Center di Boston e nostro stretto collaboratore riguardo la ricerca sulle gammopatie monoclonali IgM, ha presentato dei dati che suggeriscono che ibrutinib è stato un trattamento molto attivo e ben tollerato per i pazienti affetti dalla macroglobulinemia di Waldenstrom e che forniscono ulteriori prove del ruolo della BTK nella crescita del tumore". Sono stati inoltre presentati altri dati molto interessanti scaturiti dalla sperimentazione di fase II condotta su pazienti affetti da Linfoma mantellare recidivato e refrattario a precedenti trattamenti. "La sicurezza e l'efficacia di Ibrutinib, come osservato nello studio, non sono stati mai visti prima con un singolo agente", ha detto l'autore Michael Wang, University of Texas, MD Anderson Cancer Center. "Io sono entusiasta di vedere i dati che dimostrano un aumento della risposta a Ibrutinib senza un aumento di eventi avversi nel corso del tempo".

Riguardo al linfoma mantellare l'ematologia di Niguarda partecipa allo studio randomizzato di fase III dalla quale ci attendiamo ottimi risultati.

La Food and Drug Administration ha salutato questo farmaco come una svolta e la Pharmacyclics e la Janssen, le aziende che stanno sviluppando congiuntamente il prodotto, hanno in programma di presentare una New Drug Application (NDA) presso la Fda per l'uso dell'Ibrutinib nel trattamento dei tumori maligni dalle cellule B nel 2014. 



Ogni 2 anni **la comunità scientifica internazionale** si riunisce a Lugano per fare il punto sulle neoplasie Ematologiche più diffuse: i Linfomi. Quest'anno nel mese di giugno si è tenuto l'ultimo meeting. **Tantissime le novità presentate** soprattutto riguardo i risultati delle varie sperimentazioni in corso.

IBRUTINIB merita sicuramente **il podio dei farmaci innovativi più efficaci**.





a cura della redazione



la Rete Ematologica Lombarda: ieri, oggi e domani

Il 26 giugno 2013 nella **Sala Pirelli del Palazzo della Regione**, la Rete Ematologica Lombarda (REL) ha presentato il **consuntivo sui primi cinque anni di attività**.

Il progetto REL è nato nel 2008 con lo scopo di costruire un network regionale di strutture sanitarie dedicate alle malattie ematologiche, che consentano di uniformare verso l'alto la qualità delle cure e dei servizi erogati al paziente dalle 106 strutture regionali, e di sviluppare tutte le politiche destinate a migliorare la conoscenza delle problematiche epidemiologiche del territorio, e la specifica preparazione del personale sanitario.

Come ha sottolineato la dr. Morra, Responsabile Scientifico della REL, il focus delle attività delle nove commissioni tematiche di area clinica e delle tre commissioni tecnico-gestionali, è stato sempre l'accessibilità e la qualità delle cure. Il lavoro in questa direzione ha consentito di produrre dei percorsi terapeutici ed assistenziali che integrano le Linee Guida accreditate a livello internazionale con degli assetti organizzativi ottimizzati rispetto al contesto sanitario, e che scaturiscono da approfondite discussioni e dibattiti relativi all'appropriatezza e alla sostenibilità dell'approccio al paziente. Inoltre, le esperienze di assistenza anche fuori dall'ospedale e gli altri progetti di vicinanza ai bisogni dei pazienti sono stati discussi e confrontati in convegni dedicati a specifiche patologie, coinvolgendo anche le associazioni dei pazienti.

La REL è stata in grado di sostenere da sola – ha continuato la dr. Morra – sia le sue iniziative scientifiche (tra cui la promozione di studi clinici indipendenti e la creazione di registri di patologia), sia e le svariate attività formative, grazie al fund-raising e ad un franco e costruttivo rapporto con le imprese farmaceutiche del settore. D'altra parte, si sono riscontrate anche delle criticità, dovuto all'alto costo di certe terapie e alla non sempre capillare disponibilità sul territorio delle prestazioni di elevata complessità clinica, per cui è emersa la necessità di un ancora più fitto collegamento funzionale tra i centri di riferimento ed i centri periferici, e, in particolare, di un consolidamento dei percorsi terapeutici per le patologie ematiche non oncologiche, come – ad esempio – le malattie della coagulazione e le anemie.

Il know-how accumulato dalla REL la rende, oggi, un interlocutore critico con notevoli capacità di expertise sia tecnico-scientifici, sia organizzativo-logistici, in grado di perseguire il raggiungimento di obiettivi ad elevato livello di qualità, minimizzandone i costi, al fine di ottimizzare la gestione delle risorse umane e di capitale disponibili. Nel concreto, quindi, le sfide che attendono la REL nei prossimi anni riguarderanno la razionalizzazione, in termini di appropriatezza e sosteni-

bilità, dell'offerta dei servizi sul territorio, utilizzando la professionalità del personale dei reparti di ematologia per la corretta gestione dei trattamenti farmacologici ad alto costo, delle terapie cellulari, e delle procedure diagnostiche molecolari, evitando si inutili doppiopioni, ma garantendo nel contempo l'universale accessibilità di tutti i pazienti a tutte le cure, omogeneamente erogate con standard di elevato profilo scientifico.

Questo significa concepire i vari percorsi di patologia per livelli differenziati di intensità di cura, con individuazione sia dei centri di riferimento (da accreditare secondo sistemi di qualità come JACIE) dove accentrare le attività ad alta complessità, sia delle strutture secondarie e di territorio afferenti agli stessi centri di riferimento, ma anche definire un fondo comune regionale per i farmaci ad alto costo, e validare le prescrizioni per approvazione dei singoli piani di cura. Sarà in tal modo necessario rimodulare le tariffe per le attività erogate sulla base degli esiti e del rispetto dei PDTA, con un processo di monitoraggio e rivalutazione continua in modo da poter variare le politiche o correggere eventuali errori di impostazione appena questi saranno osservabili. La REL è pronta. e

cos'è e a cosa serve uno studio

Uno studio clinico è un esperimento scientifico, in cui l'oggetto dello studio è il paziente, mentre l'obiettivo, è la verifica dell'efficacia e della buona tollerabilità di un dato approccio terapeutico (che in generale è un farmaco di nuova concezione, ma potrebbe essere anche un nuovo tipo di intervento chirurgico), messo a punto per migliorare le condizioni di salute dello stesso paziente.

Prima di essere utilizzati nell'uomo, i farmaci sono spesso "progettati a tavolino", facendo uso della conoscenza della struttura di un farmaco noto, e cercando di migliorarla inserendovi dei nuovi gruppi di atomi che possano conferire al farmaco le proprietà desiderate. Dopo la produzione di un certo quantitativo del nuovo farmaco, questo viene utilizzato nei cosiddetti "studi preclinici", in cui mediante degli appositi test "in vitro", cioè su cellule o tessuti coltivati in laboratorio e "in vivo", cioè su animali da esperimento, ci si accerta che la molecola prodotta sia in grado di svolgere le attività per cui è progettata, e che non determini dei danni ai tessuti su cui viene provata: se il farmaco passa questi primi test, allora può venire utilizzato nelle sperimentazioni cliniche (cioè sull'uomo).

La sperimentazione clinica di un nuovo farmaco è suddivisa in 4 fasi principali, finalizzate a dimostrarne la tollerabilità (cioè il fatto che il farmaco non produca danni o effetti indesiderati) e l'efficacia (cioè il fatto che il farmaco effettivamente funzioni), in modo comunque che il rapporto tra i possibili rischi ed i benefici che si possono ottenere con il farmaco sia accettabile e nettamente favorevole per il paziente.

Nella Fase I il principio attivo viene somministrato generalmente ad un piccolo numero di volontari sani per ottenere informazioni sulla farmacocinetica e sulla farmacodinamica, cioè per capire dove il farmaco, una volta assunto (per bocca, o per iniezione intramu-

scolare o endovenosa, o per altre vie) vada ad accumularsi, con quale velocità, ed in che modo sia poi metabolizzato ed eliminato dall'organismo: queste informazioni sono utili per capire il dosaggio e la posologia della molecola.

Se i dati ricavabili dalla Fase I sono positivi, si passa alle sperimentazioni di Fase II, cui partecipa, sempre in modo volontario, un numero ancora piccolo di pazienti affetti dalla malattia che il nuovo farmaco dovrebbe cu-

rare. Spesso, prima della sperimentazione si fissa, in base alle informazioni sulla malattia e sui farmaci pre-esistenti, un risultato "minimo" che il farmaco deve raggiungere per poter essere considerato valido almeno al livello dei farmaci preesistenti (un esempio di questa performance minima potrebbe essere "far guarire almeno il 50% dei pazienti entro una settimana"); in base al risultato ottenuto, si determina quindi se il farmaco possiede i requisiti di merito per essere provato in una sperimentazione più avanzata, quella di Fase III.

Nella Fase III il farmaco sperimentale viene testato su un numero molto più ampio di pa-

Nella foto, la Clinical Trial Unit dell'Ematologia
Da sinistra in basso: Isabella Ghislandi, Antonietta Scaccianoce, Alessandra Restivo, Stefania Brusorio; in alto: Anna Guaita, Elisa De Rosa, Eleonora Piraino, Caterina Riccio.





clinico

zienti, e confrontato in modo diretto con un farmaco, in particolare, il confronto viene fatto con il migliore farmaco disponibile sul mercato (che in termine tecnico viene chiamato "gold standard"). In pratica i pazienti arruolati nello studio (sempre in modo totalmente volontario) vengono divisi in modo casuale in due (o più) gruppi: uno viene trattato con il farmaco allo studio, l'altro (o gli altri) con il gold standard. Il confronto diretto con il farmaco migliore disponibile sul mercato consente di verificare se gli effetti clinici del nuovo farmaco siano significativamente migliori, o almeno paragonabili a quelli del farmaco "gold standard". Se questi risultati sono confermati da più studi di Fase III (ciascuno, dei quali può occuparsi di aspetti specifici della patologia da trattare), il nuovo farmaco può essere commercializzato, cioè può essere venduto nelle farmacie ed essere normalmente utilizzato negli ospedali.

La fase IV è successiva all'immissione in commercio e include gli studi sperimentali e osservazionali per la farmacovigilanza, con la segnalazione di reazioni indesiderate e impreviste, rare, cioè, che si manifestano solamente dopo che il farmaco è stato usato su molte migliaia di pazienti e che non sono state osservate nelle fasi precedenti. Altro scopo per cui si usano gli studi di Fase IV è verificare che il farmaco, dopo anni di uso,

I punti cardine di ogni sperimentazione clinica sono l'efficacia, la tollerabilità, la sicurezza, il rapporto rischio-beneficio, cioè la capacità di aumentare l'aspettativa di vita, di migliorare la qualità di vita, di modificare il decorso di malattia, di ridurre il consumo di risorse sanitarie a confronto con i rischi che si possono correre utilizzando il farmaco in modo estensivo

funzioni ancora; è il caso tipico degli antibiotici, che se usati in modo non razionale possono favorire lo sviluppo di batteri resistenti, per cui la loro efficacia terapeutica può ridursi col tempo, e si rende necessario toglierli dal mercato e sostituirli con nuovi antibiotici più efficaci.

I punti cardine di ogni sperimentazione clinica sono: l'efficacia (capacità di raggiungere l'obiettivo terapeutico proposto), la tollerabi-

lità /sicurezza (capacità di esercitare effetti terapeutici senza indurre effetti non desiderati), il rapporto rischio/beneficio (capacità di aumentare l'aspettativa di vita, di migliorare la qualità di vita, di modificare il decorso di malattia, di ridurre il consumo di risorse sanitarie, che sono confrontate con i rischi che si possono correre utilizzando il farmaco in modo estensivo).

Come già è stato fatto più volte notare, la decisione di partecipare o meno ad uno studio clinico spetta solo al paziente, che deve essere tutelato in base a quanto previsto dalle norme che regolano i diritti dell'uomo. Uno dei problemi più importanti nella progettazione di uno studio clinico riguarda il modulo per il "consenso informato", reso obbligatorio dalle normative internazionali: in pratica, si tratta di un documento cartaceo che contiene una spiegazione semplice e chiara degli scopi e delle modalità della sperimentazione, e che contengono un elenco di tutto quello che il paziente deve sapere (inclusi i possibili rischi) prima di decidere se accettare o meno di partecipare allo studio, firmando il documento per accettazione, oppure non firmandolo; ma anche dopo l'eventuale firma, visto che il consenso informato non è un contratto, il partecipante è comunque libero di ritirarsi dalla sperimentazione in qualsiasi momento. e

le pubblicazioni scientifiche cui hanno contribuito i ricercatori AMS dal 1 gennaio al 31 luglio 2013

■ **Microarray demonstrates different gene expression profiling signatures between Waldenström macroglobulinemia and IgM monoclonal gammopathy of undetermined significance.**

Trojani A, Greco A, Tedeschi A, Lodola M, Di Camillo B, Ricci F, Turrini M, Varettoni M, Rattotti S, Morra E.

Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2013 Apr;13(2):208-10. doi: 10.1016/j.clml.2013.02.012.

■ **MYD88 L265P in Waldenström macroglobulinemia, immunoglobulin M monoclonal gammopathy, and other B-cell lymphoproliferative disorders using conventional and quantitative allele-specific polymerase chain reaction.**

Xu L, Hunter ZR, Yang G, Zhou Y, Cao Y, Liu X, Morra E, Trojani A, Greco A, Arcaini L, Varettoni M, Brown JR, Tai YT, Anderson KC, Munshi NC, Patterson CJ, Manning RJ, Tripsas CK, Lindeman NI, Treon SP.

Blood. 2013 Mar 14;121(11):2051-8. doi: 10.1182/blood-2012-09-454355.

■ **Hematological improvement during iron-chelation therapy in myelodysplastic syndromes: The experience of the "Rete Ematologica Lombarda".**

Molteni A, Riva M, Pellizzari A, Borin L, Freyre A, Greco R, Ubezio M, Bernardi M, Fariciotti A, Nador G, Nichelatti M, Ravano E, Morra E.

Leuk Res. 2013 Jul 29. doi:pil: S0145-2126(13)00233-6. 10.1016/j.leukres.2013.07.006.

■ **Should a positive direct antiglobulin test be considered a prognostic predictor in chronic lymphocytic leukemia?**

Ricci F, Tedeschi A, Vismara E, Colombo C, Veronese S, Nichelatti M, Cairoli R, Morra E, Montillo M.

Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2013 Aug;13(4):441-6. doi: 10.1016/j.clml.2013.02.024.

■ **Old and new prognostic factors in acute myeloid leukemia with deranged core-binding factor beta.**

Cairoli R, Beghini A, Turrini M, Bertani G, Nadali G, Rodeghiero F, Castagnola C, Lazzaroni F, Nichelatti M, Ferrara F, Pizzolo G, Pogliani E, Rossi G, Martinelli G, Morra E.

Am J Hematol. 2013 Apr 26. doi: 10.1002/ajh.23461.

■ **Verifying Hellström-Lindberg score as predictive tool for response to erythropoietin therapy according to the "International Working Group" criteria, in anemic patients affected by myelodysplastic syndrome: a monocentric experience.**

Molteni A, Riva M, Greco R, Nichelatti M, Ravano E, Marbello L, Nosari A, Morra E.

Int J Hematol. 2013 Apr;97(4):472-9. doi: 10.1007/s12185-013-1305-0.

■ **Fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab in salvage therapy of Waldenström's macroglobulinemia.**

Tedeschi A, Ricci F, Goldaniga MC, Benevolo G, Varettoni M, Motta M, Pioltelli P, Gini G, Barate' C, Luraschi A, Vismara E, Frustaci AM, Nichelatti M, Vitolo U, Baldini L, Morra E.

Clin Lymphoma Myeloma Leuk. 2013 Apr;13(2):231-4. doi: 10.1016/j.clml.2013.02.011.

■ **Promoter CpG island hypermethylation of the DNA repair enzyme MGMT predicts clinical response to dacarbazine in a phase II study for metastatic colorectal cancer.**

Amatu A, Sartore-Bianchi A, Moutinho C, Belotti A, Bencardino K, Chirico G, Cassingena A, Rusconi F, Esposito A, Nichelatti M, Esteller M, Siena S.

Clin Cancer Res. 2013 Apr 15;19(8):2265-72. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-12-3518.

■ **Venous Flow Rearrangement After Treatment of Cerebral Arteriovenous Malformations (AVMs): A Novel Approach to Evaluate the Risks of Treatment.**

D'Aliberti G, Talamonti G, Piparo M, Debernardi A, Zella S, Boccardi E, Valvassori L, Nichelatti M.

World Neurosurg. 2013 Feb 8. doi:pil: S1878-8750(13)00270-2. 10.1016/j.wneu.2013.02.005.

■ **Endovascular treatment for acute ischemic stroke.**

Ciccione A, Valvassori L, Nichelatti M, Sgoifo A, Ponzio M, Sterzi R, Boccardi E.

N Engl J Med. 2013 Mar 7;368(10):904-13. doi: 10.1056/NEJMoa1213701.

■ **Wake-up stroke and TIA due to paradoxical embolism during long obstructive sleep apnoeas: a cross-sectional study.**

Ciccione A, Proserpio P, Roccatagliata DV, Nichelatti M, Gigli GL, Parati G, Lombardi C, Pizza F, Cirignotta F, Santilli IM, Silani V, Sterzi R, Nobili L.

Thorax. 2013 Jan;68(1):97-104. doi: 10.1136/thoraxjnl-2012-201643.

il vero oro di Dongo

L'epilogo di **ventidue anni di fascismo** si consumò rapidamente, in un susseguirsi di avvenimenti convulsi e drammatici. **Dal dopoguerra ad oggi** si è discusso più volte sui **fatti di Dongo**: protagonisti o semplici cittadini, presenti al tempo, ne hanno raccontato la loro versione, storici e politici **si sono sforzati di interpretarli**.

di Maria Erminia Acquistapace

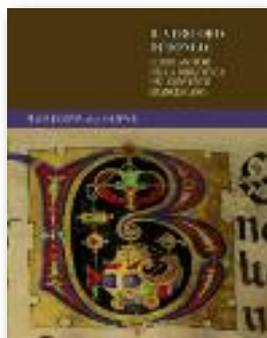
Ma, cosa effettivamente accadde tra il 26 e il 27 aprile del 1945, a Dongo, sulla sponda occidentale del lago di Como e che fine fece il tesoro sottratto alla colonna nazifascista che tentava di riparare in Svizzera, rimane ancora un mistero.

Di quell'oro si sono occupati in tanti, giornalisti, uomini di legge, con inchieste, interviste, reportage, a tal punto che il paese è conosciuto in Italia e all'estero proprio per il suo "oro".

Appena entrati in Dongo, lungo la statale Regina, sorge il convento dei Frati Francescani e qui ho scoperto un altro tesoro che descrivo in un volume dal titolo "Il vero oro di Dongo: gli antichi libri della biblioteca del convento francescano".

Il libro ci conduce nella biblioteca del Convento francescano di Dongo svelandoci un tesoro nascosto fatto di antichi libri e testi sacri secolari, tanto belli quanto preziosi.

Ci sono libri che parlano di storie avventurose, altri che parlano di amore, altri di politica, storia, filosofia, testi antichissimi e preziosi volumi sacri, un patrimonio nascosto, composto da codici, incunaboli, cinquecentine, secentine, ma an-



L'AUTRICE

Maria Erminia Acquistapace, nata a Como nel 1957, si è sempre interessata di storia locale. Da anni pubblica su riviste e volumi miscelanei contributi concernenti il territorio delle Tre Pievi.

Ricordiamo gli ultimi tre

titoli al riguardo:

Storia delle ferriere di Dongo in "Quaderni della biblioteca del convento francescano di Dongo", 1993-1998.

Musso piccole storie nella grande storia (coautore)

(Nuova Editrice Delta, Gravedona-2008)

Cremia frammenti di storia (coautore)

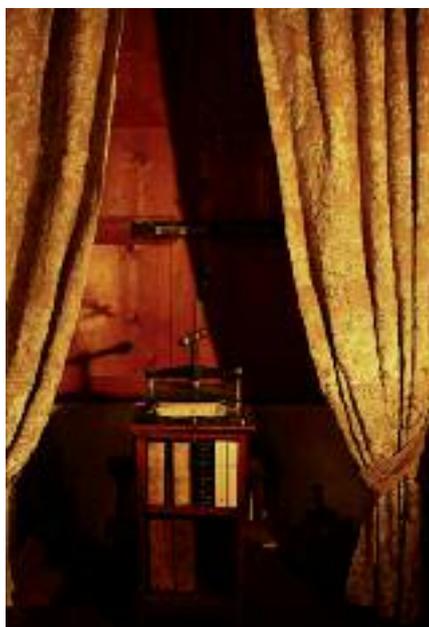
(Nuova Editrice Delta, Gravedona-2009)

LA BIBLIOTECA

Si trova nel Convento S. Maria delle Lacrime a Dongo (CO), in via Semprini 12. Per ricevere informazioni, richiedere il volume di Maria Erminia o programmare una visita chiamare il numero 0344 81338, oppure visitare il sito www.quadernidongo.it



Il libro ci conduce nella biblioteca del Convento francescano di Dongo svelandoci un tesoro nascosto fatto di antichi libri e testi sacri secolari, tanto belli quanto preziosi.



che di pregevoli volumi del sette-ottocento. Il mio libro, stampato a cura dello Studio Grafico 22014 di Dongo, per conto del Convento Francescano di Dongo, accompagna il lettore in un viaggio che inizia dalla fondazione del convento dei Minori Riformati di Santa Maria del Fiume. Racconta poi la storia della coeva biblioteca e del suo patrimonio librario, salvatosi dalle rovinose soppressioni di Età Moderna e dalla dispersione, essendo sfuggito alle grinfie napoleoniche nel 1810 e a quelle post-unitarie nel 1866, che hanno invece intaccato o disperso il patrimonio librario di quasi tutte le biblioteche ecclesia-



stiche. Nel volume si sviluppa inoltre il discorso sui libri sacri, sui corali e sugli antichi testi presenti in biblioteca. Nella stesura del libro, mi sono soffermata sulle carte finemente decorate e miniate di questi volumi, non dimenticando di descriverne oltre ai contenuti anche le legature, coinvolgendo il lettore nel gioco dell'osservazione grazie alle numerose splendide fotografie. Il tutto con l'intento di far conoscere a un pubblico più ampio questo vero e proprio tesoro nascosto, conosciuto solo da appassionati e addetti ai lavori ma che meriterebbe invece ben altra fama. **e**

Gli manca solo la parola

Brian Hare e Vanessa Woods

(SPERLING & KUPFER, 18,50 EURO)

È un libro straordinario che fa capire come esistano diverse forme di intelligenza. Hare, antropologo e ricercatore, e la Woody sono marito e moglie e vivono in Canada. Con altri esperti hanno messo a punto il progetto *Dognition*, uno strumento di valutazione canina, al quale tutti possono accedere per dar vita a un rapporto più ricco con il proprio cane (www.dognition.com).

L'autore, oggi direttore del *Duke Canine Cognition Center* alla *Duke University di Durham* (North Carolina), ha guidato studi che dimostrano come e perché i cani abbiano un talento nell'interazione con l'uomo che non ha pari nel regno animale. Riconoscere il genio dei cani serve a garantire loro una vita più piena ma anche ad ampliare la visione che abbiamo dell'intelligenza umana, arrivando ad una comprensione di noi stessi.



Ti sembra il Caso?

Schermaglia fra un narratore e un biologo

Erri De Luca e Paolo Sassone-Corsi

(FELTRINELLI, 9,00 €)

Uno scambio di lettere in cui si intrecciano poesia e scienza. Erri De Luca è lo scrittore, lo scienziato è Paolo Sassone-Corsi, biologo molecolare e docente all'Università della California. Originario di Napoli come Erri, Paolo vive da più di vent'anni negli USA insieme alla moglie Emiliana Borrelli, neurobiologa. Le suggestioni di Erri, pregne di immagini, odori e sapori della vita quotidiana, diventano per Paolo spunto di riflessione su vari argomenti scientifici: dal DNA all'orologio circadiano, dalla memoria olfattiva all'influenza dei ritmi dell'ambiente sul nostro corpo e la nostra psiche. Il risultato è la scoperta che molti concetti scientifici sui quali ci riteniamo ignoranti sono molto più vicini di quel che pensiamo. Scrive Paolo in una delle sue email: «Un ultimo pensiero: il fattore che più mi piace prendere in considerazione e che in proporzione sorprendente dà una forma alle nostre "tendenze", è il Caso». La risposta di Erri: «Introduci la divinità laica del Caso. A Napoli se lo giocano al lotto, ma almeno cercano di estorcergli una probabilità maggiore attraverso la sequenza dei ritardi dei numeri in uscita. Tu scrivi: il Caso. lo chiedo: ti sembra il Caso?»



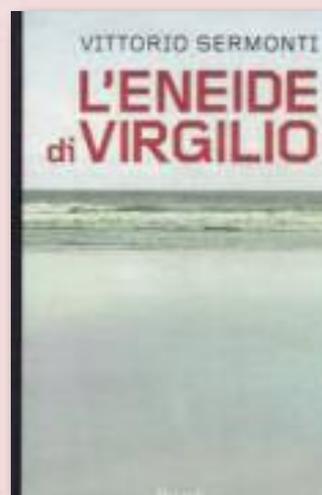
L'Eneide di Virgilio

Vittorio Sermonti

(RIZZOLI, 13,00 €)

Dopo averci deliziato con le splendide letture della *Commedia di Dante* raccolte in quattro volumi imperdibili (editi sempre da Rizzoli), Vittorio Sermonti si cimenta in una nuova traduzione del poema di Virgilio. Chi ha affrontato l'Eneide durante gli studi superiori ricorderà forse di aver avuto a che fare con la versione guerresca e tonitruante di Annibal Caro, o quella arcadico-uggiosa di Guido Vitali (*"io che già modulai le mie canzoni su pastorelle gracile zampogna..."*): bastava la traduzione dei primi due versi per far venire l'orchite anche a un eunuco), o forse tutte e due, ed allora si sarà chiesto, al di là degli impegni scolastici, più o meno grati, più o meno apprezzati, quale fosse il vero valore dell'Eneide, e quindi anche quello di Virgilio.

Certo, c'era molta piaggeria verso il potente di turno e i suoi famigli (e fin qui si tratta di una vecchia costumanza italiana tuttora in vigore), ma c'era anche della poesia vera e un perfezionismo quasi maniacale (tanto che l'opera è incompiuta): ce lo fa capire l'autore, utilizzando tutta la sua esperienza di ex Docente di letteratura italiana. Sermonti ha separato i 12 libri del poema in due parti ciascuno, sicché il testo è suddiviso in 24 capitoli, composti da una chiara e coinvolgente introduzione critica, seguita dalla traduzione, mantenendo l'originale latino a fronte. Da acquistare, perché Sermonti, a 84 anni, continua a mettersi entusiasmo per quello che scrive, e perché anche se *arma virumque cano*, lo sappiamo a memoria, mai come questa volta vale la pena rileggerlo.





fare testamento porta bene



di Flavia Mammoliti

Un tema di attualità e allo stesso tempo un tabù, che irrompe nella cultura tutta italiana della scaramanzia e della superstizione, giusto per usare degli eufemismi.

Ma siamo proprio sicuri che fare testamento porti male?

In Italia i lasciti testamentari rappresentano una straordinaria possibilità di raccolta fondi per le organizzazioni non profit, soggetti cruciali nel panorama socio-assistenziale. I risultati di un'importante ricerca della Fondazione Cariplo ci dicono che "il valore economico dei patrimoni potenzialmente oggetto di lasciti ad istituzioni di beneficenza nel periodo

2004-2020 si può stimare in circa euro 105 miliardi, con riferimento all'intero Paese, di cui circa euro 23 miliardi relativi alla Lombardia". Ecco quindi ribaltato il concetto: "fare testamento porta bene" recitava qualche anno fa lo slogan di un'importante ONG italiana impegnata in progetti di assistenza ed educazione nel Sud del mondo.

Ma siamo sicuri che faccia bene solo alle organizzazioni del Terzo Settore e ai loro beneficiari? Scegliere dei propri averi in base alle proprie precise volontà è una prerogativa di ciascuno di noi, non solo di chi possiede enormi patrimoni ma anche un semplice conto corrente bancario, un piccolo appartamento di proprietà o una polizza assicurativa. In particolare nel caso in cui non ci siano eredi, è importante esprimere le proprie volontà per evitare che lo Stato se ne impossessi e ne stabilisca arbitrariamente la destinazione. Se abbiamo figli e nipoti, è comun-

que possibile destinare una somma di denaro o una piccola parte di un immobile all'organizzazione che più ci sta a cuore e che magari abbiamo sostenuto per tanti anni.

I vantaggi del pianificare donazioni "per il futuro" sono diversi: in primo luogo il sostenitore ha l'opportunità di appoggiare una buona causa senza ridurre le proprie disponibilità patrimoniali in vita, in secondo luogo l'associazione beneficiaria del lascito, grazie ad una maggior solidità finanziaria, ha la possibilità di sviluppare progetti di ampio respiro e di programmare i propri investimenti nel lungo periodo.

Quando, alcuni anni fa, la Dr Morra ha ricevuto in eredità un immobile destinato alle sue ricerche scientifiche in ambito ematologico, è stato così anche per AMS. Quel dono ha rappresentato e ancora rappresenta un'opportunità di lavoro e di progresso, un segno indelebile nel tempo. ☺

cena di Raccolta Fondi del 10 Maggio 2013 una bella serata di solidarietà

foto di **Nicola Vaglia**



1. Giorgio Furlani, Giuseppe Di Carlo, Riccardo Nedbal, Domenico Rigoni e Massimo Manelli
3. Laura Pezzetti e Enrica Morra
4. Nicola Orfeo, Enrica Morra e Paola D'Amico
5. Elisabetta Panarese, Milena Panigada, Davide Giacon e Alice Franceschini

6. Gian Domenico Limonta, Florenzo Rusconi e consorti
7. Famiglia Menegolo
8. Milena Lodola, Flavia Mammoliti e Paola D'Amico
9. Roberto Biscardini e Fabio Arrigoni
10. Antonietta Ferrigno e Roberto Cairoli
11. Rita Borghi

12. Enrica Morra e Flavia Mammoliti
13. Elide Pastorello e Elena Grandi
14. Gruppo infermieri e caposala Ematologia di Niguarda
15. Claudio Rossetti, Daniela Mazzanti e Marcello Intotero

Camminate del Sorriso 2013

Nella foto Eliana Guasconi, volontaria AMS, con un gruppo di partecipanti alla camminata di Somaglia. Grazie ai comuni di Albavilla, Albese con Cassano, Orsenigo e Somaglia per la calorosa accoglienza e per il patrocinio degli eventi.



Grazie Salvatore!

Salvatore Lanno, volontario attivo da cinque anni nella Raccolta Tappi, appassionato di musica e di scrittura ha pubblicato lo scorso giugno il suo secondo libro "La Vita di Tutti Noi" (Ed. Aracne, 10,00 euro). Il romanzo si incentra sulle storie di amicizia e solidarietà che permettono di superare le paure e i limiti di "ciascuno di noi". Parte del ricavato sarà devoluto ad AMS Onlus. Salvatore si trova su facebook o su www.salvatorelanno.it



Torneo di Burraco

11 Maggio 2013

L'evento annuale organizzato da Romina Galimberti e dalla Flexform di Meda a favore di AMS



Il tavolo imbandito con i premi per il torneo di burraco. A destra Romina Galimberti, a sinistra la madre Loredana, con al centro la Dr Morra

MEMBRI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DI AMS ONLUS

Enrica Morra, presidente - *Direttore del Dipartimento di Ematologia e Oncologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda*

Paola D'Amico, vicepresidente - *giornalista*

Laura Cozzi Vitaloni, consulente e sostenitrice

Vincenzo Draisci, medico

Valentina Mancini, medico specialista ematologo della S. C. di Ematologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda

Angiola Tavecchio Ballabio, docente

Paolina Testa, avvocato

COLLEGIO DEI GARANTI

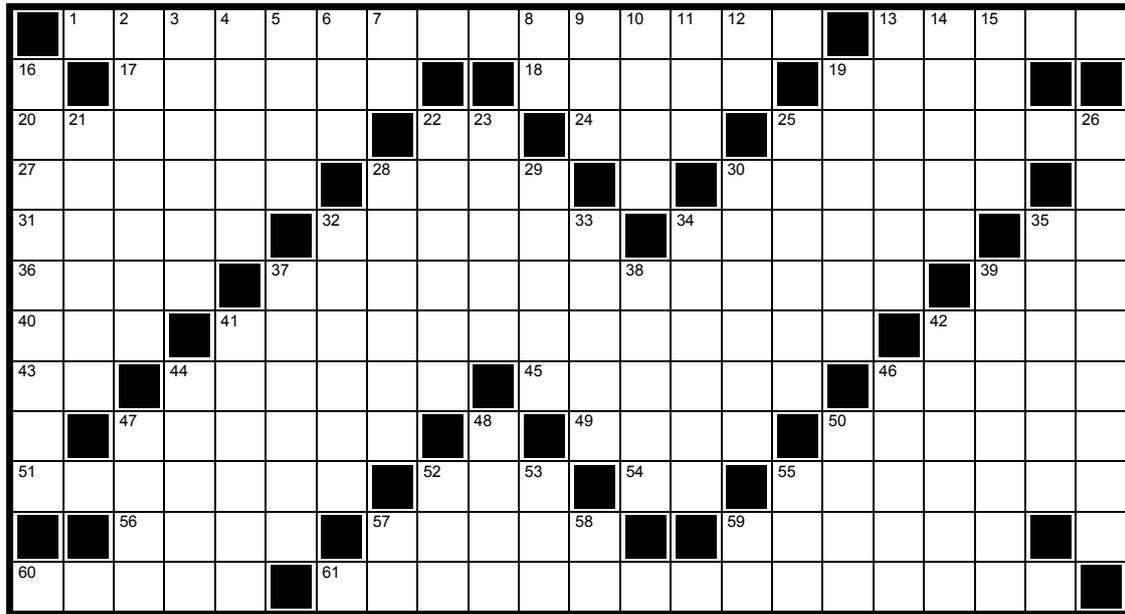
Franca Buraschi, avvocato

Alessandro Maderna, avvocato



CRUCIVERBA

(M. Nichelatti)



ORIZZONTALI

- 1. Un suo anagramma è *non amara, risanai*
- 13. Si usa in spiaggia
- 17. Limpido come l'aria
- 18. Tutti gli oggetti ne sono soggetti
- 19. Causò qualche problema a Noè
- 20. Ai piedi delle Apuane
- 22. Alternativa a *stop*
- 24. In mezzo
- 25. Era un juke-box dotato di video
- 27. Lo ripete Speedy Gonzales
- 28. Prefisso per molecole contenenti oro monovalente
- 30. Valuta spagnola prima dell'Euro
- 31. Così venivano chiamate le osterie a Milano
- 32. Lo è un ambiente ventilato
- 34. Si spera che almeno sia dotato di fiuto
- 35. *...non è guari*
- 36. Il nome di battaglia di Josip Broz
- 37. Operazione tipografica
- 39. Lo è chi non è contro
- 40. Normativa di standardizzazione
- 41. Neurone specializzato
- 42. Materia prima per la polenta

VERTICALI

- 2. I fatti di un racconto
- 3. Il Rossi che scrisse *La neve nel bicchiere*
- 4. Inventarono il sorbetto
- 5. Stella nella *Balena*
- 6. In dosi uguali, per il farmacista
- 7. Mezza Roma
- 8. *Un* napoletano

- 9. La *politik* di Willy Brandt
- 10. Per farlo serve una tavola
- 11. Corrisponde a 100 mq
- 12. Iniziali di Arbore
- 13. E' famosa quella di Ravenna
- 14. Pianta aromatica
- 15. C'è quella da chiodi
- 16. E' forte nello *sprint*
- 19. Catastali o bancarie
- 21. Favorito, sollazzato
- 22. Prosecuzione della politica con altri mezzi
- 23. Si fa se va bene lo scritto
- 25. Soluzione di continuità
- 26. Ambiente climatico con scarsissime precipitazioni
- 28. Zona circoscritta vicino alla nervatura fogliare
- 29. Proprio dell'orecchio
- 30. Idioma regionale della Valle D'Aosta
- 32. Prefisso usato in ottica fisica
- 33. C'è quello della prova
- 34. Si usava per imbalsamare
- 35. Il Ferrari che fa ridere
- 37. Vi si ripongono le cose vecchie

- 38. Principe al seguito di Alessandro Magno
- 39. Cappotto
- 41. Campo coltivato a leguminose
- 42. Tutte le armi li hanno
- 44. C'è sempre qualcuno che le apre
- 46. Vitigno originario del nord europa
- 47. L'antica Thailandia
- 48. E' sempre giovane e bello
- 50. Su una delle maglie de *la Grande Boucle*
- 52. Punto cardinale
- 53. Lingua derivata dall'esperanto
- 55. Guidò la Cina
- 57. Per lo psicologo equivale all'*id*
- 58. Rivista fondata e diretta da Mino Pecorelli
- 59. I militari dell'esercito USA

LA SOLUZIONE SARA' DISPONIBILE NEL SITO AMS CON L'USCITA DEL PROSSIMO NUMERO

Le malattie del sangue si curano anche con l'inchiostro.

Il tuo 5x1000

per l'Associazione Malattie del Sangue Onlus

**Metti al fianco
di medici e ricercatori
per sconfiggere
le malattie del sangue
Con la tua firma**

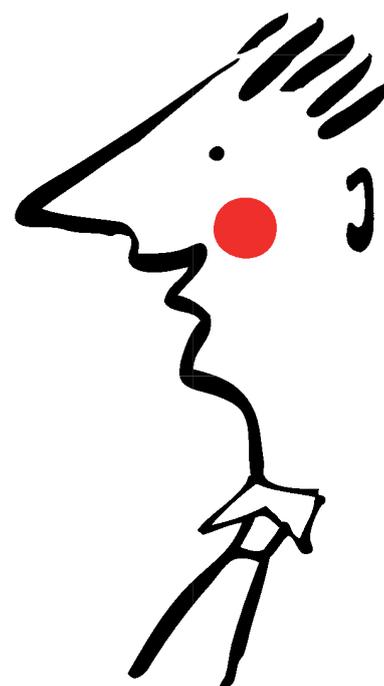
Codice Fiscale 97225150156

Banca Popolare di Milano AG 15
IBAN: IT 63 D 05584 01615 00000 00 43254



Associazione Malattie del Sangue Onlus
c/o Ospedale Niguarda-Ca' Granda di Milano
www.malattiedelsangue.org

UN CAFFE'
AL GIORNO...
AIUTA IL
MEDICO
DI TURNO!



DONA 1 EURO PER LA RICERCA!

RAP
♥ AMORISFIGATI

♥ **Hai mai pensato di attivare una donazione continuativa a favore di AMS Onlus?**

Basta un RID, come per la bolletta della luce o per un qualsiasi canone mensile. Una volta stabilito un importo fisso, puoi autorizzare la tua banca a trasferire periodicamente la donazione sul conto dell'associazione

♥ **Contiamo su di te**

Il tuo sostegno costante è il miglior modo per permettere una programmazione più sostenibile delle attività di supporto all'Ematologia di Niguarda, in particolare:

- copertura di contratti per medici specialisti e infermieri in convenzione con l'Ospedale
- ricerca clinica e innovazione terapeutica nel trattamento di leucemie, linfomi e mielomi

♥ **Compila il modulo RID**

Scaricalo su www.malattiedelsangue.org e segui le istruzioni per l'attivazione. Per assistenza nella compilazione chiama il numero 02 6425891 (lun. - ven. h. 9.00 - 15.00)

♥ **Grazie a te**

La ricerca e l'assistenza ematologica riceveranno una bella carica di energia!



Associazione Malattie del Sangue Onlus

c/o Ematologia Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano
www.malattiedelsangue.org
Codice Fiscale 97225150156
IBAN: IT 63 D 05584 01615 00000 00 43254