

<http://www.doctor33.it/>

Densità ossea nell'insufficienza ovarica prematura: Tos batte pillola contraccettiva combinata



La terapia ormonale sostitutiva (Tos) sembra essere superiore alla pillola contraccettiva orale combinata nell'aumentare la densità ossea vertebrale nelle donne con insufficienza ovarica prematura (Pof) spontanea. Ecco i risultati descritti in un articolo pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* firmato da Beth Cartwright del Guy's Hospital di Londra e colleghi, che tuttavia precisano che questi risultati vanno interpretati con cautela a causa della piccola casistica e dell'alto tasso di abbandono.

«L'insufficienza ovarica prematura è una perdita della funzione ovarica nelle donne di età inferiore ai 45 anni, che vanno incontro a una prolungata carenza di estrogeni e conseguente calo di densità ossea» scrivono i ricercatori, che per confrontare gli effetti della terapia ormonale sostitutiva e degli anticoncezionali orali combinati sulla densità minerale ossea (Bmd) nelle donne con insufficienza ovarica prematura spontanea hanno selezionato 50 donne con il disturbo tra 18 e 44 anni di età per uno studio randomizzato in aperto della durata di due anni. Un totale di 36 donne ha completato lo studio: 12 nel gruppo terapia ormonale sostitutiva, nove del gruppo anticoncezionali orali combinati e 15 nel gruppo di controllo, composto di donne che hanno rifiutato il trattamento. E il follow-up fino a due anni ha rivelato un guadagno significativo di densità minerale ossea nella colonna lombare nel gruppo terapia ormonale sostitutiva, a fronte di una sua riduzione nel gruppo non trattato e di nessuna variazione significativa nel gruppo anticoncezionali orali combinati.

«Dal confronto tra contraccettivi orali e nessun trattamento emerge una significatività statistica a favore dei primi, che però, perdono il confronto con la terapia ormonale sostitutiva che aumenta la densità minerale ossea del 3,5% in più rispetto agli anticoncezionali orali combinati» afferma la ricercatrice, aggiungendo che a due anni la differenza in termini di maggiore densità ossea vertebrale tra terapia ormonale sostitutiva e gruppo non trattato è stata superiore al 6%. «Non abbiamo ancora prove sufficienti per affermare con certezza che la terapia ormonale sostitutiva è superiore agli anticoncezionali orali combinati nel mantenere o migliorare la densità minerale ossea nella insufficienza ovarica prematura, ma sembra chiaro che nessun trattamento è dannoso per la salute delle ossa e dovrebbe di conseguenza essere scoraggiato» conclude Cartwright.

Martedì 19 LUGLIO 2016

Vaccini. Metanalisi promuove “a pieni voti” quello contro l'HpV

Secondo un'analisi combinata dei dati degli studi clinici, il vaccino 9-valente (9vHPV) contro il papilloma virus umano è generalmente ben tollerato e mostra un profilo di effetti collaterali paragonabile a quello del vaccino quadrivalente HPV (qHPV). Il vaccino 9vHPV è stato sviluppato per la protezione contro i tipi di HPV già coperti dal vaccino qHPV più i cinque tipi oncogeni di HPV, più comunemente associati con il cancro del collo dell'utero.

(Reuters Health) - Secondo un'analisi combinata dei dati degli studi clinici, il vaccino 9-valente (9vHPV) contro il papilloma virus umano è generalmente ben tollerato e mostra un profilo di effetti collaterali paragonabile a quello del vaccino quadrivalente HPV (qHPV). Il vaccino 9vHPV è stato sviluppato per la protezione contro i tipi di HPV già coperti dal vaccino qHPV più i cinque tipi oncogeni di HPV, più comunemente associati con il cancro del collo dell'utero.

Secondo questa recente analisi, pubblicata da Pediatrics, condotta da Edson Moreira Jr. e colleghi per conto del Ministero della Salute brasiliano di Bahia, il vaccino 9vHPV ha mostrato significativa efficacia, sicurezza e tollerabilità. Moreira e colleghi hanno valutato la sicurezza e gli eventi avversi del vaccino 9vHPV in sette studi di fase 3 che hanno incluso più di 15.000 uomini e donne di età compresa tra i 9 e i 26 anni che hanno ricevuto una o più dosi di vaccino 9vHPV. In due di questi studi, più di 7.000 soggetti di controllo hanno ricevuto almeno una dose di vaccino qHPV.

Nell'analisi combinata, gli eventi avversi più comuni associati con il vaccino 9vHPV erano localizzati al sito di iniezione (dolore, gonfiore, eritema) o sistemici (mal di testa, febbre). In particolare gli effetti collaterali localizzati nel sito di iniezione sono risultati più comuni con il vaccino 9vHPV, rispetto al vaccino qHPV. La maggior parte di questi eventi erano di grado lieve-moderato, e le interruzioni della profilassi o i gravi eventi avversi correlati al vaccino erano rari – 0,1% con il vaccino 9vHPV e <0,1% con il vaccino qHPV. Sono stati segnalati, inoltre, sette decessi, ma nessuno di questi è stato correlato al vaccino. Infine, le proporzioni di gravidanze con esito negativo erano entro i valori riportati nella popolazione generale.

In conclusione, gli autori promuovono a pieni voti il vaccino 9vHPV rimarcandone il profilo di sicurezza e sottolineando che il vaccino 9vHPV potrebbe potenzialmente prevenire, circa il 90% dei tumori del collo dell'utero, e i tumori della vulva HPV-correlati, vaginali, anali e le verruche genitali in tutto il mondo.

Fonte: Pediatrics 2016

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.corriere.it/>

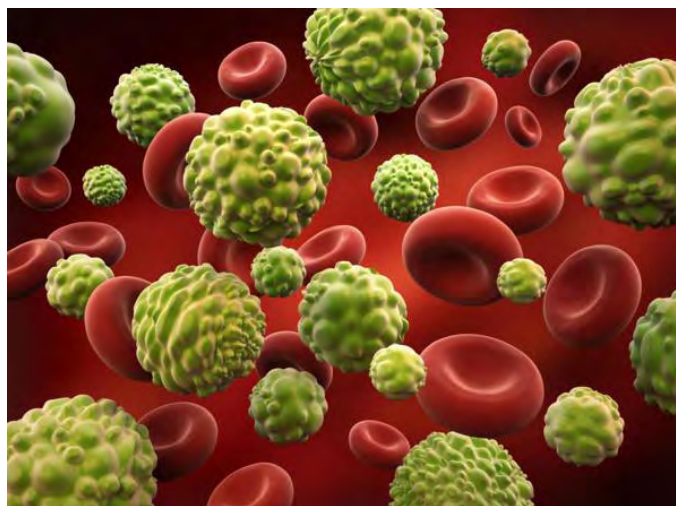
progetto internazionale

Tracciata una prima mappa del cancro (e delle possibili cure)

Un ricercatore italiano è stato protagonista di un imponente lavoro di analisi su una trentina di diversi tipi di tumore provenienti da 11 mila pazienti e mille linee cellulari

su cui sono stati testati centinaia di farmaci vecchi e nuovi. Con interessanti sorprese

di Roberta Villa



Cellule tumorali (Getty Images)

Studiare le mutazioni genetiche di un tumore e trovare il farmaco più adatto per quel singolo paziente. L'obiettivo è chiaro. Tuttavia, sebbene da tanti anni si parli di cure personalizzate contro il cancro, in pratica questo approccio sembra far fatica a prendere piede. Un balzo in avanti in questa direzione potrebbe ora venire dal lavoro di un giovane ricercatore italiano, Francesco Iorio, un bioinformatico di stanza a Cambridge, presso l'Istituto Europeo di Bioinformatica (EMBL – EBI) e il Wellcome Trust Sanger Institute. Iorio è infatti il primo autore di uno studio internazionale, pubblicato sull'importante rivista [Cell](#), che si potrebbe leggere come una mappa del cancro e delle sue possibili cure, la più estesa che finora sia mai stata compilata.

Le colture cellulari sono un modello limitato ma affidabile

«Anche sulla base delle mappature condotte da altri gruppi prima di noi, abbiamo cercato le mutazioni caratteristiche delle cellule malate in 11 mila campioni di tessuto provenienti da altrettanti pazienti con 29 diversi tipi di cancro» racconta Iorio, che, con il suo background informatico, rappresenta una delle nuove professionalità divenute indispensabili nei laboratori di biologia molecolare. Un'impresa faraonica come questa, infatti, è resa possibile solo dalla capacità di elaborazione dati delle nuove tecnologie. Il passo successivo è stato verificare che le stesse mutazioni si ritrovassero anche su oltre un migliaio di linee cellulari usate normalmente per studiare ogni specifico tumore in laboratorio. «Abbiamo dimostrato che le alterazioni genetiche più ricorrenti nei pazienti sono presenti nelle colture cellulari e sono osservabili in vitro con una frequenza simile a quella osservata nei pazienti» aggiunge Iorio. Un riscontro importante, questo, in controtendenza rispetto a diverse segnalazioni che negli ultimi tempi hanno fatto sospettare dell'attendibilità di queste colture cellulari come modello per lo studio della malattia. «Ovviamente questa concordanza varia a seconda del tipo di cancro e soprattutto dall'ampiezza del corrispondente numero di modelli in vitro disponibili. C'è anche una serie di aberrazioni genomiche che sono molto meno frequenti nei pazienti e che non si ritrovano nelle linee cellulari. In altre parole, le colture di laboratorio riproducono in modo parziale, ma fedele, le caratteristiche genetiche dei tumori nei pazienti, per cui possono essere usate per identificare marcatori e studiare la migliore risposta al trattamento farmacologico» spiega il ricercatore trasferito a Cambridge. Resta ovviamente la necessità di generare nuovi modelli che colgano le alterazioni genetiche meno frequenti, ma il fatto che lo studio si basi sui dati provenienti dalla caratterizzazione di 11 mila pazienti consente di identificare quelle più rilevanti dal punto di vista clinico, focalizzarsi su quelle, nelle linee cellulari, e correlarle con il modo in cui le linee cellulari rispondono a un farmaco. «Così facendo, non rischiamo di farci distrarre da mutazioni non rilevanti che le linee cellulari (particolarmente quelle di vecchia data) potrebbero aver acquisito per adattarsi alla loro "vita in laboratorio"».

Cercare l'ago nel pagliaio dei farmaci

Una volta accertato che le mutazioni più rilevanti nei pazienti corrispondono effettivamente a quelle delle cellule usate in laboratorio, si è passati alla fase che in futuro potrà avere maggiore impatto sulla cura: testare su queste colture 265 diversi farmaci, già in uso o in una fase avanzata da sviluppo, per verificare la loro capacità di uccidere o frenare la crescita dei diversi tipi di cellule tumorali, in relazioni alle loro specifiche mutazioni. «Si è così potuto vedere, per fare un esempio, che un farmaco efficace su una certa quota di pazienti con cancro alla vescica funziona solo nelle colture cellulari che presentano una determinata mutazione. Dopo ulteriori e necessarie validazioni sperimentali, questo marcatore potrebbe quindi essere utilizzato in futuro per selezionare i malati da sottoporre alla cura, risparmiando da eventuali effetti collaterali quelli che difficilmente ne trarranno beneficio - prosegue il ricercatore -. In altri casi, l'analisi dettagliata delle mutazioni legata ai diversi tipi di tumore, ha permesso di mettere in luce nuovi potenziali bersagli, su cui lavorare per mettere a punto strategie terapeutiche innovative».

Uno spirito di collaborazione

Il lavoro è stato pubblicato con il criterio dell'"open access", è cioè liberamente e gratuitamente disponibile a tutti, come è stato recentemente proposto che debba essere entro il 2020 tutta la ricerca condotta in Europa grazie a finanziamenti pubblici. Ma in questo caso si va anche oltre: i ricercatori mettono a disposizione della comunità scientifica in tempo reale tutti i loro risultati e i dati generati attraverso [un unico portale web](#), aggiornato a mano a mano che si raccolgono informazioni nuove.

<http://www.popsci.it/>

Tumore al seno: nessuna correlazione con stress o eventi traumatici



Un evento traumatico o lo stress non hanno nessuna correlazione con un rischio aumentato di sviluppare tumori al seno. Questa la conclusione a cui arriva lo studio britannico guidato dall'Institute of Cancer Research di Londra e pubblicato sul *Breast Cancer Research*. I risultati, che smentiscono quello che è un convincimento di alcune donne che si ammalano di questa patologia, arrivano dal 'Breast Cancer Now Generations Study', uno studio prospettico che seguirà per 40 anni complessivamente 113mila donne inglesi.

Lo studio

Dal 2003, a quelle coinvolte è stato periodicamente chiesto quanto si sentissero stressate, e quanto in particolare avessero sperimentato eventi come divorzi o lutti. Per sei anni le partecipanti allo studio sono state poi seguite per vedere quante sviluppavano tumore al seno, raccogliendo dati anche su altri fattori come obesità, attività fisica, consumo di alcol, familiarità per questo tipo di malattia.

Dai risultati è emerso che 1.783 delle circa 106mila partecipanti coinvolte in questa analisi hanno sviluppato un cancro al seno, ma non è stata osservata un'associazione statisticamente significativa tra la frequenza dello stress e l'incidenza complessiva di cancro al seno, così come neppure per gli eventi traumatici è stata osservata una correlazione con un maggiore rischio. Un'associazione molto debole è stata osservata tra il divorzio e un tipo di cancro al seno, quello estrogeno recettore negativo, un'analisi però basata su solo 25 casi e con dati 'borderline' in quanto a significatività statistica.

<http://www.doctor33.it/>

Choosing wisely, cinque pratiche inappropriate in chirurgia oncologica



Aderire o non aderire? La gran parte delle società scientifiche americane propendono di certo per la prima ipotesi, facendo riferimento all'iniziativa Choosing wisely, campagna varata dall'Abim (American board of internal medicine) per identificare in ogni disciplina medico-chirurgica le 5 pratiche su cui medici e pazienti dovrebbero discutere in quanto ritenute inutili, costose e potenzialmente dannose. Si registra infatti una continua comparsa di nuove "Top 5 lists" nel già vasto gruppo esistente. L'ultima, appena uscita (pochi giorni fa), è opera della Society of surgical oncology (Sso).

Ecco le principali raccomandazioni dei chirurghi oncologi americani:

1) Non ricorrere di routine alla biopsia del linfonodo sentinella in donne clinicamente (palpatoriamente) negative a linfonodi di età \geq 70 anni con un cancro mammario invasivo positivo ai recettori ormonali. La terapia ormonale è uno standard per tutte le pazienti con malattia positiva ai recettori ormonali, ma l'omissione della biopsia del linfonodo sentinella in donne clinicamente negative a linfonodi di età \geq 70 anni trattate con terapia ormonale non porta ad aumentati tassi di recidiva locoregionale e non determina alcun impatto sulla mortalità da ca mammario. Le donne \geq 70 anni con ca mammario positivo ai recettori ormonali in fase precoce e senza linfonodi ascellari palpabili possono essere trattate in sicurezza senza stadiazione ascellare.

2) Non ricorrere normalmente alla risonanza magnetica (Rm) mammaria per lo screening del tumore del seno in donne a rischio intermedio. Questo tipo di screening dovrebbe essere riservato alle donne ad aumentato rischio, ovvero portatrici di mutazione nota del gene Brca, loro parenti di primo grado, donne con un rischio per l'aspettativa di vita superiore del 20% misurato secondo i metodi di valutazione del rischio basati principalmente sulla

storia familiare di ca mammario, soggetti con storia clinica associata a rischio significativo di tumore del seno (comprese quelle che hanno ricevuto una radiazione a mantello prima dei 30 anni di età).

3) Non prescrivere di routine analisi del sangue (per esempio emocromo o testa di funzionalità epatica) fatta eccezione per i livelli di antigene carcinoembrionario (Cea) durante la sorveglianza per cancro coloretale. A causa della mancanza di sensibilità e accuratezza nella detezione di recidive precoci, le attuali prove non supportano la misurazione dell'emocromo o l'esecuzione dei test di funzionalità epatica per la sorveglianza a seguito di un trattamento per cancro coloretale. Nonostante le evidenze non siano univoche, i regimi di sorveglianza che comprendono il test seriale del Cea sono stati associati a una migliore sopravvivenza. A seconda dello stadio della malattia non metastatica, metodi accettati per la sorveglianza del ca coloretale comprendono una combinazione di anamnesi ed esame fisico, Cea, Tc del torace, dell'addome e della pelvi e colonscopia, a intervalli variabili a seconda dello stadio e del rischio della malattia recidivante.

4) Non eseguire di routine una Pet/Tc allo stato iniziale di un cancro localizzato del colon o del retto come parte integrante di una sorveglianza abituale per pazienti trattati in modo curativo per ca coloretale. Una Tc del torace, dell'addome e della pelvi con contrasto orale o endovenoso fornisce un'eccellente stadiazione e l'imaging Pet standard non migliora in modo significativo l'accuratezza diagnostica o gli outcome quale parte iniziale dell'iter o dei test di sorveglianza. L'uso della Pet non elimina la necessità di raccomandare una stadiazione Tc con contrasto orale o endovenoso ma aumenta i costi.

5) Non prescrivere routinariamente studi di imaging per stadiare pazienti con prima diagnosi di melanoma cutaneo primario localizzato a meno che non vi sia il sospetto di una malattia metastatica in base alla storia clinica e all'esame fisico. Le abituali indagini per il melanoma localizzato - compresi la radiografia del torace, l'Rm cerebrale, l'imaging in sezioni trasversali e la Pet/Tc - non sono sensibili ai limiti inferiori di risoluzione e non migliorano significativamente la stadiazione di questi pazienti. Vi è un basso rischio di metastasi e anche il rischio di rilevare reperti non correlati al melanoma (per esempio falsi positivi o lesioni incidentali). L'imaging dovrebbe quindi essere attuato se vi sono elementi che riguardano la storia clinica e l'esame fisico e questi test dovrebbero essere guidati dai sintomi.

NUOVI PROGRESSI CONTRO IL CANCRO ALLA MAMMELLA

di NICOLA SIMONETTI

Messaggi rassicuranti, di speranza e di sempre più possibili guarigioni nel cancro della mammella, dal congresso organizzato dal dottor Gennaro Palmiotti, direttore oncologia del Di Venere, conclusosi nei giorni scorsi a Bari.

In sintonia con evento nazionale AIOM (associazione it. Oncologi medici) e da indicazioni internazionali (Asco e società Usa med. Riproduttiva), il congresso di Bari si è interessato della fertilità da preservare nella persona colpita da cancro. Ogni anno, circa 8.000 italiani under 40 (5.000 donne, 3.000 uomini) sono colpiti da cancro (30 al dì). Il desiderio di genitorialità di questi malati, gran parte dei quali guarisce o sopravvive in buone condizioni, a lungo ignorato, vede, oggi, il curante venire incontro ai loro desideri e – dice il dr Palmiotti – si impegna ad utilizzare metodiche (crioconservazione, ecc) idonee.

Una sessione è stata dedicata alle donne con forte familiarità (gene Brac 1 o 2 mutato) per le quali la chirurgia va “allargata” anche al seno apparentemente indenne ma che, 7 volte su 10, può “nascondere” la malattia.

Dibattuta l'ipotesi di prolungare, oltre i 5 anni canonici, la terapia ormonale per tumori che gli sono sensibili. La dilazione, con la tossicità acquisita, potrebbe danneggiare alcune donne e beneficiare altre. Doveroso individuare queste ultime ed escludere le altre.

Altro interrogativo: è sempre necessario, nelle pazienti in pre-menopausa, avvalersi della castrazione farmacologica (quella chirurgica ormai è quasi disusata) oppure evitarla in casi non a rischio? Il dibattito è stato illuminante.

“La prevenzione rimane la pietra miliare. Screening a tappeto seguendo le indicazioni delle Linee Guida ed eliminando le “crudeli” liste di attesa.

La terapia chirurgica è la prima risposta alla diagnosi di cancro mammario ed oggi – ha detto il prof. Aurelio Portincasa, direttore Chirurgia plastica, università Foggia – nuove tecniche e metodiche la rendono meno “crudele”. È possibile ricostruire la mammella utilizzando solo il grasso prelevato (suzione) dai depositi presenti nella stessa donna (addome, cosce, ecc) con risultati sovrapponibili alle protesi evitandone i rischi. Rassicurante la casistica personale di Portincasa il quale ha anche illustrato le “matrici acellulari” (sintetiche o da animali) che, con il solo muscolo gran pettorale, completano la tasca che diverrà neo-mammella.



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

MEDICINA

I vaccini che sapranno sconfiggere i tumori

ARCOVIO PAGINA 30

“Sono i vaccini terapeutici la prossima arma contro i tumori”

Dal potenziamento del sistema immunitario anche terapie anti-Hiv

**Alberto
Mantovani**
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE SCIENTIFICO
DELL'ISTITUTO HUMANITAS
IL LIBRO: «IMMUNITÀ E VACCINI»
MONDADORI

IMMUNOLOGIA

VALENTINA ARCOVIO

«**L**a sfida in campo immunologico sono i vaccini terapeutici contro il cancro».

A parlare è Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas e docente di Humanitas University. Considerato uno dei massimi esperti mondiali di immunologia, Mantovani ha scritto il saggio «Immunità e vaccini», edito da Mondadori. Nel volume, un'indagine destinata al grande pubblico, viene affrontato il tema dell'immunità a 360 gradi: dal funzionamento del sistema immunitario agli effetti dei vaccini, fino al valore della vaccinazione dei bambini come gesto di solidarietà anche collettiva e alle nuove prospettive per l'impiego dei vaccini contro il cancro. Un libro di forte impatto sociale ed educativo, che è valso all'autore il Premio Letterario Merck, consegnato la scorsa settimana a Roma.

Professore, a che cosa si deve la metamorfosi dei vaccini da arma di prevenzione a terapia anti-cancro?

«Sono stati compiuti passi importanti in campo immunologico. Abbiamo capito, ad esempio, che le cellule “sentinella” del sistema immunitario, tecnicamente chiamate dendritiche, possono essere utilizzate per riattivare il sistema immunitario stesso. E, inoltre, sono stati identificati anche nuovi bersagli per attivare la risposta immunitaria. A questa comprensione del sistema immunitario si è aggiunto un altro importante cambio di paradigma».

Di che cosa si tratta in concreto?

«Si è passati da una visione semplicistica del tumore, quella che lo considerava come un insieme di cellule cancerose, a una più ampia che prende in considerazione anche la “nicchia ecologica” in cui si sviluppa. Così abbiamo scoperto che nel tumore le difese immunitarie possono essere “addormentate” o “corrotte”. E da questo paradigma sono partiti gli sforzi per disegnare vaccini terapeutici contro il cancro, una sfida promettente».

È possibile sfruttare le potenzialità del sistema immunitario per combattere anche altre malattie?

«In realtà, da tempo vengono utilizzati anticorpi monoclonali contro alcuni tipi di tumori, ma anche contro altre ma-

lattie. Come quelle immunitarie: ci sono anticorpi che vengono utilizzati per sopprimere il sistema immunitario che, in alcune patologie, diventa il nostro nemico, come ad esempio nell'artrite reumatoide e nella sclerosi multipla. Inoltre, si sta lavorando alla progettazione di anticorpi contro l'Hiv e a terapie immunologiche efficaci contro malattie infettive».

I vaccini anticancro saranno soltanto terapeutici e non preventivi?

«No, ma si lavora molto sui primi. Vaccini preventivi contro il cancro, in realtà, già esistono. Pensiamo al vaccino contro l'epatite B, un virus responsabile di una parte dei tumori del fegato. Oppure ai vaccini contro l'Hpv, virus che nelle donne può causare il cancro alla cervice uterina e negli uomini i tumori testa-collo e quelli anali».

Perché, nonostante tutti questi progressi, sono ancora in molti ad aver paura dei vaccini?

«Per diversi motivi. I vaccini sono vittima del loro successo: i miei figli e i miei nipoti non hanno la minima idea di cosa significa ammalarsi di poliomielite e di quanto sia stato importante il vaccino per porre fine all'epidemia. Inoltre, circolano molte menzogne in Rete, come quella che collega il



vaccino all'autismo. Altra falsa convinzione è quella secondo la quale sia meglio ammalarsi che vaccinarsi: c'è chi pensa che ammalarsi sia un esercizio per il sistema immunitario. In realtà, è vero il contrario: i patogeni causano una soppressione profonda del sistema immunitario e questo aumenta il rischio di sviluppare altre patologie. Il miglior allenamento per il sistema immunitario è il vaccino: ci sono numerose evidenze secondo cui il vaccino offre una protezione che va al di là del patogeno. Infine, c'è la scarsa percezione della dimensione di solidarietà dei vaccini, ovvero la consapevolezza che vaccinarsi significa proteggere anche gli altri, specialmente i più deboli».

Come sarebbe il mondo senza i vaccini?

«Con più morti e malati. Grazie ai vaccini vengono salvate nel mondo 5 persone ogni minuto. Sono l'intervento medico a basso costo che più di tutti ha cambiato la nostra salute e continuano a rappresentare la migliore assicurazione sulla vita dell'umanità».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Martedì 19 LUGLIO 2016

“Il personale del Ssn è la priorità. La stabilità dia i fondi che servono”. Intervista a De Biasi

“Senza investimenti sul personale sul piano dell’occupazione, della certezza contrattuale e della formazione non andiamo da nessuna parte in sanità. Questo sia chiaro”. “Lorenzin dia l’ultimatum alle Regioni per la predisposizione dei fabbisogni di personale così da avviare i concorsi straordinari per colmare emergenze derivanti dal nuovo orario di lavoro”, così la presidente della Commissione Sanità del Senato in un’intervista rilasciata al mensile dell’Anaa o “Dirigenza Medica”

Non ha dubbi la presidente della Commissione Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi: il personale è la priorità del Ssn. E questo vuol dire che nella prossima legge di stabilità non potranno mancare i fondi necessari per il rinnovo di contratto e convenzioni e per le nuove assunzioni, necessarie a colmare i vuoti di tutti questi anni di blocco del turn over, al quale si è aggiunta l’emergenza orario di lavoro ancora non risolta nonostante gli impegni presi con la precedente finanziaria.

Ma non è solo questione di fondi. Per De Biasi, intervistata sull’ultimo numero del mensile dell’Anaa o Assomed "Dirigenza Medica", il personale del Ssn ha bisogno di un’attenzione strategica in grado, non solo di tamponare le emergenze di oggi, ma soprattutto di programmare i bisogni di domani.

Per questo servono interventi in grado di valorizzare appieno i medici in primis ma anche tutte le altre professioni sanitarie, superando incomprensioni e polemiche scaturite da un comma 566 scritto male e che va rivisto quanto prima.

Nello stesso tempo i medici devono contare di più nelle scelte delle aziende sanitarie, anche se questo non vuol dire abbandonare le logiche di una gestione manageriale della sanità, dalla quale non si può più tornare indietro. Anzi, la managerialità di Asl e ospedali va salvaguardata e migliorata con una selezione diversa e più attenta alle competenze dei DG, come prevede la riforma Madia.

E il Pd, del quale De Biasi è un esponente di spicco, è vero che sembra aver abbandonato la sanità o quanto meno averla messa in sordina nella sua agenda politica? “Il PD deve tornare a imparare che salute non è soltanto l’augurio che si fa dopo uno starnuto”, ci ha detto la presidente in questa lunga intervista, dove alla fine assicura sul fatto che la legge sulla responsabilità professionale sarà licenziata dalla sua Commissione prima della pausa estiva.

E poi una proposta sui farmaci: “Deve essere l’Ema a negoziare il prezzo, individuando una soglia massima valida per tutta la UE. Una cosa è negoziare il prezzo dei nuovi farmaci per 60 milioni di italiani, una cosa è farlo per 500 milioni di cittadini europei”

Presidente De Biasi, sono anni che i medici si sentono dire che solo grazie a loro la sanità è andata avanti in questi tempi di crisi e che i loro sacrifici hanno salvato il Ssn. Ma la misura è colma.

Contratto ancora al palo e senza fondi, turn over fermo, nuove assunzioni mai arrivate, e tante altre promesse mancate. A partire dall’art.22 del Patto per la salute...

Iniziamo col dire che la nostra posizione è stata chiarita già nel nostro parere sul Def: forte preoccupazione per la discesa degli investimenti in sanità e del fondo sanitario...

E i 2 miliardi promessi da Lorenzin per il 2017 sarebbero sufficienti?

Prima di tutto bisogna capire se ci sono davvero come da previsioni del Def 2017. Se ci fossero saremmo contentissimi. Soprattutto perché si potrebbe iniziare a rispondere a due priorità: il rifinanziamento del fondo per i farmaci innovativi e il personale. E questa seconda priorità è strutturale, come del resto ammette lo

stesso Def che segnala una diminuzione a mio giudizio pericolosa del personale sanitario. Senza investimenti sul personale sul piano dell'occupazione, della certezza contrattuale e della formazione non andiamo da nessuna parte in sanità. Questo sia chiaro.

Sempre Lorenzin ha parlato di un fondo ad hoc per il personale del Ssn.

Mah, non so se serva un fondo ad hoc, anche perché se iniziamo a immaginare un fondo per ogni emergenza penso che si rischi una forte confusione finanziaria. E' certo però che per il personale sanitario serva un investimento mirato e vincolato al rinnovo dei contratti e delle nuove assunzioni. Non si può continuare con le promesse e le pacche sulle spalle. Detto questo, con la prossima legge di stabilità i soldi per i contratti e le assunzioni ci devono essere, ci mancherebbe! Sono tre anni che in occasione della legge di bilancio presentiamo proposte per il personale e i contratti e sono sempre state accantonate. Speriamo che quest'anno sia la volta buona, ma serve una sponda forte con il ministro Lorenzin. Dobbiamo lavorare in sinergia per un affondo comune, come abbiamo fatto per i farmaci innovativi. Il Parlamento è pronto a fare la sua parte.

A proposito di promesse, la stabilità dello scorso anni ha previsto l'avvio di una serie di procedure per consentire l'assunzione di nuove unità di personale (si era parlato di 3mila medici) per tamponare l'emergenza creata dal nuovo orario di lavoro europeo. Ma ad oggi si è fatto poco o nulla.

Qui c'è una responsabilità evidente delle Regioni alle quali spettava la determinazione dei fabbisogni di personale sulla base dei quali indire i concorsi. A questo punto penso che spetti al Governo chiedere un'accelerazione immediata per chiudere la partita. Non ci sono più scusanti.

Ma come può accadere che gli stessi enti titolari della gestione di Asl e ospedali non sappiano di quanto personale hanno bisogno?

Ci sono certamente differenti situazioni da una regione all'altra. Ma sono convinta che moltissimo dipenda dalla capacità dei vertici delle aziende. E in questo senso attendiamo con fiducia le nuove norme per la selezione dei direttori generali, dalle quali ci aspettiamo una svolta nelle attribuzioni di responsabilità del nuovo management sanitario per il quale, a mio avviso, dovrà essere previsto tra gli elementi vincolanti di valutazione del loro operato anche quello della determinazione dei fabbisogni di personale, in modo costante e attento alle evoluzioni dei bisogni di assistenza e salute.

Torniamo al quadro generale delle politiche del personale. Abbiamo detto dei finanziamenti, abbiamo detto dei contratti. Ma è certo che è lo stesso assetto del personale sanitario ad apparire ormai scosso da interventi legislativi che sembrano in qualche modo mettere in discussione la leadership medica. Cosa ne pensa?

Non so cosa si intenda effettivamente oggi, nel 2016, per leadership medica. Se intendiamo che al medico e solo al medico spettino la diagnosi e la terapia non ho dubbi. Essa c'è e va mantenuta senza se e senza ma. Per il resto ritengo che la realtà superi la stessa legislazione. Nelle strutture si lavora ormai in equipe e ognuno è conscio del proprio ruolo e delle proprie prerogative. Ma è indubbio che va fatta chiarezza.

Cioè?

Intanto rivedendo il comma 566, superando l'attuale impostazione ed eliminando le ambiguità in esso contenute che hanno creato solo problemi e confusione. Ribadendo la centralità del medico ma anche, se vogliamo che si continui a lavorare in team con le altre professioni sanitarie, valorizzando infermieri e altri professionisti sanitari, come del resto abbiamo fatto con la legge di riordino delle professioni, ora all'esame della Camera. Poi c'è il tema della formazione post laurea che abbiamo provato ad affrontare nell'ambito della legge di riordino delle professioni. Ma il Mef ha bocciato il nostro emendamento sugli specializzandi coinvolgendo le Regioni e gli ospedali. Non possiamo aspettare: è un tema che andrà affrontato e risolto.

Altro tema. Il governo clinico. Se lo ricorda? Non è che ormai i medici nelle Asl non contano più nulla e a decidere tutto sono solo i manager?

Attenzione a non rispolverare un dibattito non so oramai quanto utile. Pensare che aziende sanitarie con bilanci milionari non debbano avere un approccio manageriale alla gestione è senza senso. Ma è certo anche che, se la percezione del cittadino (e non solo) è che alla fine le cose si fanno o non si fanno nella sanità solo sulla base dei costi, ciò è sicuramente il portato di una esagerazione nella definizione delle priorità economiche rispetto agli obiettivi di salute. E questo è il lascito della cultura degli anni che abbiamo alle spalle. Ora bisogna riequilibrare la mission ma senza perdere la bussola del management, che anzi deve ulteriormente crescere in qualità e competenza.

Ma i medici potrebbero avere più ruolo nelle scelte aziendali?

E' chiaro che i medici debbano avere più voce in capitolo. Ma sui temi di loro competenza. Per esempio l'appropriatezza, e per inciso colgo l'occasione per esprimere tutta la mia soddisfazione per la cancellazione

del decreto e del suo assorbimento nei nuovi Lea. Come non c'è alcun dubbio che un piano diagnostico e terapeutico non si possa fare senza ascoltare i medici, come non si potrà mai attuare l'integrazione ospedale territorio senza l'apporto dei medici dei due settori. E così via.

Parliamo di politica. Secondo lei è in qualche modo fondata l'accusa che proviene da più parti secondo la quale il PD avrebbe in qualche modo abbandonato il pubblico impiego al suo destino puntando tutto sulla riforma Madia? E ancora, la stessa accusa riguarda anche l'attenzione alla sanità che, si dice, sia ormai venuta meno nell'agenda delle priorità del PD.

Andiamo con ordine. La riforma Madia è molto importante, forse non popolarissima, ma molto importante. Ma è certo che tutto sta nella sua attuazione e in questo Paese siamo troppo abituati agli annunci piuttosto che alla pratica attuativa delle leggi. Ci saranno senz'altro momenti di conflittualità ma questi si possono e devono superare ascoltando le parti, non chiudendo alla relazione col mondo del lavoro del pubblico impiego.

Poi il PD deve tornare a imparare che salute non è soltanto l'augurio che si fa dopo uno starnuto.

E quest'ultima cosa come la spiega?

Diciamo che essendo la sanità un argomento e un mondo molto complesso, da tempo delegato alle Regioni e quindi disseminato nelle logiche delle politiche territoriali, si è fatto fatica in questi anni ad avere una visione unitaria e nazionale del valore della salute, come valore imprescindibile per lo sviluppo del Paese nel suo complesso. Al contrario ci siamo appiattiti sull'emergenza e sulle battaglie contro i tagli dai banchi dell'opposizione. Ma oggi siamo al Governo e va recuperata una visione complessiva della salute dell'oggi e del domani. A partire dall'universalismo come elemento chiave della sanità pubblica. Mettendo in chiaro che il fatto che il privato possa surrogare il pubblico è solo un'illusione pericolosa che non sta in piedi né dal punto di vista etico né economico. Perché non esiste un soggetto privato che possa sostituirsi al pubblico per garantire la sanità a tutti, pena la grande disuguaglianza nel diritto alla cura che si verrebbe a creare.

Va detto che la stessa disattenzione verso la sanità si potrebbe ascrivere anche alle altre forze politiche, sia di maggioranza che di opposizione. In sostanza non mi sembra che la sanità sia nelle agende della politica italiana.

Absolutamente vero. E secondo me c'è un motivo di fondo. Abbiamo abituato gli italiani, e quindi anche la politica, al fatto che abbiamo un ottimo Ssn e che quindi non ci sia molto da fare. E invece sappiamo che i grandi settori del welfare, come la sanità, hanno bisogno di continue attenzioni e innovazioni altrimenti il sistema arretra, inevitabilmente.

Responsabilità professionale. Che tempi abbiamo per il via libera al Senato? Ce la faremo prima dell'estate?

Stiamo attendendo il via libera della Bilancio sugli emendamenti e contiamo di chiudere i nostri lavori in Commissione sanità prima della pausa estiva per portare la riforma in Aula a settembre. E' mio auguro che ciò accada anche alla Camera dove è in discussione l'altra riforma simbolo di questa legislatura per la sanità e cioè la riforma delle professioni sanitarie. Queste due leggi devono vedere la luce insieme. Senza dimenticare che si tratta di due leggi che finalmente ci mettono in linea con quelle europee. E se la stessa cosa si facesse anche per il farmaco non sarebbe male...

Si spieghi.

Molto semplice. Oggi abbiamo l'Agenzia europea dei medicinali, l'EMA, che si occupa di tutta la vita del farmaco, dalle norme per la sperimentazione fino all'autorizzazione in commercio. Norme vincolanti e valide in tutta l'Unione Europea. Ma l'Agenzia si ferma davanti al prezzo, delegando ai singoli Stati le trattative con le aziende. Bisogna cambiare. Il prezzo va negoziato dall'EMA, ipotizzando magari una sorta di prezzo massimo europeo sul quale semmai i singoli Stato possono ottenere ulteriori sconti in base alle specificità dei rispettivi bacini di utenza. Una cosa è negoziare un prezzo per 60 milioni di italiani, una cosa è farlo per i 500 milioni di europei.

Potrebbe essere una delle nuove mission dell'EMA "italiana"?

Milanese, prego!


Cesare Fassari

19 lug 2016

SEGNALIBRO ☆
FACEBOOK | f
TWITTER | t

DAL GOVERNO

Corruzione, firmato l'atto integrativo tra Salute e Anac. Arriva il Registro degli ispettori

 [L'atto integrativo del protocollo d'intesa](#)

Istituzione del Registro del personale ispettivo a supporto delle attività di verifica e monitoraggio, disposizioni per regolare la costituzione dei team ispettivi e attivazione di specifiche attività formative per l'addestramento del personale preposto. Sono questi i principali contenuti dell'atto integrativo del protocollo d'intesa (siglato lo scorso 21 aprile) fra il ministero della Salute e l'Autorità nazionale anticorruzione, firmato oggi a Roma dal ministro Beatrice Lorenzin e dal presidente dell'Anac Raffaele Cantone.



L'atto integrativo permette, tra l'altro, l'attuazione di un piano di attività di verifica, controllo e valutazione - anche sul campo - dell'attuazione delle misure previste dai piani per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione adottati dalle aziende sanitarie del nostro Paese.

«Con questo atto - ha sottolineato Lorenzin - avremo la possibilità di interagire con tutte le aziende sanitarie, la possibilità di monitorare l'attuazione del piano anticorruzione, di verificare quello che viene fatto. L'obiettivo è prevenire azioni e comportamenti illegittimi o illegali, che possono dar luogo a casi di corruzione. Sono entusiasta perché stiamo rispettando i tempi previsti, anche per gli step operativi; alla fine del percorso avremo la possibilità di interagire con tutte le Aziende sanitarie e gli Enti assimilati del Servizio sanitario nazionale, mettendo in atto le attività di verifica, controllo e valutazione dell'attuazione e della coerenza delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione adottate, riuscendo a prevenire comportamenti illeciti».

Dal canto suo Cantone ha parlato di «un esperimento molto importante». «Sin qui i Piani di prevenzione hanno funzionato poco - ha aggiunto - forse perché percepiti come strumenti burocratici calati dall'alto. Il Piano che oggi andiamo ad integrare è invece diverso e fornisce indicazioni precise alle aziende sanitarie per operare nella legalità. Con quest'atto integrativo - ha continuato il magistrato - saremo in grado di verificare se l'adeguamento al Piano in questione è soltanto formale o anche sostanziale».

Il registro del personale ispettivo, si legge nel primo articolo dell'atto integrativo, «è organizzato presso l'Anac, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica», e sarà composto da ispettori e personale del ministero della Salute e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Entro il mese di settembre 2016 è previsto l'incontro con tutti i responsabili delle Aziende sanitarie per un primo confronto operativo.

Per il dg dell'Agenas, Francesco Bevere, dunque, l'obiettivo «è creare una rete culturale che parta dal basso e mettere in collegamento tutti i responsabili anticorruzione delle Asl per rivederli a partire da settembre e lavorare insieme. Il sistema reagisce, questa è la strada con cui combattere questo fenomeno e prevederlo in tutte le sedi».

«Dopo 20 mesi di "impalcatura regolatoria" - ha concluso - oggi illustriamo gli effetti di un altro passaggio del lavoro di Anac, ministero e Agenas grazie al contributo di ben 7 tavoli tematici, ai quali hanno lavorato 120 persone affrontando temi più diversi. Il piano ha bisogno di personale adeguatamente formato per queste attività, per massimizzare i

risultati della complessa attività di contrasto ai fattori distorsivi che possono favorire fenomeni di corruzione nella sanità». *HiQpdf Evaluation 07/19/2016*

Prima della firma del protocollo Lorenzin e Cantone hanno osservato un minuto di silenzio in ricordo del magistrato Paolo Borsellino, nel 24mo anniversario della Strage di via D'Amelio. Borsellino «è uno dei nostri eroi che meritano di essere ricordati, presi a ispirazione ed esempio», ha detto la ministra. «La sua morte, come quella di Falcone, ebbe per la mia generazione un impatto incredibilmente forte. Dopo quell'evento niente fu più come prima per ognuno di noi. È una brutta pagina della storia italiana».

Da parte sua Cantone ha ricordato che quel 19 luglio 1992 era «un uditore giudiziario, vissi questa esperienza come un momento devastante della vita della magistratura. Già dopo la morte di Falcone ci fu un momento di terrore all'interno della magistratura, con la morte di Borsellino, molti pensarono che sarebbe stato difficile reagire e invece, paradossalmente la strage di via D'Amelio è stato il momento dal quale si è ripartiti. Il loro sacrificio è servito per ripartire davvero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Boom di farmaci contraffatti sul Web “A volte possono anche uccidere”

**Giorgio
Cantelli Forti**
Farmacologo

RUOLO: È PROFESSORE
ALL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
E PRESIDENTE DELLA SIF



ROBERTO FABBRI

Farmaci contraffatti in farmacia e su Internet. L'allarme lo rilancia l'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco. Questo mercato parallelo ha raggiunto nel mondo dimensioni enormi: si tratta del 10% dei medicinali in commercio, con punte che raggiungono il 50% in Africa e Asia.

Sebbene in Italia i controlli siano severi, i casi sono numerosi. Furti in ospedali o durante le fasi di trasporto per poi rivendere all'estero prodotti non ancora autorizzati e traffici anche al contrario, con importazioni illegali. A raccogliere l'Sos sono le società scientifiche come la Sif (la Società Italiana di Farmacologia) e la Sitox (la Società Italiana di Tossicologia): si sono date appuntamento il prossimo 19 settembre, a Rimini, in occasione del convegno «Contraffare le salute». L'obiettivo è affrontare una serie di casi specifici in ambito clinico di illeciti e adulterazioni di integratori e farmaci (e anche di alimenti), nonché le azioni di

sequestro già intraprese dagli organi di vigilanza e le strategie ancora da approntare.

«Se nelle farmacie italiane il fenomeno della contraffazione è attenuato da controlli severi - spiega il presidente della Sif, Giorgio Cantelli Forti - è vero anche che esistono farmacie compiacenti che vendono medicinali di provenienza illecita». Parallelamente sempre più persone, in Italia e nel mondo, ricorrono al Web per ordinare prodotti proibiti, spinti da motivazioni diverse: il medicinale che si cerca è illegale o non è disponibile (per esempio gli anabolizzanti), si prova imbarazzo nell'acquisto (è il caso dei rimedi alla disfunzione erettile) o c'è stato un rifiuto alla prescrizione da parte del medico o, ancora, si cerca uno sconto a ciò che è molto costoso (come accade con gli antitumorali).

I canali illegali restano una zona d'ombra: è quasi sempre impossibile tracciare la provenienza delle materie prime e riconoscere cosa si compra. I pericoli sono di due ordini. «Nel farmaco contraffatto - spiega la presidente della Sitox, Patrizia Hrelia - il principio attivo può essere assente o sottodosato. Il prodotto può quindi risultare inefficace dal punto di vista terapeutico e il paziente rimane scoperto».

Ma è pericoloso anche il prodotto che contiene una concentrazione maggiorata di principio attivo. «Se è sopradosato può causare tossicità - continua Hrelia -. Inoltre esi-

stono casi di formulazioni che contengono principi attivi diversi da quelli dichiarati sulla confezione, oppure di scarsa qualità, esponendo a interazioni impreviste». Qualunque sia il metodo per la manipolazione il risultato resta sempre nocivo: «L'intossicazione o la sottrazione di terapia - riassume Cantelli Forti - da una parte causa un danno al paziente e dall'altra fa sì che qualcuno dovrà farsi carico delle conseguenze, in termini clinici e di spesa sanitaria».

L'emergenza, comunque, è un fenomeno con una localizzazione specifica: nei Paesi del Terzo Mondo e in quelli in via di sviluppo. Qui, in media, il 30% dei medicinali in vendita risulta contraffatto. Si tratta prima di tutto di salvavita, come antibiotici, antimalarici, antitubercolari, antiretrovirali. Nei Paesi industrializzati, invece, la richiesta riguarda soprattutto steroidi e psicofarmaci.

Il problema, con i suoi addentellati criminali, ha un costo elevato, perché si espande su più livelli, coinvolgendo istituzioni, forze di polizia, medici, farmacisti e pazienti. «Il contrasto - spiega il generale Claudio Vincelli del Comando dei carabinieri per la Tutela della Salute e ospite al convegno di settembre - si potenzierà solo se le strutture dedicate, comprese le università, faranno rete, nell'ottica di comunicare con l'Arma in qualità di cabina di regia: così saremo il braccio armato della scienza nella lotta alla frode».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Gente non comune

Il marocchino rinato con un cuore italiano

Hicham, 7 mesi in coma. «Salvato da un trapianto, ora so che tutto è possibile»

Mia madre mi ripeteva sempre «Noi non siamo scappati dal nostro Paese, siamo venuti qui perché avevamo un sogno»	Sette arresti cardiaci durante una partita di pallone. Ero morto, mi ha salvato la generosità di una mamma. Questa è fratellanza	Sono qui per scelta. Chi viene in Italia ha il dovere di rispettare le regole del Paese che lo ospita. Nel mio caso ogni Dio ha fatto la sua parte
--	--	--

di **Giangiaco Schiavi**

Hicham Ben 'Mbarek è nato due volte. La prima con il suo cuore. La seconda con quello di un altro. La generosità che spiazza i luoghi comuni gli ha offerto di essere il testimone di un'amicizia che supera ogni confine. Cinque anni fa era morto. Un trapianto a Siena gli ha ridato la vita. «Non c'era un modo migliore per dire che siamo tutti fratelli», racconta. Hicham è un marocchino. Ha fatto la fame, ha dormito sulle panchine, ha incrociato la faccia dura della povertà. Quando è arrivato in Italia da Tangeri, via Gibilterra, sul gommone dei disperati, lasciandosi dietro il mare e la sabbia del deserto, quelli come lui si chiamavano vu cumprà: il capolinea era un semaforo.

Nel 1988, a sette anni, era già grande. Così le avversità le ha vissute nella consapevolezza che prima o poi sarebbero finite, perché con le cicatrici si impara a sopravvivere e perché così gli aveva detto sua madre, rimasta sola dopo la morte del padre: «Noi non siamo scappati dal nostro Paese,

questo lo devi sapere. Abbiamo fatto una scelta, perché avevamo un sogno». Il sogno di cambiare, di avere una vita diversa, di pensare a un futuro di libertà, per Hicham era questo: diventare uno stilista. Per esserlo non c'è stato niente di regalato: fatica, impegno, lavoro, creatività. Nel suo negozio a Firenze oggi si respira passione, entusiasmo, felicità. Ma nel marchio c'è una storia nella storia, la metafora di un dialogo possibile che la carica di odio di questi giorni vuole rendere impossibile: BenHeart, il cuore di Ben.

«Sono un musulmano orgoglioso di avere un cuore cristiano, italiano, europeo. Sono un marocchino con il cuore di un Paese al quale posso soltanto dire grazie». L'integrazione dell'ex immigrato clandestino che oggi vende capi a Firenze Roma, Tokyo, New York, è passata attraverso il lavoro, il rispetto delle regole e il gesto grandioso di una mamma che cinque anni fa ha detto ok all'espianto. «Non ha chiesto a chi donava, non ha domandato se chi riceveva gli organi di suo figlio era bianco o nero, cristiano o islamico. Nel suo dolore ha offerto a un altro

una vita. Con un semplice sì». Hicham non aveva bisogno di un altro cuore per dire quel che pensa dei macellai che affettano le teste dei prigionieri e fanno saltare in aria uomini, donne e bambini inermi. «Io sono islamico e difendo la mia religione, ma la mia religione non è torturare, sparare, uccidere. Non si può mai, in nessun modo, essere d'accordo con chi ammazza le persone indifese. Quelli dell'Isis sono semplicemente delinquenti».

Per Hicham ci sono i buoni e i cattivi, quelli che sognano e quelli che lottano, chi ha un cuore, un'anima, una moglie, dei figli, una madre, un padre, un Dio. Sua moglie è italiana, «mangia il maiale e io non soffro», i figli portano nomi che riassumono la sua storia, Chadia, Hamid Matteo, Francesco Adam, e il suo Dio «ascolta le preghiere come quello cristiano». Se può, a volte interviene.

Nell'ospedale di Siena, la sera prima del trapianto, Massimo Maccherini, il cardiocirurgo che lo deve operare, gli chiede: «Di che religione sei?». «Musulmano», risponde. «Allora inshallah» lo saluta e aggiunge: «Anch'io ho bisogno di pregare...». Ricorda



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Hicham: «Al risveglio ho pensato che il Dio di ognuno di noi aveva fatto il 50 per cento per la buona riuscita dell'intervento».

Del suo cuore, Hicham non si era mai curato. Né da ragazzino a Empoli, con la madre colf nella casa di un medico. Né da adolescente, garzone nella pasticceria Giorgio, a Firenze. Nemmeno sui campi di calcio, quando dribblava il futuro difensore della Juve e della nazionale, Andrea Barzagli. A trent'anni, ormai stilista, bottega avviata, nove dipendenti, correva ancora dietro il pallone: centrocampista nel Ponte a Greve, terza categoria. Un pomeriggio in allenamento è andato giù come un sasso. Sette arresti cardiaci in meno di un'ora. Lo portano a Siena. Rianimazione. Terapia intensiva. Sette mesi così. A guardare il soffitto. La speranza: un cuore nuovo, compatibile. È arrivato. Da quel giorno, cinque anni fa, Hicham ha cancellato la voce impossibile dal vocabolario.

Il logo dell'azienda oggi è una chiave nel cuore. Per aprire le porte, non per chiuderle. «Come fa papa Francesco», dice. Il suo socio è un toscancio, si chiama Matteo. No, non è Renzi. Ma un giubbotto di pelle firmato BenHeart, se vuole, c'è anche per lui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA