



RASSEGNA STAMPA

05-03-2017

1. IL FATTO QUOTIDIANO La tassa sul fumo che serve allo Stato e a Philip Morris
2. CORRIERE DELLA SERA Va aiutato l'accesso alle cure per i tumori negli adolescenti
3. PHARMASTAR Ca alla prostata metastatico, biopsia liquida promettente per personalizzare il trattamento
4. GIORNALE Sprecati 25 miliardi Dimezzati i fondi sociali
5. ADN KRONOS "Sanità al collasso: 25 miliardi di sprechi nel 2015", l'allarme di Gimbe
6. AVVENIRE Obiettivo Salute malattie renali i rischi dell'obesità
7. CORRIERE DELLA SERA I nostri dati sanitari sono al sicuro? - Così i cybercriminali ci «rubano» la salute
8. CORRIERE DELLA SERA Int. a Antonello Soro - I rischi? Errori nelle cure e discriminazioni
9. CORRIERE DELLA SERA Serve una cultura della sicurezza (e bisogna investire di più)
10. AVVENIRE Mai morte di Stato
11. STAMPA I 30 sono i nuovi 20: sport senza età e la scienza insegue i campioni

TABACCHI

Il decreto Il Tesoro studia un aumento delle accise che porterà 200 milioni di gettito e aiuterà la multinazionale a recuperare clienti

La tassa sul fumo che serve allo Stato e a Philip Morris

5 euro

L'aumento della tassa per ogni chilo di prodotto per i marchi economici

» STEFANO FELTRI

Nuovo round nella guerra del tabacco, dove i profitti del settore dipendono dalle decisioni della politica: il ministero del Tesoro sta per emanare un decreto che rivede la struttura dei prezzi delle sigarette. L'obiettivo è trovare 200 milioni di euro che potrebbero contribuire alla manovra chiesta dall'Unione europea (3,4 miliardi entro la primavera). Ma questo decreto dovrebbe anche ridisegnare i rapporti di forza tra i produttori che, in questi anni, si sono dati molto da fare per avere buoni rapporti con il governo e tutto il mondo renziano.

LA MULTINAZIONALE più attenta all'intervento ministeriale sui prezzi è Philip Morris Italia che confida di recuperare le quote di mercato che ha perso. Philip Morris ha un rapporto speciale con il renzismo che sembra sopravvivere a Matteo Renzi: era riuscita a far celebrare al premier i lavori per un nuovo stabilimento a Bologna (anche se i nuovi assunti promessi si sono visti solo in piccola parte) e vanta in consiglio di amministrazione Sergio Marchionne, ad di Fiat Chrysler tra i più convinti sostenitori di Renzi.

Nel 2013 lo Stato ha incassato 13,7 miliardi dal settore dei prodotti da fumo e tabacco. L'anno

dopo è partita una riforma che ha fissato un carico fiscale minimo di 170 euro per ogni chilo di prodotto, le accise sono salite da 58,5 a 58,7 per cento. Lo scopo dell'intervento era rendere più stabile il gettito garantito allo Stato in un momento in cui il consumo oscillava molto a causa delle difficoltà economiche dei fumatori, orientati a ridurre il consumo o a passare a tabacco e cartine. Secondo uno studio di The European House - Amborsetti, finanziato da Philip Morris Italia, il gettito per lo Stato "dipende in modo rilevante dal livello dei prezzi medi di vendita e non dalla quantità di sigarette vendute" e quindi "ogni centesimo di variazione negativa sul prezzo si traduce in circa 0,76 centesimi di minor gettito". Da questo punto di vista la riforma ha funzionato e i prezzi sono saliti. Ma qualcosa è cambiato.

La Camel, marchio di Japan Tobacco International, ha tenuto i prezzi dei suoi pacchetti a cinque euro, soglia psicologica per molti consumatori e di notevole praticità perché evita di dover integrare la banconota con le monete. Philip Morris, che ha diversi tipi di Marlboro a 5,20 o 5,40 euro, ha perso 3 punti percentuali di quota di mercato in un anno. E non è poco per aziende che dipendono da clienti abituarini e prevedibili quali i dipendenti da nicotina. Oggi le quote di mercato sono Philip Morris al 51 per cento, Japanese Tobacco International al 23 (in un anno ha guadagnato due punti), British American Tobacco al 19 e Imperial al 3 per cento.

Nella bozza di decreto che circola in questi giorni e che do-



rebbe essere pronta a inizio settimana, è previsto un aumento del peso fiscale basso sui marchi più costosi e molto pesante su quelli economici: il carico fiscale minimo dovrebbe salire da 170,5 a 175 euro al chilo. È una tassa che, in quanto fissa, colpisce di più i marchi di fascia bassa. Le imposte parametrizzate al prezzo, come le accise (oggi al 58,7%) e la tassa "specificata" - che colpiscono di più i prodotti di gamma alta - dovrebbero invece essere ritoccate di poco.

Il risultato è un aggravio di imposta di 1,79 euro per ogni chilo di prodotto per le sigarette ad alto prezzo, come il marchio Marlboro di Philip Morris, e una stangata da 5 euro al chilo per le aziende che vendono pacchetti sotto i 5 euro, come la rivale Japan Tobacco International.

LA ZAVORRA FISCALE regressiva, che colpisce in proporzione di più i marchi a prezzo ridotto, servirebbe allo Stato ad assicurarsi di non perdere gettito anche a fronte di un eventuale riduzione del consumo (per i rincari) e costringerebbe tutti i produttori che stanno a 5 euro o appena sotto a dover rivedere al rialzo i prezzi. A tutto vantaggio dei marchi premium, come Philip Morris. Secondo lo studio Ambrosetti, un aumento del prezzo del 10 per cento genera un calo della domanda del 4-5 per cento. Chi già oggi ha i prezzi più alti potrà decidere se alzarli ancora per rifarsi dal (lieve) aggravio fiscale o tenerli fermi e limitarsi a recuperare quote di mercato, visto che a parità di spesa i fumatori sceglieranno le sigarette premium.

Sul provvedimento sta lavorando il sottosegretario al Tesoro Paola De Micheli (Pd), che per il momento si limita a commentare che "nulla è ancora deciso". Nel bimestre dicembre-gennaio il settore ha visto un calo del 10 per cento sull'anno precedente: il Tesoro vuole fare qualcosa per evitare buchi di entrate e teme che, visto il calo del mercato, parta una guerra dei prezzi che sarebbe disastrosa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

13,7

miliardi: il gettito dello Stato dal settore del fumo nel 2014

58,7%

L'accisa sulle sigarette dopo la riforma del 2015 che ha modificato le tasse per rendere i prezzi più alti e più stabili

51%

La quota del mercato italiano in mano a Philip Morris (che, tra l'altro, controlla il marchio Marlboro). Era del 53% un anno fa, ma è stata insidiata da Jti (Camel)



Il colosso Usa Lo stabilimento Philip Morris a Valsamoggia, inaugurato con Matteo Renzi *La Presse*

Va aiutato l'accesso alle cure per i tumori negli **adolescenti**

Solo il 25-30% di chi ha più di 15 anni viene trattato secondo i protocolli scientifici nazionali. La situazione è ancora più difficile in forme rare come gli osteosarcomi

Risultati

Se la diagnosi e le cure sono tempestive, le possibilità di guarire sono di circa il 70%

Servono più sperimentazioni e terapie specifiche per i ragazzi malati di tumore. Limiti d'età troppo rigidi per accedere agli studi scientifici fanno sì che la stragrande maggioranza degli studi sui farmaci sperimentali sia dedicata a bambini o adulti, che infatti hanno probabilità di guarigione maggiori rispetto ai teenager.

«Grazie agli enormi passi avanti fatti dalla ricerca oggi oltre il 70 per cento dei tumori infantili guarisce — dice Franca Fagioli, direttrice del Dipartimento di Pediatria alla Città della Salute e della Scienza di Torino —. Nonostante ciò le neoplasie rimangono ancora la prima causa di morte per malattia nei bambini e restano da risolvere diverse criticità per la cura degli adolescenti. L'arruolamento dei piccoli pazienti colpiti da tumore in specifici protocolli di diagnosi e cura hanno costituito uno dei pilastri del successo in oncematologia pediatrica perché offrono un approccio standard e rappresentano lo strumento migliore per la ricerca internazionale. Trattandosi di malattie rare è poi fondamentale che, per coinvolgere un maggior numero di malati, le sperimentazioni siano condotte in collaborazione fra più centri, superando anche le barriere nazionali».

Ancora oggi, però, solo il 25-30 per cento dei pazienti con età tra i 15 e i 25 anni (contro l'80 per cento degli under 15) viene curato secondo le procedure stabilite dall'Associazione italiana di oncematologia pediatrica (Aieop).

«La mancata partecipazione di adolescenti e giovani adulti ai trials clinici è un problema riconosciuto in tutto il mondo — prosegue Fagioli, che è anche presidente Aieop — e potrebbe essere in parte la causa per cui la sopravvivenza dei teenager non è migliorata negli ultimi anni come quella di adulti e bimbi».

C'è poi un ulteriore problema da tener presente: negli ultimi anni le nuove regole introdotte dall'Unione europea hanno portato un aumento nei costi di apertura e gestione dei protocolli. Si tratta principalmente di denaro per la copertura assicurativa, la raccolta e l'analisi dei dati, il monitoraggio dei pazienti.

«Proprio su questo punto è intervenuto Gold for Kids, il progetto di Fondazione Umberto Veronesi nato a sostegno dell'oncologia pediatrica — spiega Monica Ramaoli, direttrice della

Fondazione —. Nel biennio 2014-2015 i fondi che abbiamo raccolto hanno reso possibile l'apertura di 5 studi su tumori del sangue. Nel 2016 sono stati destinati a 3 protocolli di cura per i tumori cerebrali, i più diffusi in età pediatrica dopo le leucemie, ma più difficili da curare. Per il 2017 abbiamo deciso di sostenere le cure per i sarcomi ossei, che colpiscono soprattutto gli adolescenti».

I tumori maligni dell'osso sono rari e si distinguono in due forme, molto diverse tra loro sia per il comportamento biologico, sia per il tipo di cure applicate: l'osteosarcoma, che è più frequente (nei due terzi dei casi) e il sarcoma di Ewing. Ogni anno in Italia si diagnosticano un centinaio di nuovi casi del primo e circa 60 del secondo, quasi tutti in pazienti che hanno tra i 10 e i 25 anni. I sintomi possono essere una tumefazione, un rigonfiamento, talvolta associati a dolore. «Spesso i ragazzi tendono però a trascurare questi "indizi" — sottolinea Franca Fagioli, —. Senza allarmarli troppo, perché si tratta pur sempre di malattie rare, è però importante che i giovani siano informati e non perdano tempo prima di parlarne con i genitori o un medico».

Specie se la diagnosi e le cure sono tempestive, le possibilità di guarire si aggirano intorno al 70 per cento. «Dagli anni 80 a oggi è stato possibile migliorare le cure con tassi di guarigione più alti — conclude Fagioli —. Ma la prognosi resta severa, con percentuali di sopravvivenza a 5 anni inferiori al 50 per cento, per alcune categorie di pazienti: ad esempio quelli con sarcomi ossei con metastasi all'esordio, oppure per quelli recidivanti o refrattari alle terapie (ovvero che hanno una ricaduta e non rispondono alle cure a disposizione). «È a loro che sono dedicati i nuovi protocolli, che puntano a introdurre nuovi farmaci e nuovi schemi terapeutici al fine di migliorarne la probabilità di guarigione, senza peraltro determinare un aumento della tossicità correlata alla terapia».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'iniziativa

Nel 2014 nasce il progetto Gold for Kids di Fondazione Umberto Veronesi a sostegno dell'oncologia pediatrica. L'obiettivo è sostenere le migliori cure secondo i più elevati standard internazionali per i pazienti di oggi e favorire la ricerca clinica per i pazienti di domani. Fino al 31 marzo è possibile sostenere il progetto Gold for Kids grazie al numero solidale 45540. Con un sms da telefono cellulare o una chiamata da rete fissa al 45540 si possono donare 2 o 5 euro

Che cosa sono i sarcomi delle ossa



Si tratta di tumori che colpiscono le ossa, soprattutto quelle lunghe degli arti superiori e inferiori (omero, femore e tibia) e quelle di bacino e costole

● LE FORME PRINCIPALI IN ITALIA

Osteosarcoma 100 nuovi casi l'anno
Sarcoma di Ewing 60 nuovi casi l'anno

10-25 anni La fascia d'età più colpita

● I SINTOMI

Più comuni sono gonfiore e dolore; raramente una frattura dell'osso interessato dal tumore

● LA DIAGNOSI

La presenza della massa cancerosa può essere evidenziata effettuando una radiografia e, se necessario, una Risonanza magnetica (RMN) o una TAC

Fonte: AIEOP

Corriere della Sera

Gold for Kids

Coloriamo la ricerca
 Raccolta-fondi
 il 25 e 26 marzo

Sostenere la ricerca scientifica in oncologia pediatrica per garantire le migliori terapie possibili ai bambini malati di tumore e aumentare le loro aspettative di guarigione. È con questo obiettivo che sabato 25 e domenica 26 marzo, Fondazione Umberto Veronesi sarà nelle piazze di tutta Italia per la prima edizione di "Coloriamo la ricerca". L'iniziativa si svolgerà nelle principali città italiane e oltre 700 volontari distribuiranno confezioni di 12 matite colorate Fil-

Giotto. Con una donazione minima di 10 euro, si contribuirà a sostenere il progetto Gold for Kids, con cui Fondazione Veronesi finanzia la ricerca scientifica (offrendo borse di ricerca a giovani medici e scienziati) e contribuisce alla copertura dei costi dei protocolli di cura per i tumori di bimbi e adolescenti secondo i più elevati standard internazionali. Info su www.fondazioneveronesi.it oppure telefonando al numero 373 7513121.

V.M.

<http://www.pharmastar.it>

Ca alla prostata metastatico, biopsia liquida promettente per personalizzare il trattamento

La biopsia liquida, cioè l'analisi del DNA tumorale circolante (ctDNA) estratto da campioni di sangue potrebbe rivelare informazioni prognostiche relative al cancro alla prostata metastatico resistente alla castrazione e indicare la strada per lo sviluppo di nuovi trattamenti mirati. A suggerirlo sono i risultati di uno studio appena presentato a Orlando in occasione del Genitourinary Cancers Symposium dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO-GU)



La biopsia liquida, cioè l'analisi del DNA tumorale circolante (ctDNA) estratto da campioni di sangue potrebbe rivelare informazioni prognostiche relative al cancro alla prostata metastatico resistente alla castrazione e indicare la strada per lo sviluppo di nuovi trattamenti mirati. A suggerirlo sono i risultati di uno studio appena presentato a Orlando in occasione del Genitourinary Cancers Symposium dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO-GU)

Gli autori hanno scoperto che nel loro campione fino al 94% dei pazienti affetti da un cancro alla prostata metastatico resistente alla castrazione aveva un ctDNA con almeno un'alterazione genetica simile a quelle osservate nel tessuto tumorale. Pertanto, l'analisi del ctDNA potrebbe essere un'alternativa non invasiva alle biopsie tumorali tradizionali e aiutare a personalizzare il trattamento in questo setting.

"Il test del ctDNA è attualmente un prezioso strumento di ricerca per scoprire nuovi bersagli molecolari" ha spiegato il primo autore del lavoro, Guru Sonpavde, della University of

Alabama di Birmingham, in conferenza stampa. "In ultima analisi, può anche servire come alternativa non invasiva alla tradizionale biopsia tumorale nei casi in cui la biopsia tissutale non è sicura o fattibile. Tuttavia, serve uno studio clinico prospettico e controllato per confermare che selezionare il trattamento sulla base delle informazioni molecolari ottenute **con questo test migliora gli outcome dei pazienti**".

Nella popolazione studiata, la presenza di un maggior numero di alterazioni genetiche complessive, comprese alterazioni del gene del recettore degli androgeni, è apparsa associata ad outcome clinici sfavorevoli.

Sonpavde e il suo team hanno visto, inoltre, che dopo la terapia sono comparse frequentemente nuove alterazioni del gene del recettore degli androgeni, il che suggerisce che le biopsie liquide potrebbero evidenziare le prime fasi della resistenza acquisita ai farmaci e fornire, quindi, indicazioni per lo sviluppo di nuovi trattamenti.

Il ricercatore ha anche detto che occorre una migliore comprensione della biologia del cancro alla prostata metastatico resistente alla castrazione, una patologia attualmente incurabile. Inoltre, ha sottolineato, le analisi ripetute non invasive del ctDNA hanno un minor rischio di essere distorte da bias di campionamento rispetto alle biopsie del tessuto tumorale, bias che potrebbero portare a sottovalutare l'eterogeneità genetica dei tumori.

Nello studio presentato all'ASCO-GU, Sonpavde e i colleghi hanno studiato il ctDNA di 514 pazienti affetti da cancro alla prostata metastatico resistente alla castrazione utilizzando il test di sequenziamento di ultima generazione Guardant360, che consente di analizzare un insieme di 73 geni tumorali contenuti nel ctDNA.

L'età media dei pazienti era di 71 anni (range 39-91 anni); il 74% aveva metastasi ossee, sulle quali può **essere difficile eseguire una biopsia e l'11,7% aveva metastasi viscerali**.

L'analisi del ctDNA ha permesso di rilevare mutazioni nei geni TP53 (nel 36% dei pazienti), AR (nel 22%), APC (nel 10%), NF1 (nel 9%), EGFR, CTNNB1 e ARID1A (nel 6% dei pazienti ciascuno), e BRCA1, BRCA2 e PIK3CA (nel 5% dei pazienti ciascuno). Inoltre, sono state trovate amplificazioni del numero di copie del gene per tre geni potenzialmente stimolanti la crescita tumorale: AR (nel 30% dei pazienti), MYC (nel 20%), e BRAF (nel 18%).

Dati di outcome clinici erano disponibili per 163 pazienti (il 28,8% naïve al trattamento), nei quali la presenza di un maggior numero di alterazioni genetiche è risultata modestamente associata a un tempo più breve al fallimento del trattamento (TTF; HR 1,05; P = 0,026).

Anche le alterazioni del gene AR potrebbero essere associate a un TTF e una sopravvivenza inferiori, ma queste tendenze sono risultate di poco al di sotto della significatività statistica (per il TTF: HR 1,42 e P = 0,053; per la sopravvivenza HR, 2,51 e P = 0,09).

L'analisi ripetute nel tempo in 64 pazienti hanno messo in luce un'evoluzione delle mutazioni nei geni AR, BRCA1 e BRCA2 dopo il trattamento.

Inoltre, la frequenza di nuove alterazioni nel gene AR è risultata significativamente maggiore nei pazienti già trattati rispetto a quelli naïve al trattamento: 56% contro 37% (P = 0,028).

Anche se non ci sono ancora agenti approvati dalle agenzie regolatorie per il trattamento delle alterazioni geniche individuate nel cancro alla prostata, questi risultati, ha osservato Sonpavde, suggeriscono che sviluppare farmaci di salvataggio aventi come target le mutazioni del gene AR potrebbe essere una strada di ricerca particolarmente promettente.

“Il recettore degli androgeni è il bersaglio più colpito dalle terapie ormonali per il tumore alla prostata. Questo suggerisce che sviluppare nuovi agenti che colpiscono questa proteina in modo più efficace rappresenta certamente una buona direzione per la ricerca futura” ha aggiunto il portavoce dell'ASCO Sumanta Pal, del Kidney Cancer Program presso il centro City of Hope di Duarte, in California.

"Mentre lavoriamo per personalizzare il trattamento sulla base delle alterazioni molecolari che promuovono la crescita del tumore in ogni singolo paziente, **l'analisi del ctDNA appare molto promettente**, soprattutto per i pazienti che possono essere sottoposti a una biopsia del tumore" ha concluso Pal.

G. Sonpavde, et al. Circulating tumor (ct)-DNA alterations in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC): association with outcomes and evolution with therapy. J Clin Oncol. 2017;35 (suppl 6S; abstract 149).

SANITÀ PUBBLICA

Sprecati 25 miliardi Dimezzati i fondi sociali

Francesca Angeli

Roma Eutanasia della sanità pubblica. Molte promesse ma nei fatti emerge che il sistema è al collasso e che si è aperto un buco di 683 milioni di euro a causa di tagli indiscriminati. Sotto accusa finiscono gli sprechi causati non soltanto da frode e corruzione ma anche da disorganizzazione e negligenza. La Fondazione *Gimbe* calcola che nel 2015 siano stati sprecati 24,73 miliardi di euro nel settore della sanità ovvero il 22 per cento della spesa totale, pari a 112,4 miliardi. Come sono stati sprecati? Interventi ed esami inutili, inefficaci o inappropriati, sono costati 7,42 miliardi. Gli abusi, il vero e proprio malaffare, 5 miliardi. A questi si aggiungono il sottoutilizzo delle prestazioni, 3,46 miliardi mentre per gli acquisti a costi eccessivi se ne sono sprecati 3,21. La disorganizzazione ha pesato per 2,97 e la burocrazia amministrativa per 2,72. Ma non basta.

Qualche giorno fa in Commissione Affari Sociali, a seguito di un'interrogazione della deputata Pd, Donata Lenzi, il sottosegretario alle Politiche Sociali, Luigi Bobba, ha confermato che sì in effetti il Fondo nazionale per le politiche sociali passa da 311 a 99,7 milioni quindi diventa me-

no della metà. Non solo. Il Fondo per le non autosufficienze, i soldi destinati per il sostegno ai disabili, perde 50 milioni vanificando quindi l'aumento di 50 milioni che era stato annunciato dal governo il giorno prima. Praticamente una partita di giro: un giorno si promette l'aumento che il giorno dopo viene sfilato da un'altra parte. Bobba ha spiegato che la decisione è stata presa autonomamente dal Ministero dell'Economia nell'incontro del 23 febbraio scorso con le Regioni. Istruttoria alla quale il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali «non ha preso parte».

Ai tagli già annunciati poi si devono aggiungere per le Regioni a statuto ordinario tagli per altri 422 milioni dei quali le Regioni a statuto speciale hanno rifiutato di farsi carico (opportunità concessa soltanto a Sicilia, Friuli Venezia Giulia e Trentino, Val d'Aosta e Sardegna). Dunque di fatto ci saranno 422 milioni in meno che peseranno inevitabilmente sulle prestazioni da garantire con i nuovi Livelli essenziali di assistenza come il piano vaccinale. I conti sono semplici visto che per garantire i nuovi Lea il governo ha stanziato per i Lea per il primo anno 800 milioni ma in realtà alle Regioni ne verranno a mancare 422.



<http://www.adnkronos.com>

"Sanità al collasso: 25 miliardi di sprechi nel 2015", l'allarme di Gimbe



In sanità sono stati sprecati 24,73 miliardi di euro nel 2015: circa il 22% della spesa totale, pari a 112,4 mld. Risorse sottratte ai servizi essenziali, che "rischiano di portare il sistema sanitario a sgretolarsi senza vedere garantito il diritto alla salute dei cittadini". E' l'allarme lanciato dal presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, in apertura della XII Conferenza nazionale Gimbe, che riunisce a Bologna oltre 600 partecipanti da tutta Italia, in rappresentanza di tutte le professioni sanitarie.

Le voci che hanno gravato di più sugli sprechi sono il sovrautilizzo di interventi sanitari inefficaci o inappropriati, per 7,42 miliardi (30%). A cui si aggiungono frodi e abusi, per circa 5 mld (20%). Inoltre, dai dati della Fondazione Gimbe emerge che il sottoutilizzo delle prestazioni ha bruciato 3,46 miliardi di euro (14%), mentre per acquisti a costi eccessivi si sono sprecati 3,21 mld (13%). L'inadeguato coordinamento dell'assistenza ha poi 'mangiato' 2,97 mld (12%) e la burocrazia amministrativa 2,72 mld (11%).

"Il rapporto Ocse del gennaio 2017 ha confermato che in sanità 2 euro su 10 vengono sprecati. Le responsabilità ricadono su tutti gli stakeholders che devono impegnarsi a recuperarli", ha spiegato Cartabellotta, per il quale "non esiste alcun piano occulto di smantellamento del Servizio sanitario nazionale - ha precisato - ma nemmeno un programma esplicito per difendere un modello equo e universalistico di

sanità pubblica da conseguire nelle future generazioni".

Il rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale 2016-2025 stima che nel 2025 al Ssn serviranno 200 miliardi di euro come spesa sanitaria totale pubblica e privata. Cifra da cui restano fuori assistenza familiare e servizi di badantato, partecipazione alle spese sociali, mancato reddito dei caregiver, oltre agli investimenti straordinari per l'edilizia sanitaria. Per questo serve un intervento "strategico: le risorse che possono essere recuperate tramite finanziamento pubblico e spesa privata - ha concluso Cartabellotta - sono nettamente minori rispetto a quelle che si possono recuperare dalla riduzione degli sprechi".



Obiettivo Salute
 a cura del Policlinico Gemelli

Malattie renali: i rischi dell'obesità

Il 19 marzo si celebra la Giornata mondiale del rene che quest'anno viene dedicata a sensibilizzare la pubblica opinione sul grave problema degli effetti della obesità sulle malattie del rene. Negli ultimi 30 anni il numero di soggetti obesi e sovrappeso è enormemente cresciuto. Si tratta di un problema che affligge non solo gli adulti ma sempre di più anche i bambini. Ciò ha e avrà conseguenze importanti non solo sul versante del diabete, aumentandone la frequenza, e sulle malattie cardiovascolari, ma anche sul rene. È un fatto questo poco conosciuto perché è abbastanza recente la sua "scoperta". È certo però che un elevato indice di massa corporea, un indicatore di obesità, è uno dei più forti fattori di rischio per l'insorgenza delle malattie renali croniche e per la loro progressione verso la dialisi.

È soprattutto l'obesità addominale ad essere più sfavorevole. Ciò avviene perché essa favorisce le dislipidemie, l'aterosclerosi, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, il diabete che sono tutte condizioni dannose per il rene ed esse stesse responsabili di malattie renali croniche. Tuttavia l'obesità agisce anche indipendentemente da tutto ciò per un effetto diretto i cui meccanismi sono solo in parte noti. Tra questi gli effetti ormonali del tessuto adiposo, cioè la produzione di sostanze che agiscono a distanza da esso, su altri organi, producendo effetti che talvolta sono sfavorevoli, ad esempio uno stato di infiammazione, di stress ossidativo, di insulino-resistenza, tutte condizioni che possono danneggiare cronicamente il rene. Ma l'obesità non è solo causa di malattia renale cronica e insufficienza renale; essa è anche un'importante condizione favorente la calcolosi renale e le neoplasie del rene. Non va dimenticato infine che alcune delle terapie chirurgiche delle gravi obesità possono determinare alterazioni urinarie che favoriscono la calcolosi e le calcificazioni renali potendo portare all'insufficienza renale.

Oltre il 10% della popolazione Italiana con più di 40 anni ha una qualche forma di nefropatia cronica più o meno severa con un rischio variabile di progredire verso l'insufficienza renale. Oltre il 10% degli Italiani forma un calcolo renale nell'arco della propria vita.

Prevenire l'obesità è uno dei modi per prevenire queste malattie del rene così diffuse e con così gravi potenziali conseguenze per la nostra salute. Le più importanti azioni da intraprendere per raggiungere questo scopo sono uno stile di vita sano, con buone abitudini alimentari e un regolare regime di attività fisica. Ed è importante che ciò avvenga sin dai primi anni di vita non solo perché l'obesità insorta in età pediatrica avrà conseguenze più gravi e precoci, ma anche perché è l'imprinting acquisito nell'infanzia che condiziona molti dei nostri comportamenti nell'età adulta.

Giovanni Gambaro, direttore UOC Nefrologia-Dialisi



I nostri dati sanitari sono al sicuro?

Con telemedicina, app mediche e dispositivi indossabili, la rivoluzione digitale nella salute promette ricadute positive, sia per le cure, sia per l'assistenza ai pazienti. Le informazioni raccolte e trasmesse in formato elettronico, però, fanno gola anche ai cyber criminali. E in caso di furto, i rischi possono essere molto seri

La sanità è il settore che a livello mondiale ha fatto registrare l'aumento più elevato del numero di attacchi informatici. E in Italia, una Asl sarebbe stata costretta a pagare un riscatto per potere accedere di nuovo ai dati dei propri assistiti, bloccati da un virus

Così i cyber criminali ci «rubano» la salute

Il commercio delle informazioni

I dati sanitari si possono utilizzare sia per costruire false identità, sia per creare dossier dai quali attingere informazioni su richiesta

P

otrebbe capitare a chiunque. I risultati degli esami del sangue, l'esito di una radiografia o di una Tac, i farmaci prescritti, il referto di un intervento chirurgico o di una visita specialistica: tutto potrebbe finire nelle mani dei "cyber ladri". Negli Stati Uniti, il 26 per cento dei consumatori ha subito furti di informazioni mediche personali inserite nei sistemi informativi sanitari. Sono gli ultimi dati di un nuovo studio su

un campione di duemila intervistati, presentato dalla multinazionale Accenture al congresso annuale organizzato dall'associazione HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) a Orlando.

Metà delle vittime ha dovuto pagare in media circa 2.500 dollari di tasca propria per ovviare all'incidente. Il più delle volte l'identità rubata è stata utilizzata per comperare oggetti (37%) o in attività fraudolente come il pagamento di prestazioni mediche (37%) o l'acquisto di farmaci (26%). Proprio così. I dati sanitari protetti di ciascuno di noi - quelli che per intenderci identificano la nostra "storia di salute" e che dovrebbero essere sempre al sicuro - stanno diventando una miniera d'oro per i cyber criminali. La rivoluzione digitale in corso, se da un lato promette vantaggi tangibili nelle terapie e nell'assistenza



dall'altro però espone chiunque a rischi potenziali notevoli.

Le conseguenze possono essere rilevanti in termini di benessere del paziente, oltre a rafforzare la motivazione di chi commette frodi finanziarie. Si perché, nella maggioranza dei casi, i cyber criminali vogliono soldi: chiedono un riscatto vero e proprio, nel caso agiscano bloccando l'accesso ai dati. Oppure rivendendo i dati al mercato nero del "deep web".

Non è un problema solo americano. Anche l'Italia è ormai nel mirino dei web criminali. «C'è stato un caso recente di CryptoLocker in una ASL sul territorio nazionale, che ha pagato il riscatto per riottenere i dati dei propri pazienti. Ovviamente non è di dominio pubblico», fanno sapere gli esperti di Clusit, Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica. «Il 2016 è stato l'anno peggiore di sempre in termini di evoluzione delle minacce "cyber" e del relativo impatto (si veda il grafico)», racconta Andrea Zapparoli Manzoni, tra gli autori del Rapporto Clusit 2017, giunto all'undicesima edizione.

Il Rapporto Clusit riferisce che il Cybercrime - ovvero i reati compiuti con l'obiettivo di estorcere denaro alle vittime, o di sottrarre informazioni per ricavarne guadagno - è causa del 72% degli attacchi verificatisi nel 2016 a livello globale, confermando un trend di crescita costante dal 2011, quando questo tipo di attacchi si attestava al 36% del totale. «Nella situazione attuale - aggiunge Zapparoli Manzoni - i rischi cyber non solo stanno crescendo sensibilmente, ma continuano a non essere gestiti in modo efficace, ovvero sono fuori controllo. Siamo giunti ad una situazione da "allarme rosso"».

Di recente, il Garante ha preso diversi provvedimenti nei confronti di strutture sanitarie per violazione della privacy dovuta ad accesso abusivo ai dati dall'interno, cioè da parte di personale sanitario che consulta cartelle cliniche di

pazienti parenti o amici. Un'altra situazione molto comune e potenzialmente molto a rischio è la condivisione dei referti tra medici per il consulto su Whatsapp, una prassi che come hanno confermato i medici di medicina generale sta prendendo piede. «Il settore della sanità è diventato uno dei maggiormente colpiti dalle due tipologie di attacchi più devastanti - conferma l'ingegnere Francesco Vellucci del Comitato consulenza sulla sicurezza della Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica (Digital SIT) - : il "sequestro" dei dati e delle infrastrutture che vengono resi illeggibili e inutilizzabili dagli attacchi tipo "Ransomware" che li crittografa e richiede un riscatto per lo sblocco. Secondo il rilevamento di Trend Micro relativo al 2016, l'Italia è il paese europeo più colpito da questo malware (programmi creati allo scopo di causare danni, ndr). Poi c'è il furto di dati personali, cartelle cliniche comprese: il cosiddetto "Data breach"».

Perché così tanta attenzione alla sanità da parte dei cyber ladri? «Sequestrare i dati e le infrastrutture, ovvero bloccare le attività correnti, significa per l'ospedale l'impossibilità di erogare i propri servizi - spiega Vellucci - . Ed essendoci in gioco la salute se non la vita delle persone, la propensione a un pagamento rapido del riscatto (e senza troppa pubblicità) è elevata. Subito dopo le credenziali di accesso ai conti bancari, i dati sanitari sono quelli più facilmente monetizzabili. Nella cartella del paziente si trovano dati dettagliati sull'identità della persona, dati anagrafici, previdenziali, di gruppo sanguigno, stato di salute, utilizzabili sia per costruire false identità per il mercato nero criminale, sia per creare dossier da dove attingere per fornire informazioni specifiche quando richieste da attività criminali».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Rapporto Il 2016 è stato l'anno peggiore di sempre, in termini di evoluzione delle minacce via web e del relativo impatto

Convegno

Di cyber crimini e delle loro implicazioni anche per la sanità si parlerà nel corso della nona edizione di Security Summit 2017, il convegno organizzato da CLUSIT, Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica. La prima tappa

si svolgerà a Milano dal 14 al 16 marzo (Atahotel Expo Fiera), con la presentazione de Rapporto Clusit sulla sicurezza. Il 7 e 8 giugno sarà la volta di Roma e il 4 ottobre a Verona

Altre minacce

Gli hacker prendono di mira anche i dispositivi medici

Non solo dati sanitari: nel mirino degli hacker ci sono anche i dispositivi medici controllabili da remoto attraverso la rete. Secondo il report Fortinet (che ha raccolto i dati di 450 fornitori di programmi di sicurezza informatica nel mondo), nell'ultimo trimestre del 2016 ci sono stati più di 700 mila attacchi al minuto contro le organizzazioni sanitarie. Gli esperti del FortiGuard Labs global threat research team hanno registrato l'intensificarsi degli attacchi

soprattutto contro il cosiddetto "Internet delle cose" (IoT, Internet of things) cioè l'estensione di Internet al mondo degli oggetti e dei luoghi concreti. In particolare sono stati registrati circa due milioni di tentativi di hackerare uno specifico sistema operativo utilizzato in sanità per far funzionare dispositivi medici, pompe di infusione e monitor personali. Una situazione che gli esperti considerano estremamente preoccupante.

R.Co.

I rischi? Errori nelle cure e discriminazioni

Le carenze

Nella digitalizzazione della sanità manca ancora un piano organico di sicurezza

Denuncia

L'Italia ha anticipato la Ue rendendo obbligatorio segnalare le violazioni dei dati

Il Garante

Qual è la situazione in Italia in materia di protezione dei dati sanitari? Lo abbiamo chiesto al Garante della privacy, Antonello Soro.

«Esistono molti segnali preoccupanti sulle violazioni (e disapplicazioni), colpose o dolose della normativa che protegge i dati sanitari. Nella digitalizzazione della sanità, la frammentazione, la disomogeneità e l'assenza di un piano organico di sicurezza che hanno caratterizzato l'informatizzazione della pubblica amministrazione sono ancora più pericolose che in ogni altro settore. Molte violazioni sono poi frutto di una colpevole violazione delle norme sulla privacy. Siamo già intervenuti più volte in questo settore, in modo deciso».

Che tipo di violazioni avete accertato?

«In alcune regioni il software del dossier sanitario elettronico metteva a disposizione di tutti i medici della Asl (e non solo a quello curante) i dati di tutti i pazienti. Un'altra regione è stata sanzionata per aver pubblicato, sul sito istituzionale, informazioni sensibili su 5 mila disabili che avevano usufruito di sussidi per l'acquisto di computer. Iniziativa che ha dato in pasto al mercato nero della sanità digitale una piccola fortuna. Una struttura privata dopo aver fornito prestazioni gratuite nell'ambito di una campagna di prevenzione

obbligatoria, le ha poi girate alle case farmaceutiche senza aver chiesto il consenso ai propri pazienti. Per altro verso, abbiamo bloccato la pubblicazione, sui siti di 26 Comuni, dei dati di cittadini per cui si prevedeva il trattamento sanitario obbligatorio, dove venivano messi accanto a nome e cognome anche valutazioni come "persona affetta da pulsioni suicide"».

Le conseguenze dei furti?

«I dati sanitari, se illecitamente trattati o addirittura "rubati", sono suscettibili di esporre l'interessato a forme di discriminazione pericolose, rese possibili dalla conoscenza degli aspetti più intimi della persona, come quelli "idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato". La sottrazione o peggio l'alterazione di un dato sanitario, inoltre, rende vulnerabili anche dati essenziali per il governo del nostro Paese, si pensi ai sistemi informativi sanitari delle Asl, delle regioni o del Ministero della salute che sono indispensabili per la gestione della sanità pubblica. Ma soprattutto, la vulnerabilità del dato sanitario e, quindi, la suscettibilità di alterazione o modificazione di queste informazioni, rischia di determinare errori diagnostici o terapeutici, con conseguenze anche letali per l'interessato e gravi responsabilità per gli stessi operatori sanitari».

Nessuno sa con precisione quanti casi di "data breach" si verifichino in Italia: esiste un obbligo di denuncia?

«Nel settore pubblico e in

quello sanitario, le amministrazioni e le strutture sanitarie sono tenute a comunicare al Garante entro 48 ore dalla conoscenza del fatto tutte le violazioni dei dati o gli incidenti informatici che possano avere un impatto significativo sugli interessati. Il mancato o ritardato adempimento nella comunicazione di violazioni di dati personali (data breach) può comportare sanzioni amministrative. Su questo punto l'Italia, grazie ai provvedimenti del Garante, ha anticipato la nuova normativa europea che si muove nello stesso senso per supportare meglio ad affrontare i cambiamenti dell'era digitale. Il nuovo Regolamento europeo, oltre a rafforzare i diritti dei cittadini, offrirà infatti strumenti più concreti ed efficaci per il controllo dei dati personali. Uno di questi è appunto l'introduzione dell'obbligo generale di comunicare eventuali *data breach* all'Autorità nazionale di protezione dei dati e, nei casi più gravi, a tutte le persone coinvolte, indicando anche le misure adottate per limitare le possibili conseguenze negative».

R. Cor.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Negli USA

L'*Hitech Act* americano impone di rendere pubbliche le violazioni di dati sensibili che riguardano più di 500 persone, dandone notizia anche ai media, oltre che ai diretti interessati



Serve una cultura della sicurezza (e bisogna investire di più)

La quota

In Italia, l'investimento in eHealth è l'1,2% della spesa sanitaria pubblica

Responsabilità

Necessari almeno back-up periodico dei propri dati e copia su supporti diversi

Il concetto fondamentale lo enuncia Alessandro Vallega, del Comitato direttivo di Clusit, Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica: «In campo sanitario per via della delicatezza dei diritti sottesi (diritto alla salute, diritto alla privacy) e della carenza informatizzazione c'è molto bisogno di investire in sicurezza informatica: persone, processi e tecnologia. Dobbiamo essere in grado di prevenire, individuare, rispondere e predire gli incidenti di sicurezza».

E se è vero che la sicurezza assoluta non esiste, perché qualsiasi sistema è vulnerabile, a maggior ragione la prevenzione è davvero l'unica arma disponibile almeno per limitare i danni di un eventuale attacco informatico. La prevenzione tuttavia costa. E gli ultimi dati (2015) dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano dicono che in Italia si spende una cifra pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica (circa 22 euro per abitante) per la digitalizzazione della sanità. In Europa la spesa in tecnologie per la salute è invece compresa in media fra il 2 e il 3% del budget sanitario pubblico, con alcuni Paesi (Finlandia e Regno Unito) che tendono al 4%. «Bisogna capire che l'Information Technology è anche in sanità un fattore critico di successo — dice Alessandro Vallega —, che investire per fare bene le cose permette di spendere meno e migliora contemporaneamente sia la qualità delle

cure, sia il diritto alla protezione dei dati personali e inoltre aiuta a salvaguardare la reputazione e la proprietà intellettuale dell'azienda sanitaria. Il resto dell'industria da diversi anni sta conducendo progetti di consolidamento sia infrastrutturale sia applicativo. In sanità, al contrario, il sistema evolve lentamente in questa direzione e solo all'interno delle Regioni (ogni Regione cioè va per conto suo, ndr)».

Non solo. Quando si parla di sicurezza e privacy in ambito sanitario gli interventi «non si limitano alla sfera tecnologica ma rappresentano un insieme di attività su aspetti organizzativi, culturali, tecnologici, economici che vanno pianificati e governati nel loro complesso», aggiunge Claudio Caccia, presidente dell'Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità (Aisis).

«La criticità che oggi si evidenzia in misura sempre maggiore — aggiunge — consiste nell'equilibrare un utilizzo sempre più esteso e pervasivo delle tecnologie informatiche nelle aziende sanitarie, con i necessari requisiti di sicurezza e privacy che sono richiesti sia dagli utilizzatori del sistema informativo delle aziende sanitarie (team socio-sanitari) sia dai clienti che ne usano i servizi».

Questo vale per chi raccoglie i dati sanitari. E per il singolo cittadino invece? In primo luogo, come auspica Andrea Zapparoli Manzoni, per

combattere i “cyber ladri” è necessario passare da un utilizzo “adolescenziale” dell'informatica, alla piena maturità. Bisogna cioè assumersi la responsabilità di gestire al meglio le informazioni sensibili sulla propria salute. Cosa si può fare? Agire con buon senso e osservare alcune regole di base. «Bisogna almeno ricordarsi di effettuare il backup — cioè una copia di sicurezza — regolare dei dati e conservarli in ambienti separati fisicamente dalla rete principale — suggerisce l'ingegner Francesco Vellucci del Comitato consulenza sulla sicurezza della Società Italiana di Telemedicina e Sanità Elettronica (Digital SIT) —. Meglio poi esaminare con attenzione le mail prima di aprirle, cercando di capire se la fonte è attendibile, se stiamo effettivamente attendendo quella fattura, se notiamo incongruenze nel testo: in caso di minimo dubbio, cancellare la mail. E infine, manteniamo il sistema con antivirus e “patch”, che sono i programmi di correzione dei software, aggiornati».

R.Cor.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il fatto. I rappresentanti alla Camera di tutti i partiti (tranne M5S e Mdp) esprimono il loro impegno dopo la lettera allarmata di un giovane disabile

Mai morte di Stato

11 capigruppo rispondono all'appello di Lorenzo: la legge sul «fine vita» non aprirà all'eutanasia



Lorenzo ha 23 anni e vive su una sedia a rotelle costretto da una grave malattia invalidante. Ma ama la vita e scrive ad "Avvenire" temendo che ci sia un legame tra il disegno di legge sul fine vita in discussione alla Camera il 13 marzo e l'eutanasia. Ora i ca-

pigruppo di tutte le forze politiche (con l'eccezione del Movimento 5 Stelle e di Mdp, il gruppo dei parlamentari di recente usciti dal Pd) rispondono. Le forze politiche, anche quelle favorevoli alle Dat, si dicono contrarie a norme apertamente eutanasiche.

PRIMOPIANO ALLE PAGINE 6 E 7

«Lorenzo, non sarai solo» Ora la Camera si interroga *L'impegno dei capigruppo: morte di Stato mai*

Lorenzo ha 23 anni e vive su una sedia a rotelle costretto da una grave malattia invalidante. Ma ama la vita, e ama soprattutto la sua vita. Scrive ad *Avvenire*. Vuole capire che cosa sta succedendo a Montecitorio e a Palazzo Madama. Se esiste o no un legame tra il disegno di legge sul fine vita in discussione nell'aula della Camera il 13 marzo e l'eutanasia (prospettiva che comunque compare in 8 proposte depositate). Teme sbandamenti della politica. Dopo la pubblicazione della let-

tera, alcuni parlamentari decidono di rispondere. Ma Lorenzo chiedeva una parola ai capigruppo di tutte le forze politiche. E ora quella parola (con le sole eccezioni del Movimento 5 Stelle e di Mdp, il gruppo dei parlamentari di recente usciti dal Pd, che hanno scelto di non rispondere) c'è. Le forze politiche, anche quelle favorevoli alle Dat, si dicono contrarie a norme apertamente eutanasiche. Anzi vanno oltre. E ricordano il diritto alla salute presente nella Costituzione.

La lettera

«Cari politici, vi scrive un giovane triplegico: l'eutanasia mi fa paura»

Riproponiamo la lettera del giovane Lorenzo Moscon pubblicata come editoriale il 3 marzo.

Caro direttore, le invio questa missiva, indirizzata ai capigruppo di Camera e Senato, con la speranza che mi aiuti a far sentire la mia voce.

«Agli illustrissimi signori capigruppo della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica. Sono u-

Con interventi di Ettore Rosato, Renato Brunetta, Pino Pisicchio, Massimiliano Fedriga, Lorenzo Dellai, Giovanni Monchiero, Fabio Rampelli, Francesco Saverio Romano, Rocco Palese, Giulio Marcon e Maurizio Lupi



no studente universitario di 23 anni affetto dalla nascita da una triplegia spastica a causa della quale sono disabile al 100%, costretto su di una sedia a rotelle. Mi rivolgo a voi attraverso questa lettera, poiché ho appreso che in questo periodo inizia un dibattito in sede parlamentare sul tema dell'eutanasia, e questa notizia ha destato in me un sincero timore. La *World Medical Association* nel 1987 definì l'eutanasia come segue: "Atto volontario con cui si pone deliberatamente fine alla vita di un paziente, anche nel caso di richiesta del paziente stesso o di un suo parente stretto": dunque anche nel caso di richiesta, da parte del paziente, di realizzare nei suoi riguardi un abbandono terapeutico, la cessazione di terapie adeguate.

Il primo motivo per cui dichiaro la mia più ferma contrarietà al fatto che lo Stato si esprima e legiferi su questo tema è che intravedo il pericolo che, mediante una legge, si giustifichi e si consenta la soppressione di un malato per alleviarlo da una sofferenza terribile, mentre è ormai dimostrato da numerosi studi a riguardo che, laddove vi fosse un dolore lancinante, il ricorso alle cosiddette cure palliative consente di lenire il dolore in maniera estremamente efficace. Piuttosto, il problema nel nostro Paese è l'inaccettabile mancanza della disponibilità a intraprendere siffatto cammino terapeutico in molti luoghi di cura. Non sarebbe meglio contrastare la sofferenza dei malati piuttosto che ucciderli in nome di una pietà falsa che cela ragioni sanitarie o economiche?

In secondo luogo, nella mia esperienza ospedaliera, che si compone di ben sei interventi chirurgici subiti, ho sperimentato quanto sia indifeso, impotente e vulnerabile un malato in un letto d'ospedale. E non vedo per quale motivo i medici, viste le difficoltà economiche in cui versa il settore sanitario nel nostro Paese, la pressione sociale e quella che ricevono dalle strutture sanitarie stesse, deb-

bano essere considerati esenti dalla tentazione di manipolare i pazienti, spingendoli a chiedere l'eutanasia. Anzi, sono convinto che quando un essere umano patisce un dolore fisico, oltre a soddisfare i propri bisogni primari abbia bisogno di percepire nei suoi confronti un affetto, che è l'ultima realtà a cui ognuno di noi, di qualsiasi ceto sociale, età o sesso, si può attaccare di fronte allo struggimento che l'esperienza della malattia genera nell'infermo. Di fatto non ho mai chiesto di essere ucciso, tutt'al più di avere una persona cara al mio fianco.

Ritengo doveroso ricordare alle vostre persone che alcune misure legislative, una volta adottate, hanno effetti a lungo termine spesso imprevedibili. In questo caso però, già in altri Stati è possibile osservare gli effetti dell'adozione di simili norme. Non è nuovo, tra gli altri, l'esempio dell'Olanda, nella quale l'eutanasia fu introdotta nel 2000 per gli infermi maggiorenni capaci di intendere, di volere, e di farne richiesta scritta. Approvata la legge, i promotori hanno subito fatto notare che anche i minorenni possono soffrire in modo atroce. Così, nel 2002 la possibilità di chiedere l'eutanasia è stata estesa agli adolescenti sopra i dodici anni, ritenuti abbastanza maturi per richiederla. Ormai, il Parlamento olandese e belga discutono l'estensione dell'eutanasia ai malati di mente, e a quelli in terapia intensiva riservando la decisione ai medici. Tant'è vero che la Società belga di terapia intensiva, in un documento dal titolo "Pierce of mind: end of life in the intensive care unit statement" (febbraio 2014), propone l'eutanasia del paziente anche senza consenso di questi.

In quanto cittadino confido nel vostro impegno per la ricerca di un autentico bene comune, e mi affido alla vostra disponibilità a considerare le mie istanze durante lo svolgimento dei vostri lavori. Distinti saluti». Grazie, direttore, e buon lavoro.

Lorenzo Moscon

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DES - CENTRO DEMOCRATICO

Dellai. «Non assolutizzare i diritti Ecco i nostri quattro paletti invalicabili»



Caro Lorenzo, la tua lettera colpisce per lucidità ma anche per spessore morale. È un segnale di luce e di speranza in una fase piuttosto confusa della vita pubblica del nostro Paese. Una fase nella quale la politica rischia di assolutizzare i diritti individualistici perché ormai incapace di garantire i diritti sociali, ivi compresi quelli ai quali tu ti riferisci quando parli della carenza di servizi pubblici e di contesti comunitari adeguati a sostenere chi vive momenti di forte sofferenza e non vuole rassegnarsi a gettare la spugna. Per quanto riguarda l'eutanasia - ribadito che la legge in discussione non considera questa opzione - voglio assicurarti che il nostro gruppo non sarà mai d'accordo a introdurre questa pratica nell'ordinamento italiano. Non vo-

teremo mai una legge che autorizzi lo Stato a dare la morte ad una persona, neppure su sua richiesta. Non è indifferenza ai drammi delle persone, ma precisa coscienza dei limiti invalicabili che la legge deve rispettare sul tenore della vita e della morte.

Per quanto riguarda invece la legge in discussione dal 13 marzo alla Camera voglio ricordare che il nostro gruppo ha cercato fin dall'inizio un compromesso ragionevole. Lo ha fatto attraverso l'azione del presidente della Commissione affari sociali Mario Marazziti e attraverso le posizioni chiare e precise del collega Gian Luigi Gigli, il quale si è battuto, a nome anche nostro, proprio per evitare che nelle disposizioni sul fine vita vi fossero appigli anche involontari idonei a legiti-

timare forme surrettizie di eutanasia. Noi abbiamo posto quattro punti: non equiparazione tra alimentazione/idratazione e terapie; rispetto del ruolo del medico; garanzia che le Dichiarazioni siano rese in condizioni di effettiva libertà e consapevolezza; tutela dei diritti dei minori e degli incapaci. Il testo che arriva in Aula ha subito in Commissione alcuni miglioramenti, ma non corrisponde ancora pienamente al nostro pensiero. Auspichiamo che il dibattito tra i gruppi parlamentari possa quindi svolgersi in modo positivo, senza forzature e senza cedimenti a quella che sempre più appare come una moda da pensiero individualistico prevalente: se così non sarà, la legge certamente non avrà il nostro consenso. La nostra posizione è chiara, anche se la esprimiamo rispettando il monito di Papa Francesco alla misericordia. La chiarezza e la coerenza infatti non sono incompatibili con la cautela e il rispetto per le convinzioni di tutti.

PARTITO DEMOCRATICO

Rosato. «Non ci sarà mai l'eutanasia, qualunque intervento faremo sarà mite»

Caro Lorenzo, ho letto la tua lettera e penso di aver compreso la tua preoccupazione. Rispondo quindi a te e a tutti coloro che convivono con la disabilità, lottando ogni giorno, e temono che qualcuno si arroghi il diritto di stabilire quali vite sono degne di essere vissute. Non abbiamo alcuna intenzione di legiferare sull'eutanasia. La proposta di legge che va in aula ha tutt'altro scopo. Vuole rimettere la persona malata, con le sue convinzioni, il suo carattere, la sue reti familiari e amicali, al centro delle decisioni che attengono alla sua salute.

A fronte di una medicina tecnologica sempre più avanzata e dei ritmi a volte convulsi dei nostri ospedali, si rischia di perdere quell'umanità nella relazione tra medico e paziente che è essa stessa componente essenziale del percorso di cura. Mettere la persona al centro significa fare il possibile per garantire a tutti un adeguato livello di cure e una re-

le efficace di assistenza a casa. Su questo punto c'è tanto ancora da fare. Significa rafforzare la rete delle cure palliative che pure è cresciuta (dal 2010, anno di approvazione della legge, ci sono ora 261 strutture). Ma è ancora debole la rete di assistenza domiciliare. Significa cambiare la formazione di medici e operatori sanitari.

Vuol dire anche accettare che ci sia chi rifiuta la cura, chi dice "basta non ce la faccio più", per mille personalissime ragioni. Se è vero che non esiste un diritto a morire, è anche vero che non possiamo obbligare a curarsi con la forza. Non ho avuto occasione di incontrarti, ma ho incontrato invece Max Fanelli che lottava da anni

contro la Sla, con la moglie accanto che non lo ha mai fatto sentire solo. Ne ho tratto la lezione che davanti alla sofferenza noi possiamo solo imparare e che qualsiasi legge si faccia non può che essere una legge mite.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

FORZA ITALIA

Brunetta. «La legge va corretta. Le tue parole ci interrogano»

Caro Lorenzo, considerando la delicatezza della materia, ti rispondo, intanto, a titolo personale, garantendoti che all'interno del gruppo che ho l'onore di presiedere si concluderà presto un'ampia e approfondita discussione, già avviata in queste settimane, in merito ai temi che legittimamente poni.

Io sono contrario all'introduzione in Italia dell'eutanasia. Dalla parte nessun gruppo parlamentare ha esplicitamente detto di voler usare in tal senso la legge sul cosiddetto "testamento biologico". Vigileremo sugli emendamenti che saranno proposti in Aula e ne proporremo di nostri per evitare ogni dubbio in tal senso, per meglio precisare gli ambiti di applicazione delle "dichiarazioni anticipate di trattamento". Sono contro l'eutanasia così come contro l'accanimento terapeutico. Nel mio personale convincimento occorre sempre tenere insieme libertà di scelta e rispetto della vita.

In merito al che cosa fare per scongiurare che chi versa in disabilità grave sia lasciato solo nella sua sofferenza, non è esclusivamente una questione legata allo stanziamento di più fondi. Bisogna garantire la vicinanza delle istituzioni, a ogni livello, a famiglie e realtà del terzo settore operanti per e con i disabili gravi.

Occorre inoltre dare forma e visibilità a una cultura che sia a favore della "libertà di vivere" una vita degna di questo nome. Per fare questo occorrerebbe una "grande alleanza" tra politica, cultura, media. Esattamente l'opposto dello "spettacolo" che abbiamo visto in questi giorni, fatto per intimorire e condizionare i parlamentari. Serve serietà, responsabilità, equilibrio e rispetto da parte di tutti.



GRUPPO MISTO

Pisicchio. «Colpito da tue parole. Bisogna fare di più per chi soffre»

Caro Lorenzo, ho letto e ho riflettuto sulla tua lettera. Che mi colpisce, oltre che per la cifra di profonda umanità che la pervade, anche perché mi interpella come legislatore, sbattendomi in faccia la parte di responsabilità che mi compete. Quel che tu dici è vero: le leggi non sono l'effetto di un'onda emozionale, non sono epifanie di un marketing elettorale sensibile ai sondaggi d'opinione, non sono e non possono essere la risposta a una campagna mediatica. Le leggi sono la regola di civiltà che il consorzio umano si dà. Il dovere del legislatore è di adottare buone leggi, chiare, coerenti con i principi costituzionali che reggono l'ordinamento e, soprattutto, guardando con attenzione alle conseguenze: si chiama eterogenesi dei fini quel risultato che contraddice la volontà iniziale a tal punto da capovolgerla con effetti contrari alle intenzioni. Nella nostra Costituzione non esiste un "diritto al suicidio".

L'articolo 32, secondo comma, stabilisce che nessuno può essere sottoposto a un determinato trattamento sanitario obbligatorio, certo. Ma questo può significare soltanto che non può darsi l'accanimento terapeutico, cosa ben diversa dal dilagare dei commenti senza un briciolo di pietas umana che abbiamo visto nei giorni scorsi a sostegno dell'eutanasia.

Il comma precedente dell'articolo 32 parla invece del diritto alla salute, definendolo fondamentale. In questo concetto c'è, evidentemente, il diritto a veder lenita la propria sofferenza con cure efficaci. Nei prossimi giorni, nel dibattito in aula alla Camera, avrò ben presenti le tue parole ed anche quelle di una donna che mi diceva dal suo letto di malattia e di sofferenza: «Ricordati che un solo giorno di vita vale più di tutto». Era mia madre e se ne è andata troppo presto.



LEGA NORD

Fedriga. «Uno Stato civile non abbandona i propri cittadini a una fine rapida»

Caro Lorenzo, voglio iniziare questa breve risposta ringraziandoti per l'iniziativa che hai deciso di intraprendere. Senza clamore e senza atti eclatanti hai sottolineato in modo molto evidente le criticità della norma sul fine vita che sarà in discussione nell'Aula della Camera il 13 marzo. Troppe volte i legislatori si sono fatti guidare, invece che dal bene comune, dall'ondata emotiva del momento, rischiando di non comprendere a quali drammatiche conseguenze possano condurre scelte sbagliate.

Gli esempi che tu hai portato rispetto alle situazioni che si sono venute a creare in altri Paesi purtroppo non sono le uniche: ci sono casi di anziani, senza alcun tipo di problema fisico, che hanno ottenuto l'eutanasia; ci sono persone depresse che già oggi hanno messo fine alla loro vita tramite l'assistenza dello Stato. È inaccettabile, dal mio punto di vista, che si parli di suicidio assistito



ed eutanasia e invece non si ponga rimedio all'abbandono sociale ed economico che troppe volte le persone affette da patologie irreversibilmente debilitanti e le loro famiglie subiscono. La dignità di una persona non trova compimento nell'autoeliminazione, bensì nella qualità della vita che lo Stato deve essere in grado di garantirle attraverso aiuti economici, assistenziali e sanitari.

Sono pienamente d'accordo con te, Lorenzo, quando sottolinei l'importanza delle cure palliative, che purtroppo in molte strutture non vengono adeguatamente offerte ai pazienti sofferenti. Su questo aspetto chiederò al ministro di presentare una relazione al Parlamento affinché si possa affrontare il problema nel più breve tempo possibile.

Ti assicuro che il mio gruppo parlamentare si opporrà all'approvazione di questa legge e, al contempo, presenterà una proposta capace di garantire assistenza, servizi e cure palliative individuando le necessarie risorse. Investire in questo ambito significa investire sulla civiltà di un Paese che non abbandona i propri cittadini a una morte veloce, ma che invece sta al loro fianco per offrire a tutti una vita dignitosa.

CIVICI E INNOVATORI

Monchiero. «Rilanciamo l'alleanza fra medico e paziente»

Caro Lorenzo, la tua lettera richiama una esistenza segnata dal dolore e, tuttavia, ancorata al valore della vita. Su questa base, esprime dubbi sulla proposta di legge in discussione alla Camera, temendone una applicazione eutanasica.

Ho fatto parte, in Commissione, del comitato ristretto che ha elaborato il testo e ne condivido l'impostazione. Ti rispondo, serenamente, che non si tratta di una legge finalizzata all'introduzione dell'eutanasia e neppure del



suicidio assistito. Tanto è vero che, sull'onda dell'emozione suscitata dalla morte di dj Fabo, dà più parti

si è accusato il Parlamento di essere lontano dalla società al punto da meritare l'epiteto di "medievale".

Capita, su temi così delicati, di scontentare le visioni contrapposte. Ebbene, la legge si propone due finalità. Da un lato, partendo dal consenso informato, costruire una relazione più forte tra medico e paziente destinata a tradursi, in ogni fase di cura, in un programma di interventi terapeutici pienamente condiviso; dall'altro, declinare nella prassi sanitaria il principio costituzionale che riconosce al cittadino il diritto di rifiutare le cure, anche attraverso una preventiva manifestazione di volontà.

Credo che l'alleanza medico-paziente ne uscirà rafforzata e, con essa, l'attitudine dei sanitari a prendersi cura del dolore dei propri assistiti.

FRATELLI D'ITALIA

Rampelli. «All'autodeterminazione antepriamo la sacralità della vita»



Caro Lorenzo, ho pensato alla tua lettera, ai tuoi legittimi timori per l'eutanasia, alla tua richiesta di combattere la sofferenza dei malati piuttosto che ucciderli in nome della pietà. Le ragioni sanitarie o economiche diventano spettri di fronte alla vita, alla sua meraviglia e alla sua imperfezione. La tua è una testimonianza che stride, scomoda quanto quella di Fabo, la cui vicenda straziante sembra diventare non una tragedia cui assistere in silenzio ma un grimaldello da agitare sguaiatamente per accelerare l'iter parlamentare sulle dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat). Ma legiferando sull'onda dell'emozione, si rischia di sbagliare. E su questi temi non si può scherzare, né

farsi strumentalizzare. Il generico rispetto delle libertà individuali non basta per dipanare l'intrigata matassa del rapporto tra vita e morte. Come per la campagna abortista si sono utilizzati casi estremi per imporre un "diritto" che poi si è diffuso a macchia d'olio con conseguenze imprevedibili, così ora rischiamo di trascurare la richiesta di vita da cui la società può scindersi solo minimizzandola, riducendola a un calcolo. Al mistero della vita, al dolore, alla dignità umana che toccano la sensibilità più profonde di ognuno noi rispondiamo con il desiderio di tutela della vita. La constatazione che il welfare italiano non è nella condizione di sostenere i costi sanitari e assistenziali per le non autosufficienze è i-

naccettabile e rappresenta un dramma nel dramma. Quanti disabili gravi, costretti al letto, sono sfiorati dal pensiero del suicidio per non pesare sui familiari? Vorrei dirti, Lorenzo, che Fratelli d'Italia sta discutendo e si sta confrontando con serietà sul tema, come è giusto. Né i dogmi né l'ideologia stanno orientando la nostra scelta. Al principio dell'autodeterminazione individuale sul fine vita antepriamo il principio dell'inviolabilità e della sacralità della vita. Siamo davvero sicuri che la nostra vita ci appartenga totalmente, siamo davvero sicuri che la progressiva degenerazione del principio della libertà assoluta individuale non diventi un varco verso l'autodistruzione della società? L'eugenetica, che ha attraversato la storia della civiltà, da Platone al Nazismo, oggi si è trasformata in turbo-ingegneria genetica che trova la sua applicazione nei Paesi del Nord Europa. Argomenti da far tremare le vene ai polsi.

SCELTA CIVICA - ALA

Romano. «Diffidare di chi ritiene che la migliore cura sia la morte»



Caro Lorenzo, sono in larga parte d'accordo con te. Naturalmente parlo a titolo personale perché, su temi così delicati e che riguardano la propria coscienza, nessun parlamentare - a nessun titolo - può rappresentare altri se non se stesso. Nella mia concezione di Stato, quest'ultimo è al servizio dell'uomo, l'uomo in quanto tale, e deve poter contribuire a che l'uomo sin dalla sua concezione possa crescere e vivere nel mi-

gliore dei modi. Ho sempre diffidato dello Stato che si prende cura di sopprimere l'individuo, sia quando si tratta di una sanzione penale sia quando invece viene incontro al desiderata dell'interessato o dei suoi familiari. Penso che comunque vada rafforzato il sistema di assistenza per i malati che non vedono la luce in fondo al tunnel. Il sistema di assistenza sanitaria nel nostro Paese è uno dei migliori al mondo per qualità e gratuità,

pur troppo non è sufficiente la rete assistenziale che dovrebbe accudire i malati più gravi, quelli cronici, quelli che come speranza hanno soltanto la qualità di quel poco di vita che a loro rimane. Se uno sforzo legislativo ed economico il nostro Paese deve fare è proprio in questa direzione, chiamando a collaborare coloro i quali hanno sperimentato nella sofferenza quotidiana - medici, operatori, assistenti, familiari - ciò che va fatto e ciò che va evitato. Su un tema come questo il legislatore deve porsi come lo studente pronto ad apprendere dai maestri della vita, non certamente da chi ritiene che la migliore cura sia la morte.

CONSERVATORI-RIFORMISTI

Palese. «Il vero tema è l'assistenza Ora lo Stato torni a fare lo Stato»



Caro Lorenzo, voglio dirti in primo luogo che sono molto colpito dal coraggio e dalla forza con cui vivi la tua malattia e, soprattutto, continui giustamente ad amare la vita. Da medico, prima ancora che da uomo e da esponente delle istituzioni, conosco bene l'entità e la complessità della tua condizione e i molteplici aspetti della tua sofferenza. Così come, purtroppo, sono ben consapevole della condizione delle strutture e dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, in generale e, purtroppo, soprattutto in casi come il tuo. È per questo che,

pur essendo fermamente convinto che la vita sia un valore assoluto e un dono, leggendo le tue parole e spesso assistendo alle sofferenze patite in situazioni simili alla tua, sono stato seriamente messo in crisi. Ma poi, ogni volta che mi sono interrogato, e anche oggi leggendo il coraggio e la forza con cui vivi la tua condizione, mi rendo conto che ciò che mi mette in crisi è l'assoluta incapacità dello Stato a fare lo Stato, e quindi a garantire, come sarebbe giusto, le condizioni minime di umanità, di affetto, di assistenza adeguate alle enormi sofferen-

ze degli ammalati e delle loro famiglie. A titolo personale, come è inevitabile che sia su questioni etiche e delicate come questa, non posso che darti ragione e ti garantisco il massimo impegno affinché ogni iniziativa che verrà intrapresa non prescinda dalla necessità che lo Stato faccia tutto quanto deve e può fare per alleviare, dare sollievo a chi come te vive questa condizione. Uno Stato che sia Stato deve avere il coraggio e la capacità di affrontare questi temi e di non lasciare soli i malati e le loro famiglie. Con grande affetto e stima.

AREA POPOLARE

Lupi. «Vita sempre degna Mai togliere acqua e cibo»

Caro Lorenzo, tu sei testimone del fatto che la vita vale la pena di essere vissuta perché ha un significato anche nel dolore e nella malattia. «Non sarebbe meglio contrastare le sofferenze dei malati piuttosto che ucciderle?». Come meglio si potrebbe dire la dignità di un'esistenza se non con queste tue parole... Chiedere allo Stato che ti assista nel suicidio getta un'ombra non solo sul senso della propria vita, ma sul senso della vita di tutti e sul senso di tutte le cose, anche dell'amore della persona cara al tuo fianco. Di questo anche tu sei testimone, si apprezza la vita quando si è accompagnati a viverla, come succede a ogni bambino con suo padre e sua madre. Uno Stato che riconoscesse come valore il diritto alla mor-



te toglierebbe senso alla speranza di ognuno di noi e al desiderio di mettere al mondo dei figli. E renderebbe solo parole retoriche quelle sulla socialità, sulla solidarietà, sulla vita in comune. Per questo farò il possibile perché l'eutanasia non diventi legge. È un mio dovere di politico, così come è nostro dovere fare il possibile per alleviare la sofferenza, innanzitutto non lasciando solo chi vive situazioni come la tua e in secondo luogo immedesimandosi con chi, nel mistero della libertà, chiede di non ricevere più cure. È una richiesta che va rispettata per chi è in stato irreversibile a patto che nelle cure non siano comprese idratazione e alimentazione. Non si può condannare nessuno a morire di fame e di sete. Grazie Lorenzo.

SINISTRA ITALIANA

Marcon. «Testamento biologico con nuove risorse per il sociale»



Caro Lorenzo, la vita va rispettata all'inizio, durante e alla fine. E parimenti vanno rispettati il corpo, le emozioni, la sofferenza e la volontà di ciascuna persona. Per questo penso che quello che il Parlamento debba fare rapidamente è approvare un provvedimento sul cosiddetto testamento biologico che preveda la possibilità per ciascuno di noi di decidere autonomamente e anticipatamente se - in determinate e future condizioni - intenda avvalersi di cure, farmaci e anche di forme di idratazione

e alimentazione forzata. La persona con grave disabilità va seguita e abbracciata con l'amore, la condivisione fraterna e la solidarietà dalla società e dalle istituzioni, che devono fare la loro parte: servono molte più risorse, strutture più adeguate (negli ospedali e non solo) e iniziative concrete - valorizzando il volontariato - a favore della non autosufficienza, per tutte le persone che soffrono l'isolamento, il dolore, l'abbandono. Ogni vita, ogni persona è un dono bellissimo da curare e rispettare con amore.

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

CIBO, SONNO, MENTE

Per gli sportivi
la gioventù
arriva a 30 anni

Melloni e Zonca A PAGINA 35

I 30 sono i nuovi 20: sport senza età E la scienza insegue i campioni

Dopo le Olimpiadi boom di studi e statistiche sulla longevità degli atleti
Molta attenzione a cibo e sonno, ma è la mente dei fuoriclasse che va oltre

223

gol dopo i 30

SEGNATI DA IBRAHIMOVIC
Reti tra club e nazionale dello svedese, gli ultimi nella finale di Coppa di Lega. Ieri ha sbagliato un rigore con il Bournemouth

I SEGRETI

Yoga e pilates
per mantenere
il tono muscolare
e la dieta su misura
studiata
dal nutrizionista

16

anni tra 2 ori

ERWIN NEI 50 STILE LIBERO
L'americano ha vinto nel 2000 e nel 2016, sempre la stessa gara. È il medagliato più vecchio del nuoto alle Olimpiadi

CAMBIAMENTI

Si inizia più tardi
ad allenarsi
da professionisti
e si sfruttano anni
sabbatici in mezzo
alla carriera

La storia

GIULIA ZONCA

La scienza rincorre i campioni solo che non riesce a stare al passo. Loro invecchiano però resistono ed escono dai parametri, confondono la statistica. Depistano gli analisti.

Giusto per stare a oggi, una tranquilla domenica di marzo, lontano dagli eventi globali: la trentenne Carolina Kostner pattina la finale del Nordics Open con più di 4 punti di vantaggio sulla russa Tuktamysheva, dieci anni meno di lei, il quarantenne Fabrizio Donato salta nella finale del triplo agli Euroindoor e giusto ieri la ventottenne Federica Pellegrini ha vinto l'Arena Pro Series con il miglior tempo mondiale dell'anno sui 200 metri, 1'56"07. Era la più vecchia in vasca.

L'età non è più un punto di riferimento, ha smesso di definire il picco di una carriera. I trenta sono i nuovi venti. Nella società è già successo, o

quanto meno ci illudiamo che sia così, ma nello sport in teoria non si inventa nulla: il ricambio è continuo, la concorrenza aumenta, solo che i fuoriclasse hanno trovato il modo di conservare il talento.

Il fisico in freezer

Non esiste una formula, ma gli studi provano comunque a catturare una procedura. Dopo le Olimpiadi che hanno spinto diversi traguardi oltre i limiti classici, c'è stato un boom di ricerche. L'età media si è alzata in ogni sport, persino nella ginnastica abitata dalle minorenni. Ciò non vuol dire che le nuove generazioni non abbiano preso medaglie, ori importanti o record, anzi, ma il punto è proprio questo: non esiste una regola. I 100 stile libero femminili a Rio sono andati alla millennials Penny Oleksiak, nata nel 2000, e i 50 sl maschili se li è presi Anthony Erwin, 35 anni vissuti pericolosamente. Stesso sport, sempre sprint e due mondi opposti.

Il 2017 conferma la tendenza: Federer che torna a vincere uno slam quando ormai sembrava pronto alla pensio-

ne, Brady che mette le mani sul Superbowl da padre di famiglia, all'alba dei 39 anni.

David Epstein, che ha scritto «Il gene dello sport» e da anni investiga la materia anche sulle pagine del *New York Times*, è convinto che si tratti di applicare alla competizione gli stessi principi usati in qualsiasi altro ambito. Alimentazione, riposo, qualità dell'esistenza. Tutto è migliorato e un atleta per mestiere cerca di mettere insieme la dieta perfetta, le ore di sonno ideali, fa stretching, yoga, ormai medita e sfrutta la crioterapia. Un'equazione che applicata a chi ha dei numeri fuori dal comune porta a successi tardivi.

Questione di testa

Sì, però gli acciacchi capitano, la resistenza non può restare la stessa, l'elasticità neppure e allora la differenza deve arrivare



da un'altra parte. La dottoressa Vonda Wright, chirurgo ortopedico al Lemieux Sports Complex di Pittsburgh, è convinta che la risposta sia nel cervello: «Si tratta di quanto sono disposti a spingersi oltre i propri limiti e la storia aiuta». Ovvero più fenomeni dimostrano che si può vincere over 30 e più colleghi si convincono che il traguardo è possibile. E adesso si comincia pure a programmarlo. Sempre più spesso i campioni si fermano un anno o due e si dedicano alle arti marziali, alle tecniche di relax, smettono di caricare ma

non di allenare, mantengono il tono muscolare senza sprecare energie e tornano per ritrovare le classifiche che hanno lasciato. Come se il tempo si fosse fermato. Congelato, come i muscoli messi in ghiaccio dopo gli sforzi.

Conta anche l'età in cui si inizia a fare sul serio e pure quella si è alzata, la precocità è sempre stato un requisito, oggi essere predestinati alle elementari è diventato un peso e non è solo un fatto psicologico. Ci si stufa del professionismo: nell'atletica, uno degli sport che ha più ha spostato la matu-

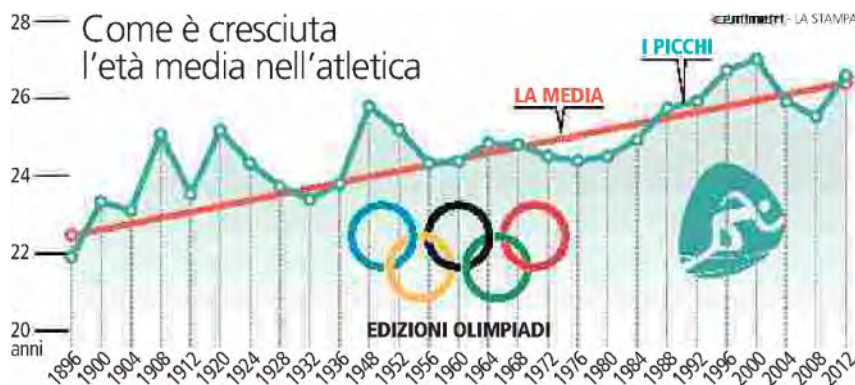
rità agonistica, non si inizia davvero fino ai 14-15 anni.

I soldi aiutano, un atleta che sta in nazionale può permettersi una struttura. Nessuno si limita all'allenatore, qualsiasi sportivo di livello si appoggia a medici, biomeccanici, dietologi e qui l'agonismo incrocia la forza oscura. Dove c'è chi testa la ricetta perfetta con l'integratore ideale e il medicinale, lecito, ma preso fuori contesto: per dare un aiutino. Miscele spacciate per elisir, lì dove il doping è dietro l'angolo. E pure quello non ha età.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Euroindoor, all'Albania l'oro nel lungo

■ Tanti rimpianti per l'Italia nella gara del lungo che si vince con un salto da 8,08: vince l'outsider Izmir Smajlaj, prima medaglia della storia dell'Albania agli Euroindoor. Tutto il mondo ci prova, noi per ora stiamo a guardare: fuori dalla finale Jacobs e Howe, l'esordiente Randazzo si piazza 7° (7,77). Tumi, bronzo nel 2013 nei 60 metri non arriva nemmeno in finale. Gli azzurri cercano riscatto oggi con Donato nel triplo, Chesani nell'alto, Crippa e Razine nei 3000 metri e la 4x400. Tv: 13.35-15 Rai Sport, 17 Eurosport.



Senza limiti

Quest'anno Roger Federer ha vinto gli Australian Open a 35 anni e Tom Brady, quarterback dei New England Patriots, ha conquistato il Superbowl a 39 anni