



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Caldoro: Renzi modifichi la legge e risolvo il black out della sanità

Appello del presidente: «Parlamentari e operatori ora collaborino»  
Il Pd attacca: «Chiede aiuto a Roma, ma a che servono i commissari?»

NAPOLI — Stefano Caldoro lancia la sua proposta al governo Renzi per evitare che si giunga, ogni fine d'anno, all'esaurimento dei tetti di spesa nella sanità e al brusco passaggio al pagamento delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini campani. «Con una norma del governo o del parlamento risolverei la questione della programmazione delle prestazioni sanitarie in 24 ore», spiega il presidente della Regione in una nota con la quale interviene nel dibattito legato all'esaurimento del budget per le strutture accreditate in forza del decreto legge 95/2012, poi convertito nella legge 135/2012. «La norma — sottolinea Caldoro — pone un tetto rigido, non aiuta e non favorisce risparmi. E lo stesso criterio rigido che ci costringe al blocco del turn over. Sono necessari — aggiunge — provvedimenti legislativi nazionali capaci di fotografare le reali esigenze della sanità e riconoscere e premiare la capacità di raggiungere obiettivi. Per parte nostra saranno rafforzati i sistemi di controllo ed ispezione sui prestatori di servizi sanitari e si lavorerà con più determinazione alla riorganizzazione, che è già partita, della intera rete. La sanità in Campania oggi ha le carte in regola, per la prima volta abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio e migliorato i livelli essenziali di assistenza. Abbiamo avviato con il contributo di tutti gli operatori una fase nuova. Sono certo riusciremo a dialogare con il governo. Mi auguro ci sia il sostegno dei parlamentari campani e la collaborazione, come sempre è capitato, delle forze sociali e datoriali. A tutti, rappresentanti istituzionali e operatori del settore, chiedo spirito di collaborazione e senso di responsabilità. Sia chiaro che non si lavora per la visibilità, ma con competenza e nell'interesse esclusivo dei cittadini e del diritto alla salute».

Caldoro ieri, partecipando ad una

# 3086

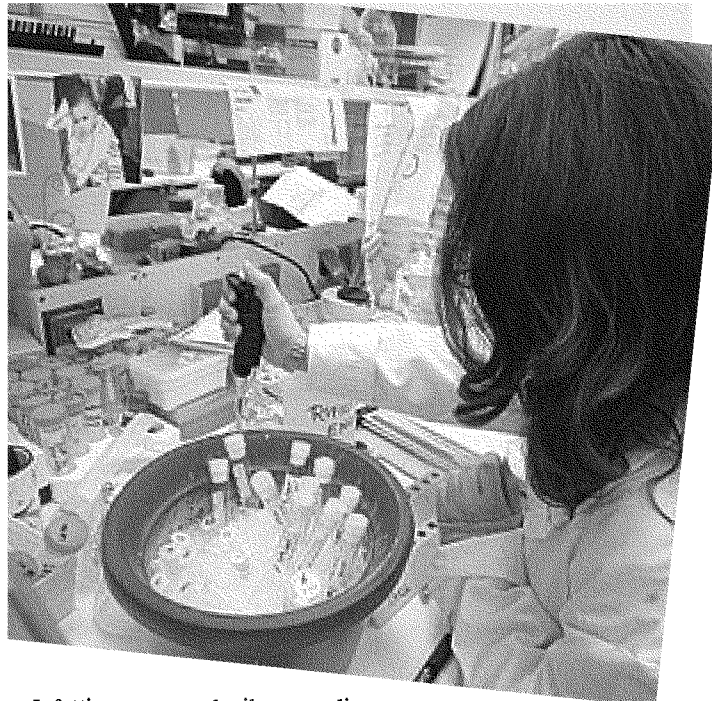
Da fine mese saranno a pagamento analisi cliniche e prestazioni di radiologia, cardiologia e assistenza diabetologica a causa dello sfioramento del plafond annuale previsto per le convenzioni

Sono i milioni di euro che servirebbero ai centri di assistenza convenzionati per scongiurare il blocco dell'indiretta, una cifra che la Regione non può erogare causa spending review

puntata di *Porta a Porta* con il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e con i governatori regionali di Veneto e Toscana, Luca Zaia ed Enrico Rossi, ha avuto modo di inoltrare direttamente la richiesta alla rappresentante del governo. Nel corso del dibattito in tv è stato anche affrontato il nodo delle spese fuori controllo in sanità. «Anche su questo versante — ha attaccato il presidente della Campania — è fuorviante parlare di differenza tra regioni del Nord e quelle del Sud, poiché occorrerebbe mettere a confronto regioni virtuose e regioni meno virtuose. Anche sull'acquisto dei beni si fa confusio-



Molte prestazioni specialistiche e d esami di laboratorio da ottobre saranno a pagamento



ne. Infatti, premesso che il prezzo di un bene varia a seconda della quantità del prodotto che si acquista, oggi la spesa è centralizzata e anche su questo fronte la Campania risulta essere tra le regioni con le migliori performance di risparmio».

Ma dal Pd la proposta di Caldoro al governo non piace. «È il quarto anno consecutivo — commentano il capogruppo regionale del Pd, Raffaele Topo, e il consigliere regionale, Angela Cortese — che a settembre si esaurisce il budget per le strutture accreditate ad effettuare le prestazioni sanitarie, negando di fatto un diritto ai cittadini campani. E Caldoro cosa fa? Invoca una norma nazionale che gli risolva il problema organizzativo e gestionale che lui non ha mai affrontato e che è di sua stretta competenza! La verità è che il presidente Caldoro, invece di invocare l'intervento di Roma, che non potrà mai esserci in quanto la Sanità è materia delegata alle Regioni, dovrebbe assumersi la responsabilità di procedere a accertare il fabbisogno effettivo di prestazioni, definire per le strutture pubbliche la loro effettiva capacità operativa, stabilire quanto, in termini di prestazioni, acquistare dal privato convenzionato, distribuirlo su 12 mesi, controllare che siano rispettati i parametri mensili, in modo da non lasciare, da settembre di ogni anno, i cittadini campani privi di qualsiasi assistenza sanitaria fino al 31 dicembre. Insomma — concludono — cosa hanno fatto in questi quattro anni il commissario ed i subcommissari per evitare tutto ciò?».

**Angelo Agrippa**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, il blocco delle prestazioni

# Caldoro: tetti di spesa imposti più ispezioni contro gli sprechi

## Il governatore: conti in ordine, tagli del governo. Il Pd: cattiva gestione

Gerardo Ausiello

«Più controlli per evitare sprechi». Stefano Caldoro scende in campo sul caos dei laboratori privati accreditati. Il messaggio del governatore è rivolto soprattutto ai furbi che, lascia intendere, d'ora in avanti avranno vita dura: «Saranno rafforzate le ispezioni», annuncia. La presa di posizione riguarda l'ennesima emergenza sanitaria, che si sta materializzando in queste ore perché i tetti di spesa sono stati raggiunti con tre mesi d'anticipo. Da ottobre a fine anno, dunque, per analisi, esami di laboratorio, risonanze, radiografie e quant'altro i cittadini dovranno pagare di tasca propria.

Di fronte a questa situazione la Regione, dice Caldoro, ha le mani legate: «Con una norma del governo o del Parlamento risolverei la questione della programmazione delle prestazioni sanitarie in 24 ore. La legge attuale pone un tetto rigido, non aiuta e non favorisce risparmi. È lo stesso criterio che ci costringe

al blocco del turn over». Così accade che la Regione abbia i fondi in cassa ma non possa spenderli né per assumere nuovo personale né per incrementare i budget da assegnare alle strutture private sul territorio.

Sono allora necessari, insiste il presidente della giunta, «provvedimenti legislativi nazionali capaci di fotografare le reali esigenze della sanità e riconoscere e premiare la capacità di raggiungere obiettivi». Sullo sfondo ci sono, però, oggettivi problemi che incidono inevitabilmente sulle prestazioni e sulla qualità dei servizi. Perché i centri privati, specie in rapporto a quelli pubblici, hanno raggiunto un numero record e nelle piccole strutture è più difficile garantire livelli di sicurezza

adeguati.

Ce n'è abbastanza per correre ai ripari. In questo senso la parola d'ordine della Regione è sinergie: «Si lavorerà con più determinazione alla riorganizzazione, che è già partita, della intera rete - sottolinea l'ex ministro socialista - La sanità in Campania oggi ha le carte in regola, per la prima volta abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio e migliorato i livelli essenziali di assistenza. Abbiamo avviato con il contributo di tutti gli operatori una fase nuova». Poi Caldoro tende la mano al governo: «Sono certo che riusciremo a dialogare. Mi auguro ci sia il sostegno dei parlamentari campani e la collaborazione, come sempre è capitato, delle forze sociali e datoriali. A tutti, rappresentanti istituzionali e operatori del settore, chiedo spirito di collaborazione e senso di responsabilità. Sia chiaro che non si lavora per la visibilità ma con competenza e nell'interesse esclusivo dei cittadini e del diritto alla salute». Non mancano le polemiche. A lanciare l'affondo sono il capogruppo regionale del Pd, Raffaele Topo, e il consigliere regionale, Angela Cortese: «È il quarto anno consecutivo che si esaurisce in anticipo il budget per le strutture accreditate ad effettuare le prestazioni sanitarie, negando di fatto un diritto ai cittadini campani. Il presidente della Regione dovrebbe assumersi la responsabilità di procedere ad accertare il fabbisogno effettivo di prestazioni, definire per le strutture pubbliche la loro effettiva capacità operativa, stabilire quanto, in termini di prestazioni, acquistare dal privato convenzionato, distribuirlo su 12 mesi e controllare che siano rispettati i parametri mensili in modo da non lasciare i cittadini campani privi di qualsiasi assistenza sanitaria fino al 31 dicembre».

### Il meeting

## Morbo di Alzheimer focus sull'assistenza

Morbo di Alzheimer, focus sulle cure in Campania: alle Terme di Agnano, l'Aima (sezione campana dell'Associazione italiana malati di Alzheimer) guidata da Caterina Musella riunisce esperti, operatori, familiari e pazienti per porre l'attenzione sulle lacune della rete di assistenza e sulle proposte di miglioramento. Previsti laboratori di stimolazione cognitiva, musica e arte-terapia per i pazienti, ginnastica dolce, lettura e scrittura creativa oltre che l'incontro e confronto con esperti a disposizione delle famiglie. Meeting in vista della XXI giornata mondiale sulla demenza, il 21.



### Giro di vite

Stretta nei controlli nei centri privati accreditati annunciata dal presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, dopo il blocco delle prestazioni gratuite con il ticket causa budget esauriti

### La radiografia dei laboratori

I NUMERI



598

Le strutture private accreditate definitivamente

I FONDI



109 milioni

Il budget annuale dei laboratori

IL PERSONALE



3.500 unità

Lavoratori in servizio presso i laboratori

I TAGLI



-35%

Le nuove tariffe imposte dal governo

57

Le strutture pubbliche

365 milioni

Il budget complessivo della specialistica



Fonte: Nsis 2011 (Nuovo sistema informativo sanitario)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

centimetri

**Caldoro** Il governatore si rivolge a Renzi  
«Sanità, serve una legge  
per spendere i soldi»

Stefano Caldoro da «Porta a porta» ha lanciato la sua proposta a Renzi per evitare l'esaurimento dei tetti di spesa nella sanità e il passaggio al pagamento delle prestazioni da parte dei campani. «Con una norma del governo o del parlamento risolverei la questione della programmazione delle prestazioni sanitarie in 24 ore».

---

# Parliamone

Alessandro Cossu

Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato

## Taglio dopo taglio, resterà ancora una sanità pubblica?

**A**ltri tagli al Fondo sanitario non sarebbero sostenibili: si trasformerebbero in mera riduzione dei servizi, compressione dei diritti e delle tutele.

Abbiamo già pagato e tanto in termini di qualità, sicurezza e accessibilità alle cure. Tra tagli alle risorse e ai servizi, peso di ticket e tasse, blocco del turnover, promesse disattese di rilancio del territorio, i cittadini fanno sempre più fatica a curarsi, soprattutto in alcune aree del paese. Il nodo oggi non è quanto spendiamo, ma come spendiamo e amministriamo.

In questo senso, la spending review che ci aspettiamo dovrebbe, ad esempio, aggredire le duplicazioni di centri decisionali, funzioni e strutture: assorbono risorse impropriamente e penalizzano l'equità di accesso alle cure. Per farlo, si potrebbe facilmente partire anche dai suggerimenti dell'Agenas che proprio qualche giorno fa da [Quotidianosanita.it](http://Quotidianosanita.it) segnalava la possibilità di recuperare 6 miliardi dagli sprechi. Magari cominciando dall'acquisto di beni e servizi: perché, nonostante le denunce, si continuano a pagare prezzi estremamente diversi di regione in regione?

Lo diciamo da anni: è necessario uno stop ai tagli al Fondo sanitario nazionale, manovre che hanno prodotto spese per i cittadini, aumento delle liste di attesa, una crescente insoffe-

renza verso il servizio pubblico. Gli effetti delle precedenti manovre emergono in tutta la loro drammaticità dall'indagine che Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato ha realizzato nel periodo maggio/giugno 2014 e che ha raccolto il punto di vista di 1.438 professionisti della salute. Per oltre l'81% di loro i tagli degli ultimi anni impattano molto sul proprio operato quotidiano, soprattutto nei casi dell'infermiere (87,6%), del chirurgo (82,3%) e del medico di laboratorio (84,1%). Ma l'esperienza dei professionisti evidenzia segnali allarmanti sull'assistenza sanitaria pubblica.

Il 72% dei professionisti conferma una riduzione della qualità dei servizi; il 65,3% un forte aumento dei tempi di

**Altre sforbiciate al Fondo non sono sopportabili. Si dovrebbe, invece, partire dagli sprechi, per una volta facendo seguire i fatti alle parole**

attesa e il 61,7%, un marcato aumento dei rischi per la sicurezza.

L'annuncio di nuovi tagli ha fatto sobbalzare anche i governatori regionali, che hanno messo in guardia dagli effetti sulla qualità delle cure e sull'offerta. Senza dimenticarci poi cosa hanno dovuto subire in questi anni i cittadini delle Regioni sotto "piano di rientro".

Di fronte a un Fondo sanitario che continua a essere sottostimato e sottofinanziato da anni, rispetto ai reali bisogni, sarebbe l'ora che la politica desse una risposta vera (e poi mettesse in campo azioni tali da dimostrarlo) a un quesito molto semplice: nel nostro paese vogliamo ancora una sanità pubblica?

Noi siamo e saremo sempre per il sì.





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



Le previsioni dell'Asl: a novembre e dicembre i limiti di spesa per la medicina nucleare. Caldoro: più controlli

# Budget sanità, analisi a pagamento

Dal primo ottobre lo sfioramento del tetto per la diagnostica di laboratorio, a rischio anche la radiologia

**Lorenzo Calò**

**A** correre i rischi minori sono soltanto i pazienti che necessitano di prestazioni convenzionate con centri di medicina nucleare: se tutto va bene, entro il 31 dicembre l'Asl riuscirà a stare nel tetto massimo consentito; se dovesse andar male, i budget dedicati si esaurirebbero il prossimo 27 novembre. Insomma, anche nel Beneventano comincia a farsi sentire il problema dell'esaurimento dei fondi disponibili per la sanità convenzionata. Restando alla medicina nucleare - nella relazione periodica svolta dalla stessa Asl a fine luglio scorso - il tetto di spesa previsto è di 807.955 euro (fatturata circa la metà) per un totale di 1234 prestazioni effettuate (al 30 giugno) su un massimo previsto di 2271. Ma per gli altri settori dell'assistenza sanitaria convenzionata, sono dolori. Laboratori analisi: questo il segmento di maggiore sofferenza: la data limite è il primo ottobre, dunque tra 13 giorni.

Le questioni della salute

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 90191397 | IP: 93.41.59.209

# Sanità, analisi a rischio pagamento da ottobre

## Budget per le prestazioni convenzionate quasi esaurito: sfioramento vicino anche per le radiografie

**Lorenzo Calò**

A correre i rischi minori sono soltanto i pazienti che necessitano di prestazioni convenzionate con centri di medicina nucleare: se tutto va bene, entro il 31 dicembre l'Asl riuscirà a stare nel tetto massimo consentito; se dovesse andar male, i budget dedicati si esaurirebbero il prossimo 27 novembre.

**Medicina nucleare**

Insomma, anche nel Beneventano comincia a farsi sentire il problema dell'esaurimento dei fondi disponibili per la sanità convenzionata. Restando alla medicina nucleare - nella relazione periodica svolta dalla stessa Asl a fine luglio scorso - il tetto di spesa previsto è di 807.955 euro (fatturata circa la metà) per un totale di 1234 prestazioni effettuate (al 30 giugno) su un massimo previsto di 2271. Ma per gli altri settori dell'assistenza sanitaria convenzionata, sono dolori.

**Laboratori analisi**

Questo il segmento di maggiore sofferenza: la data limite è il primo ottobre, dunque tra 13 giorni. Al 30 giugno scorso l'Asl ha fatturato prestazioni per 2 milioni 387 mila 931 euro a fronte del budget di 3,49 milioni. Le prestazioni censite a fine giugno erano pari a 745.638 a fronte del volume massimo previsto per l'anno pari a 1.092.107.

**Diabetologia**

La data di esaurimento del tetto è fissata al 26 novembre. Fino a giugno le prestazioni fatturate sono state 16306 a fronte delle poco più di 27 mila preventivate. Questa invece la situazione dei fondi disponibili a metà anno: 112.988 euro fatturati su un budget 152.707.

**Radiologia**

Qui i tempi si accorciano drammaticamente: c'è copertura fino al prossimo 24 ottobre. Dal monitoraggio svolto dall'Asl e comunicato al commissario regionale per la sanità, al 30 giugno scorso sono state effettuate prestazioni per 3 milioni 444 mila 898 euro pari a 76.813 posizioni assistenziali. Il budget previsto è di 5.350.487 per un volume massimo annuale di 121.585 prestazioni erogabili.

«Trovo strano - dice il senatore Vincenzo D'Anna, presidente di FederLab - come nonostante si conoscano alla perfezione i dati statistici del fabbisogno assistenziale (calcolati annualmente, addirittura tipologia per tipologia), si continui a programmare il budget secondo vecchi dati risalenti addirittura al 2009. Questo significa comprimere le prestazioni in base alla spesa. Ma è chiaro che siamo di fronte a un problema evidente di programmazione. Perché non assicurare almeno le prestazioni per le malattie gravi? La verità - dice ancora D'Anna - è che le

**Lorenzo Calò**

A correre i rischi minori sono soltanto i pazienti che necessitano di prestazioni convenzionate con centri di medicina nucleare: se tutto va bene, entro il 31 dicembre l'Asl riuscirà a stare nel tetto massimo consentito; se dovesse andar male, i budget dedicati si esaurirebbero il prossimo 27 novembre.

**Medicina nucleare**

Insomma, anche nel Beneventano comincia a farsi sentire il problema dell'esaurimento dei fondi disponibili per la sanità convenzionata. Restando alla medicina nucleare - nella relazione periodica svolta dalla stessa Asl a fine luglio scorso - il tetto di spesa previsto è di 807.955 euro (fatturata circa la metà) per un totale di 1234 prestazioni effettuate (al 30 giugno) su un massimo previsto di 2271. Ma per gli altri settori dell'assistenza sanitaria convenzionata, sono dolori.

**Laboratori analisi**

Questo il segmento di maggiore sofferenza: la data limite è il primo ottobre, dunque tra 13 giorni. Al 30 giugno scorso l'Asl ha fatturato prestazioni per 2 milioni 387 mila 931 euro a fronte del budget di 3,49 milioni. Le prestazioni censite a fine giugno erano pari a 745.638 a fronte del volume massimo previsto per l'anno pari a 1.092.107.

**Diabetologia**

La data di esaurimento del tetto è fissata al 26 novembre. Fino a giugno le prestazioni fatturate sono state 16306 a fronte delle poco più di 27 mila preventivate. Questa invece la situazione dei fondi disponibili a metà anno: 112.988 euro fatturati su un budget 152.707.

**Radiologia**

Qui i tempi si accorciano drammaticamente: c'è copertura fino al prossimo 24 ottobre. Dal monitoraggio svolto dall'Asl e comunicato al commissario regionale per la sanità, al 30 giugno scorso sono state effettuate prestazioni per 3 milioni 444 mila 898 euro pari a 76.813 posizioni assistenziali. Il budget previsto è di 5.350.487 per un volume massimo annuale di 121.585 prestazioni erogabili.

«Trovo strano - dice il senatore Vincenzo D'Anna, presidente di FederLab - come nonostante si conoscano alla perfezione i dati statistici del fabbisogno assistenziale (calcolati annualmente, addirittura tipologia per tipologia), si continui a programmare il budget secondo vecchi dati risalenti addirittura al 2009. Questo significa comprimere le prestazioni in base alla spesa. Ma è chiaro che siamo di fronte a un problema evidente di programmazione. Perché non assicurare almeno le prestazioni per le malattie gravi? La verità - dice ancora D'Anna - è che le

strutture private sono state le uniche in grado di adeguarsi alla legge sull'accreditamento, assicurando gli standard di sicurezza e quelli di innovazione tecnologica. Lo stesso non può dirsi del pubblico». Federlab in ogni caso evidenzia un positivo risultato di esercizio per l'Asl di Benevento (superiore ai 6 milioni di euro) a fronte di un maggiore finanziamento di 19 milioni 436 mila euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Termina il budget per le strutture private accreditate. Si comincia con la branca laboratorio, poi la radiologia

# Primo ottobre, stop agli esami in convenzione

*I cittadini che non vorranno utilizzare i centri pubblici, dovranno mettere mano al portafogli*

● **Anna Liberatore**

Il primo ottobre si bloccano gli esami di laboratorio in convenzione. E dopo quindici giorni quelli di radiologia. Come ogni anno, da un po' di tempo a questa parte, si ripresenta il problema del budget sanitario che non basta mai a coprire e accompagnare le prestazioni della specialistica durante tutto l'anno. E accade, allora, che presso le strutture private convenzionate con la Asl, gli esami non possano essere più ottenuti se non pagando l'intero importo. L'argomento, per via di una denuncia presentata a Napoli dalla Federlab, è quanto mai di attualità in questi giorni. I sindacati puntano il dito contro la Regione Campania e quest'ultima, a sua volta, spiega che il tetto di spesa è imposto da una legge nazionale che impone di non superare il budget del 2011.

Le date che riguardano le strutture sannite sono orientative e possono mutare "ma - specificano dalla Asl - nel senso che il tetto può essere raggiunto prima e non dopo". Rispetto al 2013, il livello delle prestazioni è

stato raggiunto con quasi un mese di anticipo. Il numero delle prestazioni è lo stesso, e il budget si è ridotto ma solo dell'1%. Delle due: o c'è la corsa ad effettuare l'esame (in previsione del limite finanziario), oppure i cittadini di Benevento e provincia sono stati peggio dell'anno precedente.

Ma veniamo agli esempi pratici. Un esame del sangue condotto su otto valori costerà, per un paziente che gode dell'esenzione, circa 60 euro. In convenzione, quella stessa indagine l'avrebbe pagata pochi euro. "Il problema - chiarisce un medico di base - non è la branca del laboratorio. Le analisi del sangue possono essere effettuate presso i laboratori dell'Asl senza prenotazione, ma muniti della ricetta del medico. E anche presso l'ospedale previo passaggio al Cup. Forse sarà più proble-

matico per i cittadini lo stop alle prestazioni di radiologia perché le attese presso gli ambulatori dei nosocomi e dell'Asl sono più lunghi".

Una tac toracica effettuata presso una struttura privata arriva ad alleg-

gerire la tasca anche di un centinaio di euro. In alternativa, si può sempre scegliere il pubblico e attendere il proprio turno. Alcune patologie, però, non aspettano.

Per la radiologia il tetto di spesa era fissato (per il 2013, quest'anno ancora non è stato comunicato dalla Regione) in 5,3 milioni di euro; 800mila euro per la medicina nucleare (pet-tac, scintigrafia); 152mila euro per la diabetologia e 3,5 milioni per la branca laboratorio. Per queste ultime due branche il raggiungimento del limite di budget è previsto per fine novembre.

*«Il problema» spiega un medico «si proporrà con la diagnostica per immagini, lì le liste di attesa sono un po' lunghe»*



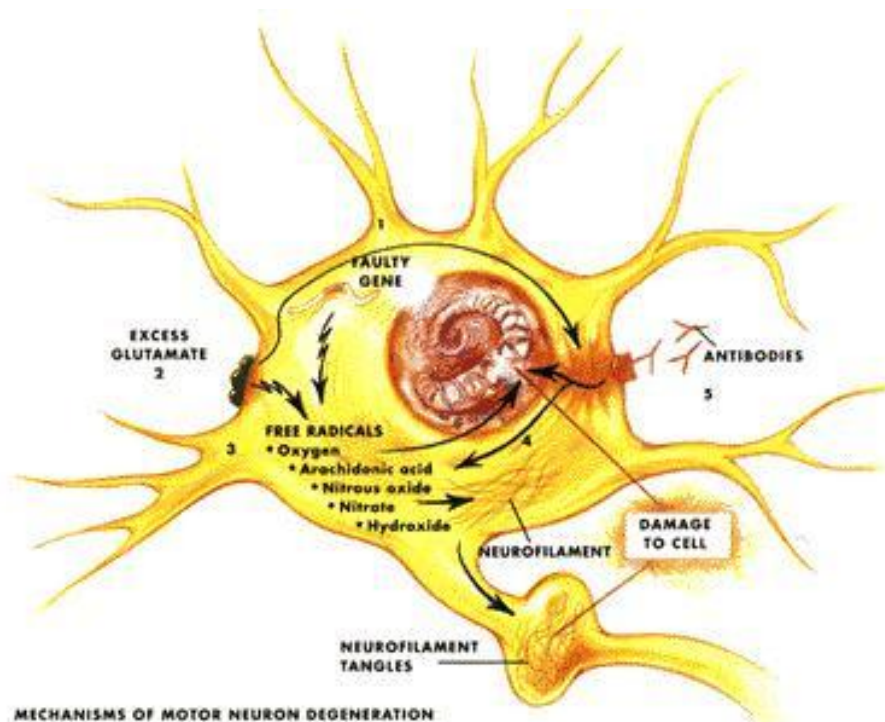


**In corsia** Il governatore Stefano Caldoro in visita nell'ospedale Ruggi d'Aragona di Salerno



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Sangue giovane contro l'Alzheimer

Trasfusioni di plasma hanno fatto guarire topi anziani e malati. Da ottobre i primi test sull'uomo.

**F**inora lo hanno fatto sui soliti topini di laboratorio, ma a ottobre partirà una sperimentazione sull'uomo: trasfusioni di sangue giovane (prelevato da volontari sotto i 30 anni) su anziani con Alzheimer per vedere se la malattia regredisce. Alla base di questo singolare trial clinico ci sono i risultati di alcuni studi (Stanford University in California) che mostrano come somministrare plasma di animali «acerbi» su esemplari anziani renda questi ultimi più sani, funzionali, muscolari; e viceversa, animali giovani cui viene iniettato sangue vecchio diventano di colpo senescenti.

Il nuovo elisir di lunga vita, dunque? Nell'esperimento americano, i topi che si sono ritrovati nelle vene il sangue

nuovo hanno mostrato più memoria, più capacità di apprendimento, nascita di nuovi neuroni. Già in precedenti studi del 2005, lo stesso team californiano aveva mostrato che danni muscolari ed epatici dei topi si risanavano dopo trasfusioni di plasma giovane. Conclusioni analoghe in esperimenti all'Università di Cambridge, dove con lo stesso trattamento lesioni spinali di topi in età (corrispondenti ai nostri 70 anni) erano guarite, cuori vecchi e ipertrofici avevano ripreso dimensioni normali, i muscoli erano tornati in forma.

C'è qualcosa nel plasma giovane, si sono detti i ricercatori, che riporta indietro le lancette della senescenza: pare sia una proteina, chiamata Gdf11,

che diminuisce nel sangue con il passare del tempo. L'idea, pensando agli esseri umani, sarebbe aumentarne la disponibilità nell'organismo anziano.

Se anche i test sulle persone avranno successo, assisteremo a una ricerca vampiresca di giovani esseri umani, come si chiede scherzosamente il settimanale *Newsweek*? Certo che no, rispondono i ricercatori che conducono gli esperimenti. Non ci saranno richieste di sangue da volontari, basterà sintetizzare in laboratorio la proteina chiave Gdf11. E se davvero dovesse funzionare, l'incubo dell'Alzheimer, il compagno più spaventoso della terza età, farà meno paura.

(Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**60%**

del sangue  
è costituito  
dal plasma.

Il resto  
è formato  
da cellule  
(globuli rossi,  
bianchi  
e piastrine).